

Ações executadas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais do Estado do Rio Grande do Sul, 2010-2014

Actions performed by the Municipal Health Surveillance in the State of Rio Grande do Sul, 2010-2014

RESUMO

Luís Fernando Kranz*
Ronaldo Bordin
Roger dos Santos Rosa

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a organização dos serviços de Vigilância Sanitária estadual e municipal não conseguiu avançar na mesma intensidade que outras atividades. **Objetivo:** Analisar as sete ações mínimas e necessárias de Vigilância Sanitária no âmbito municipal estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, período 2010-2014. **Método:** Foram coletados dados acerca das ações de Vigilância Sanitária contidas no Indicador 41 da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, a partir da base de dados do DATASUS. **Resultados:** Durante o período analisado, todas as ações apresentaram aumento no número de municípios que realizaram determinada atividade e no envio de forma regular dos dados, na proporção direta do incremento de porte populacional. Apenas 53 (10,7%) municípios realizaram todas as sete ações mínimas em 2014, enquanto 34 (6,8%) não registraram qualquer ação. **Conclusão:** Mesmo que os dados não consigam avaliar a qualidade da ação ou do registro efetuado, os incrementos identificados apontam para uma maior e melhor organização dos serviços de Vigilância Sanitária municipais.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde

ABSTRACT

Since the creation of the Unified Health System (SUS), the organization of state and municipal health surveillance services failed to advance at the same pace as all the other services. **Objective:** To analyze the seven core and necessary actions of Municipal Health Surveillance established by the Health State Secretariat of Rio Grande do Sul, 2010 - 2014. **Method:** Data about the Health Surveillance actions contained in the indicator 41 of the Pact Guidelines, objectives, goals and indicators 2013 - 2015, were collected from the SUS database. **Results:** During the studied period, all actions resulted in an increase in the number of municipalities holding a particular activity and sending regular data, in direct proportion to the population size increase. Only 53 (10.7%) municipalities performed all seven minimum actions in 2014, while 34 (6.8%) did not perform any. **Conclusion:** Even if the data cannot assess the quality of the action or of the recorded data, the identified increases point to an improved organization of municipal health surveillance services.

KEYWORDS: Health Surveillance; Unified Health System; Health Management; Health Planning

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

* E-mail: lufekranz@gmail.com

Recebido: 01 set 2015
Aprovado: 21 jan 2016



INTRODUÇÃO

A Vigilância Sanitária (VISA), juntamente com a Vigilância Epidemiológica (VE), a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, integram o campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS)¹. A VISA, se comparada com outras áreas da Saúde Pública, ainda é pouco estudada e a afirmação de conceitos próprios desse campo só se formalizou definitivamente nos âmbitos político e jurídico no Brasil nas últimas décadas do século XX². Sob o aspecto teórico-conceitual, o termo se tornou objeto de estudo apenas a partir dos anos 1990³. No mesmo sentido, a produção teórica nas últimas décadas, seja pela complexidade, seja pelo esquecimento da área, é baixa^{2,3,4,5,6}.

No Brasil, a VISA foi se conformando por diversas áreas do conhecimento e deve ser estudada como um campo de intervenção da Saúde Pública, mesmo que suas atividades se deem sobre coisas (riscos e perigos decorrentes do consumo, uso ou exposição a produtos, serviços e ambientes) e não sobre pessoas, já que cabe ao setor da saúde o papel operativo específico de proteção às pessoas e às populações, por meio de ações com base normativa e jurídica, técnica e científica². De forma complementar, a VISA pode ser caracterizada como um direito social, um dever do Estado ou como uma política pública estabelecida como resposta institucional frente aos riscos associados a produtos e a serviços objeto de sua atuação⁷. Ou ainda, como um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes, as demandas sociais de saúde e as necessidades do sistema de saúde, ou como espaço de exercício da cidadania e do controle social, que, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais, exige a mediação de diferentes instâncias e setores do Estado e da Sociedade⁵.

Tendo em vista sua amplitude e abrangência de atuação, assim como a complexidade da determinação dos processos saúde-doença e das relações sociais produção-consumo, as intervenções nesse espaço tendem a ter um caráter multidisciplinar e intersetorial⁸, além de apresentarem distintas racionalidades - econômica, sanitária e política - que interagem ou competem entre si nas ações regulatórias dessa área⁹. Como se sabe, o sistema público de saúde brasileiro pode ser caracterizado como um "mix público-privado", já que envolve prestadores de serviços e produtores de bens privados e públicos, regulação governamental, além da atuação de instituições filantrópicas e organizações não governamentais¹⁰. Os interesses são de uma variedade de atores econômicos que não se restringem à saúde - produtores, importadores e distribuidores de alimentos, de fármacos, de equipamentos, instrumentos, aparelhos e acessórios utilizados na prevenção, tratamento e recuperação do estado de saúde, de cosméticos e produtos de higiene pessoal, de saneantes domissanitários, de agrotóxicos e outros produtos nocivos, entre outros¹¹.

