



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

ANTÔNIO CARLOS ARAÚJO FRAGA

**RELAÇÃO ENTRE GASTOS E AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS
MUNICÍPIOS DO CEARÁ**

FORTALEZA

2018

ANTÔNIO CARLOS ARAÚJO FRAGA

**RELAÇÃO ENTRE GASTOS E AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS
MUNICÍPIOS DO CEARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Linha de pesquisa: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Fraga, Antônio Carlos Araújo.

Relação entre gastos e ações da Vigilância Sanitária nos municípios do Ceará / Antônio Carlos Araújo Fraga. – 2018.

95 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim.

1. Vigilância Sanitária. 2. Gastos. 3. Ações. 4. Município. I. Título.

CDD 615

ANTÔNIO CARLOS ARAÚJO FRAGA

RELAÇÃO ENTRE GASTOS E AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS
MUNICÍPIOS DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em: 21 / 08 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Ana Paula Soares Gondim (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^o Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a Dr. Fernando José Pires de Sousa
Departamento de Teoria Econômica da Universidade Federal do Ceará (UFC)

“A verdadeira Vigilância Sanitária é aquela que começa com a purificação da nossa alma, para que possamos entender a nossa inserção no ambiente em que vivemos, isentando os nossos “irmãos” dos riscos e agravos que geramos, permitindo que seja sempre liberada a clorofila da vida: o amor.”

Délio Barbosa

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Ceará, por meio do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, pela oportunidade que me foi concedida.

À minha orientadora, Dra. Ana Paula Soares Gondim, por sua disponibilidade, dedicação, paciência, incentivo e conhecimento, que foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos meus professores do curso de mestrado, por toda atenção e conhecimento repassados e aos profissionais da secretaria do PPgCF, pela atenção dispensada.

Aos estagiários do Laboratório Interdisciplinar de Saúde Coletiva, Farmácia Social e Saúde Mental Infantojuvenil (LISFARME), parceiros em muitos momentos.

A todos os grandes amigos que fiz durante o mestrado, pela amizade e companheirismo, representados por Felipe, Andrei, Wendell, Nívia e Gabriela; aos meus colegas de turma, em especial a Emanuela Diniz, querida Manu, pela amizade e parceria nos diversos momentos do curso.

Aos colegas da Vigilância Sanitária da Prefeitura Municipal de Fortaleza, em especial ao Manoel, pela compreensão, apoio e, principalmente, pelo incentivo.

Aos colegas do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-CE) pela paciência, companheirismo e incentivo.

À minha melhor amiga e comadre, Renata de Sousa, pelo apoio, companheirismo e incentivo, desde os tempos da graduação.

E, principalmente, a DEUS que me possibilita ter e estar entre a minha família e os meus amigos.

RESUMO

A partir da interpretação da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), entende-se que é dado ao município a competência para a execução das ações de Vigilância Sanitária (VISA). A execução dessas ações requer organização, bem como recursos humanos, físicos e financeiros para o desempenho das atividades voltadas ao controle dos riscos sanitários. Nesse sentido, o presente estudo se propõe analisar a relação entre os gastos e as ações de VISA nos municípios cearenses, no período de 2013 a 2017. Trata-se de um estudo ecológico, de caráter quantitativo e com enfoque descritivo, utilizando dados secundários oriundos de sistemas de informação de domínio público e acesso irrestrito, relativos aos 184 municípios que compõem o estado do Ceará, no qual se verificou a evolução das variáveis selecionadas no período de 2013 a 2017. Em relação ao gasto público com a Subfunção Vigilância Sanitária, os resultados apontam incremento nos valores gastos com VISA nos municípios cearenses a cada ano, ressaltando-se uma diminuição nos valores para o ano de 2017, apresentada por cerca de 70% dos municípios do estado do Ceará. Verificou-se um aumento na média anual de gastos com a VISA, a mediada que aumenta o porte populacional dos municípios. Em relação aos gastos com VISA *per capita* dentro de cada extrato da população, os municípios de menor porte populacional apresentaram os maiores gastos *per capita* com VISA e municípios com até 10.000 habitantes apresentaram valores de gastos *per capita* semelhantes aos registrados pelo município mais populoso. Quanto as ações de VISA realizadas pelos municípios cearenses, verificou-se que das sete ações acompanhadas pelo Indicador 41, os municípios apresentam um melhor nível de implementação da ação de Inspeção Sanitária. No entanto, muitos municípios do estado, ainda não realizam o procedimento de Instauração de Processos Administrativos Sanitários. 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 nos municípios do estado do Ceará. Diante das limitações impostas pelos dados disponíveis, não foi possível estabelecer uma relação numérica entre os gastos e as ações de VISA nos municípios. Por fim, consideramos que os resultados deste estudo podem constituir uma linha-de-base para o acompanhamento da alocação de recursos na VISA, bem como para uma discussão sobre financiamento e execução das ações de VISA, considerando as necessidades e especificidades de cada município.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária, Gastos, Ações, Município

ABSTRACT

Based on the interpretation of the Constitution and the Organic Health Law (Law No. 8,080 / 90), it is understood that the municipality is given the authority to carry out the Health Surveillance actions (VISA). The execution of these actions requires organization, as well as human, physical and financial resources for the performance of activities aimed at controlling health risks. In this sense, the present study aims to analyze the relationship between VISA expenditures and actions in the municipalities of Ceara, from 2013 to 2017. This is an ecological study, with a quantitative character and a descriptive approach, using secondary data public domain information systems and unrestricted access to the 184 municipalities that make up the state of Ceara, in which the evolution of the selected variables was verified in the period from 2013 to 2017. In relation to public expenditure with the Health Surveillance Sub-results point to an increase in the amounts spent with VISA in the municipalities of Ceara each year, highlighting a decrease in the values for 2017, presented by about 70% of the municipalities of the state of Ceara. There was an increase in the annual average of VISA expenditures, which increases the population size of the municipalities. Regarding the per capita VISA expenditures within each population extract, the smaller municipalities had the highest expenditures per capita with VISA and municipalities with up to 10,000 inhabitants presented per capita expenditure figures like those recorded by the most populous municipality. Regarding the actions of VISA carried out by the municipalities of Ceara, it was verified that of the seven actions accompanied by Indicator 41, the municipalities present a better level of implementation of the action of Sanitary Inspection. However, many municipalities in the state, still do not carry out the procedure of Establishment of Administrative Sanitary Procedures. Even if the data cannot evaluate the quality of the action or of the registration made, the identified increments point to a better and better organization of the Health Surveillance services in the municipalities of the state of Ceara. Given the limitations imposed by the available data, it was not possible to establish a numerical relationship between VISA expenditures and actions in the municipalities. Finally, we consider that the results of this study may constitute a baseline for monitoring the allocation of resources in VISA, as well as for a discussion on financing and execution of VISA actions, considering the needs and specificities of each municipality.

KEYWORDS: Health Surveillance, Health Expenditures, Actions, Local Government

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese do processo de descentralização do SUS e da Vigilância Sanitária.....	22
Quadro 2	Síntese dos pisos que compõem o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), adotados pela Portaria GM/MS nº 1.998/2007.....	28
Quadro 3	Despesas por subfunções na função Saúde.....	32
Quadro 4	Situação das vigilâncias sanitárias nos municípios cearenses.....	43
Quadro 5	Municípios incluídos na pesquisa / População estimada em 2017.....	49
Quadro 6	Variáveis utilizadas no estudo	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Agrupamento dos municípios, segundo as classes de tamanho da população – CEARÁ - 2017.....	54
Tabela 2	Número de Municípios que não registraram dados sobre ações e gastos com VISA, CE, 2010-2017.....	56
Tabela 3	Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo A, CE, 2013-2017.....	58
Tabela 4	Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo B, CE, 2013-2017.....	58
Tabela 5	Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo C, CE, 2013-2017.....	59
Tabela 6	Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo D, CE, 2013-2017.....	60
Tabela 7	Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo E, CE, 2013-2017.....	61
Tabela 8	Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo F, CE, 2013-2017.....	62
Tabela 9	Ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41, Municípios, CE, 2013-2017.....	64
Tabela 10	Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, CE, 2013-2017.....	65
Tabela 11	Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, CE, 2013-2017.....	66
Tabela 12	Recebimento de Denúncias e Reclamações, Municípios, CE, 2013-2017.....	67
Tabela 13	Atendimentos a Denúncias e Reclamações, Municípios, CE, 2013-2017.....	67
Tabela 14	Atividade Educativa para a População, Municípios, CE, 2013-2017.....	68
Tabela 15	Atividades Educativa para o Setor Regulado, Municípios, CE, 2013-2017.....	69
Tabela 16	Instauração de Processo Administrativo Sanitário, Municípios, CE, 2013 - 2017.....	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Despesa Total com VISA, Município de Fortaleza, CE, 2013-2017.....	62
Gráfico 2	Gastos <i>per capita</i> (em R\$) na Subfunção Vigilância Sanitária, Municípios, CE, 2013-2017.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGEFIS	Agência de Fiscalização de Fortaleza
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIPP	Complexo Industrial e Portuário do Pecém
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRES	Coordenadorias Regionais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
FINBRA	Finanças do Brasil
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
NUVIS	Núcleo de Vigilância Sanitária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PFVISA	Piso Fixo de Vigilância Sanitária
PIB	Produto Interno Bruto
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PVVISA	Piso Variável de Vigilância Sanitária

RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SARGSUS	Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Termo de Ajuste e Metas
TFVISA	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	18
2.1	Objetivo geral	18
2.2	Objetivos específicos	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	Discussões acerca da Vigilância Sanitária nos Municípios	19
3.1.1	A Vigilância Sanitária como uma atribuição do SUS.....	19
3.1.2	A municipalização das ações de Vigilância Sanitária: Descentralização em pauta.....	21
3.1.3	Competências e Ações da VISA: as Responsabilidades no Nível Municipal	23
3.2	O Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária: Histórico e Tendências	25
3.3	Os Gastos Municipais com VISA: um Gasto Público com Saúde	30
3.4	Importância dos Indicadores e sua Relação com a Ações de Vigilância Sanitária	35
3.4.1	Definições.....	35
3.4.2	Indicador: Construção e Características.....	36
3.4.3	Vantagens e Limitações dos Indicadores.....	38
3.4.4	Um olhar sobre o Indicador 41: o Indicador das Ações de VISA nos Municípios.....	39
3.5	A VISA nos municípios do Estado do Ceará: Organização e Desafios	42
4	METODOLOGIA	47
4.1	Desenho do estudo.....	47
4.2	Caracterização do Local do Estudo.....	47
4.3	População do Estudo.....	49
4.3.1	Critérios de Seleção da População.....	51
4.4	Fontes de Dados.....	51
4.5	Descrição das Variáveis.....	53
4.6	Coleta de Dados.....	53
4.7	Análise dos Dados.....	54
4.8	Aspectos Éticos.....	55
5	RESULTADOS	56
6	DISCUSSÃO	72
7	CONCLUSÃO	81

REFERÊNCIAS	83
ANEXO A – FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR 41.....	91
APÊNDICE 1 - DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS/AÇÕES REGISTRADAS NO SIA/SUS PARA ACOMPANHAMENTO PELO INDICADOR 41.....	93
APÊNDICE 2 - MUNICÍPIOS EXCLUÍDOS DA ANÁLISE DE GASTOS COM VISA.....	94
APÊNDICE 3 - MUNICÍPIOS QUE NÃO INFORMARAM A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE VISA.....	95

1 INTRODUÇÃO

O interesse e a motivação em desenvolver uma pesquisa no campo da Vigilância Sanitária (VISA), abrangendo aspectos de natureza econômica e das ações realizadas no âmbito municipal, nasceram da minha atuação como vigilante sanitário no município de Fortaleza/CE, convivendo com dificuldades, sobretudo, no tocante aos recursos financeiros necessários para garantir a realização de ações básicas e por acreditar que essas dificuldades não estão restritas a um único município, em um estado como o Ceará. Além disso, a importância da função social da vigilância sanitária no campo da saúde pública, a sua potencialidade em contribuir para a melhoria da condição de vida das pessoas e a existência dos múltiplos conflitos que a permeia, aproximou-me do tema.

A partir da interpretação da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90, artigo 18), entende-se que é dado ao município a competência para a execução das ações de Vigilância Sanitária (VISA). A execução dessas ações requer organização, profissionais capacitados, bem como recursos físicos e financeiros para o desempenho das atividades voltadas ao controle dos riscos sanitários (BRASIL, 2007; KRANZ, 2015).

No Brasil, a garantia desses recursos é algo ainda mais desafiador, visto que, a VISA é uma prática inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), onde, além da questão do subfinanciamento, o problema do gasto em saúde também aparece como entrave a ser superado. Isso porque, além da escassez de recursos, o sistema convive com a falta de eficiência e efetividade em sua aplicação, iniquidades na alocação de recursos, inadequada priorização e com a malversação dos gastos (BRASIL, 2008). Consequentemente, a VISA não está imune a essas dificuldades de ordem financeira, enfrentadas pelo SUS.

Essa problemática faz parte da realidade dos municípios, como descrito por Barreto (2008) e por outros pesquisadores da situação da vigilância sanitária na esfera municipal. São estudos que fazem referência a escassez de recursos financeiros para garantir a execução das ações de VISA, deficiência na utilização dos recursos financeiros e falta de autonomia na alocação de recursos. Ou seja, são diagnósticos que confirmam a existência de dificuldades na gestão de recursos para VISA a nível municipal e apontam a necessidade de maiores estudos nesse campo.

Com certeza, os recursos financeiros constituem um dos elementos estruturantes da VISA, sendo pertinente a preocupação com a alocação e a disponibilidade de recursos financeiros para essa área, tanto que, a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária realizada em 2001, dentre as várias proposições apresentadas no relatório final, destacou a

necessidade de estabelecer mecanismos para garantir adequado financiamento e distribuição dos recursos destinados às ações de vigilância sanitária. Além disso, na Conferência também foi apontada a necessidade de criar indicadores e metodologia para avaliação das ações de vigilância sanitária (BRASIL, 2001).

Transcorrida mais de uma década da realização da referida conferência, permanece o desafio de garantir recursos financeiros para VISA e avaliação das ações desenvolvidas nessa área. Contudo, há que se considerar importantes mudanças ocorridas nos últimos anos, sobretudo, a partir do Pacto pela Saúde 2006, onde modificaram-se os critérios de descentralização das vigilâncias, bem como as regras mais gerais para a organização e o financiamento da saúde no país, além disso, atualmente, os gestores públicos municipais têm o poder de escolher como e onde os recursos da saúde serão aplicados (BARBOSA, 2013). Esse cenário assinala aspectos que podem repercutir na aplicação dos recursos em saúde por parte dos municípios, tendo reflexo nos gastos com vigilância sanitária e no conjunto das ações realizadas.

Nessa perspectiva, além de investigar os gastos dos municípios com VISA, proposto nessa dissertação, é necessário conhecer o que se produz com os recursos aplicados nessa área. Na vigilância sanitária, os produtos gerados são as ações realizadas no controle dos riscos sanitários e o Ministério da Saúde estabeleceu oficialmente um indicador para acompanhamento e avaliação dessas ações de VISA realizadas pelos municípios. Esse indicador pode ser utilizado em estudos que investiguem as ações de VISA nos municípios, uma vez que é composto por 7 (sete) ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios (BRASIL, 2014a).

Diante do exposto e observando as dificuldades quando se fala de gastos em saúde e ações, notadamente quando trazemos a problemática para a esfera municipal e o campo da vigilância sanitária, pretende-se responder à questão: Como os dados sobre gastos estão relacionados com as ações de VISA nos diferentes municípios do Estado do Ceará?

Nesse sentido, o presente estudo se propõe a discutir sobre os gastos e as ações de VISA a nível municipal, utilizando dados sobre os gastos com esta subfunção da saúde e as ações desenvolvidas nesse âmbito. No entanto, uma pesquisa com essa temática é algo desafiador, face à complexidade do campo da VISA e por esta, não contar com muitos estudos dessa natureza.

Assim, pretende-se apresentar uma análise crítica sobre a relação entre gastos e ações da VISA a nível municipal, a qual pode representar um auxílio ao processo de aperfeiçoamento na gestão de VISA, subsidiando discussões sobre financiamento, gastos e

planejamento das ações voltadas ao controle dos riscos sanitários, contribuindo para corrigir rumos e fortalecer o campo, considerando prioridades locais.

A relevância deste estudo se dá por conta da contemporaneidade do debate acerca da defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e da própria VISA. Justifica-se a importância desta pesquisa no contexto governamental, por oferecer uma contribuição ao gestor público acerca de informações que poderão auxiliar em planejamentos futuros; e, no contexto social e político, tem caráter informativo, permite ao indivíduo exercer seu direito no acesso à informação sobre aplicação dos recursos públicos e as ações realizadas. Um estudo nesse campo constitui-se numa ação de grande importância para a saúde pública, atribuindo a VISA um lugar de destaque para sua atuação no SUS.

Este estudo faz parte da linha de pesquisa em Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária, do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Ceará, e através dos resultados, objetiva contribuir para a redução da enorme lacuna de conhecimento sobre a Vigilância Sanitária nos municípios.

A presente dissertação está organizada da seguinte maneira: a **introdução**, onde se delinham o contorno e o contexto do estudo e da questão de investigação. Em segundo, expõem-se os **objetivos** geral e específicos do estudo. Em terceiro, o **referencial teórico**, ressaltando-se que há escassez de estudos no campo da Vigilância Sanitária, o que é ainda mais crítico quando se trata do âmbito municipal. Em quarto, a **metodologia** empregada nesta pesquisa. Em quinto, os **resultados** seguidos da sexta parte, a **discussão**. Por fim, a **conclusão**, onde se apontam os desdobramentos do estudo.

2 OBJETIVOS:

2.1. Objetivo geral:

Analisar a relação entre os gastos e as ações dos municípios cearenses na área de Vigilância Sanitária, no período de 2013 a 2017, com vistas a verificar se houve mudanças nessa área.

2.2. Objetivos específicos:

I) Descrever o comportamento dos gastos com VISA nos municípios do estado do Ceará;

II) Descrever o comportamento das ações de VISA (Cadastro de Estabelecimentos, Inspeção, Recebimento de Denúncias, Atendimento à Denúncias, Atividades Educativas para População, Atividades Educativas para Setor Regulado e Instauração de Processos Administrativos) acompanhadas pelo Indicador 41 nos municípios do estado do Ceará;

III) Identificar alternativas com o propósito de promover mudanças no monitoramento e avaliação das ações de VISA.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial teórico traz informações com temas correlacionados ao objeto deste estudo, contribuindo para um melhor entendimento da problemática da presente pesquisa e visando auxiliar significativamente a análise dos resultados. Para tanto, este referencial teórico está composto pela seguinte dinâmica expositiva.

Na primeira parte, apresenta-se as discussões acerca da Vigilância Sanitária nos Municípios, considerando as características e as peculiaridades do campo da VISA e o contexto dos municípios, destacando a VISA como uma ação do SUS, a descentralização, as ações, responsabilidades e competências, o financiamento das ações e os gastos nessa área.

Na segunda parte, trazemos a questão dos indicadores e seu uso, a construção, as características, vantagens e limitações, apoiado nos autores que tratam do tema, incluindo ainda, uma abordagem do indicador utilizado para acompanhamento das ações de VISA.

Por último, contextualiza-se os aspectos organizacionais e características do local do estudo, o estado do Ceará e seus municípios.

3.1 Discussões acerca da Vigilância Sanitária nos Municípios:

3.1.1 A Vigilância Sanitária como uma atribuição do SUS

A Constituição Federal estabeleceu a competência do SUS para controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, bem como, fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas para consumo humano (incisos I, IV e VI do art. 200). A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabeleceu em seu art. 6º, a inclusão da vigilância sanitária no campo de atuação do SUS. Tomando como referência esses instrumentos legais, temos a VISA instituída como parte integrante, essencial e estruturante do SUS.

Mesmo diante desse aparato normativo garantindo a inserção da VISA no SUS, Costa (2008) assinala um histórico distanciamento entre a VISA e o SUS, segundo a autora, a vigilância sanitária permaneceu, no Brasil, por muito tempo esquecida como um componente do sistema de saúde. Esse distanciamento foi evidenciado mesmo após a reforma sanitária, contribuindo para que a VISA permanecesse à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor saúde (DE SETA; SILVA, 2006).

Como integrante do SUS, as ações de vigilância sanitária são de responsabilidade das três esferas de governo, compartilhadas conforme definição legal de competências que são repartidas entre os níveis de gestão. Assim, a vigilância sanitária está sujeita à política de descentralização e organização hierárquica das ações e serviços de saúde adotada no âmbito do SUS, diretriz preconizada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde.

