

Ana Cristina Damasceno Nogueira

Vigilância Sanitária em Minas Gerais: desafios do registro de dados

Belo Horizonte

2018

Ana Cristina Damasceno Nogueira

Vigilância Sanitária em Minas Gerais: desafios do registro de dados

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais como
requisito parcial para aprovação no Curso de
Especialização em Saúde Pública.

Orientadora: Rose Ferraz Carmo

Belo Horizonte

2018

N778v

Nogueira, Ana Cristina Damasceno.

Vigilância sanitária em Minas Gerais: desafios do registro de dados. / Ana Cristina Damasceno Nogueira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2018.

50 p.

Orientador(a): Rose Ferraz Carmo.

Monografia (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Vigilância sanitária. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Descentralização. 4. Sistema de informação ambulatorial. I. Carmo, Rose Ferraz. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 26.5

Ana Cristina Damasceno Nogueira

Vigilância Sanitária em Minas Gerais: desafios do registro de dados

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais como
requisito parcial para aprovação no Curso de
Especialização em Saúde Pública.

Aprovado em: 11/05/2018

Banca Examinadora

Isabella Alves Pereira

Especialista em Saúde Pública

Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais

Paula Dias Bevilacqua

Doutora em Ciência Animal

Instituto René Rachou

Rose Ferraz Carmo

Doutora em Medicina Veterinária

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2018

Dedico esse trabalho a quem esteve perto, sempre!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Vera Lúcia Damasceno, exemplo de coragem, força e luta;

Agradeço ao meu filho Matheus Damasceno, pelo carinho e incentivo de me apoiar a alcançar novos horizontes;

Agradeço a minha família, alguns perto, outros longe, todos torcendo pelo meu sucesso sempre;

Agradeço à Professora Rose Ferraz, pelo apoio, confiança e aprendizado proporcionado durante todo o período de desenvolvimento desse estudo;

Agradeço à Gislene Lacerda, coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Pública 2017-2018, pelo convívio, apoio e compreensão na antecipação da data de entrega do meu trabalho;

Agradeço aos professores da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais que contribuíram para meu desenvolvimento acadêmico e profissional;

Agradeço aos colegas do Curso de Especialização em Saúde Pública pelo enorme aprendizado e grandes trocas de experiências pelo caminho percorrido juntos;

Agradeço à Professora Paula Dias Bevilacqua, membro da banca examinadora, por aceitar o convite e por ministrar brilhantemente a aula de Vigilância em Saúde do Curso de Especialização em Saúde Pública;

Agradeço à Isabella Alves Pereira, também membro da banca examinadora, minha coordenadora e amiga, pela paciência e apoio durante a realização do curso;

Agradeço aos meus amigos pela amizade, carinho, incentivo e compreensão, fundamentais para que eu conseguisse me organizar em meio a tantos afazeres;

Agradeço ao colega Alexandre Humberto de Carvalho pelas contribuições e informações relevantes para a realização deste trabalho;

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“Não existem pessoas sem conhecimento.

*Elas não chegam vazias. Chegam
cheias de coisas. Na maioria dos casos
trazem juntas consigo opiniões sobre
o mundo, sobre a vida.”*

Paulo Freire

RESUMO

A Vigilância Sanitária (VISA) trabalha com a promoção e a proteção da saúde através de um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir os riscos à saúde da população intervindo nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, interferem no processo saúde-doença. Tendo em vista sua amplitude e abrangência de atuação nas três esferas de Governo, e pela sua natureza regulatória, utiliza dados de diversos sistemas de informação, indispensáveis para uma aproximação com a realidade vivenciada pela vigilância. Este estudo teve por objetivo analisar o registro de produção ambulatorial de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS) em Minas Gerais no ano de 2017, consolidando os dados em Região Ampliada de Saúde, e a partir dos resultados encontrados, avaliar o Indicador 20 no primeiro ano de acompanhamento da Pactuação Interfederativa 2017-2021. Os resultados demonstraram tendência crescente, entre 2010 e 2017, do número de municípios que registra ações de VISA, independente da quantidade, no SIASUS, porém ainda existem municípios que, em 2017, não registraram nenhuma ação no sistema. Em relação aos procedimentos básicos relacionados ao Indicador 20, observa-se que não estão sendo executados e/ou registrados em sua totalidade no SIASUS por todos os municípios em MG. Dos 853 municípios mineiros, 303 (35,52%) atingiram a meta de registro de no mínimo seis ações de vigilância pactuadas durante o período estudado. É importante considerar que a quantidade e heterogeneidade dos municípios mineiros conformam cenários diversos, no entanto, as grandes disparidades no registro das informações não podem ser negligenciadas. A complexidade da área de VISA tem sido apontada como um grande desafio para os municípios e para o Estado. Apesar do processo de descentralização e municipalização da saúde vir se consolidando, há ainda a necessidade de divisão solidária entre os entes federados na organização das ações de VISA e de um contínuo monitoramento, acompanhamento e avaliação pelo Estado, até que os municípios estruturem minimamente seus serviços de vigilância.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Sistema Único de Saúde; Descentralização; Sistema de Informação Ambulatorial.

ABSTRACT

The Health Surveillance (VISA) works with health promotion and protection through a set of actions capable of eliminating, reducing or preventing the population health risks by intervening in the sanitation problems resulting from the provision of services that directly or indirectly interfere in the health-disease process. Considering its amplitude and scope of action in the three spheres of government, and due to its regulatory nature, it uses data from various information systems, indispensable to an approximation with the reality experienced by surveillance. The purpose of this study was to analyze the records of the VISA outpatient production in the SUS Ambulatory Information System (SIASUS) in Minas Gerais in 2017, consolidating the data in the Expanded Health Region, and from the results found, to evaluate the Indicator 20 in the first year of the Interfederative Pacing 2017-2021. The results showed a growing trend, between 2010 and 2017, in the number of municipalities that register VISA actions, regardless of the quantity, in SIASUS, but there are still municipalities that in 2017 did not register any actions in the system. Regarding the basic procedures related to Indicator 20, it is observed that they are not being executed and / or registered in their totality in SIASUS by all municipalities in MG. Of the 853 Minas Gerais municipalities, 303 (35.52%) reached the goal of recording at least six surveillance actions agreed during the period studied. It is important to consider that the quantity and heterogeneity of the municipalities of Minas Gerais form diverse scenarios, however, the great disparities in the registry of information can not be neglected. The VISA area complexity has been identified as a major challenge for municipalities and the State. Although the process of health decentralization and municipalization has been consolidating, there is still a need for a shared division between the federated entities in the organization of VISA actions and continuous monitoring, tracking and evaluation by the State, until the municipalities minimally structure their surveillance services.

Keywords: Health Surveillance; Unified Health System; Descentralization; Ambulatory Information System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Evolução do registro de produção ambulatorial de VISA, Minas Gerais, 2010 a 2017	28
Gráfico 2 - Procedimentos de VISA registrados no SIASUS, Minas Gerais, 2010 a 2017	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde de acordo com municípios de abrangência, extensão territorial, Regiões de Saúde e população - Minas Gerais	19
Tabela 2 - Grupo de ações relacionadas ao Indicador 20 da Pactuação Interfederativa 2017-2021	20
Tabela 3 - Procedimentos ambulatoriais de VISA registrados no SIASUS por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 2017	31
Tabela 4 - Procedimentos de VISA no SIASUS relacionados ao Indicador 20, de acordo com o registro efetuado pelo município, Minas Gerais, 2017.....	33
Tabela 5 - Procedimentos de VISA relacionados aos grupos do Indicador 20 registrados no SIASUS por semestre, Minas Gerais, 2017.....	36
Tabela 6 - Municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de VISA do Indicador 20 no ano de 2017.....	37
Tabela 7 - Municípios que atingiram a meta estabelecida no Indicador 20 por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 2017	38
Tabela 8 - Procedimentos de VISA relacionados aos grupos do Indicador 20 registrados no SIASUS por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 2017	40

LISTA DE SIGLAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OPM - Órteses, Próteses e Materiais

PDR - Plano Diretor de Regionalização

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS - Sistema Único de Saúde

Tabnet - Tabulador para Internet

Tabwin - Tabulador para Windows

TAM - Termo de Ajuste e Metas

VISA - Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 CENÁRIO DE ESTUDO	18
4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
5. REVISÃO DE LITERATURA	22
5.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	22
5.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO.....	26
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS	48

PREÂMBULO

O tema em estudo surgiu através da minha vivência profissional na regulação do SUS em Minas Gerais e em decorrência do interesse em conhecer um pouco mais a realidade dos dados da Vigilância Sanitária que são registrados no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIASUS). Trabalho há 10 anos na Coordenação de Sistema de Informação Ambulatorial da Superintendência de Programação Assistencial (SPA) /Subsecretaria de Regulação em Saúde do Estado de Minas Gerais. Neste setor, sou responsável pelo processamento de produção ambulatorial do Estado e ordenamento dos ressarcimentos financeiros aos prestadores de serviços de saúde. Auxílio na construção de manuais e fluxos de processamento, realizo levantamento de dados para pesquisas de produção ambulatorial, presto suporte para as regionais de saúde e municípios com a gestão de seus prestadores, além de oferecer treinamento e capacitação para os mesmos em relação ao SIASUS. Desde 2012, o número de municípios com auto-gestão na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar cresceu de 60 (7%) para 175 (20%). Essa configuração vem exigindo um fortalecimento do processo de descentralização, organização, planejamento e gestão das ações e serviços do SUS no território mineiro, ampliando a capacidade de dar resposta às demandas do sistema de forma propositiva e oportuna. Observamos com certa frequência a falta de registro de produção ambulatorial em alguns municípios, com a perda de série histórica e a suspensão de recursos financeiros federais de saúde. Considerando a obrigatoriedade do registro dos procedimentos executados no sistema e a importância das informações relativas à produção ambulatorial dos municípios nos Bancos de Dados Nacionais do SUS, me senti motivada a realizar um trabalho que fizesse sentido na minha prática profissional, levantando dados referentes às ações de Vigilância Sanitária registradas no SIASUS em 2017 no estado de Minas Gerais, permitindo identificar pontos críticos e possibilitando a construção de estratégias no campo da gestão.