Nesse contexto, a VISA se constitui em um instrumento de redução da morbimortalidade e de melhoria da qualidade de vida da população ao produzir um conjunto de ações no campo da Saúde

Pública, apoiada em variadas áreas do conhecimento técnico-científico e em bases jurídicas que conferem à VISA o poder e o dever de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, assim como de intervir em problemas sanitários, com o objetivo de controlar e garantir a segurança de produtos e serviços capazes de afetar a saúde humana⁷. Vista por esse ângulo, a VISA é um dos braços executivos que estrutura e operacionaliza o SUS na busca da concretização do direito social à saúde⁵.

A VISA é uma atividade pouco conhecida da população, mesmo depois da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999. Sua organização e caráter de atuação multidisciplinar e intersetorial exigem profissionais capacitados, bem como recursos físicos e financeiros para o desempenho das atividades, que muitas vezes podem requerer, inclusive, o uso do poder de polícia. Em razão disso, ao seguir a diretriz da descentralização, os serviços de VISA no âmbito municipal encontram dificuldades de toda ordem.

No Rio Grande do Sul (RS), o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) desenvolve políticas, tem suas competências e atribuições descritas no Decreto nº 44.050/2005 e se propõe a integrar as vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, de Saúde do Trabalhador e Sanitária para o desenvolvimento de novas práticas de sanitárias na gestão do SUS ao fomentar a intersetorialidade e a integração das atividades e dos sistemas de informação nos 497 municípios que compõem o estado.

Em 2013, com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do SUS e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) - novo elemento no aprimoramento dos processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão no SUS -, foram definidas, de forma tripartite, as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015¹². Em decorrência, ficaram definidas sete ações mínimas e necessárias de VISA no âmbito municipal, gerando o indicador 41, que apresenta como meta a realização de 100% destas ações.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar o Indicador 41 da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no estado do Rio Grande do Sul, 2010-2014.

MÉTODO

Este estudo pode ser caracterizado como transversal retrospectivo do tipo descritivo. Foram coletados dados acerca das ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41 da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no estado do Rio Grande do Sul, para os anos 2010-2014, a partir da base de dados *on-line* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em Assistência à Saúde - Produção Ambulatorial. Para todos os anos, a meta municipal do Indicador 41 é realizar 100% das ações de VISA consideradas necessárias para os municípios, enquanto que a meta estadual é ter 100% dos municípios realizando as sete ações acompanhadas, quais sejam:



- a) Atendimento a Denúncias e Reclamações;
- b) Atividade Educativa para a População;
- c) Atividade Educativa para o Setor Regulado;
- d) Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária;
- e) Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária;
- f) Instauração de Processo Administrativo Sanitário; e
- g) Recebimento de Denúncias e Reclamações.

Adicionalmente, foram coletados dados sobre a *Visita de Inspeção Sanitária*, disponíveis em Produção e Marcadores da Atenção Básica - Saúde da Família - também na base de dados *on-line* do DATASUS e os pagamentos de Ações Estruturantes de VISA, disponíveis no Fundo Nacional de Saúde (FNS). As ações *Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* e *Visita de Inspeção Sanitária*, apesar de parecerem similares, são distintas e seus dados são provenientes de outra base de registro.

Alternativamente, para que a apresentação dos resultados se desse de forma aglutinada, e segundo algum critério que aproximasse as características comuns, os municípios foram agrupados conforme seus portes populacionais, segundo classificação adotada pelo IBGE:

- a) Até 5.000 habitantes - Grupo A;
- b) 5.001 até 10.000 habitantes - Grupo B;
- c) 10.001 até 20.000 habitantes - Grupo C;
- d) 20.001 até 50.000 habitantes - Grupo D;
- e) 50.001 até 100.000 habitantes - Grupo E;
- f) 100.001 até 500.000 habitantes - Grupo F; e
- g) 500.001 e mais habitantes - Grupo G, que apresenta apenas um município, Porto Alegre, capital estadual.

Do total de 497 municípios, apenas um (Pinto Bandeira) foi excluído do estudo, em razão de sua recente emancipação, consumada com as eleições municipais de 2012.