Atualmente, no âmbito normativo, a relação VISA e SUS, nos reporta a Portaria GM/MS nº 1.378/2013, que estabelece a integração das ações de vigilância sanitária com as ações de Vigilância em Saúde, abrangendo toda a população brasileira e envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para vigilância dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde. Embora essa integração esteja estabelecida no campo normativo, na prática, configura-se um grande desafio, principalmente no âmbito municipal, a realização das ações de VISA integrada as demais ações do campo da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013).

Mesmo com essas dificuldades para integrar na prática a VISA ao SUS, há que se ressaltar uma característica da VISA, que legitima o SUS e que está ainda muito longe de ser alcançada pelo SUS assistencial, é a universalidade, ou seja, o alcance de suas ações para toda a população brasileira, visto que todos estão sujeitos às normatizações sobre alimentos, medicamentos, tecnologias médicas e serviços. Talvez seja essa universalização da VISA que a diferencie no SUS, independentemente da fragmentação apontada e dos conflitos de interesses inerentes à sua atuação (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010).

Seja do ponto de vista histórico, normativo ou em decorrência da natureza das suas ações, não podemos dissociar a VISA do SUS, corroborando nesse sentido, Lucchese (2006) destaca a importância da VISA para o SUS:

“... a vigilância sanitária é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde, por meio de sua função principal de eliminar ou minimizar o risco sanitário envolvido na produção, circulação e no consumo de certos produtos, processos e serviços. Em síntese, a vigilância sanitária tem um papel importante para a estruturação do SUS, principalmente devido à: ação normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados, produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde; permanente avaliação da necessidade de prevenção do risco; possibilidade de interação constante com a sociedade, em termos de promoção da saúde, da ética e dos direitos de cidadania.” (LUCCHESI, 2006, p.32).

Diante do exposto, da VISA, pode-se dizer que, como uma prática de Saúde Pública que integra o Sistema Único de Saúde (SUS), deve intervir sobre os riscos à saúde da população, sejam eles decorrentes do meio ambiente, da produção, comercialização e consumo de bens, bem como da prestação de serviços que relacionem direta ou indiretamente

com a saúde. Assim, a vigilância sanitária perpassa o cotidiano de todos os que utilizam produtos ou serviços, ou que são submetidos a processos que podem repercutir na sua saúde. Saúde essa que a vigilância sanitária tem como missão proteger e promover, buscando atuar de forma integrada ao SUS (BRASIL, 1990; DE SETA, 2007).

3.1.2 A municipalização das ações de Vigilância Sanitária: Descentralização em pauta

A Constituição de 1988 elegeu a descentralização como uma diretriz organizativa e um princípio geral a orientar a organização de todo o Estado brasileiro. Essa constituição instituiu a esfera municipal um ente federado com capacidade de tributação, arrecadação e legislação, assumindo responsabilidades na prestação de serviços públicos, como saúde e educação (FEHN, 2012). Além disso, o texto constitucional inclui a vigilância sanitária como competência do Sistema Único de Saúde, consequentemente, as ações de VISA estão inclusas no escopo de descentralização para os municípios.

No Brasil, o processo de descentralização da saúde ganhou impulso a partir da Lei nº 8.080/90, que apontou o município como o executor preferencial das ações de saúde e com as Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/91, 02/92 e 03/93. Contudo, para a VISA, só em 1994, com a Portaria MS nº 1.565, que estabeleceu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a diretriz da descentralização das ações ganhou corpo. Entretanto, o processo de descentralização das ações de VISA iniciou-se de fato com a NOB 04/96 que instituiu o incentivo financeiro para VISA, o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), inserido como parte variável do Piso de Atenção Básica, destinado aos municípios (LESSA, 2011).

Apesar de ser um componente indissociável do SUS, a vigilância sanitária não acompanhou os mesmos movimentos de descentralização do SUS, onde nos anos 90, normativas e pactuações faziam evoluir a descentralização no SUS, a VISA era pautada por modelo centralizador, em meio a graves problemas no âmbito político-institucional. Somente após a definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, iniciou-se um processo lento e irregular de descentralização das ações de VISA, o que expressa um claro descompasso com o mesmo processo nos outros componentes do SUS (LUCENA, 2015).

O Quadro 1 sintetiza as principais características do processo de descentralização na Vigilância Sanitária e no SUS:

Quadro 1- Síntese do processo de descentralização do SUS e da Vigilância Sanitária.

	SUS	VISA
ESTRUTURA INSTITUCIONAL E COMPETÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Competências estabelecidas na Lei n. 8.080/1990. • 1990: Definição de responsabilidades por meio das NOBs. • 2004: Gestão Plena de Sistema Municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Definição parcial de competências na Lei n. 9.782/1999. • Os componentes e a dinâmica do Sistema não foram explicitamente definidos.
ESTRATÉGIAS DE PACTUAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Descentralização tutelada na década de 1990. • Pactos de gestão a partir dos anos de 2000. • Contrato Operativo de Saúde Pública em 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> • NOB 01/1996: indução à descentralização de ações. • 2000 a 2006: metas organizativas para estados e municípios (Termo de Ajuste e Metas). • A partir de 2007: Teto Financeiro da Vigilância Sanitária.
RELAÇÃO ENTRE AS ESFERAS	<ul style="list-style-type: none"> • Marcado por um modelo misto de cooperação e competição. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centralizadora até a década de 1990. • Após 1990, o modelo de descentralização com desequilíbrio de relação entre os entes federados: esfera estadual predominante.

Fonte: Adaptado de LUCENA (2015).

Percebe-se nessa trajetória que, no caso da vigilância sanitária, a descentralização priorizou inicialmente a relação com os serviços estaduais de VISA, diferentemente do que ocorreu na descentralização das práticas assistenciais em saúde, que enfatizou a municipalização.

Segundo De Seta (2007), no final de 2003, a situação da descentralização das ações de VISA para os municípios, começa a se modificar, diante da incorporação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) ao campo de pactuação da descentralização da vigilância sanitária. Nesse mesmo ano, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.473, que incorporou os municípios no processo decisório, estabeleceu o repasse fundo a fundo aos municípios que pactuassem as ações de média e alta complexidade, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Contudo, apesar dessa incorporação, a adesão municipal à descentralização das ações foi relativamente baixa e concentrada no Estado de São Paulo.

Essa baixa adesão municipal seria resultado da instabilidade observada no modelo de descentralização das ações de vigilância sanitária. De Seta e Dain (2010) destacam a forte competição política e a instabilidade da matriz do projeto de descentralização e construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Segundo estas autoras, essa matriz teria variado de modelo no mínimo três vezes, em um período de dez anos, contados a partir de 1998.

Segundo Lucchese (2006), o processo de descentralização da VISA, tem desconcentrado serviços e estabelecido autonomias, mas esbarra na ausência de definições

dos papéis de cada esfera de governo, na política de vigilância sanitária e na sua fragmentação, sustentada por uma inadequada interpretação do processo de descentralização.

Para De Seta e Dain (2010), os municípios de pequeno porte apresentam dificuldades para desempenhar a efetiva realização das ações de vigilância sanitária, devido à falta de infraestrutura e capacitações adequadas.

Em estudo realizado por Barreto (2008), com foco na descentralização das ações de VISA, problemas são descritos por gestores, coordenadores e trabalhadores das vigilâncias sanitárias municipais, destacando-se: a ausência de projeto político que leve em conta a estrutura organizacional dos municípios e favoreça o controle social; falta de clareza das competências, por esferas de governo; pouca articulação intra e interinstitucional; desarticulação com o nível regional; interferência político-partidária, falta de apoio político, além da desinformação da sociedade.

Análises da descentralização das ações de VISA para os municípios, referenciam problemas com recursos humanos, dentre eles: dificuldades técnico-operacionais no desenvolvimento das ações descentralizadas, capacitações limitadas ou inexistentes, ausência de política de recursos humanos, contratos e condições de trabalhos precários, alta rotatividade e número reduzido de profissionais. Soma-se a isso, dificuldades relacionadas ao financiamento, tais como: falta de autonomia na gestão e insuficiência dos recursos financeiros, desconhecimento e dificuldades na utilização do incentivo para a execução das ações de vigilância sanitária (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

Covem (2010) afirma em sua observação da diversidade dos municípios, sobretudo em relação ao porte e suas esperadas capacidades, que mesmo os municípios de grande porte e as capitais nem sempre executam as ações de VISA de suas responsabilidades, ainda que disponham de maiores aportes financeiros do que os municípios menores. Desta forma, percebe-se que, não se tem resguardado aos municípios, as condições ideais de implantação do seu serviço de vigilância sanitária.

Analisando a trajetória, percebe-se que a descentralização das ações de VISA para os municípios, tem sido marcada por inúmeros desafios e dificuldades, que perpassam por aspectos políticos, financeiros, organizacionais e operacionais.

3.1.3 Competências e Ações da VISA: as Responsabilidades no Nível Municipal

A temática Vigilância Sanitária nos municípios constitui-se em característica ímpar da organização dos serviços de VISA no Brasil, cuja trajetória evidencia dificuldades

por parte dos municípios em assumir a responsabilidade na execução de ações de VISA.

A atividade de vigilância sanitária no nível municipal ganhou importância com a política de descentralização, a criação do Piso Assistencial Básico/Vigilância Sanitária (PAB/VISA), da ANVISA e do SNVS, que reforçaram o município como a instância executora preferencial. Com isso, o componente municipal do SNVS tem recebido os encargos previstos no elenco de ações de baixa e de média complexidade, que exigem estruturas de regulação e fiscalização bem montadas, mas esta não é a realidade da grande parte dos municípios, que tem ainda uma estrutura muito precária para realizar as ações de vigilância sanitária, principalmente, no tocante a recursos financeiros, pessoal e autonomia administrativa (LUCCHESE, 2006).

No que diz respeito a atuação em vigilância sanitária por parte dos entes federados, a Lei nº 9.782/1999 definiu de forma clara as competências e responsabilidades da União por meio da ANVISA, contudo, não houve regulamentação das competências e atribuições de estados e municípios no que diz respeito à vigilância sanitária, deixando uma lacuna no âmbito normativo, sobretudo, quanto as responsabilidades e competências a nível municipal (LUCCHESE, 2001; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 2004).

Em 2003, com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.473, que estabeleceu as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do SUS, tem-se um ensaio na fixação das responsabilidades dos três entes federados na execução das ações de média e alta complexidade na área de vigilância sanitária. Contudo, mesmo com esta publicação, as responsabilidades a nível municipal não foram bem definidas, uma vez que a norma não estabeleceu que ações seriam de competência dos Municípios, determinado apenas que o componente municipal deveria executar as ações pactuadas e definir, em conjunto com o gestor estadual, no âmbito da CIB, a programação Pactuada Integrada (PPI) para as ações de vigilância sanitária, em conformidade com os parâmetros acordados na CIT (BRASIL, 2003).

Diante do modelo de pactuação e descentralização vigente no país, são nas instâncias de pactuações entre estado e municípios que se define o contorno de execução das ações de VISA sob responsabilidade desses entes, é na CIB que as competências e responsabilidades nas ações de VISA são definidas em última instância, isso conforme a capacidade dos municípios.

No contexto da definição de responsabilidades entre os entes federados que compõem o SNVS, no início de 2018, a ANVISA publicou a RDC nº 207, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa norma trouxe contornos mais definidos para as ações de VISA que devem

ser realizadas pelos municípios e estabeleceu o grau de risco sanitário intrínseco às atividades e aos produtos sujeitos à vigilância sanitária, como um princípio da organização dos serviços de vigilância sanitária. Diferentemente das normas anteriores, que trabalhavam uma classificação de ações de baixa, média e alta complexidade, esta nova resolução passou adotar apenas a classificação de baixo ou alto risco sanitário (BRASIL, 2018a).

A RDC nº 207/2018 definiu que compete aos Municípios a fiscalização de estabelecimentos, produtos, substâncias, veículos destinados a transporte de produtos e serviços, de baixo risco sanitário, dentre eles: restaurantes e similares, comércios de alimentos, hotéis, clubes, instituições de ensino, consultórios e clínicas sem procedimentos invasivos.

Ainda segundo a RDC nº 207/2018, os Estados e Municípios pactuarão em CIB a responsabilidade pela fiscalização de estabelecimentos, produtos, substâncias, veículos destinados a transporte de produtos e serviços, de alto risco sanitário, tais como: farmácias, laboratórios clínicos, clínicas com procedimentos invasivos, hospitais; distribuidores de medicamentos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes; indústrias de alimentos, medicamentos, produtos para saúde, cosméticos e saneantes; creches e orfanatos.

Como estabelece a legislação de base do SUS, é indiscutível que os municípios assumam papel preponderante e sejam os principais responsáveis pela operacionalização das ações de VISA em seu território, porém, nem sempre os mesmos possuem condições técnicas e financeiras de manter adequadamente esses serviços, especialmente os municípios de pequeno porte, onde devem ser buscadas alternativas para garantir a existência ou acesso às equipes mínimas para a execução de atividades que exigem equipes multiprofissionais, às vezes especializadas (LUCCHESI, 2006).

Na questão da municipalização das ações de Vigilância Sanitária, conforme Costa (2001), há que se considerar a complexidade, a natureza e a abrangência das ações. Contudo, mesmo que se definam certas competências no nível federal e estadual, todos os municípios devem estar capacitados para organizar seus serviços e responsabilizar-se por ações de VISA do modo mais abrangente, a fim de promover a existência de espaços saudáveis e a melhoria da saúde e da qualidade de vida da sua população.

3.2 O Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária: Histórico e Tendências

Sendo a VISA parte integrante do SUS, fez-se necessária uma abordagem inicial sobre o financiamento da saúde no Brasil, o que nos remete a Constituição Federal de 1988, que criou um orçamento específico que compreendia a saúde, estabelecendo o financiamento

tripartite, com recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social e Fiscal no âmbito federal e dos orçamentos fiscais de estados e municípios (BRASIL, 1988).

De forma complementar à Constituição, tem-se a publicação das Leis Orgânicas da Saúde (LOS), a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Estas leis abordaram o financiamento do SUS, tratando expressamente dos recursos, da gestão financeira, do processo de planejamento e do orçamento, inclusive das transferências intergovernamentais de recursos financeiros (BRASIL, 1990a; 1990b).

Embora essas leis tenham estabelecido critérios para a alocação dos recursos financeiros da União para estados e municípios, na prática, o que prevaleceu na definição dos critérios de alocação de recursos federais para o SUS foram as chamadas Normas Operacionais Básicas: NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93 e NOB 01/96 (MANSUR, 2001).

Como instrumentos de regulação, as Normas Operacionais definiram regras e fluxos para gestão e financiamento do SUS. Contudo, as três primeiras omitiram a vigilância sanitária e a epidemiológica, caracterizaram-se por manter estratégias voltadas para as assistências ambulatorial e hospitalar (SILVA JUNIOR, 2004; BARBOSA, 2009).

Nesse percurso, pode-se dizer que a NOB 01/96 foi um marco inicial importante no financiamento das ações vigilância sanitária (LUCENA, 2015). Com a NOB 01/96, a VISA adquiriu contornos um pouco mais claros a nível municipal, onde, dependendo da sua habilitação, o município teria a responsabilidade de execução de ações básicas de vigilância sanitária e poderia contar com a cooperação e financeiramente da gestão estadual. Ademais, a NOB 01/96 também formalizou a Programação Pactuada Integrada (PPI), um instrumento de pactuação, que ainda vigora no planejamento das ações de VISA contempladas no Plano de Ação das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais (COHEN; LIMA; PEREIRA, 2006).

Já em 1997, a Portaria GM/MS nº 1885 cria o PAB variável e, dentro dele, um valor *per capita* repassado pelo Ministério da Saúde aos municípios para o financiamento das ações básicas de VISA previstas no SIA/SUS, no valor de R\$ 0,25 hab/ano. Para Brito (2007), o pagamento do PAB variável para a vigilância sanitária representou uma medida concreta no sentido de colocar em discussão as responsabilidades e as parcerias necessárias para o desenvolvimento das ações de VISA nas três esferas de governo.

Entretanto, até o ano 1999, os serviços de vigilância sanitária dos Estados e Municípios enfrentaram dificuldades para o financiamento das ações, visto que muitos deles contavam apenas com a dotação do tesouro estadual/municipal e a arrecadação local, originada pelo pagamento de taxas e multas. Essa situação começou a mudar a partir da criação da ANVISA, em 1999, outro marco no financiamento da vigilância sanitária, com a

redistribuição dos recursos arrecadados pelo órgão federal para os Estados, que passou a contar com fonte de financiamento específica e medidas de incentivos financeiros como instrumento de indução à estruturação e ao funcionamento dos serviços (COVEM, 2010).

No ano 2000, a Portaria GM/MS nº 1.008 o estabeleceu o Termo de Ajuste e Metas (TAM) como instrumento para pactuação das ações de vigilância sanitária. Embora o TAM tenha contribuído para a estruturação dos órgãos de vigilâncias sanitárias no país, algumas dificuldades foram identificadas durante sua vigência, como: viés financeiro na implementação, em detrimento do compromisso sanitário; repasse tardio dos recursos financeiros aos municípios; baixa adesão, especialmente dos municípios, pelo descompasso entre as novas atribuições assumidas pelos gestores e os valores insuficientes de financiamento (BRITO, 2007).

Mais adiante, a implantação do Pacto pela Saúde 2006 trouxe importantes mudanças para o financiamento das ações de vigilância sanitária, alterando a forma de transferência de recursos federais para custeio das ações de VISA, uma vez que o repasse dos recursos passou a ser efetuado através de "blocos de financiamento". Nesse novo cenário, os recursos destinados às ações de vigilância sanitária passaram a ser transferidos para o Bloco da Vigilância em Saúde, juntamente com os recursos das vigilâncias epidemiológica e ambiental, e ainda, com os recursos da promoção a saúde, sendo permitida a utilização de recursos de um componente no outro, bem como a possibilidade de remanejamento de recursos entre os blocos (PAIM; TEIXEIRA, 2007; DE SETA; DAIN, 2010).

Com a edição da Portaria GM/MS nº 204 no ano de 2007, os recursos referentes ao PAB-VISA¹ e ao TAM-MAC/VISA² passam a integrar o componente da Vigilância Sanitária, no Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, mas a operacionalização dessa nova forma de transferência dependeu da publicação de portaria específica, a Portaria GM/MS nº 1.998/2007, que regulamentando componente de vigilância sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde. Esta Portaria trouxe uma importante mudança, à adoção do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), formado por dois pisos. O Quadro 2 apresentados estes pisos:

¹ **PAB-VISA** Piso de Atenção Básica da Vigilância Sanitária: Portaria nº 1.882/97, que estabeleceu o Piso da Atenção Básica, recurso financeiro federal destinado ao incremento das ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos a vigilância sanitária, bem como às atividades de educação sanitária, repassado fundo a fundo para os municípios (valor de R\$ 0,25 habitante/ano).

² **TAM-MAC/VISA** Termo de Ajuste e Metas – Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária: Portaria nº 2.473/03, que estabeleceu normas para pactuação na execução das ações de média e alta complexidade na área de vigilância Sanitária, a título de estímulo à adesão dos municípios para execução das ações de média e alta complexidade em VISA, repassados pelo Fundo Nacional de Saúde, após aprovação em CIB e homologação em CIT. (Valores: R\$ 0,10 per capita/ano a ser deduzido do teto estadual e, R\$ 0,10 per capita/ano a ser alocado pela ANVISA).

Quadro 2. Síntese dos pisos que compõem o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), adotados pela Portaria GM/MS nº 1.998/2007.

PISO	DESTINO	COMPOSIÇÃO	CÁLCULO	APLICAÇÃO
Estruturante	• Municípios	• Recursos financeiros oriundos do PAB-VISA e das Taxas de Fiscalização de VISA.	• Pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou no valor de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais) /ano para municípios com até 20 mil habitantes.	• Na estruturação e fortalecimento da gestão. • Em adequação das instalações físicas, equipamentos, sistema de informações, marco legal, capacitação de equipe técnica e atendimento as denúncias.
Estratégico	• Estados e Municípios	• Recursos financeiros oriundos do MAC/VISA e das Taxas de Fiscalização de VISA.	• Municípios: Pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano. • Estados: Pelo valor per capita à razão de R\$0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou no valor de R\$450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para estados com até 2.142.587 habitantes.	• Em ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário. • Em monitoramento de qualidade de produtos (coleta de amostra para análise), investigação de surtos, atividades educativas e fomentação da estrutura laboratorial.

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria GM/MS nº 1.998/2007.