1. INTRODUÇÃO

A saúde é reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado, a qual deve ser assegurada mediante um conjunto de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Para garantir esse direito social, a Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) configurando uma conquista sem precedentes para o país. Com atribuições de acompanhar, controlar e avaliar redes hierarquizadas de serviços de saúde, o SUS é responsável também pela execução de ações de Vigilância Sanitária (VISA), nas três esferas de Governo: Federal, Estadual e Municipal. Cada esfera com atribuições específicas.

Para contemplar esse objetivo, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1999, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que absorve os princípios e diretrizes do SUS e é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017), prestando cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

A VISA em Minas Gerais (MG) tem suas competências e atribuições regulamentadas por meio da Lei Estadual nº 13.317/99 e é definida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (MINAS GERAIS, 1999). De modo geral, compete à VISA estadual, as responsabilidades pelas atividades de regulação, normatização, capacitação, monitoramento e, quando necessário, realizar a fiscalização em serviços e produtos, de forma complementar às ações dos municípios.

O âmbito de atuação da VISA é complexo e abrangente, incluindo o controle de todos os processos, desde o desenvolvimento do produto ao consumo, que se relacionam direta e indiretamente com a saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015). Enquanto área do conhecimento que trabalha com a promoção e a proteção da saúde, a VISA convive com uma multiplicidade de sistemas que não trabalham de forma integrada entre si e tem a informação como o seu maior insumo. O volume cada vez maior de informações produzidas, assim como o conhecimento

gerado no processo de regulação e necessidade de processos de trabalho ágeis e transparentes, faz dos sistemas de informação ferramentas essenciais para a prática moderna de VISA (GAMARSKI; MOTA, 2010).

O registro dos dados referentes às ações de VISA nos municípios deve ser realizado mensalmente no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIASUS) de acordo com o que está estabelecido na Portaria nº 323/SAS/MS, de 5 de julho de 2010, que define os procedimentos a serem registrados e estabelece a sua apresentação no sistema como critério de manutenção do repasse dos recursos do componente de VISA do Bloco de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010).

Atualmente, existem 56 procedimentos (ANEXO I) distribuídos em grupos relacionados ao cadastro, inspeção, licenciamento, investigação, atividades educativas, sistema de gestão da qualidade, entre outros (BRASIL, 2018).

Os procedimentos de VISA realizados pelos estados e municípios são digitados no código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade da VISA ou da SMS onde está cadastrado o serviço e alimentados, mês a mês, no SIASUS, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).

Inserido nesse contexto, o presente trabalho teve por objetivo analisar o registro das informações de VISA disponíveis no SIASUS e analisar o Indicador 20 no primeiro ano de acompanhamento da Pactuação Interfederativa 2017-2021, contribuindo para a discussão sobre o processo de estruturação e consolidação do registro das ações de VISA no estado de MG.

O Indicador 20 faz parte dos 23 indicadores relacionados a diretrizes nacionais estabelecidos para os anos de 2017 a 2021, conforme decisão tomada na reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 24 de novembro de 2016 e publicado no Diário Oficial da União, em 12 de dezembro de 2016, por meio da Resolução nº 8. Esse indicador avalia o percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios no ano e permite avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de VISA colaborando para uma coordenação estadual e nacional mais efetiva.

2. JUSTIFICATIVA

A VISA trabalha com a promoção e a proteção da saúde através de um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir os riscos à saúde da população intervindo nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, interferem no processo saúde-doença (BRASIL, 1990). Uma vez identificados os riscos, as ações típicas de VISA são empreendidas e caracterizam-se por procedimentos de orientação, cadastro, inspeção, investigação, notificação, controle e monitoramento, os quais demandam atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação sanitária e de comunicação com a sociedade. As atividades normativas e autorizativas lhe conferem caráter regulatório no campo da saúde (DE SETA; DAIN, 2010).

Tendo em vista sua amplitude e abrangência de atuação e pela sua natureza regulatória, a VISA utiliza dados provenientes de diferentes sistemas de informação do setor saúde, entre eles, sistemas de caráter nacional, como o SIASUS, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), entre outros. Nesse sentido, torna-se indispensável o adequado registro das ações em saúde nos mesmos, permitindo que os dados informados estejam atualizados e disponíveis sempre que necessário (GAMARSKI; MOTA, 2010) com a possibilidade de refletir a realidade local a partir da informação.

Além disso, o acesso a esses dados permite a construção de indicadores que, analisados, possibilitam avaliar resultados, qualidade, desempenho e riscos (LOPES; LOPES, 2008), identificando estabelecimentos a partir da inspeção sanitária e acompanhando a execução e o impacto das ações e programas de VISA.

A análise dos dados relacionados às ações de VISA pode ser considerada complexa, uma vez que inúmeros problemas podem ser encontrados quanto ao uso da informação gerada. Inconsistências no ciclo informacional, como a ausência de cadastro dos serviços de VISA no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), falta de alimentação ou alimentação irregular dos dados referentes às ações de VISA no SIASUS, desconhecimento dos profissionais de saúde da importância de fornecer esses dados aos sistemas, assim como a inexistência de

padronização dos conteúdos disponibilizados, pode trazer deficiência na qualidade da informação.

Diante do exposto, este estudo permitirá uma aproximação com a realidade vivenciada pela VISA em MG, identificando lacunas e também possíveis caminhos no sentido de potencializar o trabalho de promoção e proteção à saúde, que constitui sua finalidade.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o registro de produção ambulatorial de vigilância sanitária no sistema de informação ambulatorial do SUS no estado de MG em 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Realizar o levantamento de dados referentes ao quantitativo de procedimentos de VISA registrados no SIASUS em MG no ano de 2017 e analisá-los de acordo com a Região Ampliada de Saúde;
- b) Identificar o percentual de municípios que realizaram, no mínimo, seis grupos de ações de VISA no primeiro ano de acompanhamento do Indicador 20 da Pactuação Interfederativa 2017-2021;
- c) Identificar o percentual de alcance da Meta de Pactuação do Indicador 20 para o estado de MG no ano de 2017.

4. METODOLOGIA

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O estado de MG, localizado na região Sudeste do Brasil, possui extensão territorial de 586.520,732 km² e conta com população de 21.119.536 habitantes, sendo o segundo estado mais populoso do Brasil e com o maior número de municípios (IBGE, 2017).

São 853 municípios com desigualdades regionais em relação à distribuição populacional, capacidade física de gerar receitas e financiar os gastos com a provisão de serviços públicos, e capacidade administrativa de prover serviços a sua população. Exemplos polares de disparidade de porte são Serra da Saudade e Belo Horizonte capital, o menor e o maior municípios de MG - o primeiro com população de 812 habitantes e o segundo com 2.523.794 habitantes (IBGE, 2017).

Segundo as estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2017, há predominância, no estado, de municípios de pequeno porte populacional. Aproximadamente 55,7% (475) dos municípios têm até 10.000 habitantes, 26,1% (223) municípios têm menos de 5.000, e apenas 32 (3,7%) tem uma população com mais de 100.000 habitantes, diferenças que impactam sobre maneira a operacionalização da VISA.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de MG organiza o estado em 13 Regiões Ampliadas de Saúde, capazes de oferecer atendimento integral à saúde nos três níveis de atendimento solicitados pelo MS, sejam eles a atenção básica, de média e de alta complexidade. As Regiões Ampliadas de Saúde agregam 77 Regiões de Saúde responsáveis pelo atendimento de média complexidade no estado. A regionalização é uma ferramenta importante para a estruturação dos serviços de saúde no estado, pois através dela é possível definir com maior precisão as políticas estaduais de saúde estabelecendo bases geográficas e populacionais importantes para o cálculo das necessidades de aplicação de recursos em saúde, além de fortalecer a descentralização (MINAS GERAIS, 2011).

A descentralização ou municipalização da gestão das ações e serviços de saúde permite que o município seja o responsável pelo provimento e pela gestão dos serviços em seu território sugerindo uma proximidade do gestor de saúde com a população e favorecendo a identificação das reais necessidades de saúde. O processo de descentralização das ações e serviços de saúde do

SUS transferiu a coordenação do componente municipal dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de VISA para a competência das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), no âmbito de seus limites territoriais (BRASIL, 2013).

A tabela 1 apresenta as Regiões Ampliadas de Saúde, número de municípios de abrangência disponibilizados pelo PDR-SUS/MG, extensão territorial, quantitativo de Regiões de Saúde e dados populacionais conforme estimativas fornecidas pelo IBGE em 2017. O número de municípios de abrangência de cada Região Ampliada de Saúde de MG foi atualizado segundo a versão mais recente do PDR-SUS/MG (MINAS GERAIS, 2014).