Por se tratar de estudo que não envolve seres humanos e que emprega dados secundários provenientes de bases de dados *on-line* de acesso público, não existiu a necessidade de encaminhamento e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram organizados, analisados e apresentados a partir dos recursos disponíveis no programa Excel®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O RS, com a emancipação de Pinto Bandeira em 2013, é composto por 497 municípios, dos quais 227 (45,8%) com até 5.000 habitantes (Grupo A), mas apenas 6,3% da população total do Estado. Porto Alegre, único município com mais de 500.001 habitantes (Grupo G), é o local de residência de 13,2% da população do RS.

A disposição populacional do Estado mostra que municípios com populações maiores de 20.001 habitantes (Grupos D, E, F e G) representam apenas 20,1% do total dos municípios, porém concentram maior parte da população (78,6%), já que 79,9% são municípios com populações menores de 20.000 habitantes (Grupos A, B e C) concentram apenas 21,4% da população (Tabela 1).

O Instrutivo para preenchimento das ações de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) tem como objetivo orientar os serviços de VISA Estaduais e Municipais no preenchimento dos procedimentos de VISA no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Conforme Portarias nº 3.252/2009 e nº 1.106/2010, trata da descrição dos procedimentos e das instruções para correta alimentação da base de dados. Entre as 43 ações dispostas no instrutivo, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RS elencou sete ações para acompanhar, por serem consideradas necessárias a todos os municípios. Para tal, foi criado o Indicador 41.

A ação de “Visita de Inspeção Sanitária” não é definida e descrita no Instrutivo para preenchimento das ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS. Em busca de uma definição ou dos objetivos específicos de tal ação, foi encontrado apenas uma definição para a Inspeção Sanitária - atividade de avaliação que consiste em observar uma realidade, comparar com o ideal estabelecido, emitir um julgamento sobre o que foi observado e adotar medidas a partir desse julgamento¹⁰.

Os percentuais de municípios de cada grupo que realizaram, ano a ano, cada uma das sete ações acompanhadas pelo Indicador 41, juntamente com a ação *Visita de Inspeção Sanitária*, estão apresentados nas tabelas a seguir. Em um esforço de ultrapassar o simples exercício de acompanhamento do preenchimento ou não dos relatórios de VISA, as ações foram padronizadas por 1.000 habitantes.

Durante o período 2010-2014, o número de municípios do RS que realizavam a ação de *Atendimento a Denúncias e Reclamações* aumentou (Tabela 2). Em 2010, 392 (79%) municípios não apresentaram registros nessa atividade, reduzidos a 139 (28%) em 2014. O Grupo F foi o único que atingiu 100% de seus municípios realizando a atividade, enquanto que o Grupo A é o que contém

Tabela 1. Municípios por porte populacional. RS, 2010.

Porte populacional	Número de municípios	% sobre o total de municípios	População 2010	% sobre o total da população
Grupo A	227	45,8	678.910	6,3
Grupo B	104	21,0	702.836	6,6
Grupo C	65	13,1	906.839	8,5
Grupo D	58	11,7	1.742.126	16,3
Grupo E	24	4,8	1.663.264	15,6
Grupo F	17	3,4	3.591.618	33,5
Grupo G*	1	0,2	1.409.939	13,2
TOTAL	496	100	10.695.532	100

*Este grupo conta com apenas o município de Porto Alegre.
Fonte: DATASUS e IBGE.



o menor número percentual de municípios com registros, com 61,2%. Porto Alegre não apresentou registro dessa ação em 2010; apenas um em 2011; 2.892 em 2012; 8.851 em 2013 e 5.848 em 2014. No que tange à média *per capita* dessas ações, em 2014, variou de 0,93 (Grupo F) a 5,74 (Grupo C). Porto Alegre apresentou a média de 3,97 “Atendimentos a Denúncias e Reclamações” por 1.000 habitantes em 2014.

A exemplo da ação anterior, mais municípios passaram a ter registros de ações de *Atividade Educativa para a População* (Tabela 3). O Grupo F apresentou o maior percentual de municípios que realizam tal atividade (82,3%), ao passo que o Grupo B é o que tem o menor (46,1%). Ao considerar o total de municípios, 419 (84,5%) não realizavam ações em 2010, reduzidos a 229 (46,2%) em 2014. Em Porto Alegre, nenhuma atividade foi realizada entre 2010 e 2011; 124, em 2012; 110, em 2013 e 1.214, em 2014. Em 2014, a média das ações variou de 0,45 (Grupo F) a 10,39 ações por 1.000 habitantes. Porto Alegre realizou, em média, 0,82 ações de *Atividade Educativa para a População* para cada 1.000 habitantes em 2014.