Observa-se nesta portaria uma maior preocupação com a destinação de recursos para os municípios, estabelecendo o Piso Estruturante como destinado exclusivamente aos municípios, e estes também figurarem como destinatários do Piso Estratégico. Uma situação bem diferente do período anterior, onde predominava o TAM, que priorizou o ente estadual.

Em 2009, a normativa do Pacto pela Saúde 2006 foi atualizada, sendo definido dois pisos para o Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde: o Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) e o Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA). Com essa atualização, a manutenção do repasse dos recursos passou a depender da regularidade na alimentação dos dados nos Sistemas de Informação em Saúde e do detalhamento das ações de vigilância sanitária, inserido na Programação Anual da Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2013).

No cenário atual, duas normativas definem o financiamento das ações de VISA no Brasil, uma delas, a Portaria GM/MS nº 1.378/2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Nesta portaria permanece o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde, constituído por Componente de Vigilância em Saúde e Componente da Vigilância Sanitária. Também se mantém a lógica de que os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do bloco (BRASIL, 2013).

Como a Portaria GM/MS nº 1.378/13 abordou basicamente o Componente da

Vigilância em Saúde, em 2014, foi publicada a Portaria GM/MS nº 475, que estabeleceu os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária. O capítulo I dessa Portaria apresenta os pisos constituintes do Componente da Vigilância Sanitária, o cálculo dos valores e a frequência dos repasses:

(...)

Art. 2º. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, constituído de:

I - Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária; e

II - Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA): destinados a Estados, Distrito Federal e Municípios, na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. (...)

Art. 6º O Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) a ser transferido aos municípios será calculado mediante:

I - Pelo valor per capita à razão de R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano ou o Limite Mínimo de Repasse Municipal (LMRm), no valor de R\$ 12.000,00 (doze mil reais) para os municípios cujo valor per capita configurar um montante abaixo do LMRm.

Art. 7º Os valores do PFVISA serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

Art. 8º Os valores do PFVISA serão ajustados anualmente com base na população estimada pelo IBGE.

Parágrafo único. Caso haja redução populacional serão mantidos os valores atualmente praticados.

(PORTARIA Nº 475, DE 31 DE MARÇO DE 2014).

Segundo a Portaria GM/MS nº 475/14, os repasses de recursos dependerão do cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e do preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). A falta de cadastro no CNES e a não alimentação do SIA/SUS por 3 (três) meses consecutivos acarretará no bloqueio do repasse dos recursos do componente de vigilância sanitária (BRASIL, 2014b).

Nos últimos anos, respectivamente por meio das Portarias GM/MS nº 59/2015, nº 116/2016 e nº 74/2017, foram atualizados os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária destinados à execução das ações de vigilância sanitária, mas sem qualquer alteração nos critérios de repasse dos recursos, permanecendo assim, as regras constantes na Portaria GM/MS nº 475/14.

A trajetória aponta que o financiamento das ações de VISA no Brasil, tem sido marcado por um grande volume de publicação de normativas, que muitas vezes modificam apenas denominações de componentes do financiamento, mas que efetivamente não significam mudança nos critérios de repasse dos recursos. Além disso, prevalece uma sistemática de cálculos de recursos baseada apenas no critério populacional, sem levar em

conta a necessidade e realidade local, a estrutura do órgão municipal, sua capacidade operacional, e muito menos os riscos sanitários presentes nos territórios municipais.

3.3 Os Gastos Municipais com VISA: um Gasto Público com Saúde

Os gastos com vigilância sanitária são parte dos gastos públicos com saúde, que figuram como despesas públicas. Segundo Mendes (2013), a teoria da despesa pública adquiriu fundamentos teóricos mais consistentes com o estudo de Samuelson (1954) sobre bens públicos “puros” e “nacionais”. Foi a partir deste estudo, que a área da economia, em especial, do setor público e das finanças públicas, aumentaram o interesse na análise da despesa e dos bens públicos.

De acordo com Costa (2015), o estudo das Finanças Públicas abrange toda a atividade financeira do Estado. Esta atividade é representada pelos orçamentos, despesas, dívida pública, e leva em conta a maneira do financiamento dos gastos públicos.

Para Calado (2012), as finanças públicas recomendam como os entes públicos deverão atingir seus objetivos, por meio do planejamento, execução e prestação de contas acerca das receitas e dos gastos concretizados. Para tanto, são utilizados os instrumentos de planejamento, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). Isto nos remete ao processo orçamentário brasileiro e como os gastos são realizados na esfera governamental brasileira.

Dentre esses instrumentos de planejamento do orçamento financeiro no Brasil, destaca-se o PPA, que é uma síntese dos esforços de planejamento realizados para toda a administração pública, seja federal, estadual ou municipal, e orienta a elaboração dos demais planos e programas de governo, dentre eles o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde (GIACOMONI, 2010).

Portanto, pode-se dizer que os instrumentos de ação dos governos são concebidos pela proposta orçamentária, e mais tarde são concretizados como gastos públicos. Para a efetivação dos gastos, os governos definirão a partir do PPA e a LDO as prioridades em relação à prestação de serviços públicos básicos e aos investimentos a serem realizados. Os gastos públicos são, por consequência, a evidenciação das políticas de gestão efetuadas pelo governo (MAIA *et al.*, 2007).

Em termos gerais os gastos públicos são os valores gastos pelo Estado para custear os serviços públicos prestados à sociedade, ou seja, são as escolhas que os governantes fazem para a aplicação dos recursos públicos nos diversos serviços para a

sociedade. Os gastos públicos podem então representar o custo da quantidade e da qualidade dos serviços públicos oferecidos aos cidadãos (RIANI, 2009).

Independente da denominação, o importante é a percepção da natureza eminentemente política que está associada ao conceito, em função do relacionamento que se estabelece entre governo e sociedade. Essa natureza política se explica em razão das ações de governo originarem-se de um processo de negociação, no qual prevalecem os interesses de determinados grupos ou setores com maior poder de influência sobre os centros de decisão (GODINHO, 2014). São as ações decididas nesse contexto, que serão incluídas nos orçamentos e executadas por meio do gasto do setor público.

Em relação aos gastos públicos no Brasil, notadamente, dos gastos em saúde, alguns estudos trazem aspectos importantes, que auxiliam na compreensão dessa temática.

Para Villela (2006), os problemas relacionados ao gasto público no Brasil nem sempre estão no fim da cadeia prestadora dos serviços, ou seja, na escola, no hospital, no posto policial. Existem outras instâncias da atuação governamental que irão afetar a prestação de determinado serviço público e os dispêndios para tal, e essas instâncias costumam estar distantes do campo de visão da população.

Segundo Amarante e Moreira (2008), no Brasil, podem estar presentes vários fatores que afetam direta ou indiretamente a variação dos gastos em saúde, como por exemplo, conjuntura política, aspectos econômicos e sociais, a elevação ou diminuição do padrão de renda da população, a capacidade de obtenção de receitas por parte do governo, os gastos e/ou dívidas de períodos anteriores, dentre outros. Para os autores, existe uma modificação na estrutura dos gastos após o final das crises políticas ou outros eventos influenciadores.

Analisando as estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde brasileiro, Piola *et al* (2013) apontaram que, no Brasil, a estrutura do financiamento público da saúde é diferenciada por região, sobretudo, na participação dos entes federados. Em termos proporcionais, a participação do gasto federal é mais elevada nas regiões Nordeste e Sul. A participação das fontes dos estados, por sua vez, é predominante nas regiões Norte e Centro-Oeste, enquanto recursos originários dos próprios municípios têm a maior participação no gasto público da região Sudeste.

Godinho (2014) avaliou a evolução do gasto público em saúde em todos os municípios brasileiros, no período de 2000 a 2011. De forma geral, o estudo apontou um incremento nos gastos municipais com saúde, de um ano para outro. Em relação aos gastos *per capita* dos municípios dentro de cada extrato da população, trouxe questões relevantes nesse aspecto, dentre elas, a de que os municípios de menor porte populacional apresentaram

os maiores gastos *per capita* e alguns municípios com até 10.000 habitantes apresentaram médias de gastos semelhantes aqueles localizados em regiões metropolitanas.

Santos Neto (2016) fez uma análise do financiamento e gasto do SUS e avaliou a eficiência técnica em saúde dos municípios de uma região de saúde do estado de São Paulo, no período 2009-2012. Os resultados apontam que a União, depois do próprio município, é o grande financiador do sistema de saúde pública dos municípios da região. Ainda de acordo com o estudo, os municípios com maior receita disponível e maior gasto *per capita* atingiram os melhores resultados nos indicadores de saúde, desta forma o recurso mostrou-se como condição necessária para que haja eficiência.

Teles, Coelho e Ferreira (2017) investigaram os gastos públicos com o SUS em municípios, regiões e macrorregiões da Bahia, no período de 2009 a 2012. Conforme o estudo, o gasto com saúde parece estar intrinsecamente relacionado ao porte populacional dos municípios, o que traduz uma política de financiamento fortemente baseada no critério populacional, mas que não consegue ser suficiente na redução das desigualdades.

Nesse contexto dos gastos públicos com saúde, a classificação das funções e subfunções dos gastos do governo brasileiro, estabelecida pela Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e instituída pela Portaria nº 42 de 14/04/1999³, aponta a direção para identificar onde estão os gastos com Vigilância Sanitária. O Quadro 3 destaca as despesas por subfunções para função Saúde:

Quadro 3 – Despesas por subfunções na função Saúde

FUNÇÃO	SUBFUNÇÃO
10 - Saúde	301 - Atenção Básica
	302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial
	303 - Suporte Profilático e Terapêutico
	304 - Vigilância Sanitária
	305 - Vigilância Epidemiológica
	306 - Alimentação e Nutrição

Fonte: Anexo da Portaria n. 42, de 14 de abril de 1999, Ministério do Orçamento e Gestão.

Nesta ótica dos gastos por função, a VISA figura como um gasto público com saúde, cujo conceito pode ser analisado sob múltiplas perspectivas.

Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o gasto público com saúde corresponde às despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). A definição de Ações e Serviços Públicos de Saúde já estava bem clara na própria Constituição Federal e na

³ **PORTARIA MPOG Nº 42, DE 14 DE ABRIL DE 1999.** Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I, do § 1º, do art. 2º, e § 2º, do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964; estabelece conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais e dá outras providências.

Lei nº 8.080/90 e posteriormente na Resolução nº 322/2003 do CNS, contudo, a partir da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, foi determinado efetivamente quais são as despesas que podem ser consideradas ações e serviços de saúde (BRASIL, 2012a; 2015a).

Conforme esta Lei Complementar, são consideradas ações e serviços públicos de saúde, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios dispostos no art. 7º da Lei nº 8.080/90, e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
 - II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
 - III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.
- (Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 2º.)

Desta forma, para serem consideradas ASPs, as ações devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no Plano de Saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde, além de executadas com recursos movimentados até sua destinação final nos fundos de saúde (BRASIL, 2015a).

Ressaltadas as diretrizes gerais, a Lei Complementar nº 141/2012 especifica o que se considera despesa com ações e serviços públicos de saúde, quais sejam:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
 - II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
 - [...]
 - XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
 - XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
- (Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 3º)

Essas disposições da Lei Complementar nº 141/2012 explicitam o gasto com vigilância sanitária como uma despesa com ações e serviços públicos de saúde. Certamente, isto colabora na defesa de que recursos da saúde sejam destinados para garantir a execução das ações de VISA. Contudo, na prática, permanece o desafio de garantir essa destinação de recursos para área de VISA, visto que os gestores públicos municipais têm o poder de escolher como e onde os recursos da saúde serão aplicados, mesmo que sejam depositados nos fundos de saúde como recursos provenientes do financiamento das ações de VISA.

Na literatura encontramos poucas referências de estudos com abordagem voltada

para gastos com VISA. Os existentes concentram-se em análises realizadas em municípios das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Tal situação revela uma ausência marcante desse tipo de estudos em municípios das regiões Norte e Nordeste, que certamente, apresentam uma realidade econômica e social bem diferente dos municípios das outras regiões do país. Dentre os poucos estudos voltados para essa temática, destaca-se:

O estudo realizado por De Seta (2007) sobre a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, trouxe informações relevantes, ao analisar os gastos dos municípios do estado do Rio de Janeiro para a subfunção Vigilância Sanitária. Segundo a autora, o gasto declarado na subfunção apontou indícios de gasto dos recursos destinados à vigilância sanitária em outras ações, o que pode não ser restrito aos municípios do Rio de Janeiro, visto que a autora relata haver uma fala recorrente de coordenadores municipais de vigilância sanitária de vários estados brasileiros nesse sentido.

Barbosa (2013) examinou o padrão de gastos na função Saúde e a evolução dos gastos declarados pelos municípios de Minas Gerais com a saúde e com as vigilâncias sanitária e epidemiológica, nos anos 2005 a 2011. Os resultados apontaram o crescimento dos valores *per capita* dos gastos em saúde e com as vigilâncias, acompanhado de redução da participação do percentual de gastos em saúde e com as subfunções, o que pode indicar o crescimento relativo dos dispêndios com outras funções de governos, ou com outras subfunções da saúde.

Kranz *et al* (2014) investigaram o gasto público médio anual total e *per capita* executado na subfunção VISA nas Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul, no período de 2008 a 2012. Segundo o estudo, há variações expressivas no gasto público em VISA entre as Regiões de Saúde estudadas. Essas variações ocorrem tanto em termos de despesa média anual, quanto em valores *per capita* e percentual dessas despesas em relação ao total em saúde. Além disso, o estudo apontou que em alguns municípios, a subfunção Vigilância Sanitária não apresentou valor algum nos anos analisados, revelando falhas no registro dessas informações e questionamentos quanto as causas da ausência de valores. Decorrerão de má classificação orçamentária ou efetiva falta de aplicação?

Kranz *et al* (2015) investigaram as características dos municípios que não apresentam despesas na subfunção orçamentária VISA no Rio Grande do Sul no período 2008 a 2012. Segundo os resultados, a maioria dos municípios que não registraram esse tipo de despesa, são de pequeno porte. A maior participação de pequenos municípios entre os que não registraram despesas na subfunção orçamentária VISA, pode indicar deficiências de estrutura organizativa para responder a uma das atividades que se espera típica da gestão em saúde no

âmbito local ou refletir dificuldade de adequada classificação orçamentária.

Esses poucos estudos voltados à investigação dos gastos com a área de VISA, apontam a existência de problemas com gastos nessa área, seja na destinação dos recursos da VISA para outras áreas, seja na própria ausência de gastos nessa área ou até mesmo na falta de registros desses gastos.

3.4 A Importância dos Indicadores e sua Relação com as Ações de Vigilância Sanitária

3.4.1 Definições

Os indicadores são instrumentos de medida que contêm uma síntese de informações relevantes, expressas sobre a forma de numeral, sobre determinados atributos e dimensões (FEHN, 2012). A literatura aponta diversas acepções acerca de indicadores, todas guardando certa similaridade conceitual. Segundo Ferreira, Cassiolato e Gonzales (2009), por exemplo:

“O indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado, cuja principal finalidade é traduzir, de forma mensurável, um aspecto da realidade dada ou construída, de maneira a tornar operacional sua observação e avaliação” (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALES, 2009, p.24).

Na visão de Rua (2004), os indicadores são medidas que expressam ou quantificam um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização. Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), os indicadores são ferramentas constituídas de variáveis que, associadas a partir de diferentes configurações, expressam significados mais amplos sobre os fenômenos a que se referem. Em linha semelhante, o Plano Plurianual 2012-2015 concebe os indicadores como instrumentos que possibilitam a identificação e aferição de aspectos relacionados a um determinado conceito, fenômeno, problema ou resultado de uma intervenção e, uma vez apurado periodicamente, auxiliam o monitoramento da evolução de uma determinada realidade, gerando subsídios para a avaliação (BRASIL, 2014c). Indicador é um dispositivo que, além de indicar alguma qualidade, mudança de uma situação ou de um sistema, pode chamar a atenção ou dar avisos (RANTANEN *et al.*, 2001; COSTA; SOUTO, 2011).

Em suma, indicadores são informações que permitem descrever, classificar, ordenar, comparar ou quantificar de maneira sistemática aspectos de uma realidade e que

atendam às necessidades dos tomadores de decisões (RANTANEN *et al.*, 2001; SICHE *et al.*, 2007; BRASIL, 2012b).

3.4.2 Indicador: Construção e Características

Tradicionalmente, os indicadores são construídos a partir de números. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta dos eventos (números absolutos), até o cálculo de frequências relativas (proporções, taxas ou razões) ou índices mais sofisticados, a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados, registro, coleta e transmissão dos dados (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Rantanen *et al.* (2001) afirmaram que os dados para construção de indicadores podem estar disponíveis a partir de fontes nacionais, mas que a coleta a partir de registros administrativos apresentam vantagens como dados contínuos em série histórica, comparações internas e possibilidade de coleta sistemática, e desvantagens como cobertura muitas vezes incompleta, captação lenta e dados com definição de natureza administrativa restrita.

No Brasil, a produção e a utilização de informações do campo da saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo as variadas estruturas governamentais nos três níveis de gestão do SUS, que produzem informações relativas à saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

As diferenças nos métodos de amostragem e medição dos indicadores podem afetar os resultados e que os dados podem não ser representativos. Ao identificar o tipo de dados que será necessário para um determinado indicador, o mesmo deve ser claramente definido e as unidades de medida, bem como as variáveis especificadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Além disso, segundo Cruz *et al.* (2011), se um indicador é construído a partir de pressupostos inadequados para sua elaboração, pode gerar interpretações erradas sobre o fenômeno em questão e a adoção de políticas equivocadas.

Nesse sentido, estudos como os desenvolvidos por Jannuzzi (2001), World Health Organization (2002), Rua (2004), Rede Interagencial de Informação para a Saúde (2008) e Ferreira, Cassiolato, Gonzalez (2009), entre outros, enumeraram uma série de atributos necessários a um indicador. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como critérios gerais para os indicadores a sensibilidade às mudanças nas condições em questão, a

imparcialidade e a representatividade, ser cientificamente credível, viável e válido, ser robusto e afetado por pequenas alterações no método ou escala utilizadas na sua construção, ser consistente e comparável ao longo do tempo e do espaço, ser relevante para a política e gestão, ser transparente, ser o mais específico possível em relação a um determinado assunto, entre outras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Como complemento, é esperado que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação. Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a integridade ou completude dos dados e a consistência interna dos valores. Vale lembrar que a qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem de sua aplicação sistemática, incluindo definições operacionais e procedimentos padronizados de medição e cálculo (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

As propriedades dos indicadores podem se separar em dois grupos: essenciais e complementares. As propriedades essenciais são aquelas que qualquer indicador deve apresentar, quais sejam (RUA, 2004; FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009):

- a) utilidade – baseadas nas necessidades dos decisores;
- b) validade – capacidade de representar a realidade que se deseja medir e modificar;
- c) confiabilidade – dados de origem confiáveis; e,
- d) disponibilidade – dados de fácil obtenção.

Já as propriedades complementares se reportam às que dependem da avaliação de cada situação:

- a) simplicidade – indicadores de fácil obtenção, construção, manutenção, comunicação e entendimento pelo público em geral, interno ou externo;
- b) clareza – definição clara sobre o método de cálculo;
- c) sensibilidade – capacidade de refletir as mudanças decorrentes das intervenções realizadas;
- d) desagregabilidade – capacidade de representação regionalizada dos dados;
- e) economicidade – relação favorável entre os custos de obtenção e os benefícios advindos;
- f) estabilidade – capacidade de estabelecimento de séries históricas estáveis que permitam monitoramentos e comparações;
- g) mensurabilidade – maior precisão possível e sem ambiguidade; e,
- h) auditabilidade – qualquer pessoa deve sentir-se apta a verificar a boa aplicação das regras de uso dos indicadores (obtenção, tratamento, formatação, difusão, interpretação).

Em suma, se espera que os indicadores apresentem 4 (quatro) características básicas (RANTANEN *et al.*, 2001):

- a) consistência – indicadores bem definidos, válidos e comparáveis;
- b) sejam não redundantes – cada indicador deve abordar uma questão diferente;
- c) fácil compreensão – indicadores devem cobrir todas as áreas relevantes em estudo; e,
- d) parcimônia – indicadores devem ser tão simples quanto possível.

3.4.3 Vantagens e Limitações dos Indicadores

Os indicadores são ferramentas fundamentais para acompanhar a dimensão da realidade que se quer avaliar, sendo úteis para a gestão à medida que aprimora o gerenciamento e o desenvolvimento de políticas, agregando informações de modo simples e de entendimento fácil e possibilitando o intercâmbio de informações entre setores e atores atuantes sobre o objeto (MACIEL FILHO *et al*, 1999).