Tabela 1 - Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde de acordo com municípios de abrangência, extensão territorial, Regiões de Saúde e população - Minas Gerais

Região Ampliada de Saúde	Municípios de Abrangência*		Extensão Territorial * (km ²)	Regiões de Saúde *	População Estimada 2017 **
	N	%			
Centro	103	12	58.120	10	6.626.416
Centro Sul	51	6	15.811	3	774.303
Jequitinhonha	23	3	20.567	2	299.462
Leste	86	10	32.447	7	1.535.281
Leste do Sul	53	6	15.169	3	701.971
Nordeste	63	7	56.641	8	937.274
Noroeste	33	4	79.594	3	704.088
Norte	86	10	122.880	9	1.687.219
Oeste	54	6	28.552	6	1.304.469
Sudeste	94	11	24.665	8	1.678.307
Sul	153	18	53.766	12	2.802.660
Triângulo do Norte	27	3	42.784	3	1.291.987
Triângulo do Sul	27	3	35.535	3	776.099
TOTAL	853	100	586.531	77	21.119.536

Fonte: *PDR-SUS/MG (2014) **IBGE – Estimativa de população (2017)

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Foi realizado um estudo descritivo a partir do levantamento de dados secundários disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) referentes aos procedimentos ambulatoriais de VISA executados no âmbito do SUS, no estado de MG em 2017.

A produção ambulatorial analisada encontra-se dentro do grupo 01 – Ações de promoção e prevenção em saúde, subgrupo 02 – Vigilância em saúde e forma de organização 01 – Vigilância sanitária. Os procedimentos de VISA da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais (OPM) do SUS, bem como a sua vigência, estão estabelecidos na Portaria SAS nº 323, de 5 de julho de 2010 (BRASIL, 2010).

Os dados foram coletados em março de 2018 pelo aplicativo Tabwin/DATASUS e inicialmente filtrados a partir dos municípios e Regiões Ampliadas de Saúde de MG e dos códigos dos procedimentos da VISA estabelecidos na tabela do SUS.

A partir dos resultados encontrados, os dados foram consolidados no grupo de ações identificados no Indicador 20 da Pactuação Interfederativa 2017-2021 (Tabela 2). Esse indicador está descrito na Resolução da CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016, que dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período de 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde (BRASIL, 2016b).

Tabela 2 - Grupo de ações relacionadas ao Indicador 20 da Pactuação Interfederativa 2017-2021

Grupo de ações - Indicador 20
I. Cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA
II. Inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA
III. Atividades educativas para a população
IV. Atividades educativas para o setor regulado
V. Recebimento de denúncias
VI. Atendimento de denúncias
VII. Instauração de processo administrativo sanitário

Fonte: Brasil (2016b)

O uso de indicadores é uma prática utilizada desde a criação do SUS para monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde, acompanhar o desempenho de estados e municípios e a situação de

saúde. Sua utilização destacou-se, principalmente a partir de 1996, com a criação do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, visando à qualificação da gestão municipal (LUCENA, 2015).

O Indicador 20 identifica o percentual de municípios que realizam, no mínimo, seis grupos de ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios no ano. A meta da pactuação validada do Indicador 20 referente ao ano de 2017 para o estado de MG foi de 38%.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 instituiu o SUS no Brasil e concretizou a saúde como direito social, obrigando o Estado a atuar a partir de políticas sociais e econômicas para reduzir os riscos de doenças e agravos à saúde promovendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (COSTA, 2013). A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, devendo ser fiscalizada, regulamentada e controlada, de acordo com os artigos 196 ao 200 da Constituição Federal. O artigo 200 do texto constitucional estabelece em seus incisos I e VI, a competência do SUS através da VISA:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

[...]

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano.

(BRASIL, 1988)

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, aprovada em 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, regulamenta o funcionamento do SUS e inclui como campo da saúde de atuação do SUS a Vigilância Epidemiológica, a VISA, a Saúde do Trabalhador e Assistência Terapêutica Integral, inclusive a Farmacêutica (BRASIL, 1990) demarcando um espaço complexo e abrangente de atuação da VISA no âmbito das relações sociais produção-consumo e visando à proteção e à defesa da saúde (COSTA, 2013).

A VISA integra a área da Saúde Pública e conforma um campo de articulações e conhecimentos diversos de domínio econômico, jurídico-político e médico-sanitário, demandando atividades de natureza multiprofissional e interinstitucional norteadas pelos problemas de saúde a serem prevenidos e controlados (COSTA, 2009). Como integrante do SUS, as ações de VISA são de responsabilidade dos três entes federados, compartilhadas conforme definição legal de competências que são repartidas entre as instâncias de poder (BRASIL, 1990). Não há relação de

subordinação entre as esferas de governo e existe uma interdependência entre estas ações para que sejam alcançadas suas finalidades (BRASIL, 2011b), tendo o Estado uma função relevante na organização dos serviços de VISA em cada nível de gestão. Suas ações estão associadas ao processo de regulação, monitoramento e fiscalização de produtos e serviços, com o objetivo de prevenir e reduzir os riscos à saúde individual e coletiva (COSTA, 2008).

Durante as duas décadas de implementação do SUS, ocorreram marcantes transformações no modelo institucional e de atuação da VISA. De acordo com Lucena (2015), a partir da Lei nº 9.782/1999, houve a definição do SNVS e a criação da ANVISA, autarquia reguladora do MS, com vistas a operacionalizar as ações e serviços de vigilância no Brasil e a formalizar compromissos entre as três esferas de gestão visando à obtenção de resultados específicos nesta área.

A organização e a realização das atividades de VISA estão baseadas nos mesmos princípios e diretrizes do SUS. Suas ações efetivas são condições fundamentais para a obtenção da integralidade e proteção da saúde de numerosos riscos reais e potenciais que se estabelecem ao longo do ciclo produtivo dos bens e serviços (AITH, 2009) e estão sujeitas à política de descentralização adotada pelo MS. Portanto, não fazem parte somente das competências do SUS, como tem caráter prioritário por sua natureza essencialmente preventiva não só de agravos e doenças, mas principalmente dos próprios riscos (COSTA, 2013).

A descentralização da VISA para os municípios tem por objetivo a sua integração às práticas de saúde locais, estruturando-a em ações programáticas coletivas e individuais voltadas à saúde da população. Além do cumprimento formal do que está proposto na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/1990, a VISA apresentou um ritmo mais lento no processo de descentralização, que expressa um claro descompasso com o SUS, em relação à estrutura institucional, estratégias de pactuação associada ao uso de indicadores em saúde e relação entre as três esferas de gestão (LUCENA, 2015). Esse processo foi implementado de forma abrangente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos normativos de regulação norteadores do processo de descentralização, com definição de responsabilidades, relações entre as esferas de governo e critérios de transferências de recursos federais através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001), passando pelo Termo de Ajuste e Metas (TAM) de VISA. A pactuação do TAM, criado pela ANVISA em 2000, possibilitou o

financiamento de ações de média e alta complexidade em vigilância por estados e municípios, sendo um incentivo para os gestores assumirem e estruturarem as ações para o cumprimento de metas pactuadas e expressando as prioridades do SNVS (FERRARO; COSTA; VEIRA-DASILVA, 2009).

Algumas dificuldades foram inicialmente identificadas na pactuação das ações relacionadas ao TAM, como viés financeiro na implementação, repasse tardio dos recursos financeiros aos municípios, pactuações de metas generalistas e incoerentes, monitoramento precário das ações e dificuldade de cooperação entre estados e municípios, fazendo com que a maioria das competências de VISA permanecesse sob responsabilidade do estado (LUCENA, 2015).

Uma tentativa de mudar esse quadro aconteceu a partir da implantação do Pacto pela Saúde pelo MS. Com o Pacto em 2006, houve a revisão das formas de financiamento do SUS, com definição de concentração dos repasses de recursos federais em blocos de financiamento, dentre os quais, o de Vigilância em Saúde, formado por dois componentes: Vigilância em Saúde e VISA (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017). O Pacto, nas suas dimensões pela Vida e de Gestão, também sintetizou as atribuições dos entes federativos e definiu, no campo da promoção e proteção à saúde, três áreas: Vigilância Epidemiológica, VISA e Vigilância Ambiental, integradas no eixo definido como Vigilância em Saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Atualmente, a Portaria nº 1.378/GM/MS de 09 de julho de 2013 regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para a execução e financiamento das ações de VISA pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Esse financiamento foi inserido no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos federais do Componente da VISA para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do artigo 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013 estão estabelecidos na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017.

O teto financeiro de VISA destina-se, exclusivamente, ao financiamento das ações de Vigilância em Saúde. Os recursos são repassados, em parcelas mensais, diretamente do FNS para os fundos de saúde dos estados e municípios certificados para a gestão dessas ações. A manutenção do repasse dos recursos dependerá da regularidade na alimentação dos dados referentes às atividades de VISA pelos estados, Distrito Federal e municípios no SIASUS e no SCNES (BRASIL, 2010; LUCENA, 2015).

É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) o monitoramento da regularidade do registro e da transferência de dados ao DATASUS dos municípios situados no âmbito de seu estado. Compete ao DATASUS efetuar a validação do banco de dados e disseminar as informações da produção ambulatorial por meio dos programas Tabwin e Tabnet, aplicativos úteis na tabulação de dados e cruzamento de informações. A ANVISA também realiza o acompanhamento mensal, após disponibilização dos dados pelo DATASUS, da situação dos estados, Distrito Federal e municípios, quanto à regularidade do SCNES e alimentação do SIASUS. A não alimentação desses dados no SIASUS e irregularidades no SCNES implicam no bloqueio do repasse de recurso do Componente de VISA, conforme descrito no artigo 466 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS:

Art. 466. A Secretaria de Saúde de estado, do Distrito Federal e do município que não possuir cadastro no SCNES, conforme o estabelecido no art. 465, §1º e não preencher o SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos, conforme o art. 296 da Portaria de Consolidação nº 1, terá o repasse de recurso do Componente de Vigilância Sanitária bloqueado.
(BRASIL, 2017a)

Todos os serviços de VISA devem estar cadastrados no SCNES, observando-se o disposto na Portaria SAS nº 118/2014, que desativa automaticamente os estabelecimentos de saúde que se apresentem há mais de seis meses sem atualização cadastral (BRASIL, 2014). As regras para o cadastro dos serviços de VISA no SCNES exigem Serviço Especializado: Vigilância em Saúde – código 141, Classificação: Vigilância Sanitária – código 002 (BRASIL, 2017a).