No que tange à *Atividade Educativa para o Setor Regulado* (Tabela 4), ao final do período, o Grupo B apresentou o menor percentual de municípios com registros (24%) e o Grupo F, o maior (94,1%). Em 2010 eram 432 (87,1%) municípios sem esse tipo de ação, passando a 332 (66,9%) em 2014. Porto Alegre não apresentou registros para os anos de 2010 e 2011, aumentando

progressivamente no triênio seguinte: 148, em 2012, 337, em 2013 e 637, em 2014. No que tange à média *per capita*, o Grupo D apresentou médias inconstantes e valores médios discrepantes quando comparados com os outros Grupos. Em 2014, a média de ações variou de 0,39 (Grupo B) a 2,93 (Grupo D). Porto Alegre apresentou elevação constante no último triênio, variando de 0,10 ações em 2012 para 0,43 em 2014.

O Grupo F, que em 2010 tinha o menor percentual de municípios com a prática da ação de *Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* (Tabela 5), em 2014 foi o que apresentou o maior percentual (88,2%). Os Grupos D e E apresentam percentuais semelhantes (82,8% e 83,3%, respectivamente) de municípios que realizam a ação, enquanto os Grupos A e B têm os menores percentuais de municípios que a realizam (55,9% e 61,5%, respectivamente). Em 2010, 349 (70,4%) municípios não realizavam essa ação, reduzidos para 171 (34,5%) municípios em 2014. A capital estadual apresentou registros dessa atividade apenas para os anos do triênio 2012-2014. Quando calculada a média dessas ações, o Grupo D é aquele com a maior para essa ação, com 9,20 *Cadastros de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* para cada 1.000 habitantes em 2014, enquanto os Grupos B e C apresentaram 2,84 e 2,97, respectivamente. Com 0,60 ações por 1.000 habitantes no último ano do período acompanhado, Porto Alegre apresenta um quantitativo de *Cadastros de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* bastante inferior quando comparado com os demais Grupos.

Tabela 2. Atendimento a Denúncias e Reclamações - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	14,54	0,78	21,15	1,61	35,68	2,08	49,34	2,55	61,23	3,22
B	15,38	0,33	30,77	0,93	44,23	1,27	62,5	1,84	73,08	2,24
C	29,23	0,82	41,54	1,44	58,46	3,2	69,23	3,55	78,46	5,74
D	36,21	0,64	48,28	2,1	62,07	3,06	77,59	3,23	87,93	2,91
E	45,83	0,24	66,67	0,67	70,83	1,45	83,33	1,75	91,67	1,89
F	23,53	0,33	58,82	0,41	88,24	0,61	94,12	0,84	100	0,93

Fonte: DATASUS.

Tabela 3. Atividade Educativa para a População - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	14,10	0,89	22,91	4,76	38,33	8,23	40,53	11,50	50,66	10,39
B	14,42	0,30	23,08	0,77	35,58	0,91	48,08	1,70	46,15	2,05
C	16,92	0,33	26,15	0,87	40,00	1,08	44,62	2,43	55,38	1,64
D	24,14	1,65	34,48	5,95	43,10	7,01	48,28	3,74	63,79	5,08
E	16,67	0,02	25,00	0,42	25,00	0,53	54,17	0,97	66,67	1,70
F	5,88	0,08	11,76	0,00	47,06	0,07	52,94	0,14	82,35	0,45

Fonte: DATASUS.



A ação de *Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* (Tabela 6) é realizada pelo maior número de municípios - apenas 151 (30,4%) em 2010, passando a 445 (89,7% do total) em 2014. Os Grupos E e F atingiram 100% dos municípios com registros dessa ação em 2014. O município de Porto Alegre não teve registros de inspeções apenas em 2010. No que tange à média *per capita* de ações, todos os Grupos elevaram seus quantitativos médios dessa ação durante o período estudado. Em 2014, a média variou de 6,3 (Grupo F) a 17,13 ações por 1.000 habitantes (Grupo E). Porto Alegre registrou, em média,

2,18 ações de *Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* por 1.000 habitantes em 2014.

A ação de *Instauração de Processo Administrativo Sanitário* (Tabela 7) é a que tem o maior quantitativo de municípios que ainda não a realizam - eram 467 (94,1%) em 2010, reduzidos a 386 (77,8%) em 2014. Mais uma vez, o Grupo F é o que apresenta o maior percentual de municípios com essa ação (94,1%), enquanto os Grupos A e B apresentam os menores percentuais (10,1% e 12,5%, respectivamente).