Já entre as limitações e deficiências dos indicadores, as principais identificadas são (BRASIL, 2012b):

- a) A medição interfere na realidade a ser medida – A coleta de informações que subsidiarão decisões superiores altera o contexto no qual as informações são coletadas, interferindo nos resultados obtidos. Há de se ter em mente que a gestão e cômputo dos indicadores advêm direta ou indiretamente de procedimentos executados por pessoas que possuem interesses, sofrem e geram pressões, e que não podem ser consideradas plenamente isentas.
- b) Parcimônia e confiança são necessárias – Deve-se buscar uma maior aproximação entre a fonte primária de informações e as instâncias decisórias superiores, para que o processo de aferição seja confiável, subsidiando efetivamente os últimos sem sobrecarregar os primeiros, numa relação de parcimônia e confiança.
- c) Não se deve subestimar o custo da medição – Medições efetivas envolvem significativos custos, principalmente pelo tempo requerido dos atores envolvidos na concepção, planejamento e implementação dos indicadores.
- d) A medição não constitui um fim em si mesmo – Indicadores adequados, confiáveis e disponíveis tempestivamente são excelentes ferramentas de suporte à decisão. Qualquer conjunto de indicadores é uma redução da realidade aferida, e que outras formas de aquisição de informações acerca do desempenho organizacional, tais como a troca de experiências e impressões interpessoais, não podem ser desprezados.
- e) Indicadores são representações imperfeitas e transitórias - Não se deve confiar cega e permanentemente nas medidas, o que significa ser necessário realizar uma avaliação crítica

acerca da pertinência dos indicadores selecionados, considerando ainda que, a todo tempo, surgem modelos aperfeiçoados baseados em novas teorias (MAGALHÃES, 2004).

f) O indicador e a dimensão de interesse não se confundem - Deve-se atentar que o indicador apenas aponta, assinala, indica como o próprio nome revela. Contudo, é comum casos em que o foco das ações seja deslocado da realidade com que se deseja trabalhar para o indicador escolhido para representá-la.

3.4.4 Um olhar sobre o Indicador 41: o Indicador das Ações de VISA nos Municípios

Com o avanço da municipalização das ações de Vigilância Sanitária, novas demandas surgiram para gestão da saúde a nível municipal, dentre elas a necessidade de utilização de indicadores para acompanhar os resultados alcançados (COSTA; SOUTO, 2011).

A importância de estabelecer indicadores específicos para área da VISA foi enfatizada na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária realizada em 2001, onde dentre as várias proposições apresentadas, destacou-se a necessidade de criar indicadores de estrutura, processo e resultado, para avaliar a qualidade das atividades executadas, além de criar metodologia de autoavaliação das ações de vigilância sanitária (BRASIL, 2001).

No contexto da Vigilância Sanitária, a construção de indicadores constitui-se em um grande desafio, visto que a escolha de indicadores para essa área deve traduzir contextos e direções, em que se faz necessário observar a dimensão, aspecto ou objeto que se quer apontar para definir-se o tipo e as variáveis mais adequadas, assim como, é imprescindível esclarecer também o que será medido: se a qualidade do trabalho ou a qualidade do objeto sobre o qual se trabalha. O enfoque para a construção de indicadores para a VISA deve ser, portanto, diferenciado, uma vez que os serviços de vigilância sanitária compreendem ações sobre muitos objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde, podendo ser produtos, serviços e ambientes sujeitos ao controle sanitário (COSTA; SOUTO, 2011).

Segundo Costa e Souto (2011), no campo da VISA, os indicadores são considerados ferramentas necessárias no diagnóstico e avaliação da área, além de contribuir também para um planejamento mais consistente baseado em dados específicos, que demonstrem a realidade e a integração entre os diversos bancos de dados dos sistemas de informações existentes no país é uma medida que geraria um impacto positivo na forma como as decisões em VISA são tomadas, potencializando a defesa da vida.

No campo da Vigilância em Saúde, entre os setores mais avançados na utilização de indicadores está a Vigilância Epidemiológica, que é favorecida por todo um arcabouço

teórico, consolidado e consagrado. Apesar de ser considerado um elemento estratégico de Vigilância em Saúde, a VISA não consolidou ainda um sistema de indicadores coerente com as necessidades do planejamento, gestão e avaliação das suas ações e, em geral, quando existem indicadores, estes são desconexos e/ou apenas relacionados às ações pactuadas no Plano de Ação da Vigilância Sanitária, ou seja, ao cumprimento de metas para garantir a transferência de recursos (WALDMAN; FREITAS, 2008; QUITÉRIO, 2009).

Mesmo com essa necessidade de indicadores para área de VISA, durante muito tempo, esta área não contou com qualquer indicador. Desta forma, apenas em 2013, tem-se o registro da instituição de um indicador relacionado as ações de VISA, quando a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) por meio de uma resolução estabeleceu as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento integrado do SUS e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Nessa resolução, foi definido um rol único de indicadores a ser utilizado nos instrumentos de planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatórios de Gestão) e no COAP. Nesse rol foi estabelecido um indicador para monitoramento e avaliação das ações de VISA, o qual foi classificado como tipo universal⁴ (BRASIL, 2014a).

O Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, publicado pelo Ministério da Saúde, considera esses indicadores essenciais nos processos de monitoramento e avaliação. Segundo o documento publicado, estes indicadores permitem acompanhar o alcance das metas e servem para:

- a) embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão;
- b) contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais;
- c) analisar comparativamente o desempenho.

Com o indicador estabelecido para VISA, denominado de Indicador 41⁵, foram definidas sete ações mínimas e necessárias de VISA no âmbito municipal, que apresenta como meta a realização de 100% destas ações por parte dos municípios (BRASIL, 2014a).

O Indicador 41 surge com uma ferramenta que pretende avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios, sendo elas: (i)cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii)

⁴ Segundo o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, os indicadores universais expressam o acesso e a qualidade da organização em redes, além de considerar os indicadores epidemiológicos de abrangência nacional e desempenho do sistema, sendo de pactuação comum e obrigatória nacionalmente.

⁵ A denominação Indicador 41 tem como base a sequência em que o referido indicador aparece no rol dos 67 indicadores definidos na Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015. O Indicador 41 acompanha o percentual de municípios que executam as ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios. Esse indicador tem como meta a realização de 100% das ações de VISA por parte dos municípios.

instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias (BRASIL, 2014a).

O Apêndice 1 apresenta o detalhamento dessas ações, com base no Instrutivo para Preenchimento das Ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS, publicado pela ANVISA.

Segundo a Ficha de Qualificação do Indicador 41 (ANEXO A), publicada no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, o Indicador 41 tem como diretriz a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde, e como objetivo fortalecer essas ações nos municípios (BRASIL, 2014a).

Em 2016, uma nova resolução da CIT atualizou a relação dos indicadores pactuação nacional, dentre eles, o indicador universal das ações de vigilância sanitária. Com a nova normativa, o Indicador 41 passou a ser denominado Indicador 26, mas as modificações limitaram-se a denominação, visto que foram mantidos o método de cálculo, bem como as demais informações que qualificam este indicador (BRASIL, 2016).

Na literatura, são poucos os estudos que fazem referência ao Indicador 41. Dentre os encontrados, a análise restringe-se a descrição quantitativa das ações desenvolvidas em serviços de vigilâncias sanitárias municipais. Assim, não foram encontradas avaliações do desempenho do Indicador 41 nos municípios, bem como uma análise crítica da aplicação desse indicador no monitoramento e avaliação das ações de VISA.

Um dos estudos consistiu em descrever e analisar os procedimentos realizados pela Vigilância Sanitária do município de Divinópolis/MG, inseridos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) entre 2008 e 2013. Verificou-se no município de Divinópolis, a predominância das ações de inspeção sanitária, um cenário que certamente se repete em outros municípios brasileiros, onde muitas vezes, os próprios profissionais da VISA desconhecem as outras ações de vigilância sanitária que podem ser realizadas e contribuir para proteção e promoção da saúde da população (DA FONSECA; FONSECA, 2014).

Kranz, Bordin e Rosa (2016) analisaram as sete ações mínimas e necessárias de Vigilância Sanitária no âmbito municipal, acompanhadas pelo indicador 41, no estado do Rio Grande do Sul, no período 2010-2014. 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.

Barros, Lima e Costa (2017) avaliaram o indicador 41 e as informações

registradas no SIA/SUS, considerando as Regiões Intermediárias de Articulação Urbana. Os autores concluíram que as ações de VISA registradas no SIA/SUS encontram-se, ainda, em processo de implantação e estruturação nos municípios brasileiros, ao constatar que as ações básicas de vigilância sanitária, preconizadas pelo indicador 41, não são registradas no SIA/SUS por todos os municípios, mesmo sendo esperado, com o processo de descentralização, que esses estruturarem minimamente seus serviços.

No que concerne a avaliação das ações de vigilância sanitária executadas no âmbito dos municípios, é notória a lacuna de estudos nesse sentido, sobretudo, com foco na avaliação da qualidade dessas ações, bem como uma relação com os gastos declarados nesse campo. As poucas referências encontradas restringem-se a uma análise quantitativa dessas ações e com base no Indicador 41, o que certamente limita uma análise mais efetiva do processo de descentralização das ações para os municípios.

3.5 A VISA nos municípios do Estado do Ceará: Organização e Desafios

Nos estados e municípios, os órgãos responsáveis pelas ações de vigilância sanitária se estruturam de variadas maneiras, por vezes são serviços, ou seja, departamentos ou setores que cumprem essa função na estrutura das secretarias de saúde. Alguns assumem o formato institucional de Agência, como na Paraíba; outros combinam em sua estrutura a vigilância ambiental, como na Bahia; em alguns municípios pode-se encontrar na mesma estrutura as vigilâncias: sanitária, em saúde do trabalhador e/ou ambiental, e em alguns ainda agregam a vigilância epidemiológica. Os serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária, majoritariamente, são integrantes da Administração Direta, e variam também em relação à autonomia administrativa e financeira do núcleo central de suas respectivas secretarias de saúde (DE SETA; SILVA, 2001).

No Ceará, o Núcleo de Vigilância Sanitária (NUVIS) é o órgão da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que tem a atribuição de coordenar, supervisionar, assessorar, monitorar e avaliar as ações de vigilância sanitária nos 184 municípios do Estado, visando o controle do risco sanitário, atuando excepcionalmente como órgão executor de atividades de vigilância sanitária em parceria com as representações da VISA Estadual nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), municípios e outras instituições (CEARÁ, 2016).

Uma análise dos serviços de vigilância sanitária nos municípios cearenses, constitui-se uma difícil tarefa diante da escassez de estudos sobre estrutura, organização e funcionamento desses serviços. Contudo, a ANVISA, com o apoio do CONASS e do CONASEMS, divulgou de forma preliminar em 2014, um informe do Perfil da Vigilância

Sanitária Municipal no Brasil, fruto de levantamento realizado, entre os meses de dezembro de 2012 a julho de 2013, mediante a aplicação de um questionário aos gestores municipais dos órgãos de VISA. O estudo descritivo, observacional e seccional das Vigilâncias Sanitárias municipais produziu dados que colaboram para conhecer alguns aspectos da organização dos Serviços Municipais de Vigilância Sanitária no Ceará (BRASIL, 2014d).

Com base nos dados desse informe preliminar, o Quadro 4 apresenta uma síntese da situação dos serviços de VISA nos municípios cearenses.

Quadro 4. Situação das vigilâncias sanitárias nos municípios cearenses*.

• 65% (111) dos municípios possuem servidores formalmente investidos na função de fiscal.
• Para 133 (78%) municípios, os recursos disponibilizados não são suficientes para o desenvolvimento das ações de VISA.
• Apenas 2% (3) dos municípios informaram que o planejamento anual das ações não é realizado.
• 14% (24) dos municípios não realizam ações conjuntas com VISA Estadual.
• Em 44 (26%) municípios não existe lei municipal de criação da VISA.
• 103 (60%) municípios declararam possuir um sistema de informação para a VISA

Fontes: ANVISA (Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil - Informe Preliminar), 2014 / COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2014.

* 93% dos municípios cearenses participaram do levantamento (171 municípios responderam ao questionário).

A leitura desses dados aponta para desafios ainda não superados pelos serviços municipais de VISA no Ceará, sobretudo, no tocante aos recursos necessários ao desenvolvimento das ações de VISA, mas também revela avanços quanto ao planejamento das ações de VISA por parte dos municípios.

Nesse contexto da organização dos serviços de VISA nos municípios cearenses, são relevantes atividades e serviços presentes no município, destacando-se aqueles que podem impactar na saúde das pessoas e devem ser objetos de gerenciamentos dos riscos por parte da VISA. Em muitos dos 184 municípios cearenses encontramos atividades com potenciais impactos à saúde, que demandam ações mais organizadas e planejamento por parte dos serviços de VISA municipal, sobretudo para eliminar, minimizar e prevenir riscos relativos à produção e comercialização de medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes e outros produtos para saúde. Ressaltam-se ainda, as atividades de turismo que atraem serviços de alimentação e hospedagem, presentes em muitos municípios do estado (CEARÁ, 2016).

No Estado do Ceará, questões ambientais também refletem demandas para área de vigilância sanitária, isso porque, no estado o uso de agrotóxicos, em grande quantidade, nas diferentes lavouras e nos mais diversos municípios, tem modificado a qualidade ambiental com potencial contaminação da água, do solo, do ar e conseqüente risco para saúde (RIGOTTO *et al*, 2013; QUEIROZ, 2018). A discussão sobre exposição a agrotóxicos e as

consequências deletérias à saúde humana está presente em vários estudos, que analisam a situação do uso dos agrotóxicos e suas implicações ambientais no Estado do Ceará, considerando o crescente consumo e o incremento de casos de morbidade e de óbitos correlacionados à intoxicação.

No Ceará, o incremento no consumo de agrotóxicos pode estar associado ao aumento de produtividade agrícola, com culturas como o arroz, feijão, milho e com a fruticultura irrigada para exportação (MARTINS, 2015). Desde 1995, a Superintendência Estadual do Meio Ambiente do Ceará (SEMACE) desenvolve o Programa de Controle e Fiscalização de Agrotóxicos e os resultados desse monitoramento demonstraram que o Ceará consome grande quantidade de agrotóxicos, destacando-se os municípios de Ubajara, Tianguá, Varjota, Marco, Paraipaba, Morada Nova, Limoeiro do Norte, Mauriti e Quixeré (CARVALHO; LIMA JÚNIOR, 2010).

O estudo de Carvalho e Lima Júnior (2010), sobre uso indiscriminado de agrotóxicos, identificou que dos 184 municípios cearenses, 146 foram considerados críticos com relação às condições ambientais e de saúde pública desfavoráveis. Os demais 38 municípios foram considerados em situação de vulnerabilidade ambiental. Esses dados reforçam a necessidade de um olhar atento do poder público para o uso desses produtos.

Estudo de Sousa (2015) detectou herbicida na atmosfera do município de Limoeiro do Norte. A autora adverte que a quantidade encontrada no município supera em centenas de vezes o que a literatura de outros países recomenda como admissível; portanto, essa constatação pode contribuir, significativamente, para alterações da qualidade do ar e causar danos à saúde da população.

As implicações ambientais do uso de agrotóxicos, relatadas em vários estudos, são evidências da atual situação do Estado do Ceará, tornado cada vez mais importante no âmbito da VISA, ações de monitoramento de resíduos de agrotóxicos em alimentos e de fiscalizações conjuntas com os órgãos ambientais e de saúde do trabalhador.

Considerando o desafio da VISA frente às atividades e serviços, além das questões ambientais nos municípios cearenses, torna-se imperativo explorar o processo de descentralização das ações de VISA para os municípios. Contudo, ressalta-se que o processo de descentralização das ações de VISA no Ceará, nunca foi objeto de estudos ou avaliação, o que temos são apenas os registros desse processo em deliberações da CIB e nos apontamentos dos Relatórios de Gestão do órgão de VISA Estadual, que nos possibilita apresentar alguns aspectos do processo de descentralização das ações de VISA para os municípios cearenses.

Da mesma maneira que no restante do país, o estado do Ceará apresenta diferentes níveis de descentralização das ações de VISA em seus municípios. As resoluções da CIB/CE e os Relatórios de Gestão da Vigilância Sanitária do Estado revelam postura ativa do NUVIS/SESA no processo de descentralização, contudo, observa-se por parte de alguns municípios, o desinteresse em assumir a responsabilidade para executar ações de VISA (COMISSÃO DE INTERGESTORES BIPARTIDE DO CEARÁ, 2000).

Em 2000, os gestores do NUVIS alertaram para o desinteresse dos municípios cearense em realizar as ações VISA, o que fez com que o NUVIS formulasse um projeto de descentralização das ações das vigilâncias para os municípios. Ainda no ano 2000, foram definidos critérios para descentralização, muitos desses critérios precisaram ser revisados para que alguns municípios pudessem ser contemplados. Em 2001, iniciou-se um movimento dos municípios em aderir a realização das ações de média complexidade, mas que logo perdeu força (COMISSÃO DE INTERGESTORES BIPARTIDE DO CEARÁ, 2000).

Nos anos seguintes, 2002 e 2003, registrou-se baixa adesão dos municípios em assumir a responsabilidade pela execução das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária. Mais uma vez, esse quadro de desinteresse dos gestores municipais fez com que os gestores do NUVIS procurassem na CIB, apoio para aumentar habilitação dos municípios em relação a execução de ações vigilância sanitária. Em 2004, continuaram as discussões na CIB sobre a municipalização das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária, mas sem grandes avanços (COMISSÃO DE INTERGESTORES BIPARTIDE DO CEARÁ, 2004).

Em 2005, o NUVIS estabeleceu critérios para adesão dos Municípios ao “Pacto das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária”. Com a aprovação destes critérios na CIB, intensificou-se o movimento de adesão dos municípios. Já em 2006, cerca de dezessete municípios também aderiram ao pacto, dentre eles, o município de Fortaleza, a capital do estado, demonstrando um grande avanço na descentralização dessas ações (COMISSÃO DE INTERGESTORES BIPARTIDE DO CEARÁ, 2005; 2006a).

Em uma tentativa potencializar o processo de descentralização das ações, no final de 2006, o NUVIS apresentou em reunião da CIB, uma proposta de descentralização das ações de Vigilância Sanitária executadas pelo Estado para os municípios com população acima de 100 mil habitantes. Na ocasião, vários representantes municipais demonstraram preocupação em relação às dificuldades dos municípios em assumirem essas responsabilidades, além disso, manifestaram preocupação com as questões políticas que envolvem o cumprimento destas ações. Consequentemente, a proposta não avançou (COMISSÃO DE INTERGESTORES BIPARTIDE DO CEARÁ, 2006b).

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu a assinatura do Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) entre os entes federados. O Estado do Ceará iniciou a pactuação dos COAPs logo após a edição do Decreto, tanto que, em 2012, um COAP para cada Região de Saúde, foi assinado pelos gestores dos municípios integrantes de cada Região. Nesses contratos consta como objetivo regional o fortalecimento do sistema regional de vigilância sanitária. Além disso, consta no COAP, um quadro síntese da programação das ações e metas pra VISA de cada município, demonstrando preocupação em valer-se do COAP para fortalecer as VISAs municipais, considerando o desafio e singularidade de cada município (CEARÁ, 2012).

Em 2014, foram publicados Relatórios de Monitoramento dos COAPs, onde os relatórios das macrorregiões de saúde de Fortaleza, Cariri e Sertão Central, não fazem qualquer menção as ações de VISA nos municípios, enquanto, o da Macrorregião de Sobral destaca a prioridade de expandir e fortalecer ações da vigilância sanitária nos municípios. No relatório da Macrorregião Litoral Leste Jaguaribe, para os municípios da Região de Saúde de Aracati, são apontados avanços na realização do procedimento de instauração de processo administrativo de vigilância sanitária e para Região de Saúde Limoeiro do Norte relata-se aumento de financiamento para a VISA. Estes dados apontam diferentes realidades para os municípios cearenses quanto à implementação das ações de VISA (CEARÁ, 2014a)

No Ceará, várias têm sido as iniciativas de apoio e fomento ao processo de descentralização das ações de VISA para os municípios. Contudo, o Núcleo de Vigilância Sanitária do Estado, mesmo tendo como função primordial coordenar e supervisionar ações de VISA nos municípios, ainda executa ações, sobretudo, de média e alta complexidade, diante de dificuldades na execução dessas ações por parte dos municípios (CEARÁ, 2016). Essa situação gera obstáculos para o órgão de VISA Estadual atuar na supervisão e avaliação as ações realizadas pelos municípios.