A VISA vem reunindo esforços no sentido de implementar uma mudança significativa nos estados e principalmente municípios, na sua estrutura organizacional, no acompanhamento e apoio da execução de ações e na supervisão do registro regular dos dados nos sistemas de informação e na definição e acompanhamento de metas e indicadores, garantindo à população a redução de riscos e agravos à saúde e permitindo, portanto, uma aproximação mais substancial da realidade.

5.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) integram as estruturas organizacionais dos sistemas de saúde e podem ser definidos como um conjunto de estruturas administrativas que atuam integradamente como mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão da informação, sendo fundamentais para aperfeiçoar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde, por meio de uma melhor gestão a todos os níveis de saúde. Esse tipo de sistema produz informações relevantes e de qualidade que apoiam no processo de tomada de decisão, facilitam a formulação e avaliação das políticas, auxiliam no controle das organizações de saúde e no planejamento de programas em saúde (MARIN, 2010).

O SUS possui inúmeros sistemas de informação, destacando-se os que abrangem atendimentos ambulatoriais e hospitalares, os de estatísticas vitais e de vigilância epidemiológica e sanitária (ARAÚJO *et al.*, 2016), voltados à operação de estabelecimentos assistenciais, à gerência de redes de serviços, às estatísticas vitais e à investigação e ao controle de doenças. A operacionalização desses sistemas deve contar com requisitos técnicos e profissionais necessários ao planejamento, coordenação e supervisão das atividades relativas à coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e geração de informações (BRASIL, 2011a).

A maioria dos SIS federais foi concebida antes da implantação do SUS. Seu desenho, objetivos e metas estavam voltados para outro delineamento político, no qual os governos federal ou estadual geralmente produziam e utilizavam as informações em saúde para diagnóstico da situação municipal (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011). No contexto do processo de descentralização da saúde, viu-se a necessidade de responsabilização da esfera local, não se restringindo a ações e serviços de saúde e a alimentação dos SIS sendo meros coletores de dados, mas também com a organização e gestão dos sistemas contemplando a descentralização da informação (BRANCO, 1996). Os municípios passam a ser reconhecidos como entes governamentais autônomos, assumindo a responsabilidade pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região.

A utilização de SIS no SUS é uma exigência legal e está regulamentada desde sua criação, conforme previsto nas competências e atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, definidos no artigo 15 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990): “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: [...] organização e coordenação do sistema de informação de saúde” (BRASIL, 1990).

Os SIS são fundamentais para que a VISA desempenhe seu papel de forma efetiva, tanto no registro quanto no monitoramento de ações e indicadores sob seu escopo de atuação.

No presente estudo foram utilizados dados do SIASUS. Criado na década de 1990 e implantado em todo o país em 1995, esse sistema gera informações referentes ao atendimento ambulatorial (BRASIL, 2016a), possibilitando importantes avanços nas práticas de gestão local. A análise dos dados registrados no SIASUS favorece um diagnóstico e avaliação da saúde, além de contribuir para um planejamento mais consistente baseado em dados específicos de determinado estabelecimento, município ou estado.

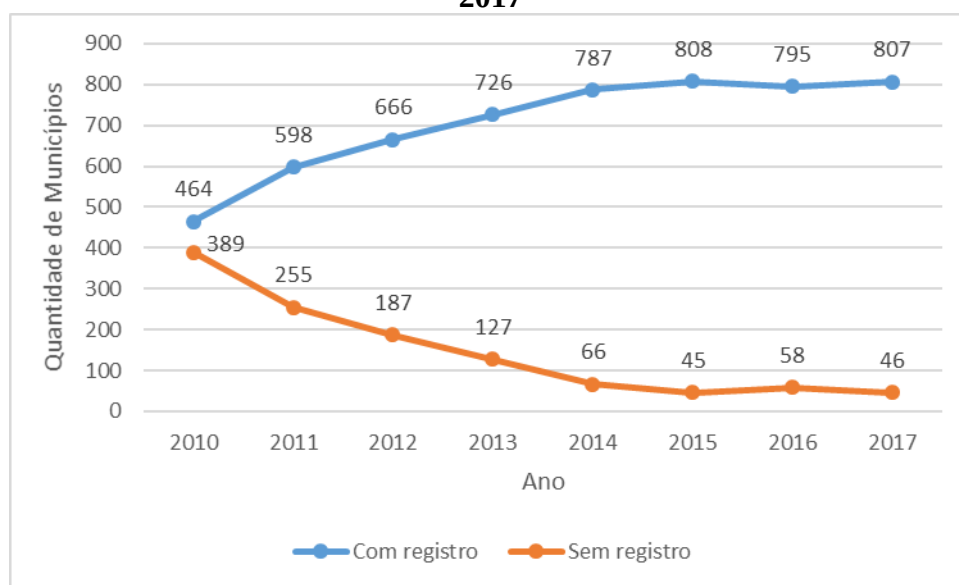
O SIASUS além de coletar, processar e validar os arquivos contendo os dados de produção ambulatorial apresentados pelas unidades prestadoras de serviço, subsidia o repasse financeiro federal aos estabelecimentos de saúde e fornece informações que auxiliam os gestores municipais e estaduais nos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação, controle e auditoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2016a). O sistema possibilita ainda a geração de arquivos de tabulação compatíveis com aplicativos como Tabnet e Tabwin, que são ferramentas fundamentais por permitirem a análise das bases de dados do SUS.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados referem-se ao quantitativo de procedimentos ambulatoriais de VISA registrados no SIASUS no ano de 2017 em MG. Nesse período evidenciou-se uma produção de 2.182.908 procedimentos ambulatoriais de VISA em todo o estado, sendo registrada por 807 (94,6%) municípios de MG.

Apesar da complexidade no campo de atuação da VISA, percebe-se que o número de municípios que vem registrando as ações de vigilância em qualquer quantidade (pelo menos um procedimento) no SIASUS aumentou nos últimos anos. Os dados do Gráfico 1 demonstram que em 2010, 389 (45,6%) municípios não registraram nenhuma ação de VISA no SIASUS. Em contrapartida, no ano de 2017, somente 46 (5,4%) municípios não registrou nenhuma ação no sistema. Estes resultados expressam que os municípios de MG estão cada vez mais enviando, de forma regular, os dados de produção das ações de VISA para o SIASUS, traduzindo possivelmente um planejamento responsável nesse contexto de descentralização da saúde pelos mesmos.

Gráfico 1 - Evolução do registro de produção ambulatorial de VISA, Minas Gerais, 2010 a 2017

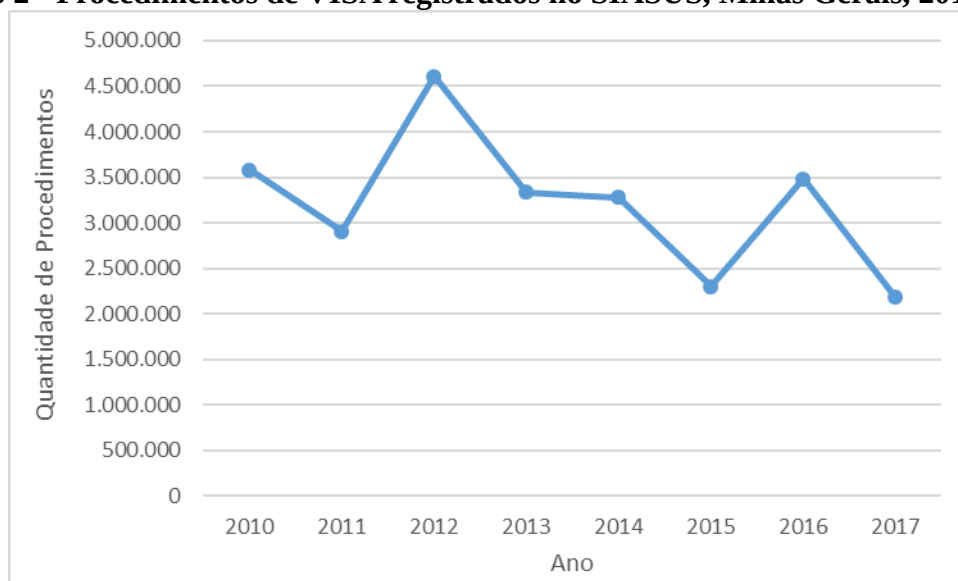


Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

No que diz respeito ao quantitativo de procedimentos lançados anualmente no sistema pelos municípios, foi observada tendência oposta (Gráfico 2). No ano de 2010, houve registro de

3.582.300 procedimentos de VISA no SIASUS em MG. Em 2017, o quantitativo foi de 2.182.908 procedimentos, uma redução de aproximadamente 40% da produção de VISA. O melhor desempenho foi observado em 2012, com registro de 4.609.616 procedimentos. Em um primeiro momento este aumento da produção pode ter ocorrido devido às novas portarias que passaram a ser publicadas no final de 2011, como a Portaria nº 2.227, de 15 de setembro de 2011, regulamentando os critérios para monitoramento da regularidade na alimentação do SCNES e do SIA/SUS, para fins de manutenção do repasse de recursos do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde.