Tabela 4. Atividade Educativa para o Setor Regulado - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	9,69	0,40	9,69	0,28	13,66	0,25	18,50	0,72	28,19	0,93
B	7,69	0,08	5,77	0,18	14,42	0,40	18,27	0,21	24,04	0,39
C	13,85	0,20	10,77	0,06	16,92	0,34	23,08	1,02	29,23	1,09
D	31,03	2,25	24,14	1,17	22,41	0,46	25,86	1,83	43,10	2,93
E	8,33	0,00	16,67	0,03	12,50	0,08	29,17	0,18	58,33	0,62
F	29,41	0,15	47,06	0,19	58,82	0,25	76,47	0,78	94,12	0,75

Fonte: DATASUS.

Tabela 5. Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	24,67	3,52	24,23	2,52	33,04	0,90	46,70	2,19	55,95	3,82
B	25,96	1,75	29,81	1,34	40,38	1,84	54,81	3,73	61,54	2,84
C	32,31	2,43	44,62	1,58	53,85	1,54	67,69	1,74	76,92	2,97
D	48,28	4,82	48,28	5,01	63,79	6,38	68,97	7,58	82,76	9,20
E	45,83	1,19	50,00	1,21	50,00	1,76	70,83	2,51	83,33	5,42
F	23,53	1,12	52,94	1,87	70,59	2,38	88,24	6,81	88,24	5,49

Fonte: DATASUS.

Tabela 6. Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	26,43	3,58	40,09	7,27	58,15	11,32	79,3	13,07	86,34	13,93
B	22,12	2,88	38,46	5,43	54,81	7,03	75,96	10,68	85,58	11,28
C	33,85	2,39	52,31	4,62	67,69	7,34	86,15	7,38	93,85	9,09
D	44,83	2,47	56,90	6,11	75,86	6,67	91,38	10,57	98,28	10,28
E	54,17	5,59	75,00	13,00	91,67	15,18	95,83	19,51	100	17,13
F	41,18	2,78	70,59	3,02	94,12	5,88	94,12	6,36	100	6,30

Fonte: DATASUS.



Aqui, caberia uma questão: esses municípios com até 10.000 habitantes não instauram processos administrativos sanitários pela falta de estrutura organizativa ou pela falta de fato gerador? Porto Alegre registrou esta ação apenas no triênio 2012-2014. As médias para essas ações foram as menores quando comparadas com as outras ações. O Grupo C apresentou certa inconstância nas médias durante o período e em 2014 os Grupos D, A, E e F apresentaram valores médios muito próximos (0,19, 0,18, 0,18 e 0,17 ações, respectivamente). Os Grupos B e C, com 0,04 e 0,07, respectivamente, são aqueles com as menores médias. Essa é única ação em que Porto Alegre apresentou um quantitativo médio superior aos outros Grupos, com 0,54 ações de *Instauração de Processo Administrativo Sanitário* por 1.000 habitantes em 2014.

Por fim, a ação *Recebimento de Denúncias e Reclamações* (Tabela 8) tinha, em 2010, 391 (78,8%) municípios que não registraram ações nessa ação, reduzidos a 141 (28,4%) em 2014. O Grupo F, da mesma forma como ocorreu com as ações anteriores, tem o maior percentual de municípios que realizam essa ação (94,1%), enquanto o Grupo A tem apenas 61,2% dos municípios com registros. Para essa ação, Porto Alegre não contou com registros apenas em 2010. Os dados sobre as médias dessas ações mostram que o Grupo C, a partir de 2012, apresentou quantitativos médios dessa ação superiores ao dos outros Grupos. Em 2014, a média *per capita* dessa ação variou de 0,72 (Grupo F) a 5,78 ações por 1.000 habitantes (Grupo C). Porto Alegre, com 4,14 ações desse

tipo ficou com uma média de ações por 1.000 habitantes próxima ao do Grupo C.

Se acompanhado desde 2010, o Indicador 41 teria nesse ano apenas quatro municípios com 100% das ações realizadas - Canela, Jaguarão, Porto Xavier e Taquara - e outros 22 com seis das sete ações. No triênio 2011-2013, seriam respectivamente oito, 12 e 24 municípios com 100% das ações realizadas, subindo para 53 (10,7%) municípios em 2014 e outros 76 (15,3%) com seis das sete ações realizadas.