Desta forma, para que o órgão de vigilância sanitária estadual cumpra seu efetivo papel de coordenador e supervisor das ações de VISA, ainda que, mesmo executando os procedimentos de maior complexidade em VISA, é fundamental que os municípios do estado assumam, cada vez mais, as ações de Vigilância Sanitária, além do conjunto de procedimentos que são básicos, menos complexos, mas fundamentais para proteção da saúde da população. Nesse sentido, fez-se necessária uma divisão solidária de responsabilidades entre os serviços de VISA nos municípios e o órgão estadual de vigilância sanitária. Essa responsabilidade compartilhada é crucial para que o SNVS se efetive de fato no estado.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter quantitativo e com enfoque descritivo, utilizando dados secundários oriundos dos sistemas de informação, no qual se verificou a evolução das variáveis selecionadas no período de 2013 a 2017.

Caracteriza-se como estudo ecológico por utilizar áreas geográficas como unidades de análise, neste caso os municípios cearenses correspondem a essas unidades (MEDRONHO *et al.*, 2009). O universo de análise constitui-se os 184 municípios do estado do Ceará e seus gastos em saúde com a subfunção vigilância sanitária, bem como as ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41.

O delineamento ecológico se justifica pela disponibilidade dos dados, baixo custo da pesquisa e possibilidade de avaliar dados agregados em diferentes períodos de tempo.

4.2 Caracterização do Local do Estudo

O estudo foi realizado no Estado do Ceará, tendo como unidade de análise os municípios que compõem esta unidade federativa.

O estado do Ceará ocupa uma área de 148.887,6 km² distribuída entre 184 municípios, sendo o quarto maior estado da região Nordeste e representa o oitavo estado mais populoso do país com uma população estimada de 9.020.480 habitantes, em 2017, onde, 46,3 % da população vivem em 9 municípios com população maior que 100 mil, 41,6 % vivem em 92 municípios considerados de porte médio e 12,1 % vivem em 83 municípios com população abaixo de 20 mil, segundo dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde, os 184 municípios que compõem o estado estão organizados em 22 Regiões de Saúde e 5 (cinco) macrorregiões, a saber: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri, configurando a regionalização da Saúde do Ceará, onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde (CEARÁ, 2014b).

Dentre os 184 municípios que constituem o estado do Ceará, os municípios da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) ocupam lugar de destaque no contexto estadual, isto porque, concentram as atividades econômicas mais significativas do Estado e 44,9% da população cearense (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

Segundo dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), os municípios da RMF foram responsáveis por uma participação de 65,2% do Produto Interno Bruto (PIB) do Estado em 2015. Conforme esta análise, dos quinze municípios com maior PIB em 2015, nove municípios estão presentes na RMF. O estudo destaca a elevada concentração da atividade produtiva do Estado nos municípios localizados na RMF, com a cidade de Fortaleza concentrando 43,93% do PIB estadual, com forte concentração na atividade de serviços. Mais da metade do quantitativo industrial do Estado está na RMF. Nesse aspecto, merece destaque o Complexo Industrial e Portuário do Pecém (CIPP), que abriga uma siderúrgica, entre os municípios de Caucaia e São Gonçalo do Amarante, bem como, o município do Eusébio e o Distrito Industrial de Maracanaú, que abrigam grande número de indústrias (MUNIZ, 2015; INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2015).

O turismo é outra atividade econômica marcante para o estado, sobretudo, nos municípios do litoral, como Fortaleza, Aquiraz, Caucaia, Cascavel, Paracuru, dentre outros. O turismo nessas regiões, impulsiona os serviços de alimentação e hospedagem, contribuindo também para o aumento da população nesses municípios, sobretudo, nos períodos considerados de alta estação (DIÓGENES, 2012). Nesse contexto, merece destaque o turismo religioso em municípios com Juazeiro do Norte, Barbalha, Canindé, além de eventos como a Expocrato no município do Crato, festivais de música e gastronomia em Guaramiranga, que também funcionam como atrativos de pessoas e serviços nessas regiões.

Ora, esse nosso Brasil, com tantos brasis dentro dele, com tantas disparidades sócio-econômica-culturais, replicadas em um estado como o Ceará e seus municípios, que perpassam por realidades tão díspares como Fortaleza, uma metrópole com mais de dois milhões e meio de habitantes e Guaramiranga, uma cidade de pequeno porte, com menos de quatro mil habitantes, mas que tem em comum a atribuição de garantir a execução das ações de VISA voltadas para redução dos riscos à saúde dos seus munícipes. Esse contexto, faz com que os municípios cearenses, sejam unidades interessantes para realizar estudo que objetiva analisar a VISA, abrangendo as dimensões gastos e ações, para comparação entre os municípios. Ressalta-se que o estado do Ceará nunca foi objeto desse tipo de estudo.

Destaca-se outro fator que contribuiu para eleição dos municípios cearenses como locais do estudo, trata-se do fato do pesquisador atuar como profissional de Vigilância Sanitária no município de Fortaleza, a capital do estado do Ceará, o que revela uma aproximação do pesquisador com o local do estudo.

4.3 População do Estudo

A população utilizada neste estudo (número de habitantes em cada município) para o cálculo dos gastos em VISA *per capita* relacionados aos municípios do Estado do Ceará, foi baseada nos dados estimados pelo IBGE para cada município e ano compreendido no estudo. No Quadro 5, encontra-se a relação dos 184 municípios do Estado do Ceará, com sua respectiva população estimada para o ano de 2017.

Quadro 5 - Municípios incluídos na pesquisa / População estimada em 2017

Grupo A - Até 5.000 habitantes – 2 Municípios			
Guaramiranga	3.547	Granjeiro	4.425
Grupo B - 5.001 até 10.000 habitantes - 18 Municípios			
Pacujá	6.202	Baixio	6.228
Potiretama	6.356	General Sampaio	6.922
Ererê	7.163	Antonina do Norte	7.278
Altaneira	7.479	Senador Sá	7.513
São João do Jaguaribe	7.621	Umari	7.671
Itaiçaba	7.738	Arneiroz	7.777
Jati	7.847	Moraújo	8.636
Tarrafas	8.852	Penaforte	8.956
Palhano	9.285	Deputado Irapuan Pinheiro	9.521
Grupo C - 10.001 até 20.000 habitantes - 63 Municípios			
Catunda	10.365	Pires Ferreira	10.784
Ararendá	10.823	Potengi	10.918
Groaíras	11.012	Martinópolis	11.082
Aratuba	11.244	Jaguaribara	11.295
Alcântaras	11.459	Ipaporanga	11.499
Paramoti	11.578	Abaiara	11.605
Pacoti	11.960	Poranga	12.243
Ipaumirim	12.349	Ibicuitinga	12.350
Mulungu	12.831	São Luís do Curu	12.849
Chaval	12.952	Milhã	13.136
Palmácia	13.145	Ibaretama	13.218
Choró	13.384	Miraíma	13.583
Frecheirinha	13.669	Uruoca	13.677
Iracema	14.125	Mucambo	14.377
Apuiarés	14.719	Quixelô	14.860
Barroquinha	14.880	Porteiras	14.921
Meruoca	14.948	Graça	15.307
Nova Olinda	15.433	Saboeiro	15.678
Tururu	15.935	Pereiro	16.163
Fortim	16.272	Salitre	16.331
Acarape	16.543	Piquet Carneiro	16.731
Alto Santo	16.976	Monsenhor Tabosa	17.038
Aiuaba	17.194	Santana do Cariri	17.489
Carnaubal	17.631	Capistrano	17.668
Croatá	17.874	Jaguaretama	17.958
Banabuiú	18.027	Solonópolis	18.158
Varjota	18.239	Cariré	18.660
Farias Brito	18.720	Reriutaba	18.769
Cariús	18.804	Tejuçuoca	18.902
Chorozinho	19.197	Jijoca de Jericoacoara	19.510
Icapuí	19.685	Umirim	19.679
Madalena	19.800	-	-

Grupo D - 20.001 até 50.000 habitantes – 65 Municípios			
Itapiúna	20.014	Hidrolândia	20.215
Catarina	20.451	Pindoretama	20.644
Itatira	20.675	Quiterianópolis	20.860
Barreira	20.978	Orós	21.292
Araripe	21.398	Uruburetama	21.609
Quixeré	21.876	Morrinhos	22.222
Caridade	22.320	Barro	22.440
Coreaú	23.107	Assaré	23.254
Irauçuba	23.858	Cruz	23.983
Forquilha	24.047	Aurora	24.496
Jucás	24.597	Ibiapina	24.825
Cedro	25.063	Ocara	25.394
Tamboril	25.525	Independência	25.967
Aracoiaba	26.269	Guaiúba	26.331
Senador Pompeu	26.447	Caririaçu	26.892
Marco	26.981	Jardim	27.076
Campos Sales	27.209	Redenção	27.441
Novo Oriente	28.353	Milagres	28.231
Tabuleiro do Norte	30.489	Parambu	31.137
Lavras da Mangabeira	31.335	Santana do Acaraú	32.023
Nova Russas	32.035	Bela Cruz	32.378
Paraipaba	32.515	Jaguaruana	33.740
Paracuru	33.894	Ubajara	34.332
Jaguaribe	34.448	Baturité	35.351
Missão Velha	35.409	Pentecoste	37.077
Ipueiras	37.896	Massapê	38.210
Itaitinga	39.310	Guaraciaba do Norte	39.445
Várzea Alegre	40.440	Itarema	41.230
Ipu	41.576	Pedra Branca	42.841
Amontada	42.901	Santa Quitéria	43.360
Mombaça	43.735	Mauriti	46.548
São Benedito	46.648	São Gonçalo do Amarante	48.265
Brejo Santo	48.830	-	-
Grupo E - 50.001 até 100.000 habitantes - 27 Municípios			
Itapajé	51.965	Eusébio	52.667
Beberibe	53.110	Acopiara	53.572
Boa Viagem	54.049	Granja	54.365
Trairi	55.207	Tauá	58.119
Limoeiro do Norte	58.915	Barbalha	59.811
Viçosa do Ceará	60.030	Morada Nova	61.548
Acaraú	62.199	Camocim	62.985
Horizonte	65.928	Icó	67.486
Pacajus	70.911	Cascavel	71.079
Aracati	73.629	Crateús	74.426
Tianguá	74.719	Russas	76.475
Canindé	77.514	Quixeramobim	78.658
Aquiraz	79.128	Pacatuba	82.824
Quixadá	86.605	-	-
Grupo F - 100.001 até 500.000 habitantes - 8 Municípios			
Iguatu	102.614	Maranguape	126.486
Itapipoca	127.465	Crato	130.604
Sobral	205.529	Maracanau	224.804
Juazeiro do Norte	270.383	Caucaia	362.223
Grupo G - 500.001 e mais habitantes – 1 Município			
Fortaleza	2.627.482		

Fonte: IBGE (2017)

4.3.1 Critérios de Seleção da População

Na análise dos gastos em saúde com a vigilância sanitária, para cada ano compreendido no período do estudo, foram incluídos os municípios do Estado do Ceará, que informaram os valores gastos com VISA, em um dos sistemas de informações utilizados como fontes de dados: o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o sistema de Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), excluindo-se aqueles que não registraram os dados em um desses sistemas.

Em face do critério empregado para a formação da base de dados do estudo, é esperado que algumas análises utilizem um número total de municípios diferentes em cada ano. A listagem com os nomes dos municípios excluídos em cada ano do estudo da análise dos gastos com a subfunção Vigilância Sanitária, encontra-se no Apêndice 2.

Quanto a ausência de registros no SIA/SUS sobre as ações de VISA, o Apêndice 3 apresenta a relação de municípios que não informaram a realização de procedimentos acompanhados pelo Indicador 41.

4.4 Fontes de Dados

Os dados quantitativos para a análise dos gastos em saúde com a vigilância sanitária foram obtidos através dos balanços financeiros municipais disponíveis nos seguintes sistemas de informação: o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o sistema de Finanças do Brasil (FINBRA) e Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS).

O SIOPS foi a principal fonte de dados para a coleta de dados referentes às informações financeiras relativas à execução dos gastos com saúde, compreendendo a subfunção vigilância sanitária, pelo grau de detalhamento das receitas e das despesas em saúde que ele apresenta. Disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no endereço eletrônico <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>, trata-se de um banco de dados de âmbito nacional sobre receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde (BENEVIDES, 2010).

O SIOPS constitui importante fonte de dados por sintetizar informações com regularidade e qualidade, o que viabiliza a realização de estudos, acompanhamento, fiscalização e avaliação do financiamento no âmbito das ações de saúde no Brasil (TEIXEIRA;

TEIXEIRA, 2003).

O FINBRA (Finanças do Brasil – Dados Contábeis dos Municípios), disponível no sítio eletrônico da Secretaria do Tesouro Nacional: https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/pages/public/consulta_finbra para dados dos exercícios de 2013 em diante, por sua vez, foi escolhido por conter dados de receitas orçamentárias e despesas dos municípios, possibilitando uma comparação com os dados informados ao SIOPS.

O Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS)⁶, sistema que faz parte do DATASUS, disponível em <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>, foi utilizado de forma complementar para obter dados relacionados aos gastos VISA dos municípios que não informaram esses dados nos SIOPS e/ou no FINBRA, por meio do acesso aos Relatórios Anuais de Gestão dos municípios.

Com a utilização de mais de uma fonte de dados para verificação dos valores reais gastos com VISA, os potenciais problemas de validade dos dados são superados, assim, as conclusões e descobertas são mais convincentes e apuradas.

Os dados quantitativos para a análise das ações de VISA realizadas nos municípios cearenses, foram obtidos junto ao Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) a partir do sítio eletrônico do DATASUS (<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>) e complementados pelas informações coletadas dos Relatórios Anuais de Gestão, disponibilizados no SARGSUS.

O SIA/SUS figura como o único sistema com abrangência nacional que registra procedimentos realizados pelos serviços de vigilância sanitária de estados e municípios. A alimentação desses procedimentos no sistema, deve ocorrer mês a mês, de acordo com as Portarias GM/MS nº1.378/2013 e nº 475/2014. Essas normativas condicionam o repasse financeiro à alimentação do SIA/SUS. Além disso, o SIA/SUS é a fonte oficial para cálculo do indicador das ações de vigilância sanitária (Indicador 41), permitindo o acompanhamento das ações desenvolvidas pela vigilância sanitária de estados e municípios (BRASIL, 2015b).

⁶ O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo principal de fornecer aos gestores do SUS uma ferramenta informatizada, para facilitar a elaboração e envio do Relatório de Gestão ao Conselho de Saúde, bem como dar publicidade às informações contidas e decorrentes desses mesmos relatórios de gestão. Além do mais, fornecer aos gestores da Saúde uma ferramenta de trabalho facilitadora para a construção do Relatório de Gestão, oferecendo uma plataforma atrativa e interativa; possibilitar aos gestores o cumprimento dos prazos legais de aprovação dos Relatórios de Gestão nos respectivos Conselhos de Saúde; construir uma base de dados para a armazenagem e disponibilização de informações estratégicas, necessárias à construção do Relatório Anual de Gestão, pelas Secretarias de Saúde; facilitar o monitoramento da apreciação do Relatório de Gestão e disponibilizar ao acesso público as informações decorrentes da elaboração do Relatório de Gestão do SUS. Está disponível na internet no endereço www.saude.gov.br/Sargsus. O SARGSUS foi desenvolvido para funcionar em tecnologia Webservice, portanto suportável em qualquer navegador, a exemplo do Internet Explorer, Mozilla Firefox ou outro similar. Seu acesso é dividido em área de uso restrito (técnicos dos entes federados e os representantes dos Conselhos de Saúde cadastrados) e de uso público (BRASIL, 2014)

4.5 Descrição das Variáveis

A seleção das variáveis deu-se com base na relevância das informações e suas associações com a finalidade deste estudo. As variáveis selecionadas também decorreram da disponibilidade de dados nos ambientes virtuais consultados, de forma a permitir a composição dos dados para este estudo.

O Quadro 6 apresenta as variáveis utilizadas no estudo, compreendendo descrição, fonte e aplicação no estudo.

Quadro 6 – Variáveis utilizadas no estudo

VARIÁVEIS	DESCRIÇÃO	FONTE	APLICAÇÃO NO ESTUDO
Município	Representa a Unidade de Análise	SIOPS FINBRA SIA/SUS SARGSUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do comportamento dos gastos com VISA • Análise das Ações de VISA
Ano	Representa o ano a que a informação se refere.	SIOPS FINBRA SIA/SUS SARGSUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise do comportamento dos gastos com VISA • Análise das Ações de VISA
População do Município	Representa o número de habitantes no município	IBGE	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculo do indicador gasto <i>per capita</i> realizado com VISA
Gasto Municipal com VISA	Representa o somatório do gasto com VISA no município com recursos próprios e com recursos oriundos de transferências	SIOPS FINBRA SIA/SUS SARGSUS	<ul style="list-style-type: none"> • Cálculo do indicador gasto <i>per capita</i> realizado com VISA • Relacionar gastos e ações
Cadastro de Estabelecimentos	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações
Inspeção Sanitária	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações
Recebimento de Denúncias	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações
Atendimento de Denúncias	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações
Atividade Educativa para População	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações
Atividade Educativa para Setor Regulado	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	Ações de VISA realizada no município	SIA/SUS	<ul style="list-style-type: none"> • Análise das Ações de VISA. • Relacionar gastos e ações

Fonte: Elaboração própria.

4.6 Coleta de Dados

Após as etapas de escolha das fontes de dados e seleção das variáveis, procedeu-se a coleta dos dados acerca dos gastos municipais em saúde com a subfunção vigilância

sanitária a partir das bases de dados online do SIOPS, FINBRA e SARGSUS para os anos de 2013 a 2017, bem como das ações da VISA: a) Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária; b) Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária; c) Recebimento de Denúncias e Reclamações; d) Atendimentos a Denúncias e Reclamações; e) Atividade Educativa para a População; f) Atividades Educativa para o Setor Regulado; e g) Instauração de Processo Administrativo Sanitário, acompanhadas pelo Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores, para os anos de 2013 a 2017, a partir das bases de dados online do SIA/SUS.

Considerando as variáveis de interesse do estudo, os dados coletados foram organizados em um banco de dados a partir do programa Epi Info 7.

4.7 Análise dos Dados

Após a coleta de dados, realizou-se uma análise estatística descritiva simples, considerando as variáveis delineadas no estudo, que apresentavam características com predominâncias numéricas. Os dados foram analisados com a utilização de ferramentas estatísticas descritivas univariadas (proporção e média).

Considerando a diversidade dos municípios cearenses, 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 (Tabela 1). Esses municípios foram estratificados de acordo com a sua população no ano de 2017, tendo por referência os critérios definidos pelo governo federal quanto à reserva do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), com base no número de habitantes de cada município.

Tabela 1. Agrupamento dos municípios, segundo as classes de tamanho da população – CEARÁ - 2017

Classes de tamanho da população dos municípios (habitantes)	População residente (2017)		Número de municípios	
	Total	%	Total	%
Ceará	9.020.480	100,0	184	100,0
Até 5.000 – Grupo A	7.972	0,1	2	1,1
De 5.001 até 10.000 – Grupo B	139.045	1,6	18	9,8
De 10.001 até 20.000 – Grupo C	948.211	10,5	63	34,3
De 20.001 até 50.000 – Grupo D	1.969.738	21,8	65	35,3
De 50.001 até 100.000 – Grupo E	1.777.924	19,7	27	14,7
De 100.001 até 500.000 – Grupo F	1.550.108	17,2	8	4,3
Mais de 500.001 – Grupo G*	2.627.482	29,1	1	0,5

Fontes: DATASUS e IBGE (2017).

*Apresenta apenas um município, Fortaleza, capital estadual.

Diante dessa distribuição dos municípios por grupos, onde o município de Fortaleza corresponde à única unidade integrante do Grupo G, o cálculo de médias e proporções torna-se inviável para este grupo, assim, os dados do município de Fortaleza foram organizados e analisados separadamente dos demais municípios, permitindo assim, uma melhor compreensão do comportamento dos gastos e das ações de VISA neste município ao longo do período compreendido no estudo.

Quanto aos demais municípios agrupados conforme a Tabela 1, para cada grupo considerou-se valor mínimo e o máximo, bem como a média de valor no grupo, que foi calculada mediante a soma do conjunto de valores informados pelos municípios e a divisão pelo número de municípios que foram incluídos em cada grupo, considerando o ano e o tipo de análise. Como apresentado no item 4.3.1, face ao critério empregado para a formação da base de dados do estudo, em algumas análises utilizou-se um número de municípios diferentes nos grupos, segundo o ano. A listagem com os nomes dos municípios excluídos em cada análise e ano do estudo, encontra-se no Apêndice 2.