Gráfico 2 - Procedimentos de VISA registrados no SIASUS, Minas Gerais, 2010 a 2017



Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

Porém, a queda da produção nos anos subsequentes pode estar relacionada ao fato do MS acompanhar apenas o preenchimento ou não dos dados referentes às ações de VISA para o bloqueio de repasse financeiro, independente do quantitativo registrado. Segundo Kranz, Boedin e Rosa (2016) existe uma limitação nesse acompanhamento, pois não alcança aspectos da qualidade do preenchimento da base de dados e da situação real da execução das ações de VISA.

A redução do número de procedimentos pode estar associada, ainda, à baixa oferta de ações de VISA no município executor ou à existência de sub-registro, relacionado à ausência de profissional capacitado para executar o registro de forma adequada no sistema de informação.

Lacunas relacionadas aos sistemas de informação são problematizadas por Gamarski e Mota (2010), que destacam o desafio da implantação de sistemas de informação em países com a dimensão do Brasil e heterogeneidade estrutural de seus municípios. Os problemas que envolvem recursos humanos, como as dificuldades de pessoal de informática responsável localmente por garantir o funcionamento do sistema e executar o registro dos dados, contratos e condições de trabalho precárias, alta rotatividade e número reduzido de profissionais, devem ser sempre considerados (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

A dificuldade de alocação de recursos materiais e humanos para trabalhar com sistemas de informação foi observada por Vidor, Fisher e Bordin (2011) em estudo sobre a utilização dos SIS em municípios gaúchos de pequeno porte. Os autores ressaltam que, devido a essas dificuldades, a análise dos dados registrados costuma ocorrer em proporção bem menor que a alimentação.

Ao analisarmos os registros de produção de VISA por Região Ampliada de Saúde (Tabela 3), o destaque é para a região Centro, com o segundo maior número de municípios (103) e mais de seis milhões de habitantes, que apresentou o maior quantitativo de procedimentos (939.824), representando 43,0% da produção total no estado. Quatro (3,9%) de seus municípios não registraram qualquer produção de VISA no SIASUS no período de um ano.

Tabela 3 - Procedimentos ambulatoriais de VISA registrados no SIASUS por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 2017

Região Ampliada de Saúde (Municípios)	Número de Municípios	Procedimentos de VISA registrados no SIASUS (%)	% de municípios com registro (N)
Centro	103	939.824 (43,1%)	96,1% (99)
Centro Sul	51	97.709 (4,5%)	94,1% (48)
Jequitinhonha	23	13.266 (0,6%)	100% (23)
Leste	86	317.690 (14,6%)	100% (86)
Leste do Sul	53	32.937 (1,5%)	96,2% (51)
Nordeste	63	24.154 (1,1%)	98,4% (62)
Noroeste	33	20.236 (0,9%)	100% (33)
Norte	86	178.144 (8,2%)	98,8% (85)
Oeste	54	177.173 (8,1%)	94,4% (51)
Sudeste	94	37.400 (1,7%)	81,9% (77)
Sul	153	277.546 (12,7%)	90,8% (139)
Triângulo do Norte	27	37.648 (1,7%)	96,3% (26)
Triângulo do Sul	27	29.181 (1,3%)	100% (27)
TOTAL	853	2.182.908 (100%)	94,6% (807)

Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

A região Sul, que abrange o maior número de municípios (153) e apresenta população acima de dois milhões de habitantes registrou 277.546 (12,7%) procedimentos de VISA no SIASUS.

Diferenças encontradas no número de procedimentos podem estar relacionadas a inúmeros fatores, que demandariam outros desenhos de estudos, como os analíticos e, certamente, aqueles que agregam abordagens qualitativas, já que permitiriam acessar aspectos referentes ao registro de dados por exemplo.

No entanto, algumas impressões iniciais podem nos ajudar a refletir sobre os dados encontrados. Jequitinhonha chama especialmente a atenção com a menor produção de VISA registrada no sistema, 13.266 procedimentos, o que pode estar relacionada com a sua pequena população residente 299.462 habitantes e com o menor número de municípios (23). No entanto, vale ressaltar que apesar da pequena produção, todos os seus municípios registraram ações de VISA no SIASUS no ano de 2017.

A influência do número de habitantes na produção de VISA foi também discutida por Kranz, Boedin e Rosa (2016), que sugeriram em seu estudo que não existe demanda mensal para as ações de VISA em municípios com população até 10.000 habitantes. Esse é o cenário de mais da metade (55,7%) dos municípios de MG. Os pequenos municípios costumam apresentar

dificuldade na gestão e provisão de bens públicos e a sua maioria não realiza ou realizam em caráter precário ações de VISA (DE SETA; DAIN, 2010).

Segundo De Seta e Dain (2010), a ação do estado é imprescindível nesses casos, assegurando a execução de ações e controle sanitário que os municípios não apresentem condições de realizar, favorecendo a integração entre a gestão estadual e municipal de VISA. Entretanto, para que se possa priorizar o processo de descentralização, é imprescindível que o município assuma, pelo menos, o conjunto de procedimentos que são básicos, como os definidos nos grupos descritos no Indicador 20, mas fundamentais para proteção da saúde da população. Há que se considerar que a criação de responsabilidade sanitária e prerrogativas para os governos municipais e, ainda, a possibilidade de maior autonomia para execução de suas ações no nível local, impõem um grande desafio para a gestão tanto estadual quanto municipal, haja vista o quantitativo e a heterogeneidade dos municípios mineiros.

Além de Jequitinhonha, as Regiões Ampliadas de Saúde Leste, Noroeste e Triângulo do Sul também demonstraram registro de VISA em todos os seus municípios. Já as regiões Sudeste e Sul foram as que apresentaram os maiores percentuais de municípios sem registro de ações de VISA (Tabela 3).

Conforme ponderam Kranz, Boedin e Rosa (2016), percentuais elevados de ausência de registro das ações de VISA, bem como inconstâncias na informação dos dados e ações, deixam em dúvida a qualidade do dado fornecido. Dessa forma, o monitoramento do registro da produção no SIASUS deve ser feito mensalmente pelos municípios, que devem analisar e corrigir as possíveis inconsistências encontradas nos relatórios de produção e, na falta de registro das ações de VISA, solicitar o envio dos arquivos de produção dos serviços de vigilância.

Apresentam-se, a seguir, os resultados relacionados aos dados de registro das ações relacionadas ao Indicador 20 da Pactuação Interfederativa 2017-2021. De acordo com a pactuação, sete procedimentos de VISA são monitorados semestralmente através da análise dos dados registrados no SIASUS e a avaliação é realizada anualmente.

Do total de procedimentos de VISA registrados no SIASUS (2.182.908), observou-se 743.697 (34,1%) relacionados aos grupos de ações que envolvem o Indicador 20 da Pactuação Interfederativa 2017-2021. A Tabela 4 apresenta a análise descritiva das ações de VISA elencadas pelo indicador obtidas a partir dos dados registrados no SIASUS por quantitativo de municípios

que registraram essas atividades, procedimentos necessários à descentralização dessas ações em todos os municípios do país.

Tabela 4 - Procedimentos de VISA no SIASUS relacionados ao Indicador 20, de acordo com o registro efetuado pelo município, Minas Gerais, 2017

Municípios		Grupo de procedimentos acompanhados pelo indicador 20
Com registro	Sem registro	
N (%)	N (%)	
669 (78,43)	184 (21,57)	I. Cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA
790 (92,61)	63 (7,39)	II. Inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA
569 (66,71)	284 (33,29)	III. Atividades educativas para a população
443 (51,93)	410 (48,07)	IV. Atividades educativas para o setor regulado
690 (80,89)	163 (19,11)	V. Recebimento de denúncias
682 (79,95)	171 (20,05)	VI. Atendimento de denúncias
72 (8,44)	781 (91,56)	VII. Instauração de processo administrativo sanitário

Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

Em relação ao cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (Grupo I), observamos que 669 (78,4%) municípios registraram alguma ação referente a este grupo e 184 (21,6%) não registraram nenhum procedimento de cadastro no SIASUS no ano de 2017. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Barros, Lima e Costa (2017) no mapeamento e análise do Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores de 2013-2015. Esse indicador, assim como o Indicador 20, tem como diretriz a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde e monitora os mesmos procedimentos. A análise foi realizada por região intermediária de articulação urbana no Brasil, divisão territorial desenvolvida pelo IBGE no Projeto de Regiões de Articulação Urbana (IBGE, 2013), onde quase 80% dos municípios registraram ações de cadastramento no SIASUS durante o ano de 2014.

O cadastro de estabelecimentos se caracteriza pelo fornecimento de informações iniciais do processo de registro do estabelecimento ou de atualização de sua natureza cadastral, para a autoridade sanitária, sendo a primeira etapa do licenciamento. Anualmente, no primeiro mês de alimentação de dados no sistema, deve ser informado o total atualizado de estabelecimentos no município sujeitos à VISA, e, a partir do segundo mês, apenas o número de novos cadastros (BRASIL, 2015). No ano 2000 o MS determinou o recadastramento de todos os estabelecimentos de saúde do país e criou o CNES (BRASIL, 2000). O recadastramento foi executado, na sua

maior parte, pelas vigilâncias de saúde estaduais, já que as VISA, em geral, não possuem informação atualizada do número, características e situação sanitária dos serviços de saúde. Dessa forma, seria importante as vigilâncias municipais assumirem a atualização das informações do cadastro (LOPES; LOPES, 2008).

A atividade de inspeção, contemplada no Grupo II de procedimentos, é uma das mais tradicionais de VISA, possibilitando a concretização das ações de prevenção e controle de risco nos serviços. Envolve um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência da VISA, que tem como objetivo a verificação “in loco” do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de VISA (BRASIL, 2015).