Os municípios Aceguá, Anta Gorda, Araiba, Arroio do Sal, Barão do Triunfo, Barra do Quaraí, Boa Vista do Sul, Boqueirão do Leão, Butiá, Chui, Chuvisca, Dois Lajeados, Hulha Negra, Lagoa Bonita do Sul, Lavras do Sul, Maçambará, Mariana Pimentel, Paraíso do Sul, Piratini, São Sebastião do Caí e Sertão Santana não apresentaram registros para nenhuma das sete ações de VISA em nenhum dos anos acompanhados.

A ação de *Visita de Inspeção Sanitária* (Tabela 9) passou de 270 municípios que não a realizavam em 2010 para 259 em 2014 (redução de 2,2%). Porto Alegre apresentou registros de Visitas de Inspeção Sanitária para todos os anos, enquanto que apenas 30,8% dos municípios do Grupo C e 38,5% do Grupo B realizaram tais visitas em 2014. O Grupo F, por sua vez, é aquele que tem o maior percentual, com 70,6% dos municípios com registros no último ano do período. A média *per capita*, em 2014, variou de

Tabela 7. Instauração de Processo Administrativo Sanitário - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	0,88	0,01	3,52	0,06	2,20	0,02	4,41	0,06	10,13	0,18
B	1,92	0,02	1,92	0,02	1,92	0,01	5,77	0,02	12,50	0,04
C	10,77	0,09	12,31	0,32	13,85	0,10	26,15	0,11	21,54	0,07
D	13,79	0,10	20,69	0,12	27,59	0,15	29,31	0,17	46,55	0,19
E	29,17	0,05	37,50	0,14	50,00	0,18	45,83	0,26	66,67	0,18
F	17,65	0,18	35,29	0,18	64,71	0,20	70,59	0,21	94,12	0,17

Fonte: DATASUS.

Tabela 8. Recebimento de Denúncias e Reclamações - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	16,30	0,90	22,91	2,01	37,44	2,47	51,98	2,98	61,23	3,35
B	15,38	0,30	28,85	0,67	43,27	1,20	63,46	1,89	71,15	2,37
C	29,23	0,74	38,46	1,32	58,46	3,89	70,77	3,31	81,54	5,78
D	34,48	0,58	43,10	1,73	58,62	1,55	79,31	2,10	87,93	2,21
E	37,50	0,18	50,00	0,35	66,67	0,64	70,83	1,42	87,50	1,30
F	23,53	0,26	47,06	0,40	76,47	0,79	76,47	0,75	94,12	0,72

Fonte: DATASUS.



Tabela 9. Visita de Inspeção Sanitária - percentual de municípios que realizam a ação e quantitativo de ações por 1.000 habitantes. RS, 2010-2014.

Grupo	2010		2011		2012		2013		2014	
	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações	% de municípios que realizam a ação	Média per capita de ações
A	51,10	25,01	55,51	22,06	55,51	20,02	62,11	20,42	55,51	19,70
B	42,31	8,90	43,27	8,28	42,31	9,08	41,35	11,48	38,46	13,01
C	36,92	4,47	36,92	4,82	36,92	4,69	30,77	6,46	30,77	5,65
D	39,66	1,20	50,00	1,76	51,72	1,47	58,62	0,97	41,38	0,74
E	37,50	14,68	50,00	21,42	45,83	17,05	45,83	15,60	58,33	14,02
F	52,94	0,16	64,71	0,25	58,82	0,32	64,71	0,27	70,59	0,70

Fonte: DATASUS.

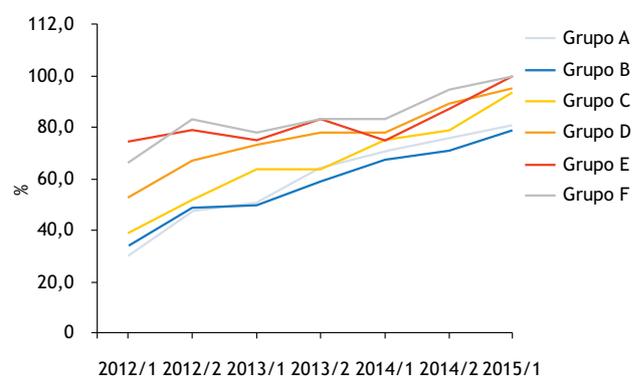
0,7 (Grupo F) a 19,7 ações (Grupo A). Com uma média ainda menor, Porto Alegre apresentou 0,62 ações de *Visita de Inspeção Sanitária* por 1.000 habitantes em 2014.