Os dados foram organizados, analisados e apresentados a partir do programa Epi Info 7.

4.8 Aspectos Éticos

Por se tratar de estudo que não envolve seres humanos e que emprega dados secundários provenientes de bases de dados de sistemas de domínio público e acesso irrestrito, não existiu a necessidade de encaminhamento e aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

5 RESULTADOS

Para o alcance dos objetivos do estudo, foram coletados dados anuais a partir das bases de dados de sistemas de informação de domínio público e acesso irrestrito, relativos aos 184 municípios que compõem o estado do Ceará, no período de 2013 a 2017.

Inicialmente, desejava-se analisar uma série histórica mais extensa, anterior a 2013, mas os dados sobre gastos municipais com VISA e ações acompanhadas pelo Indicador 41 só estão disponíveis de forma mais consistente a partir de 2013, isto porque, nos anos anteriores é marcante a ausência de registros dessas informações nos sistemas por parte dos municípios.

A Tabela 2 apresenta o número de ausências no registro de dados no SIOPS, sistema de informação sobre gastos nas subfunções da saúde, bem como no SIA/SUS, sistema de informação onde são registradas as ações de VISA realizadas pelos municípios. Observa-se nesses resultados que no período 2010 a 2017, em todos os anos, o número de municípios que não informaram seus dados no SIOPS foi sempre superior ao número de municípios que não fizeram o registro das informações no SIA/SUS. Destacando-se os anos de 2015 e 2016, onde nenhum município deixou de informar no SIA/SUS dados referentes às ações de VISA.

Tabela 2 – Número de Municípios que não registraram dados sobre ações e gastos com VISA, CEARÁ, 2010-2017

Sistemas	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
SIOPS	80	59	64	7	4	7	8	12
SIA/SUS	61	22	5	3	1	0	0	1
Total	142	81	69	10	5	7	8	13

Fonte: SIOPS e SIA/SUS

Por conta dessa incompletude dos dados em anos anteriores a 2013, abrangendo um grande número de municípios, a série histórica compreendeu apenas os últimos cinco anos.

Além da justificativa já apresentada, a escolha do período se justifica por 2013 ter sido o ano seguinte à publicação da Lei Complementar 141/2012 que trata diretamente dos recursos para financiamento da saúde, estabelecendo os percentuais obrigatórios para União, Estados e Municípios, e por 2017 ser o último ano com dados disponíveis.

Quanto aos dados das ações de VISA, a escolha do ano de 2013 como inicial, também se justifica em função da obrigatoriedade estabelecida nas Portarias GM/MS nº 1.378/13 e nº 475/14 quanto aos registros dos procedimentos (ações) de VISA acompanhadas pelo Indicador 41 no SIA/SUS, como condição para a transferência de recursos do Componente Vigilância Sanitária do Bloco Vigilância em Saúde. Nos anos anteriores a 2013,

muitos municípios do estado do Ceará não registraram suas ações no SIA/SUS.

Para os dados sobre gastos com a subfunção Vigilância Sanitária, buscou-se trabalhar com as informações registradas em 03 (três) sistemas: SIOPS, FINBRA e SARGUS, com objetivo de obter dados mais completos e consistentes. Analisou-se os valores declarados ao SIOPS, comparando-os aos registros do FINBRA e nos Relatórios de Gestão disponíveis no SARGUS, como forma de garantir a confiabilidade do banco de dados e identificar a uniformidade dos valores em outras fontes de informação.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos para representar a informação processada e oferecer uma compreensão sistematizada dos dados coletados.

Os resultados estão dispostos de forma que se possa melhor relacioná-los aos objetivos do estudo.

5.1 Os Gastos dos Municípios Cearenses com a Área de Vigilância Sanitária

As Tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8 apresentam os resultados para os gastos totais com VISA segundo os grupos populacionais, bem como a média anual desses gastos e os valores mínimos e máximos registrados pelos municípios incluídos em cada grupo.

Na Tabela 3, observa-se o comportamento dos gastos anual com VISA dos municípios do Grupo A, composto por apenas dois municípios, Guaramiranga e Granjeiro, que representam os municípios com menos de 5.000 habitantes. Os resultados apontam uma diminuição de 63,84% na despesa total e na média de gastos com VISA no ano de 2014 em relação ao ano de 2013, nesses dois municípios menos populosos do Ceará. Já no ano de 2015, os valores registram um acréscimo que supera o total gasto em 2013. Contudo, nesses municípios, a despesa total com VISA apresentou uma nova redução em 2016 e um aumento no valor em 2017.

Quanto aos valores mínimos e máximos de gastos no Grupo A (Tabela 3), observa-se que os valores menores em cada ano foram registrados sempre pelo município de Granjeiro e o máximo pelo município de Guaramiranga. Essa diferença nos gastos foi bem expressiva no ano de 2013, onde o valor declarado com VISA no município de Guaramiranga foi cerca de 28 (vinte e oito) vezes maior que o valor declarado pelo município de Granjeiro. Já no ano de 2014, os valores gastos nesses dois municípios apresentam números bem próximos. No entanto, nos anos de 2015 a 2017 destaca-se novamente a diferença nos gastos entre esses municípios, com o município de Granjeiro declarando em média um terço do gasto com VISA registrado pelo município de Guaramiranga.

Tabela 3 – Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo A, CE, 2013-2017

Ano	Despesa Total	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
2013	145.478,20	72.739,10	4.800,00	140.678,20
2014	52.616,03	26.308,02	23.843,54	28.772,49
2015	182.601,76	91.300,88	29.006,55	153.595,21
2016	157.336,77	78.668,39	31.284,37	126.052,40
2017	198.013,27	99.006,64	56.098,27	141.915,00

Fonte: SIOPS

A Tabela 4 apresenta os resultados da despesa total e da média de gastos com VISA do Grupo B, que corresponde ao agrupamento de 18 municípios com população de 5.001 até 10.000 habitantes. Integram este grupo os seguintes municípios: Altaneira, Antonina do Norte, Arneiroz, Baixio, Deputado Irapuan Pinheiro, Ererê, General Sampaio, Itaiçaba, Jati, Moraújo, Pacujá, Palhano, Penaforte, Potiretama, São João do Jaguaribe, Senador Sá, Tarrafas e Umari.

Os resultados do Grupo B (Tabela 4) apontam um incremento no gasto total e na média de despesas com VISA a cada ano, no período de 2013 a 2015, ressaltando-se uma diminuição nos valores correspondentes ao ano de 2016 em relação ao ano de 2015, mas que em 2017 apresenta um aumento e supera o valor registrado em 2015, voltando ao patamar superior a dois milhões de reais.

Quando analisamos o comportamento por parte dos municípios constituintes do Grupo B, observa-se que durante os anos 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, o município de Itaiçaba apresentou os maiores valores gastos com VISA, enquanto os valores mínimos, em 2013 foram registrados pelo município de Potiretama, em 2014 e 2015 pelo município de São João do Jaguaribe, em 2016 e 2017, respectivamente, por Arneiroz e Altaneira.

Tabela 4 – Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo B, CE, 2013-2017

Ano	Despesa Total	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
2013	1.376.616,08	76.478,67	9.300,00	350.000,00
2014	1.864.837,06	103.602,06	10.000,00	275.918,00
2015	2.083.356,61	115.742,03	23.000,00	316.373,40
2016	1.960.432,02	108.912,89	23.000,00	371.902,00
2017	2.518.894,12	139.938,56	10.000,00	475.264,00

Fonte: SIOPS

A Tabela 5 apresenta os resultados dos gastos com VISA do Grupo C, que corresponde ao agrupamento de 63 municípios com população de 10.001 até 20.000 habitantes. Integram este grupo os seguintes municípios: Abaiara, Acarape, Aiuaba,

Alcântaras, Alto Santo, Apuiarés, Ararendá, Aratuba, Banabuiú, Barroquinha, Capistrano, Cariré, Cariús, Carnaubal, Catunda, Chaval, Choró, Chorozinho, Croatá, Farias Brito, Fortim, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Ibaretama, Ibicuitinga, Icapuí, Ipaporanga, Ipaumirim, Iracema, Jaguaratama, Jaguaribara, Jijoca de Jericoacoara, Madalena, Martinópolis, Meruoca, Milhã, Miraíma, Monsenhor Tabosa, Mucambo, Mulungu, Nova Olinda, Pacoti, Palmácia, Paramoti, Pereiro, Piquet Carneiro, Pires Ferreira, Poranga, Porteiras, Potengi, Quixelô, Reriutaba, Saboeiro, Salitre, Santana do Cariri, São Luís do Curu, Solonópolis, Tejuçuoca, Tururu, Umirim, Uruoca e Varjota.

Ressalta-se que no ano de 2013 não foram incluídos os dados dos municípios de Acarape, Cariús, Potengi, Saboeiro e Salitre, uma vez que estes municípios não registraram seus gastos nos sistemas utilizados como fonte de dados. Por este mesmo motivo, o ano de 2014 não inclui os dados de Banabuiú e Ipaumirim, o ano de 2015 os municípios de Banabuiú, Cariús, Croatá e Saboeiro, o ano de 2016 os municípios de Croatá e Poranga. Já os municípios de Banabuiú, Cariús, Saboeiro e Poranga não foram incluídos no ano de 2017.

Estes resultados do Grupo C (Tabela 5) apontam um acréscimo nas despesas total e média de gastos com VISA de 2013 até o ano de 2016 e uma diminuição nesses valores no último ano de 2017. Registra-se que o município de Icapuí aparece com os maiores gastos com VISA nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, enquanto em 2017 o maior gasto foi registrado pelo município de Varjota. Já os menores valores foram registrados em 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, respectivamente, pelos municípios de Banabuiú, Ibicuitinga, Pires Ferreira, Piquet Carneiro e Cariré.

Tabela 5 – Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo C, CE, 2013-2017

Ano	Despesa Total	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
2013	6.965.572,55	120.096,08	2.080,00	691.255,17
2014	7.857.877,70	128.817,67	2.324,40	689.552,84
2015	9.107.669,39	154.367,28	5.799,90	878.021,00
2016	12.004.705,37	196.798,45	1.400,00	1.243.740,00
2017	10.991.344,72	186.293,98	3.531,00	610.479,27

Fonte: SIOPS

A Tabela 6 apresenta os resultados dos gastos com VISA do Grupo D, que corresponde ao agrupamento de 65 municípios com população de 20.001 até 50.000 habitantes. Integram este grupo os municípios: Amontada, Aracoiaba, Araripe, Assaré, Aurora, Barreira, Barro, Baturité, Bela Cruz, Brejo Santo, Campos Sales, Caridade, Caririaçu, Catarina, Cedro, Coreaú, Cruz, Forquilha, Guaiúba, Guaraciaba do Norte, Hidrolândia,

Ibiapina, Independência, Ipu, Ipueiras, Irauçuba, Itaitinga, Itapiúna, Itarema, Itatira, Jaguaribe, Jaguaruana, Jardim, Jucás, Lavras da Mangabeira, Marco, Massapê, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Mombaça, Morrinhos, Nova Russas, Novo Oriente, Ocara, Orós, Paracuru, Paraipaba, Parambu, Pedra Branca, Pentecoste, Pindoretama, Quiterianópolis, Quixeré, Redenção, Santa Quitéria, Santana do Acaraú, São Benedito, São Gonçalo do Amarante, Senador Pompeu, Tabuleiro do Norte, Tamboril, Ubajara, Uruburetama e Várzea Alegre.

Ressalta-se que os valores do ano de 2013 não inclui o município de Quiterianópolis, uma vez que este município não registrou seus gastos nos sistemas utilizados como fonte de dados. Por este mesmo motivo, o ano de 2014 não inclui os dados de Catarina e Quiterianópolis, o ano de 2015 os municípios de Hidrolândia, Morrinhos e Tamboril, o ano de 2016 os municípios de Hidrolândia, Jucás, Morrinhos, Novo Oriente, Quiterianópolis e Uruburetama. Já os municípios de Baturité, Catarina, Hidrolândia, Jucás, Novo Oriente, Quiterianópolis e Uruburetama não tiveram seus dados incluídos no ano de 2017.

Estes resultados do Grupo D (Tabela 6) apontam comportamento semelhante ao observado no Grupo C (Tabela 5), uma vez que mostra um acréscimo nas despesas total e média de gastos com VISA de 2013 até o ano de 2016 e uma redução nesses valores no último ano de 2017. Destaca-se que o município de Jaguaribe aparece com os maiores gastos com VISA no ano de 2013, enquanto nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, o maior gasto foi registrado pelo município de Brejo Santo. Já os menores valores gastos na subfunção Vigilância Sanitária foram registrados em 2013 pelo município de Catarina, em 2014 e 2015 pelo município de Barreira, em 2016 e 2017, respectivamente, pelos municípios de Jaguaruana e Tamboril.

Tabela 6 – Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo D, CE, 2013-2017

Ano	Despesa Total	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
2013	14.755.818,89	230.559,67	4.020,00	878.279,82
2014	15.602.111,37	247.652,56	12,00	1.019.076,93
2015	16.875.796,57	272.190,27	1.950,00	2.207.662,26
2016	20.149.943,51	341.524,47	1.418,67	1.880.062,26
2017	19.428.484,51	334.973,87	315,8	1.786.865,99

Fonte: SIOPS

A Tabela 7 apresenta os resultados dos gastos com VISA do Grupo E, que corresponde ao agrupamento de 27 municípios com população de 50.001 até 100.000 habitantes. Integram este grupo os seguintes municípios: Acaraú, Acopiara, Aquiraz, Aracati, Barbalha, Beberibe, Boa Viagem, Camocim, Canindé, Cascavel, Crateús, Eusébio, Granja,

Horizonte, Icó, Itapajé, Limoeiro do Norte, Morada Nova, Pacajus, Pacatuba, Quixadá, Quixeramobim, Russas, Tauá, Tianguá, Trairi e Viçosa do Ceará.

Estes resultados do Grupo E (Tabela 7) apontam uma diminuição nas despesas total e média de gastos com VISA do ano de 2013 para o ano de 2014, uma redução de cerca de 6 (seis) milhões de reais no gasto total. Já em 2015, os valores aumentam para cerca de 12 (doze) milhões de reais e permanecem no mesmo patamar nos anos de 2016 e 2017.

Quando analisamos o comportamento por parte dos municípios constituintes do Grupo E, observa-se que o município de Icó aparece com os menores valores de gastos com VISA no ano de 2013, enquanto nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, o menor gasto foi registrado pelo município de Canindé. Já os maiores valores foram registrados em 2013 pelo município de Tauá, em 2014 e 2015 pelo município de Cascavel, em 2016 e 2017, respectivamente, pelos municípios de Pacatuba e Tauá. Destaca-se ainda, o valor de apenas R\$ 200,00 declarados pelo município de Canindé nos anos de 2015 e 2016.

Tabela 7 – Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo E, CE, 2013-2017

Ano	Despesa Total	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
2013	14.846.987,99	549.518,07	11.200,00	5.959.978,06
2014	8.713.725,89	322.730,59	6.550,00	1.450.500,00
2015	12.400.830,79	459.290,03	200,00	1.980.067,88
2016	12.030.257,56	445.565,09	200,00	1.594.160,00
2017	12.978.836,45	480.697,65	6.555,00	2.302.989,62

Fonte: SIOPS

A Tabela 8 apresenta os resultados dos gastos com VISA do Grupo F, que corresponde ao agrupamento de 8 municípios com população de 100.001 até 500.000 habitantes. Integram este grupo os municípios de Caucaia, Crato, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Maranguape e Sobral. Estes são os municípios mais populosos do estado do Ceará, abaixo apenas da população do município de Fortaleza, que tem mais de dois milhões e meio de habitantes. Ressalta-se que os valores dos anos de 2013 e 2017 não incluem as despesas com VISA do município do Crato, uma vez que este município não registrou esses gastos nos sistemas utilizados como fonte de dados, nos referidos anos.

Estes resultados do Grupo F (Tabela 8) apontam gasto total e média de despesas com VISA crescente a cada ano, no período de 2013 a 2017. Quando analisamos o comportamento por parte dos municípios constituintes desse grupo, observa-se que durante os cinco anos (2013-2017), o município de Juazeiro do Norte apresentou os maiores valores de gastos declarados com VISA, enquanto os valores mínimos, em 2013 foi registrado pelo

município de Sobral, em 2014 pelo município de Itapipoca, já em 2015, 2016 e 2017, o município de Iguatu registrou os menores valores de gasto com VISA.

Tabela 8 – Despesas (em R\$) com VISA, Municípios do Grupo F, CE, 2013-2017

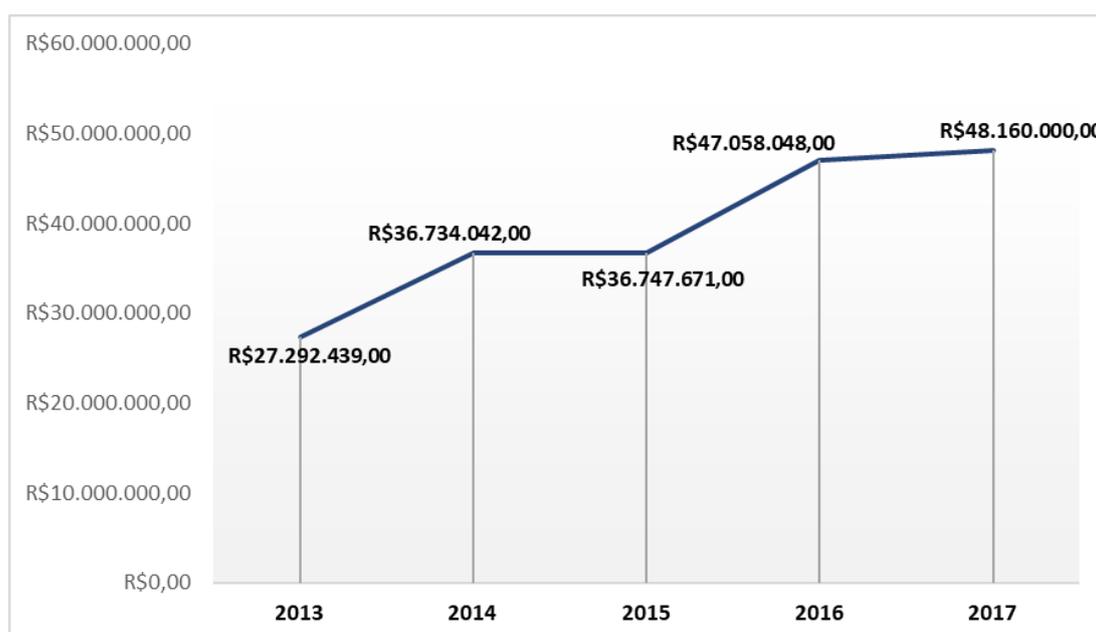
Ano	Despesa Total	Média	Valor Mínimo	Valor Máximo
2013	7.500.815,82	1.071.545,12	173.981,00	2.815.500,00
2014	7.690.198,04	961.274,76	14.437,72	3.766.340,00
2015	9.777.647,23	1.222.205,90	49.012,05	4.706.850,00
2016	10.531.390,35	1.522.700,44	68.854,04	5.319.400,00
2017	10.658.903,06	1.332.362,88	48.728,90	4.782.050,00

Fonte: SIOPS

O Gráfico 1 ilustra o comportamento dos gastos com VISA do município de Fortaleza (Grupo G), no período de 2013 a 2017.

O comportamento dos gastos com VISA do município de Fortaleza (Gráfico 1) apontam um incremento na despesa total a cada ano, embora esse acréscimo não tenha sido tão significativo de 2014 para 2015, onde aumentou apenas 0,038%. Contudo, destaca-se o aumento nos gastos com VISA ocorridos nos anos de 2014 e 2016, em relação aos anos anteriores, correspondendo a um acréscimo de mais de 10 milhões de reais nos valores declarados como despesa com VISA. Já em 2017, o aumento foi de cerca de 1 (um) milhão de reais em relação ao ano de 2016, elevando a despesa com VISA no município de Fortaleza para um patamar superior a 48 (quarenta e oito) milhões de reais.