Na teoria, todos os estabelecimentos são inspecionados anualmente, porém na prática, vários estados e municípios não conseguem cumprir integralmente esta ação (LOPES; LOPES, 2008). As ações de inspeção se destacam no estudo, demonstrando que 790 (92,6%) municípios registraram ações de inspeção de estabelecimentos sujeitos à VISA no ano de 2017. Vale reforçar que esse quantitativo se refere ao número de municípios que registraram ações de inspeção e não ao número de serviços inspecionados em cada município. Ainda sim, os dados expressam resultados positivos.

Os grupos de procedimentos relacionados às atividades educativas para a população e para o setor regulado estiveram presentes no registro de 569 (66,7%) e 443 (51,9%) municípios, respectivamente. As atividades educativas envolvem a promoção e realização de atividades de divulgação de temas e legislações relacionados à VISA para a população ou o setor regulado por meio de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais, dentre outros (BRASIL, 2015), e se mostram extremamente importantes para a VISA, variando de acordo com a realidade e a necessidade de cada região e de cada época (BRASIL, 2011b). Porém, aproximadamente metade dos municípios não executou ou registrou tais ações no ano de 2017.

A organização do processo de trabalho pode contribuir com a articulação e integração da VISA com as demais vigilâncias, organizadas nos sistemas nacionais de Vigilância em Saúde e VISA, além da integração com a Atenção Básica, o que certamente teria repercussão sobre as atividades educativas desenvolvidas. Cancian *et al.* (2016) relatam uma interessante experiência nesse sentido, ao realizar o diagnóstico situacional da VISA em 32 municípios pertencentes à 4ª

Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. No estudo, os autores identificaram que 91,66% dos municípios realizavam ações educativas em articulação com setores como vigilância epidemiológica, saneamento, meio ambiente e agricultura (CANCIAN *et al.*, 2016).

Conforme pode ser constatado nos resultados apresentados, as atividades de recebimento e atendimento de denúncias estiveram presentes em 690 (80,9%) e 682 (80,0%) municípios respectivamente. O recebimento se traduz no registro das denúncias ou reclamações apresentadas ao serviço local de VISA relativa a desvio de qualidade de produtos e serviços; já o atendimento está relacionado à realização de investigação das denúncias apresentadas (BRASIL, 2015). Há que se considerar que a possibilidade de realizar denúncias configura uma ferramenta de participação social que, em nosso entendimento, pode contribuir com o (re)conhecimento do território a partir de demandas dos atores que dele se utilizam, para usar aqui a categoria de análise proposta por Santos (2014) “território usado”. Nesse sentido, as denúncias e seu atendimento podem contribuir com a identificação de problemas/situações bem como apontar caminhos para superá-los.

Quando se trata de produção de ações de instauração de processo administrativo sanitário, o que se observou é que somente 72 (8,4%) municípios registraram esse procedimento. A instauração de processo administrativo sanitário ocorre a partir da constatação de irregularidade identificada pelo serviço de VISA local, que represente uma desobediência ou inobservância aos dispositivos legais e regulamentos. Segundo Barros, Lima e Costa (2017), um número reduzido de instauração de processo administrativo sanitário pode indicar uma precariedade das estruturas administrativas da VISA municipal, uma vez que esse ato exige condições estruturais, processuais e legais para ser exercido. De acordo com a Lei Estadual nº 13.317/99, as infrações à legislação sanitária devem ser apuradas por meio de processo administrativo próprio, sendo a competência de instaurar o processo do serviço de vigilância da instância de governo que verificar a infração.

Vale considerar, ainda, a complexidade e os desafios envolvidos nesse tipo de atuação da VISA, que, conforme ponderam De Seta, Oliveira e Pepe (2017), geram capacidade de intervenção, mas também conflitos. Os autores destacam que apesar de integrarem o campo da saúde, a atuação da VISA sobre tecnologias e atividades econômicas, conformam-se como uma prática também de caráter regulatório, que, embora considerada regulação social (proteção do interesse público da saúde), tem forte repercussão econômica.

Com base nos dados analisados, verificou-se que as ações básicas de VISA preconizadas pelo Indicador 20 não são registradas por todos os municípios de MG no SIASUS, mesmo sendo esperada uma organização mínima da estrutura local de VISA com o processo de descentralização.

No primeiro semestre de acompanhamento do indicador observou-se um registro de 340.374 procedimentos de VISA no SIASUS em todo o estado de MG (Tabela 5). Deste total, a maior parte 136.394 (40,1%) esteve relacionada às ações de inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA, seguido do registro de atendimento de denúncias 87.117 (25,6%). No segundo semestre, houve um maior quantitativo de registro no total dos procedimentos, 403.323, e o número de procedimentos de cada grupo mostrou tendência semelhante ao primeiro semestre.

Tabela 5 - Procedimentos de VISA relacionados aos grupos do Indicador 20 registrados no SIASUS por semestre, Minas Gerais, 2017

Grupos de ações - Indicador 20	1º semestre	2º semestre	Total
	N (%)	N (%)	
I. Cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA	38.896 (11,43)	26.678 (6,61)	65.574
II. Inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA	136.394 (40,07)	158.648 (39,33)	295.042
III. Atividades educativas para a população	33.234 (9,76)	46.998 (11,65)	80.232
IV. Atividades educativas para o setor regulado	9.367 (2,75)	10.609 (2,63)	19.976
V. Recebimento de denúncias	29.753 (8,74)	27.292 (6,77)	57.045
VI. Atendimento de denúncias	87.117 (25,59)	128.260 (31,80)	215.377
VII. Instauração de processo administrativo sanitário	5.613 (1,65)	4.838 (1,20)	10.451
TOTAL	340.374	403.323	743.697

Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

Chama a atenção, nos resultados, a quantidade de procedimentos de atendimento de denúncias ser muito maior do que o de recebimento. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Barros, Lima e Costa (2017), onde o número de municípios que registraram o procedimento atendimento a denúncias foi maior do que aqueles que registraram o recebimento, sugerindo problemas na qualidade do registro. Provavelmente, os atendimentos recebidos não estão sendo registrados no sistema, o que mostra uma fragilidade nas informações.

Os resultados demonstraram que no primeiro semestre de acompanhamento do Indicador 20 somente 203 (23,8%) municípios de MG realizaram, no mínimo, seis grupos de ações de VISA, e, no segundo semestre, o número reduziu para 172 (20,2%) municípios. Porém, levando em consideração que o monitoramento é semestral e a avaliação é realizada anualmente, observou-se

que no ano de 2017, 303 (35,5%) municípios atingiram a meta estabelecida na pactuação (Tabela 6).

Tabela 6 - Municípios que realizaram no mínimo seis grupos de ações de VISA do Indicador 20 no ano de 2017

Monitoramento Semestral (N/%)		Avaliação Anual (N/%)
1º Semestre	2º Semestre	
203 (23,8%)	172 (20,2%)	303 (35,5%)

Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

A meta de 38% não foi atingida, sinalizando que alguns municípios ainda não assumiram boa parte das ações de VISA definidas na pactuação do Indicador 20. Esses resultados podem estar relacionados com fatores como: estrutura de VISA incipiente, fragilidades no preenchimento das ações no sistema, falta de capacitação da equipe de VISA municipal para executar as ações, remanejamento constante de técnicos e pouco entendimento/apoio dos gestores municipais acerca da importância das ações de vigilância no intuito de garantir a prevenção de doenças e agravos relacionados à saúde pública (KRANZ; BOEDIN; ROSA, 2016).

Na Região Ampliada de Saúde Centro Sul 51,0% dos municípios atingiram a meta estabelecida na pactuação para o primeiro ano de acompanhamento do Indicador (Tabela 7). A região Nordeste apresentou o pior resultado com aproximadamente 20% de seus municípios alcançando a meta de registro de no mínimo seis grupos das ações de VISA.

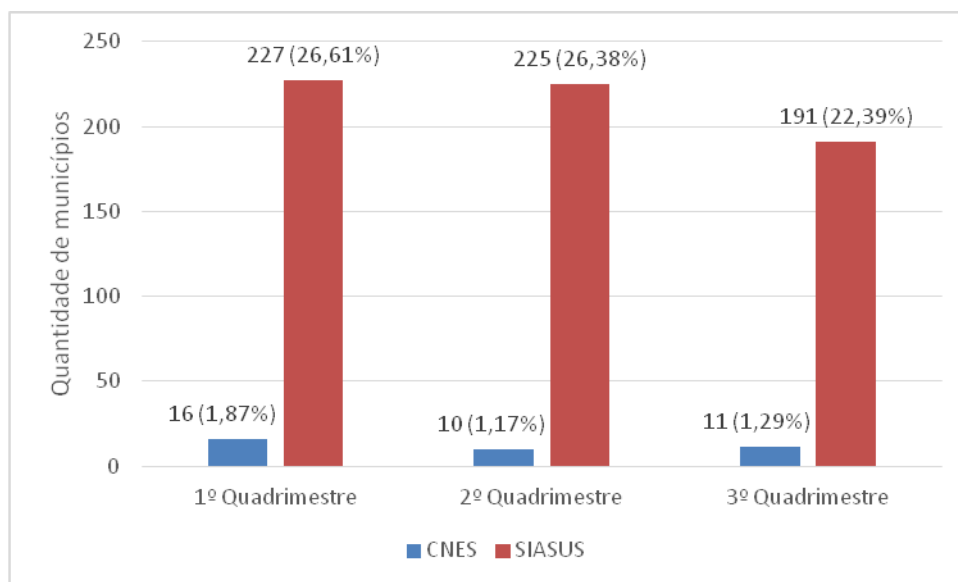
Tabela 7 - Municípios que atingiram a meta estabelecida no Indicador 20 por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 2017

Regiões Ampliadas de Saúde (Número de Municípios)	N	%
Centro (103)	39	37,86
Centro Sul (51)	26	50,98
Jequitinhonha (23)	9	39,13
Leste (86)	24	27,91
Leste do Sul (53)	17	32,08
Nordeste (63)	13	20,63
Noroeste (33)	11	33,33
Norte (86)	36	41,86
Oeste (54)	15	27,78
Sudeste (94)	30	31,91
Sul (153)	61	39,87
Triângulo do Norte (27)	11	40,74
Triângulo do Sul (27)	11	40,74
TOTAL (853)	303	—

Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

A ausência de registro regular de produção de VISA no SIASUS (três meses consecutivos sem informação no sistema) ou situação irregular no SCNES implica em perda de recurso para o município. O MS publica em ato normativo específico no Diário Oficial da União a suspensão da transferência de recursos referente aos municípios com irregularidades SCNES e no SIASUS. No ano de 2017 em MG, muitos municípios tiveram seus recursos de VISA suspensos (Gráfico 3), após a publicação em portaria até a regularização.