A Figura apresenta o percentual de municípios que receberam os recursos financeiros do componente *Vigilância Sanitária por regular envio de dados* para o SIA/SUS a cada semestre. É possível verificar que, ao longo do período estudado, os municípios do RS estão, de modo geral, cada vez mais enviando de forma regular os dados da produção de ações e serviços para o SIA/SUS. Os Grupos E e F conseguiram que 100% dos seus municípios mantivessem regulares os envios de dados para o SIA/SUS no último levantamento. Os Grupos A e B são aqueles que ainda apresentam muitos municípios com suspensão de recursos (19,1% e 21,3%, respectivamente), enquanto os Grupos C e D, segundo a Portaria nº 179/2015, ainda apresentam quatro e três municípios, respectivamente, em situação irregular de registro. Porto Alegre teve recursos suspensos apenas nos dois primeiros levantamentos.

Ressalta-se que tanto o Ministério da Saúde, a partir da suspensão da transferência de recursos, como a SES/RS, a partir da verificação do Indicador 41, acompanham apenas o preenchimento ou não dos relatórios das ações de VISA. Tal acompanhamento é uma atividade muito limitada, pois não alcança aspectos da qualidade do preenchimento da base de dados, da situação ou das ações de VISA. É preciso ainda considerar que 66,8% dos municípios do RS tem até 10.000 habitantes e que nesses municípios, muito provavelmente, não exista demanda mensal para todas as sete ações elencadas.

Mesmo com as altas porcentagens de municípios dos Grupos A e B que não enviaram de forma regular os dados para o SIA/SUS durante o período analisado, esses grupos apresentaram, na maioria dos casos, médias superiores de ações de VISA por 1.000 habitantes às dos Grupos D, E e F.

Quando as ações que compõem o Indicador 41 são acompanhadas, é possível verificar que, para todas elas, o Grupo A ou o Grupo B são aqueles que apresentam o maior número de municípios que não realizaram a ação em questão. Por outro lado, o Grupo F é o que mais se aproxima dos 100% dos municípios que realizam a ação. Durante o período analisado, todas as ações apresentaram



Fonte: Fundo Nacional de Saúde.

Figura. Municípios que recebem Recursos Financeiros do Componente Vigilância Sanitária por regular envio de dados para o SIA/SUS. RS, 2012-2015.

aumento no número de municípios que realizaram determinada atividade. Os Grupos E e F têm os maiores percentuais de municípios que enviaram os dados de forma regular, enquanto os Grupos A e B têm os menores percentuais.

Os relatórios de dados disponíveis acerca das ações de VISA apresentaram grande quantidade de zeros. A saber: apenas 53 (10,7%) municípios realizaram todas as sete ações de VISA em 2014, ao mesmo tempo que outros 34 não realizaram qualquer ação.

Para a ação de *Visita de Inspeção Sanitária*, a única analisada, mas não incluída no acompanhamento do Indicador 41, é possível verificar que tanto o percentual de municípios que registraram ações desse tipo como o quantitativo de ações por 1.000 habitantes não seguem as mesmas tendências percebidas nas ações acompanhadas pelo Indicador 41.

Grupos A, C e D foram aqueles que apresentaram as maiores médias de ações por 1.000 habitantes, e o Grupo F ficou com a pior média em 5 das 8 ações verificadas.

Depois de análises mais detalhadas acerca dos quantitativos de ações realizadas pelos municípios, ficou evidente que há fragilidades no preenchimento dos relatórios que são



enviados para publicação via SIA/SUS. Inconstâncias na informação do dado bem como o grande número de ações zeradas durante o período estudado colocam em xeque a qualidade do dado fornecido. A dificuldade na obtenção de dados é problema recorrente, tanto no que se refere à mera disponibilidade dos mesmos, quanto à sua qualidade¹³. Nesse sentido, os indicadores que tomam como área de abrangência o município como um todo são úteis ao planejamento em nível estadual e regional, contudo, são enormes as dificuldades para a obtenção de informações sobre os municípios entre elas¹⁴:

- a) interposição de obstáculos para a sua utilização;
- b) descontinuidade temporal na coleta da informação;
- c) confiabilidade no registro das informações; e
- d) precisão dos dados¹⁴.

De forma complementar, a carência de informações sistemáticas e a dificuldade de comparação de dados produzidos a partir de diferentes fontes/metodologias são um problema sempre presente para aqueles que trabalham com indicadores ambientais¹³, e parece que para a VISA também.