Gráfico 1 – Despesa Total com VISA, Município de Fortaleza, CE, 2013-2017

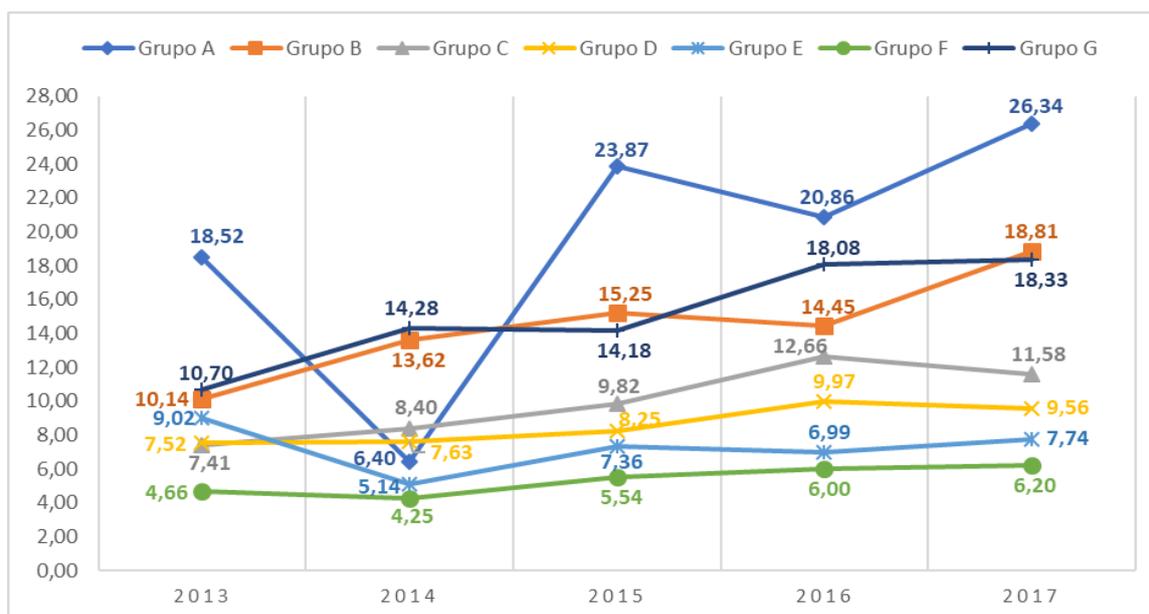


Fonte: SIOPS

Complementando a análise do comportamento dos gastos dos municípios cearenses com Vigilância Sanitária, o Gráfico Tabela 2 apresenta os resultados para os Gastos *per capita* na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária, segundo os grupos populacionais.

Estes resultados do Gráfico 2 revelam que os municípios constituintes dos Grupos A e B, de menor porte populacional, com população inferior a 10.000 habitantes figuram com os maiores gastos *per capita* com a VISA e com valores muito próximos aos apresentados pelo município de maior porte populacional, Fortaleza, a capital, integrante do Grupo G. Destaca-se ainda, os menores valores de gastos *per capita* com a VISA registrados pelos municípios com população de 100.001 até 500.000 habitantes, integrantes do Grupo F, onde, em alguns anos, o valor apresentado para este grupo chega a ser menos de 1/4 do valor registrado para o Grupo A, que é constituído por municípios com população abaixo de 5.000 habitantes.

Gráfico 2 – Gastos *per capita* (em R\$) na Subfunção Vigilância Sanitária, Municípios, CE, 2013-2017



Fonte: SIOPS

5.2 As Ações de VISA realizadas pelos Municípios Cearenses

Apresenta-se o comportamento das 7(sete) ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41, ações cuja execução é considerada necessária para todos os municípios. As ações são apresentadas com o percentual de municípios que as realizou ano-a-ano, ressaltando-se que, a meta instituída é de 100% dos municípios executando essas ações.

A Tabela 9 apresenta o percentual de municípios que executaram as ações de

VISA acompanhadas pelo Indicador 41, onde podemos ter uma visão geral do comportamento dos municípios cearenses em relação a realização dessas ações de VISA.

Os resultados da Tabela 9 apontam a ação de Inspeção Sanitária como o procedimento com melhor desempenho por parte dos municípios cearenses, onde já em 2013 o índice de execução era de 91,30%, além disso, foi aumentando a cada ano e no último ano analisado chegou ao percentual de 99,46%, ou seja, apenas um município dos 184 não executou essa ação em 2017, conforme os dados registrados no SIA/SUS.

Nos resultados apresentados na Tabela 9, também observa-se que as ações como Cadastro de Estabelecimentos, Recebimento de Denúncias, Atendimentos a Denúncias, Atividade Educativa para População e Atividade Educativa para Setor Regulado, apresentaram um incremento no percentual de município executantes a cada ano, com destaque para a ação de Atividade Educativa para Setor Regulado que dobrou o número de municípios executantes do ano de 2013 para 2017, passando de um número de 80 para 169 município executando essa ação, chegando assim, ao percentual de 91,85% dos municípios.

Na Tabela 9 observamos ainda, que a ação de Instauração de Processo Administrativo Sanitário apresenta os menores índices de execução por parte dos municípios cearenses, onde em 2013 apenas 21 (11,41%) municípios executaram essa ação. Embora, o percentual de municípios executantes tenha aumentado mais de 5 (cinco) vezes no ano de 2017 em relação a 2013, o percentual de municípios que realizam a ação de Instauração de Processo Administrativo Sanitário corresponde a apenas 67,93%.

Tabela 9 – Ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41, Municípios, CE, 2013-2017

AÇÃO	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cadastro de Estabelecimentos	151	82,07	164	89,13	166	90,22	165	89,67	178	96,74
Inspeção Sanitária	168	91,30	176	95,65	180	97,83	179	97,28	183	99,46
Recebimento de Denúncias	159	86,41	173	94,02	177	96,20	179	97,28	182	98,91
Atendimento a Denúncias	161	87,50	173	94,02	175	95,11	177	96,20	179	97,28
Atividade Educativa para População	127	69,02	154	83,70	159	86,41	165	89,67	177	96,20
Atividade Educativa para Setor Regulado	80	43,48	129	70,11	135	73,37	148	80,43	169	91,85
Instauração de Processo Administrativo	21	11,41	58	31,52	65	35,33	87	47,28	125	67,93

As Tabelas 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 apresentam os resultados para cada uma das sete ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41, segundo os grupos populacionais.

A Tabela 10 apresenta o percentual de municípios que executaram a ação de Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, onde observou-se um incremento do percentual de municípios executantes a cada ano, sobretudo nos Grupos A, B e E. Os municípios do Grupo F e G, de maior porte populacional, atingiram o percentual

máximo na realização desse tipo de ação em todos os anos analisados. Contudo, os Grupos C e D, constituídos de 128 municípios, com população entre 10.000 e 50.000 habitantes, embora tenham registrado um incremento ao longo dos anos, esses grupos não atingiram o percentual máximo na realização desse tipo de ação em nenhum dos anos analisados.

Em relação aos municípios que não executaram a ação de Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, em 2013 foram 33 municípios: Abaiara, Acaraú, Ararendá, Bela Cruz, Boa Viagem, Capistrano, Caridade, Crateús, Frecheirinha, Graça, Guaramiranga, Horizonte, Ipaumirim, Itarema, Madalena, Mauriti, Mombaça, Mucambo, Orós, Pacoti, Parambu, Paramoti, Pindoretama, Potiretama, Quiterianópolis, Quixelô, Quixeramobim, Salitre, São João do Jaguaribe, Senador Sá, Tauá, Trairi e Uruburetama. Em 2014 foram 20 municípios: Acaraú, Barbalha, Bela Cruz, Brejo Santo, Chaval, Farias Brito, Graça, Itarema Mauriti, Orós, Pacoti, Parambu, Paramoti, Pedra Branca, Pindoretama, Porteiras, Potengi, Potiretama, Senador Pompeu e Trairi. Em 2015 foram 18 municípios: Barbalha, Chaval, Deputado Irapuan Pinheiro, Farias Brito, Graça, Iraporanga, Ipaumirim, Itarema, Mauriti, Morada Nova, Mulungu, Orós, Pacoti, Parambu, Pereiro, Pindoretama, Potiretama e Senador Pompeu. Em 2016 foram 19 municípios: Amontada, Antonina do Norte, Aratuba, Barbalha, Caridade, Catarina, Farias Brito, Graça, Iguatu, Jaguaribara, Jaguaribara, Jucás, Meruoca, Morada Nova, Parambu, Pereiro, Poranga, Potiretama e São João do Jaguaribe. Já em 2017 foram apenas 6 municípios: Farias Brito, Ipu, Jaguaribara, Mucambo, Pereiro e Potengi.

Tabela 10 – Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	1	50,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00
B (18)	15	83,33	17	94,44	16	88,89	15	83,33	18	100,00
C (63)	51	80,95	56	88,89	55	87,30	55	87,30	58	92,06
D (65)	55	84,62	56	86,15	59	90,77	60	92,31	64	98,46
E (27)	20	74,07	24	88,89	25	92,59	25	92,59	27	100,00
F (8)	8	100,00	8	100,00	8	100,00	7	87,50	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS – DATASUS

Os resultados para execução da ação de Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, constam na Tabela 11, onde observa-se que em todos os anos, os municípios dos Grupos A, F e G sempre atingiram o percentual máximo na realização desse tipo de procedimento. Já os municípios dos Grupos B, C, D e E registraram um aumento no percentual da realização desse tipo de ação ao longo do período, onde, apenas o Grupo C não

atingiu ao percentual de 100% dos municípios executando essa ação no ano de 2017, uma vez que um município não apresentou registro de execução dessa ação, no referido ano.

Quanto aos municípios que não executaram a ação de Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, em 2013 foram 16 municípios: Acarape, Aiuaba, Ararendá, Aratuba, Baturité, Cariús, Coreaú, Graça, Madalena, Massapê, Mombaça, Moraújo, Orós, Salitre, Senador Sá e Trairi. Em 2014 foram 8 municípios: Aiuaba, Baturité, Chorozinho, Graça, Orós, Poranga, Porteiras e Senador Sá. Em 2015 foram 4 municípios: Baturité, Graça, Poranga e Senador Sá. Em 2016 foram 5 municípios: Baturité, Graça, Moraújo, Poranga, e Senador Sá. Já em 2017 foi apenas o município de Farias Brito.

Tabela 11 – Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00
B (18)	16	88,89	17	94,44	17	94,44	16	88,89	18	100,00
C (63)	55	87,30	58	92,06	61	96,83	61	96,83	62	98,41
D (65)	60	92,31	63	96,92	64	98,46	64	98,46	65	100,00
E (27)	26	96,30	27	100,00	27	100,00	27	100,00	27	100,00
F (8)	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS - DATASUS

Os resultados para execução da ação de Recebimento de Denúncias e Reclamações estão apresentados na Tabela 12, na qual observa-se um comportamento semelhante ao que ocorreu com o procedimento de Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, ou seja, o percentual máximo na realização desse tipo de procedimento, durante todo o período, foi observado nos municípios do Grupo A, F e G. Já os municípios dos Grupos B, C, D e E registraram um aumento no percentual da realização desse tipo de procedimento ao longo do período, destacando-se os municípios dos Grupos D e E que atingiram o percentual de 100% nos anos de 2016 e 2017.

Quanto aos municípios que não executaram a ação de Recebimento de Denúncias e Reclamações, em 2013 foram 25 municípios: Acarape, Aiuaba, Altaneira, Aratuba, Arneiroz, Baturité, Caririaçu, Cariús, Coreaú, Crateús, Eusébio, Ipu, Jaguaruana, Madalena, Mauriti, Meruoca, Mombaça, Moraújo, Potiretama, Saboeiro, Salitre, Senador Sá, Tauá, Umari e Viçosa do Ceará. Em 2014 foram 11 municípios: Aiuaba, Arneiroz, Chorozinho, Crateús, Graça, Ipu, Itaitinga, Meruoca, Potiretama, Saboeiro e Viçosa do Ceará. Em 2015 foram 7 municípios: Arneiroz, Baturité, Ipu, Meruoca, Poranga, Potiretama e Viçosa do Ceará. Em 2016 foram 5 municípios: Arneiroz, Graça, Moraújo, Potiretama e Senador Sá. Já

em 2017 foram apenas 2 municípios: Arneiroz e Farias Brito. Nesse resultado, destaca-se o município de Arneiroz, que não registrou esse tipo de ação em nenhum dos anos analisados.

Tabela 12 – Recebimento de Denúncias e Reclamações, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00
B (18)	12	66,67	15	83,33	15	83,33	14	77,78	17	94,44
C (63)	56	88,89	59	93,65	61	96,83	62	98,41	62	98,41
D (65)	57	87,69	63	96,92	64	98,46	65	100,00	65	100,00
E (27)	23	85,19	25	92,59	26	96,30	27	100,00	27	100,00
F (8)	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS - DATASUS

A Tabela 13 apresenta os resultados para execução do procedimento de Atendimentos a Denúncias e Reclamações, verifica-se nesse tipo de ação um comportamento semelhante ao descrito para os resultados da ação de Recebimento de Denúncias e Reclamações. Isto é, os municípios do Grupo A, F e G registraram o percentual máximo na realização desse tipo de procedimento em todos os anos compreendidos no estudo, enquanto os Grupos B, C, D e E apresentaram um incremento no percentual da realização dessas ações ao longo do período, destacando-se os municípios integrantes dos Grupos D e E que atingiram o percentual de 100% nos anos de 2016 e 2017.

Quanto aos municípios que não executaram a ação de Atendimento a Denúncias e Reclamações, em 2013 foram 23 municípios: Acarape, Altaneira, Aratuba, Arneiroz, Baturité, Caririaçu, Cariús, Coreaú, Crateús, Ipu, Jaguaruana, Madalena, Mauriti, Moraújo, Pacujá, Palhano, Pentecoste, Poranga, Potiretama, Saboeiro, Salitre e Senador Sá. Em 2014 foram 11 municípios: Aiuaba, Arneiroz, Brejo Santo, Chorozinho, Crateús, Graça, Ipu, Itaitinga, Pacujá, Potengi e Potiretama. Em 2015 foram 9 municípios: Arneiroz, Baturité, Catunda, Ipu, Meruoca, Pacajus, Pacujá, Poranga e Potiretama. Em 2016 foram 7 municípios: Arneiroz, Catunda, Graça, Moraújo, Pacujá, Potiretama e Senador Sá. Já em 2017 foram apenas 5 municípios: Arneiroz, Catunda, Farias Brito, Pacujá e Reriutaba.

Tabela 13 – Atendimentos a Denúncias e Reclamações, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00
B (18)	11	61,11	14	77,78	14	77,78	13	72,22	16	88,89
C (63)	55	87,30	58	92,06	60	95,24	61	96,83	60	95,24
D (65)	58	89,23	63	96,92	64	98,46	65	100,00	65	100,00
E (27)	26	96,30	27	100,00	26	96,30	27	100,00	27	100,00
F (8)	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS - DATASUS

A Tabela 14 apresenta os resultados para execução da ação de Atividade Educativa para a População, onde verifica-se que os municípios constituintes dos Grupos A, F e G apresentaram um percentual máximo de realização de tipo de ação durante todo o período analisado (2013-2017), enquanto os Grupos B, C, D e E, embora tenham apresentado um aumento no percentual de realização dessas ações ao longo dos anos, em nenhum deles registrou-se o percentual máximo de realização de 100% dessas ações.

Quanto aos municípios que não executaram a ação de Atividade Educativa para a População, em 2013 correspondeu a um número de 57, dentre eles municípios de pequeno porte populacional como Altaneira, Antonina do Norte, Arneiroz, Ererê,, Moraújo, Pacujá e Potiretama, bem como, municípios com mais de 50.000 habitantes, como Acaraú, Aquiraz, Canindé, Crateús, Eusébio, Horizonte, Pacatuba, Russas e Tauá. Nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, o número de municípios que não executaram essa ação, foi respectivamente de 30, 25, 19 e 7. Dentre esses sete municípios que não realizaram essa ação no último ano analisado, destaca-se Aquiraz, Arneiroz, Farias Brito, Meruoca, Miraíma, Santa Quitéria e Potengi.

Tabela 14 – Atividade Educativa para a População, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00
B (18)	10	55,56	15	83,33	14	77,78	13	72,22	17	94,44
C (63)	40	63,49	50	79,37	56	88,89	56	88,89	59	93,65
D (65)	48	73,85	55	84,62	56	86,15	60	92,31	64	98,46
E (27)	18	66,67	23	85,19	22	81,48	25	92,59	26	96,30
F (8)	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS – DATASUS

A Tabela 15 apresenta os resultados para a ação de Atividades Educativa para o Setor Regulado, onde observa-se que apenas o município de Fortaleza, integrante do Grupo G, realizou 100% dessa ação em todos os anos compreendidos no estudo e o Grupo G atingiu o percentual de 100% dos executantes dessa ação a partir do ano de 2014. Em relação aos municípios dos Grupos B, C, D, E e F, os percentuais de realização dessa ação foi menor no ano de 2013, mas foram aumentando nos anos seguintes, atingindo melhores resultados em 2017, embora apenas os municípios do Grupo F tenham conseguido chegar ao percentual máximo de 100% da realização desse tipo de ação.

Quanto aos municípios que não executaram a ação de Atividade Educativa para o Setor Regulado, em 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017, o número de municípios não executantes

foi respectivamente de 104, 65, 59, 36 e 15. Destacando no ano de 2013, a não execução dessa ação por municípios como Guaramiranga, Limoeiro do Norte, Barbalha, Horizonte, Pacajus, Maranguape, Itapipoca e Maracanaú. Já em 2014, municípios como Pacoti, Santana do Cariri, Orós, Santa Quitéria, Barbalha, Quixeramobim e Maranguape também não executaram essa ação. Em 2015, os municípios de Jaguaribara, Massapé, Itaitinga, Barbalha, Viçosa do Ceará, Canindé, Quixadá e Maracanaú. Em 2016, os municípios de Martinópolis, Chaval, Santana do Acaraú, Santa Quitéria, Barbalha, Tianguá, Aquiraz e Iguatu. Já em 2017, Arneiroz, Meruoca, Reriutaba, Hidrolândia, Santa Quitéria e Aquiraz, estão dentre os municípios que não realizaram esse tipo de ação.

Tabela 15 – Atividades Educativa para o Setor Regulado, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	1	50,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00	2	100,00
B (18)	10	55,56	12	66,67	13	72,22	14	77,78	17	94,44
C (63)	22	34,92	49	77,78	49	77,78	48	76,19	53	84,13
D (65)	31	47,49	40	61,54	47	72,31	55	84,62	62	95,38
E (27)	11	40,74	18	66,67	16	59,26	21	77,78	26	96,30
F (8)	4	50,00	7	87,50	7	87,50	7	87,50	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS - DATASUS

Os resultados para o procedimento de Instauração de Processo Administrativo Sanitário estão apresentados na Tabela 16, onde verifica-se que os municípios cearenses apresentam os menores valores no percentual de realização dessa atividade em comparação a realização das outras ações acompanhadas pelo Indicador 41, com exceção para o município do Grupo G, Fortaleza, o único que apresentou o percentual máximo de realização desse tipo de ação durante todo o período. Já os municípios dos Grupos A e B apresentaram o pior desempenho, chegando a não registrar esse tipo de ação nos anos de 2013, 2014 e 2015. Os municípios dos Grupos C, D, E e F registraram um baixo percentual na realização desse tipo de ação nos primeiros anos analisados, mas conseguiram melhorar o desempenho, aumentando os valores percentuais nos anos seguintes, onde, os municípios do Grupo F conseguiram alcançar o percentual de 100% na realização dessa ação no ano de 2017.

Quanto aos municípios que não executaram a ação de Instauração de Processo Administrativo Sanitário, predominam municípios de pequeno porte populacional, sobretudo, os municípios com população abaixo de 10.000 habitantes, dentre eles, municípios como Guaramiranga, Granjeiro, Potiretama, São João do Jaguaribe, Pires Ferreira, General Sampaio, Jati e Itaiçaba. Contudo, municípios mais populosos como Crato (2013 e 2016), Sobral (2013 e 2015), Juazeiro do Norte (2013 e 2015) e Caucaia (2013) também não apresentaram

registros de execução desse tipo de ação.

Tabela 16 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário, Municípios, CE, 2013-2017

Grupos (n)	2013		2014		2015		2016		2017	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
A (2)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	100,00	1	50,00
B (18)	0	0,00	4	22,22	3	16,67	3	16,67	14	77,78
C (63)	3	4,76	18	28,57	19	30,16	27	42,86	36	57,14
D (65)	8	12,31	20	30,77	23	35,38	32	49,23	45	69,23
E (27)	8	29,63	9	33,33	13	48,15	16	59,26	20	74,07
F (8)	1	12,50	6	75,00	6	75,00	6	75,00	8	100,00
G (1)	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00

Fonte: SIA/SUS - DATASUS

5.3 A Relação entre Gastos e as Ações dos Municípios Cearenses na Área de Vigilância Sanitária

Os dados disponíveis sobre gastos e ações dos municípios cearenses na área de Vigilância Sanitária, permitem realizar uma análise descritiva desses dados, contudo, não possibilitam estabelecer uma relação numérica entre essas duas dimensões, uma vez que para isto, necessita-se de dados bem estruturados, o que na prática não foi encontrado, sobretudo, quando analisamos os números registrados no SIA/SUS para as ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41, onde, os dados sobre as ações apresentaram validade imprecisa e estabilidade dos registros discutível.