Gráfico 3 - Municípios irregulares no SIASUS ou SCNES que tiveram recursos suspensos de VISA, Minas Gerais, 2017



Fonte: BRASIL (2017c, d, e)

O SIASUS permite a alimentação retroativa das informações da produção da VISA de cinco meses anteriores à competência atual, monitorados quadrimestralmente pelo MS nos meses de janeiro, maio e setembro. Cabe destacar que com o preenchimento dos sistemas e o envio da base de dados atualizada para o DATASUS, dentro de 90 (noventa) dias da data de publicação do bloqueio, ocorre a regularização do repasse dos recursos anteriormente bloqueados para o município (BRASIL, 2017a).

Com relação às ações de VISA referentes aos grupos identificados no Indicador 20 de acordo com a Região Ampliada de Saúde (Tabela 8), os resultados apontam a manutenção da tendência observada na análise global (Tabela 3), com as regiões Centro e Jequitinhonha apresentando o maior e o menor registro total de ações, respectivamente. No entanto, é importante destacar que a análise desagregada por grupos de procedimentos revela especificidades. No grupo de procedimentos III, referente a atividades educativas para a população, por exemplo, a Região Ampliada de Saúde Norte se destacou com registro de 38.413 procedimentos.

Outro resultado interessante na pesquisa diz respeito ao número de atendimento de denúncias (Grupo VI) que foi bem maior que o recebimento (Grupo V) nas regiões Centro Sul e Norte. O município Juramento, pertencente à região Norte, e Dolores de Campos, região Centro Sul, registraram durante o ano de 2017, 101.258 e 54.143 (dados não apresentados) procedimentos de

atendimentos a denúncias no SIASUS, respectivamente, o que leva a crer que houve falha no registro da produção. Além disso, como observado na análise global dos registros poucas foram as ações de processo administrativo instauradas, com exceção da região Centro, que registrou 9.133 procedimentos deste grupo no ano de 2017.

Tabela 8 - Procedimentos de VISA relacionados aos grupos do Indicador 20 registrados no SIASUS por Região Ampliada de Saúde, Minas Gerais, 2017

Região Ampliada de Saúde	I	II	III	IV	V	VI	VII	Total
Centro	21.517	121.131	3.192	8.790	13.714	17.559	9.133	195.036
Centro Sul	2.811	6.592	638	696	1.527	55.434	20	67.718
Jequitinhonha	803	3.218	250	216	1.850	1.903	32	8.272
Leste	6.512	19.555	6.186	267	6.577	6.927	20	46.044
Leste do Sul	1.858	11.153	1.016	379	3.536	3.267	14	21.223
Nordeste	4.154	6.350	717	345	2.463	2.265	5	16.299
Noroeste	654	5.497	175	143	443	496	9	7.417
Norte	5.661	10.573	38.413	1.255	2.566	103.723	53	162.244
Oeste	3.120	17.928	24.830	4.165	9.444	7.948	225	67.660
Sudeste	2.785	12.966	749	1.050	3.517	3.447	38	24.552
Sul	11.328	59.111	2.954	1.941	8.478	9.008	330	93.150
Triângulo do Norte	2.308	13.958	542	524	1.676	1.890	565	21.463
Triângulo do Sul	2.063	7.010	570	205	1.254	1.510	7	12.619
TOTAL	65.574	295.042	80.232	19.976	57.045	215.377	10.451	743.697

Fonte: Tabwin/DATASUS (2017)

De acordo com a Portaria nº 3.333, de 7 de dezembro de 2017, municípios com população inferior a 20.000 habitantes, cenário de 666 (78,1%) municípios de MG, terão, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, incentivo financeiro destinado ao fortalecimento das ações de VISA, desde que atendam aos seguintes critérios: realização de, no mínimo, 5 grupos de ações do Indicador 20 no primeiro semestre; manutenção de cadastro atualizado no SCNES e alimentação regular da produção da VISA no SIASUS nos dois semestres (BRASIL, 2017b).

No primeiro semestre de acompanhamento do Indicador 20, dos 666 municípios, 287 (43,1%) registraram, no mínimo, 5 grupos das ações. No que diz respeito ao critério de manutenção de cadastro atualizado no SCNES e alimentação do SIASUS 213 (32,0%) municípios atenderam ao critério (monitoramento realizado em 18 de abril de 2017, 18 de agosto de 2017 e 21 de

dezembro de 2017), estando aptos a receberem o incentivo financeiro de acordo com a Portaria nº 3.333, de 7 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu identificar problemas do cotidiano do trabalho na SES-MG, especificamente na Superintendência de Programação Assistencial/Subsecretaria de Regulação em conjunto à Superintendência de VISA, facilitando a identificação dos pontos críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão e possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas. Percebe-se a necessidade de divisão solidária de responsabilidades entre os entes federados, um imprescindível monitoramento, acompanhamento e avaliação pelo Estado e de capacitação permanente dos profissionais para alcance do maior percentual das ações de VISA municipais.

Apesar do processo de municipalização da saúde vir se consolidando e dos resultados demonstrarem a existência de um percentual importante de municípios registrando ações de VISA, a meta proposta de 38%, para o Indicador 20 no primeiro ano de acompanhamento da Pactuação Interfederativa 2017-2021 não foi alcançada e o estudo demonstrou que somente 35,5% dos municípios de MG registraram, no mínimo, seis grupos das ações do indicador.

Diante do exposto, fica claro que muitos municípios não estão executando ou registrando as atividades de vigilância levando a uma perda enorme de informação para o SIASUS, e que o estado de MG apresenta disparidades que não podem ser negligenciadas.

Devido à grande preocupação quanto à execução das ações e inserção dos dados de VISA no SIASUS, sugerem-se pesquisas futuras com uma análise mais completa com a intenção de reduzir o número de municípios que deixam de receber os repasses do componente de VISA em função do não cadastramento do serviço de VISA no SCNES e a não alimentação por três meses consecutivos das informações de produção no SIASUS.

Com o acompanhamento do Indicador 20, há uma perspectiva de avanço no processo de descentralização e de que o estado de MG possa apoiar as VISA municipais no desenvolvimento de suas atividades, pactuando a harmonização dos procedimentos, capacitando e supervisionando as equipes, com trabalho de verificação de eventuais equívocos de procedimentos, análise e aprimoramento dos processos de trabalho.

Executar algumas ações de VISA requer capacidade técnica e recursos humanos especializados, exigências que muitos municípios de médio e pequeno porte não têm condições de cumprir. Isso exige, transitoriamente, que a SES-MG assuma algumas das ações, de modo a ampliar a capacidade de dar resposta às demandas e às necessidades do sistema de forma propositiva e oportuna, até que os municípios estruturem minimamente seus serviços de VISA, momento em que o Estado passa a ter responsabilidade no acompanhamento das ações. É importante destacar que todo esse processo impõe também ao Estado, importante articulador para que se avance na estruturação da VISA em todos os municípios, grandes desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, F.; MINHOTO, L. D.; COSTA, E. A. C. Poder de polícia e vigilância sanitária no Estado Democrático de Direito. COSTA, E. A., org. *Vigilância Sanitária: temas para debate* [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. p. 37-60. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

ARAÚJO, Y. B.; REZENDE, L. C. M.; QUEIROGA, M. M. D.; SANTOS, S. R. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. *J. Health Inform.*, 8 (Complemento), 164-70, dez. 2016.

BARROS, R. M. B.; LIMA, H. H. G.; COSTA, I. C. C. Análise espacial das informações de vigilância sanitária lançadas no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS nas Regiões Intermediárias de Articulação Urbana do IBGE. *Vigil. Sanit. Debate*, v. 5, n. 1, p. 23-28, 2017.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-70, abr./jun. 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde – Parte 1 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. 320 p. Coleção “Para entender a Gestão do SUS”, v.5, I, 2011a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde – Parte 2 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. 113 p. Coleção “Para entender a Gestão do SUS”, v.6, I, 2011b.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais - OPM do SUS. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada>> Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Manual para as Vigilâncias Sanitárias. Alimentação da Produção no Sistema de Informação Ambulatorial (SIASUS)*. Brasília, 2015. 94 p. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do

Sistema Único de Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Institui, para o ano de 2017, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, incentivo financeiro destinado à organização e fortalecimento do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária. Portaria nº 3.333, de 7 de dezembro de 2017b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES, o Manual de Preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes no Anexo I, Anexo II, Anexo III, desta Portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Portaria nº 511, 29 de dezembro de 2000. Disponível em: < http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_511.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *SIA – Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operação do Sistema*. Brasília, 2016a. 43 p
Disponível em: < ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/Documentos/sia/Manual_Operacional_SIA_v2.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral. Portaria nº 118, 18 de fevereiro de 2014. Disponível em: < <http://portal.anvisa.gov.br/documents>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017- 2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Resolução nº 8, 24 de novembro de 2016b. Diário Oficial União. Disponível em: < <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n---8-e-10.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Exclui da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS os procedimentos. Portaria nº 323, 5 de julho de 2010. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0323_05_07_2010.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. GM. Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Vigilância em Saúde, a Estado e Municípios irregulares quanto ao cadastro dos serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e quanto à informação da produção da vigilância sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Portaria nº 115, 17 de janeiro de 2017c. Diário Oficial União.