CONCLUSÃO

A VISA se caracteriza como um conjunto de ações de essencial importância tanto para a população como para o Sistema Público de Saúde, e que podem interferir no sistema produtivo da sociedade. Desde a criação do SUS, contudo, a organização dos serviços de VISA estadual e municipal não conseguiu avançar na mesma intensidade que outras atividades.

A predominante concentração dos processos decisórios acerca dos serviços de VISA na esfera federal e a mínima participação das outras esferas de governo, inclusive no seu financiamento¹⁵, somada à deficiência de equipamentos, de veículos ou transportes e de recursos para a realização das fiscalizações,

à organização administrativa deficiente, aos baixos índices de informatização e insuficiência de sistemas de informação, aos recursos humanos insuficientes e sem especialização ou acesso à educação permanente e ao espaço físico inadequado ou insuficiente¹⁰ são algumas das razões que ajudam a explicar as causas que prejudicaram a execução plena dos serviços de VISA, principalmente no âmbito municipal, desde a criação do SUS.

A necessidade de profissionais capacitados, bem como de recursos físicos adequados e financeiros mínimos para o desempenho das atividades de VISA não correspondem com os gastos realizados nas esferas subnacionais com a folha de pagamento do pessoal da vigilância - geralmente escasso e mal remunerado - e da estrutura - quase sempre precária¹⁵. Os baixos percentuais de municípios com até 10.000 habitantes que realizam atividades educativas, tanto para a população, como para o setor regulado, e que instauram processos administrativos sanitários podem ser em decorrência das carências e dificuldades acima citadas, mas também pela falta de fato gerador dadas as características peculiares, principalmente, no que tange à atividade econômica local.

Diante da necessidade de ultrapassar as intenções normativas e de migrar para o estabelecimento de metas de cobertura e de definição de indicadores de desempenho permanentemente avaliados, o Ministério da Saúde e a SES/RS criaram mecanismos de acompanhamento do preenchimento dos relatórios do SIA/SUS e de cessação do repasse de recursos para os serviços de VISA municipais. Após tais ações, a partir do acompanhamento dos dados disponíveis nas bases de dados do DATASUS, foi possível verificar que maior número de municípios enviou os dados regularmente e que os números de ações, na maioria dos casos, aumentaram. Chama a atenção o fato da ação *Visita de Inspeção Sanitária*, a única entre as analisadas que não é acompanhada pelo Indicador 41, não apresentar as mesmas tendências de aumento de ações, ou ainda, de aumento de municípios com registros.

Mesmo que tais mecanismos não consigam avaliar a qualidade da ação ou do dado enviado, parecem estar induzindo e/ou exigindo maior e melhor organização dos serviços de VISA municipais.

REFERÊNCIAS

1. 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 União. 19 set 1990.
2. Souza AMAF. Vigilância sanitária na saúde pública brasileira e sua aproximação com o caso Mexicano: proteger, vigiar e regular [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
3. Souto AC. Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos; 2004.
4. Costa EA. A vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. Epidemiologia & saúde. 5a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. p. 327-52.
5. Lucchese, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
6. Costa EA. A vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho, N. Epidemiologia & saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 357-87.
7. Battesini M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
8. Ferraro AHA, Costa EA, Silva LMV. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. Cad Saúde Pública. 2009;25(10):2201-17. doi:10.1590/S0102-311X2009001000011



9. Souza GS, Costa EA. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em Vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. *Ciê Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3329-40. doi:10.1590/S1413-81232010000900008
10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. *Vigilância em saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, vol. 6, II).
11. Van Stralen, CJ. Controle social sobre ações de recuperação, proteção e defesa da saúde. In: Campos FE, Werneck GAF, Tonon LM. *Vigilância sanitária*. Belo Horizonte: Coopmed; 2001. p. 115-29.
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. *Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2013 - 2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
13. Braga TM, Freitas APG, Duarte GS, Carepa Sousa J. Índices de sustentabilidade municipal: o desafio de mensurar. *Nova Economia*. 2004;14(3):11-33.
14. Nahas MIP. Bases teóricas, metodologia de elaboração e aplicabilidade de indicadores intra-urbanos na gestão municipal da qualidade de vida urbana em grandes cidades: o caso de Belo Horizonte [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2002.
15. De Seta MH, Dain S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciê Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3307-17. doi:10.1590/S1413-81232010000900002

Agradecimentos

O artigo é parte da Dissertação de Mestrado “Estruturação de um índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal” defendida no Programa de Pós-Graduação em Administração da UFRGS, em 2015, por Luís Fernando Kranz.



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.

Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.