BRASIL. Ministério da Saúde. GM. Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Vigilância em Saúde, a Estado e Municípios irregulares quanto ao cadastro dos serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e quanto à informação da produção da vigilância sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Portaria nº 1.402, 7 de junho de 2017d. Diário Oficial União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Vigilância em Saúde, a Estado e Municípios irregulares quanto ao cadastro dos serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e quanto à informação da produção da vigilância sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Portaria nº 2.883, 27 de outubro de 2017e. Diário Oficial União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.378, 09 de julho de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html>. Acesso em: 05 fev. 2018.

CANCIAN, N.R.; SCHÖFFER, A.P.; MIZDAL, C.R.; DIAS, E.M.R.; OLIVO, V.M.F.; CANTO, G.S. A qualificação das Vigilâncias Sanitárias municipais como desafio da gestão na prática das ações de promoção e proteção de saúde. *Vigil. Sanit. Debate*, v. 4, n. 3, p. 71-6. 2016.

COSTA, E. A., org. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: Ed. UFBA; 2008. 180 p.

COSTA, E. A. Fundamentos da vigilância sanitária. In: COSTA, E. A., org. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. p. 11-36 Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

COSTA, E. C. Regulação e Vigilância Sanitária para a Proteção da Saúde. In: VIEIRA, F. P.; REDIGUIERI, C. F.; REDIGUIERI, C. F. A Regulação de Medicamentos no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 21-37.

DE SETA, M. H; DAIN. S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 3307-17. 2010.

DE SETA, M. H.; OLIVEIRA, C. V. S.; PEPE, V. L. E. Proteção da saúde no sistema de saúde brasileiro e seus sistemas nacionais: Vigilância em saúde e vigilância sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3225-34. 2017.

FERRARO, A. H.; COSTA, E. A.; VEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para descentralização da Vigilância Sanitária em nível municipal. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2201-17. 2009.

GAMARSKI, R.; MOTA, E. Sistemas de Informação em Vigilância Sanitária no Brasil: evolução no período de 2000 a 2005. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 33-42, jun. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa 2017: Estimativas populacionais para os municípios brasileiros. [Internet]. [acesso Fev18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Divisão Urbano Regional. Brasília, DF: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013.

KRANZ, L. F.; BOEDIN, R.; ROSA, R. S. Ações executadas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais no Estado do Rio Grande do Sul, 2010-2014. *Vigil. Sanit. Debate*, v. 4, n. 1, p. 104-12. 2016.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 269-91. 2001.

LOPES, C. D.; LOPES, F. F. P. Um Modelo para a Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde. In: *Do Risco à qualidade: A Vigilância Sanitária nos Serviços de Saúde*. Brasília, DF. Editora Anvisa, 2008. Cap. nº 9, p. 104-29.

LUCENA, R. C. B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Rev. Adm. Pública* - Rio de Janeiro, v. 49, n 5, p. 1107-20, set./out. 2015.

MARIN, H. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, v. 2, n. 1, p. 24-8. 2010.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/18/mg-180315.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte, 2011. 264 p.

MINAS GERAIS. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. Lei Estadual nº 13.317, 24 de setembro de 1999.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*, v. 39, n. 104, p. 255-67, jan./mar. 2015.

SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014. 384 p.

VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. *Rev. Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 1-7. 2011.

ANEXOS

ANEXO I – PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SIASUS

GRUPO DE PROCEDIMENTOS		PROCEDIMENTO	
I. CADASTRO	ESTABELECIMENTOS	1	01.02.01.007-2 – Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária
		2	01.02.01.027-7 – Cadastro de instituições de longa permanência para idosos
		3	01.02.01.025-0 – Cadastro de hospitais
		4	01.02.01.030-7 – Cadastro de indústrias de medicamentos
		5	01.02.01.054-4 – Cadastro de indústrias de insumos farmacêuticos
		6	01.02.01.055-2 – Cadastro de indústrias de produtos para saúde
		7	01.02.01.045-5 – Cadastro de estabelecimentos de serviços de alimentação
	SERVIÇOS	8	01.02.01.033-1 – Cadastro de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama
		9	01.02.01.036-6 – Cadastro de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança
		10	01.02.01.039-0 – Cadastro de serviços de hemoterapia
		11	01.02.01.042-0 – Cadastro de serviços de terapia renal substitutiva
	EXCLUSÃO DE CADASTRO	12	01.02.01.016-1 – Exclusão de cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária com atividades encerradas

GRUPO DE PROCEDIMENTOS		PROCEDIMENTO	
II. INSPEÇÃO	ESTABELECIMENTOS	1	01.02.01.017-0 – Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária
		2	01.02.01.028-5 – Inspeção sanitária de instituições de longa permanência para Idosos
		3	01.02.01.014-5 – Inspeção sanitária de hospitais
		4	01.02.01.031-5 – Inspeção sanitária de indústrias de medicamentos
		5	01.02.01.056-0 – Inspeção sanitária de indústrias de insumos farmacêuticos
		6	01.02.01.057-9 – Inspeção sanitária de indústrias de produtos para saúde
		7	01.02.01.046-3 – Inspeção sanitária de estabelecimentos de serviços de alimentação
	SERVIÇOS	8	01.02.01.034-0 – Inspeção sanitária de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama
		9	01.02.01.037-4 – Inspeção sanitária de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança
		10	01.02.01.040-4 – Inspeção sanitária de serviços de hemoterapia
		11	01.02.01.043-9 – Inspeção sanitária de serviços de terapia renal substitutiva

GRUPO DE PROCEDIMENTOS		PROCEDIMENTO	
III. LICENCIAMENTO	ESTABELECIMENTOS	1	01.02.01.018-8 – Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária
		2	01.02.01.029-3 – Licenciamento sanitário de instituições de longa permanência para idosos
		3	01.02.01.026-9 – Licenciamento sanitário de hospitais
		4	01.02.01.032-3 – Licenciamento sanitário de indústrias de medicamentos
		5	01.02.01.047-1 – Licenciamento sanitário de estabelecimentos de serviços de alimentação
	SERVIÇOS	6	01.02.01.035-8 – Licenciamento sanitário de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama
		7	01.02.01.038-2 – Licenciamento sanitário de serviços hospitalares de atenção ao parto e a criança
		8	01.02.01.041-2 – Licenciamento sanitário de serviços de hemoterapia
		9	01.02.01.044-7 – Licenciamento sanitário de serviços de terapia renal substitutiva

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	PROCEDIMENTO	
IV. INVESTIGAÇÃO	1	01.02.01.020-0 – Investigação de surtos de doenças transmitida por alimentos
	2	01.02.01.021-8 – Investigação de surtos de infecção em serviços de saúde
	3	01.02.01.015-3 – Investigação de eventos adversos e/ ou queixas técnicas

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	PROCEDIMENTO	
V. ATIVIDADES EDUCATIVAS	1	01.02.01.022-6 – Atividade educativa para a população
	2	01.02.01.005-6 – Atividade educativa para o setor regulado
	3	01.02.01.050-1 – Atividades educativas sobre a temática da dengue, realizadas para população
	4	01.02.01.051-0 – Atividades educativas, com relação ao consumo de sódio, açúcar e gorduras, realizadas para o setor regulado e a população

GRUPO DE PROCEDIMENTOS		PROCEDIMENTO	
VI. SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP)	1	01.02.01.058-7 – Implementação de Procedimentos Harmonizados em nível Tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos
		2	01.02.01.059-5 – Implementação de Procedimentos Harmonizados em nível Tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos
		3	01.02.01.060-9 – Implementação de Procedimentos Harmonizados em nível Tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde
	RELATÓRIOS DE INSPEÇÃO	4	01.02.01.061-7 – Envio de Relatórios de Inspeção de estabelecimentos fabricantes de medicamentos à Anvisa
		5	01.02.01.062-5 – Envio de Relatórios de Inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos à Anvisa
		6	01.02.01.063-3 – Envio de Relatórios de Inspeção de estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde à Anvisa
	AUDITORIAS INTERNAS	7	01.02.01.064-1 – Auditorias Internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de medicamentos
		8	01.02.01.065-0 – Auditorias Internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos
		9	01.02.01.066-8 – Auditorias Internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde

GRUPO DE PROCEDIMENTOS	PROCEDIMENTO	
VII. OUTROS	1	01.02.01.006-4 – Análise de projetos básicos de arquitetura
	2	01.02.01.019-6 – Aprovação de projetos básicos de arquitetura
	3	01.02.01.023-4 – Recebimento de denúncias/ reclamações
	4	01.02.01.024-2 – Atendimento a denúncias/ reclamações
	5	01.02.01.052-8 – Instauração de processo administrativo sanitário
	6	01.02.01.053-6 – Conclusão de processo administrativo sanitário
	7	01.02.01.048-0 – Fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados
	8	01.02.01.049-8 – Laudo de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos recebidos pela vigilância sanitária