Em relação a essa validade e estabilidade de registro discutível, estamos questionando dados como:

- a) O município de Camocim (62.985 habitantes) registrou no SIA/SUS a realização de 152.061 inspeções em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária no ano de 2017 e registrou no SIOPS uma despesa de R\$ 364.824,38 com a subfunção VISA, enquanto o município de Fortaleza (2.627.482 habitantes) registrou no mesmo ano, no SIA/SUS a realização de 84.149 desse tipo de inspeção e no SIOPS uma despesa com VISA no valor de R\$ 48.160.000,00. Além disso, segundos dados do IPECE, em 2017, o município de Camocim tinha aproximadamente 172 estabelecimentos, dentre indústrias, comércios e serviços relacionados a produtos e serviços de interesse da Vigilância Sanitária, enquanto o município de Fortaleza, a capital, apresentava um número aproximado de 17.108 estabelecimentos dessa natureza (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO

CEARÁ, 2017). Desta forma, os números apresentados pelo município de Camocim são questionáveis diante da desproporção das informações registradas;

- b) O município de Quixeré (21.876 habitantes) registrou no SIA/SUS 195 inspeções em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária no ano de 2016 e no SIOPS uma despesa com a subfunção VISA no valor de R\$ 537.426,00, no ano seguinte, 2017, o mesmo município registrou 1.339 inspeções e uma despesa com VISA no valor de R\$ 597.646,00. Ocorre que conforme dados do IPECE (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2017), o município de Quixeré tem aproximadamente 42 estabelecimentos, dentre indústrias, comércios e serviços relacionados a produtos e serviços de interesse da Vigilância Sanitária, uma situação que torna questionável esses números apresentados pelo município;
- c) O município de Groaíras (11.012 habitantes) registrou no SIA/SUS o recebimento de 33 denúncias no ano de 2014 e neste mesmo ano, registrou o atendimento à 44 denúncias. Contudo, sabe-se que para uma denúncia ser atendida, é necessário seu recebimento, desta forma o número de atendimento não pode ser superior ao de recebimento.

Essas informações indicam que existem problemas na qualidade do registro de informações no SIA/SUS quanto as ações de VISA realizadas pelos municípios do estado do Ceará. São situações que podem afetar qualquer análise que venha a ser realizada visando relacionar numericamente as ações de VISA com outra variável, a exemplo dos gastos.

Além disso, como apresentado anteriormente, a incompletude de dados sobre gastos por parte de vários municípios, também compromete o estabelecimento de relação numérica entre os gastos e as ações de VISA nos municípios cearenses.

Desta forma, qualquer relação numérica que venha a ser estabelecida utilizando esses dados sobre gastos e ações de VISA nos municípios cearenses, será uma relação imprecisa e questionável.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados referem-se à descrição dos gastos e das ações na Vigilância Sanitária dos municípios do Estado do Ceará, no período de 2013 a 2017, através de abordagens quantitativas e metodologia utilizada em estudos ecológicos. Vale ressaltar que o objetivo desse estudo não foi avaliar a eficiência dos gastos municipais com a Vigilância Sanitária, mas sim entender o contexto dos gastos e ações de VISA nos municípios cearenses para, posteriormente, instigarmos a realização de pesquisas mais específicas voltadas para avaliar a eficiência da aplicação de recursos no campo da VISA e os resultados no conjunto das ações realizadas para o controle dos riscos sanitários nos territórios dos municípios.

A literatura sobre gastos e ações na área de Vigilância Sanitária, nos municípios do Brasil e também de outros países, ainda é escassa, limitando assim, a comparação dos resultados deste estudo com outros, por isso foi necessário utilizar para discussão, alguns estudos que consideraram uma metodologia distinta da utilizada na presente Dissertação.

Uma das principais limitações para o estudo, foi a dificuldade de se obter informações fidedignas nas principais fontes de dados utilizadas no estudo, o SIOPS e o SIA/SUS. Isso porque, observaram-se indícios de que esses sistemas não eram alimentados corretamente, principalmente acerca das informações sobre o número de ações de VISA realizadas em alguns municípios, bem como os valores declarados como gasto na área de VISA, o que pode ter acarretado um viés de informação.

Este estudo também não permite conhecer real valor gasto com VISA na prática, pois os dados referem-se aos valores declarados como despesas na subfunção Vigilância Sanitária, não se podendo assumir que tudo o que foi declarado foi de fato gasto nessa área, uma vez que dependendo do nível de organização dos serviços de VISA nos municípios, as ações de VISA são desenvolvidas juntamente com as ações das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e do Trabalhador.

Por outro lado, mesmo diante dessas limitações, algumas discussões são pertinentes quanto aos resultados encontrados neste estudo:

6.1 Os Gastos dos Municípios Cearenses com a Área de Vigilância Sanitária

Na análise do comportamento dos gastos com VISA dos municípios do Grupo A (Tabela 3), composto pelos municípios Guaramiranga e Granjeiro, que têm menos de 5.000 habitantes. Os resultados apontaram em todos os anos do período de 2013 a 2017, valores

superiores nas despesas com VISA do município de Guaramiranga em relação município de Granjeiro, embora este tenha um número de habitantes maior que o município de Guaramiranga. Estes resultados para o município de Guaramiranga podem ser reflexos de investimentos em ações de VISA nesse município, uma vez que, nos últimos anos, esse município tem se tornado um polo de atração turística e realização de eventos, uma situação que atrai serviços de alimentação e hospedagem, que são atividades de interesse da VISA.

Embora de uma forma geral os municípios do Grupo A tenham apresentado um incremento na despesa com VISA no período de 2013 a 2017, chama atenção essa queda considerável nos valores declarados como gasto com VISA no ano de 2014 em relação a 2013. A explicação para esse comportamento, provavelmente, está em possíveis falhas nos registros das informações, que podem ter contribuído para esses valores muito abaixo do observado em outros anos. Essas falhas de registros de gastos com VISA em municípios de pequeno porte, como os do Grupo A, foram apontadas por Kranz *et al* (2015) como dificuldade de adequada classificação orçamentária por parte de pequenos municípios.

Quanto aos resultados dos gastos com VISA do Grupo B, os municípios constituintes desse grupo apresentaram um acréscimo nos valores a cada ano. Esse tipo de comportamento, que se replica em outros grupos analisados nesse estudo, também foi observado em estudos que analisam o comportamento de gastos com saúde e com VISA, a exemplo dos estudos de Barbosa (2013), Godinho (2014), Kranz *et al* (2014) e Kranz (2015).

Os resultados dos gastos com VISA do Grupo C (Tabela 5) e do Grupo D (Tabela 6) se assemelham no comportamento ao longo do período analisado, mas devem ser vistos com ressalva, diante de exclusão dos dados de alguns municípios, que não informaram suas despesas com VISA em alguns anos. Essa exclusão certamente reflete no valor da despesa total e na média registrada nesses grupos.

Mesmo com a ausência de valores de alguns municípios, verificou-se nos Grupos C e D, uma tendência de aumento nas despesas total e média de gastos com VISA de 2013 até o ano de 2016 e uma diminuição nesses valores no último ano de 2017. Essa diminuição nas despesas com VISA no ano de 2017 pode ser reflexo dos cortes de recursos na área de saúde implementados nos últimos anos. Ressalta-se que os resultados desses grupos são de extrema importância, uma vez que reúne os dados de 128 municípios cearenses, o que representa quase 70% dos municípios do estado.

Os resultados dos gastos com VISA do Grupo E (Tabela 7), formado pelo agrupamento de 27 municípios com população de 50.001 até 100.000 habitantes, apontam que o gasto com VISA desses municípios em 2014 sofreu uma redução em relação ao ano de 2013,

um resultado que se assemelha ao observado no Grupo A. Uma má classificação orçamentária por parte de alguns municípios pode ter contribuído para esses resultados, além de possíveis erros no registro da informação, a exemplo do valor de R\$ 200,00 observado na despesa registrada pelo município de Canindé, nos anos de 2015 e 2016. Esse valor mostra-se bem discrepante dos valores registrados até pelos municípios de pequeno porte Guaramiranga e Granjeiro, integrantes do Grupo A.

Quanto aos resultados do Grupo F (Tabela 8), verificou-se gasto total e média de despesas com VISA crescente a cada ano, um resultado que corresponde ao comportamento observado no estudo de Kranz (2015) realizado no estado do Rio Grande do Sul.

A análise em separado do município de Fortaleza, a capital, o município mais populoso do estado do Ceará, se justifica por este apresentar valores de gastos com VISA muitos superiores aos valores médios apresentados pelos municípios integrantes dos demais grupos, não sendo assim, plausível comparar seus valores com os apresentados pelos demais municípios cearenses.

Em relação as despesas do município de Fortaleza com VISA, o Gráfico 1 assinala um acréscimo na despesa a cada ano, destacando-se o aumento de mais de 10 milhões de reais nos valores registrados para os anos de 2014 e 2016, em relação aos anos anteriores. Essa elevação nos gastos com VISA no ano de 2014 pode está relacionada com o fato do município de Fortaleza ter sido uma das sedes dos jogos da Copa do Mundo FIFA 2014, que gerou novas demandas de ações da VISA nesse município, tanto que, neste mesmo ano, o município recebeu um aporte maior de recursos transferidos pela ANVISA para implementação de ações nas áreas de serviços de alimentação e serviços de saúde, com vistas a realização do evento de massa, mas especificamente, os jogos da copa.

Esse aumento expressivo no gasto no ano de 2016, declarado pelo município de Fortaleza, na subfunção Vigilância Sanitária, uma função da Saúde, vai de encontro a mudança administrativa implementada no município, onde, no referido ano, entrou em prática, a Lei Complementar nº 190, de 22 de dezembro de 2014, que transferiu para a recém criada Agência de Fiscalização de Fortaleza (AGEFIS), a atribuição pela execução da ação de fiscalização das atividades de interesse da Vigilância Sanitária. Por ser a AGEFIS uma autarquia não integrante da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), esperava-se uma diminuição nas despesas declaradas com VISA por parte da SMS, o que não foi verificado nos valores registrados no SIOPS. Ressalta-se que, mesmo em menor escala, os valores dos gastos com VISA, declarados pela SMS, continuaram aumentando no ano de 2017.

Ao analisar o comportamento do gasto público com a subfunção Vigilância

Sanitária em todos os municípios cearenses, no período de 2013 a 2017. De forma geral, o estudo apontou um incremento nos gastos municipais com VISA, de um ano para outro, embora alguns municípios tenham apresentado redução na despesa com VISA, em um ano ou outro. O estudo também apontou um aumento na média anual de gastos com a VISA, a medida que aumenta o porte populacional dos municípios.

Resultado semelhante foi apresentado no estudo de Kranz (2015), onde ao analisar o comportamento dos gastos dos municípios do estado do Rio Grande do Sul com a subfunção Vigilância Sanitária, o estudo apontou o aumento de gasto VISA ao longo do período estudado, bem como essa diferenciação nos valores gastos conforme o grupo populacional dos municípios.

Em relação aos gastos com VISA *per capita* dos municípios dentro de cada extrato da população, o estudo trouxe questões relevantes nesse aspecto, dentre elas, a de que os municípios de menor porte populacional apresentaram os maiores gastos *per capita* com VISA e alguns municípios com até 10.000 habitantes apresentaram valores de gastos *per capita* semelhantes aos registrados pelo município mais populoso, Fortaleza, a capital, com mais de dois milhões e meio de habitantes.

Ao comparar estes resultados para o gasto *per capita* com VISA nos municípios do Ceará, com o estudo de Kranz (2015), realizado no estado do Rio Grande do Sul, temos semelhança e diferença, isso porque, seu resultado se assemelha quando coloca o grupo A, de menor porte populacional como apresentando os maiores valores nominais *per capita* para gasto com VISA, por outro lado, traz o município de Porto Alegre, a capital e o de maior porte populacional, com os menores valores *per capita* para gasto com VISA, bem diferente do presente estudo, que coloca o município de Fortaleza, a capital e o de maior porte populacional, entre os municípios com os maiores valores *per capita* para gasto com VISA.

6.2 As Ações de VISA realizadas pelos Municípios Cearenses

Quanto ao comportamento das 7 (sete) ações acompanhadas pelo Indicador 41, que tem como meta a realização de 100% dessas ações por parte dos municípios. Os resultados revelaram um melhor desempenho dos municípios cearenses na realização da ação de Inspeção Sanitária em Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária. Outro estudo dessa natureza, como o de Kranz (2015), que analisou comportamento dos municípios do estado do Rio Grande do Sul na realização das ações de VISA, também apontou a ação de Inspeção Sanitária, como o procedimento mais registrado no SIA/SUS por parte dos municípios.

Estes resultados apontam uma priorização por parte dos municípios da ação de inspeção sanitária frente as ações educativas e preventivas. Isso revela, que nos municípios cearenses, ainda prevalece o modelo tradicional de Vigilância Sanitária, voltado para ações de fiscalização em detrimento das ações preventivas. Costa (2008) alertou para necessidade de refletir sobre esse modelo tradicional de atuação da Vigilância Sanitária.

Para Costa (2008), a mudança necessária implica em reorientar o foco das práticas sanitárias para a promoção da saúde e para ações de natureza preventiva. Isto corresponde, nos municípios, à adoção de uma concepção ampliada de vigilância sanitária, de modo a efetivá-la como a “Saúde Pública de vida moderna”.

Nesse sentido, segundo Maia e Guilhem (2016), apesar da ampliação do campo de atuação, a vigilância sanitária ainda mantém suas atribuições e formas de atuar assentadas na fiscalização e licenciamento de estabelecimentos. Assim, a vigilância sanitária permanece engessada pelo padrão fiscalizador, necessitando aprofundar o conhecimento nas demais tecnologias para a redução de risco, e incorporação de ações de proteção e promoção à saúde.

O estudo também apontou que a ação de Instauração de Processo Administrativo Sanitário é a que tem o maior quantitativo de municípios que ainda não a realizam. Esse resultado indica a dificuldade dos municípios cearenses em exercerem atos administrativos sanitários, que exigem condições mínimas estruturais, processuais e legais para serem desenvolvidos. Bastos, Costa e Castro (2011) abordaram esse tipo de dificuldade no âmbito do município, quando analisaram as irregularidades no comércio farmacêutico de Salvador, e Cohen, Moura e Tomazelli (2009) verificaram que, no estado do Rio de Janeiro, pouco mais da metade dos municípios possuía condições de garantir a segurança e o pleno andamento dos processos administrativos sanitários.

Nesse sentido, é possível supor que o baixo registro de informações sobre a instauração de processos administrativos no SIA/SUS pode traduzir a precariedade das estruturas administrativas da VISA nos municípios do estado do Ceará. Estudos que analisem de forma detalhada aspectos estruturais do funcionamento dos serviços de VISA nos municípios poderão ajudar a entender as causas das dificuldades para execução desse tipo de atividade.

Mesmo com um número considerável de municípios que não realizam a ação de Instauração de Processo Administrativo Sanitário, a que se ponderar que o percentual de município que realizam esta ação melhorou ao longo do tempo.

Embora esse resultado para ação de Instauração de Processo Administrativo Sanitário possa indicar dificuldades na estrutura administrativa dos serviços de VISA a nível

municipal, aqui, caberia outra questão: esses municípios não instauram processos administrativos sanitários pela falta de fato gerador ou por interferência política? Ou seja, pela falta de infrações para serem apuradas ou por pressão política para que esses processos não sejam instaurados. Mais uma vez, só a realização de estudos voltados para investigar as causas das dificuldades para realização desse tipo de atividade nos municípios, poderia trazer resposta a esse questionamento.

6.3 A Relação entre Gastos e as Ações dos Municípios Cearenses na Área de VISA

Quanto a relação entre os gastos com VISA e as ações realizadas no âmbito municipal, diante da ausência de dados para alguns municípios e do registro das ações de VISA ser constituído por dados que se mostram imprecisos e de validade duvidável, a relação não pode ser estabelecida em forma de números, mas o estudo permite apontar algumas questões relevantes sobre gastos e ações de VISA nos municípios.

Questões estruturais e de organização dos serviços de VISA nesses municípios também podem afetar a relação entre o que se declara de gasto com VISA e o volume de ações realizadas nessa área.

Outra questão relevante, diz respeito ao registro das informações apenas para garantir a transferência de recursos, sem qualquer preocupação com a veracidade das informações registradas. Isso aponta a necessidade de auditorias nos municípios, com vistas a identificar falhas nesse processo de registro das informações no SIOPS e SIA/SUS.

Nessa discussão sobre gastos com VISA a nível municipal, Lucchese (2006) aponta que quase a metade dos municípios, por exemplo, desconhece os recursos que recebem para desenvolver as ações de VISA, o que leva à suspeita de que a articulação entre as três esferas de governo é precária, quando ela precisa refletir-se nos níveis mais periféricos da execução. Isso pode refletir no volume de recursos gastos com VISA, bem como conjunto das ações desenvolvidas nessa área.

Outro aspecto que não pode ser deixado de lado é a interferência política na atuação da VISA, principalmente nos municípios menores, o que pode afetar tanto a questão dos recursos destinados a essa área, como a realização das ações. Isso porque, muitas vezes, ter um serviço de VISA estruturado e atuante no município, pode resultar em conflitos que levem a perda de apoio político ao gestor local.

Esse tipo de interferência sempre acompanhou a evolução dos serviços de vigilância sanitária no Brasil conforme Juliano e Assis (2004): *área crítica das relações entre*

Estado e Sociedade, por envolver altos interesses econômicos e políticos, a Vigilância Sanitária sofreu as mais variadas formas de pressões políticas, oriundas do próprio executivo, ou provenientes do legislativo.

Dessa forma, para um melhor entendimento da relação entre ações de VISA desenvolvidas nos municípios e dos gastos nessa área, torna-se essencial o aprofundamento das reflexões considerando a relevância de outras dimensões, tais como: o contexto produzido pelo conjunto de atores que conformam o sistema organizado de ação, os conflitos, a dinâmica do poder e a necessidade frequente de novos arranjos nas políticas, programas e/ou instituições que dão corpo as ações de VISA a nível municipal (FELISBERTO *et al*, 2012).

6.4 Aplicabilidade do Indicador 41 no monitoramento e avaliação das ações de VISA nos municípios

Este estudo explorou os dados relacionados às ações / procedimentos que compõem o Indicador 41, que segundo o Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores publicado pelo Ministério da Saúde, é um indicador importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária.

Embora este indicador apresente importantes propriedades como: disponibilidade, simplicidade, economicidade e parcimônia, durante a avaliação das ações de VISA nos municípios cearenses, este indicador apresentou algumas limitações e deficiências que comprometem o seu uso no monitoramento e avaliação das ações de VISA, destacando-se:

- a) Falta de confiabilidade: os dados informados por muitos municípios mostraram-se questionáveis, sobretudo, quanto a refletirem a realidade desses municípios na realização de ações de VISA;
- b) Falta de sensibilidade: o Indicador 41 não apresentou capacidade de refletir mudanças em intervenções realizadas nos serviços municipais de vigilância sanitária;
- c) Falta de estabilidade: observou-se a ausência de informações em alguns anos, impossibilitando a construção de séries históricas estáveis que permitam monitoramentos e comparações;
- d) Falta de mensurabilidade: apresentou-se impreciso e com ambiguidade em alguns dados;
- e) Falta de consistência interna dos valores: alguns municípios apresentaram números bastantes discrepantes de ano para outro, tornando questionável os valores registrados.

Quanto a aplicabilidade do Indicador 41 no monitoramento e avaliação das ações de VISA, os resultados deste estudo revelam que este indicador permite identificar quais os municípios do Estado do Ceará realizam as 7 (sete) ações consideradas necessárias de serem executadas por todos os municípios, contudo, mostra-se limitado para avaliar o nível de implementação das ações de vigilância sanitária em cada município, que não pode deixar de ser considerado para o entendimento da atuação dos serviços de VISA nos municípios.

Embora chamado de universal, o Indicador 41 apresenta-se como algo restrito, isso porque, considera apenas um conjunto de 7(sete) ações como básicas e necessárias, deixando de lado, um rol mais abrangente de ações de VISA voltadas para promoção e proteção à saúde da população. Esse indicador pode até engessar a gestão municipal, cristalizando a atuação da VISA a esse rol pré-estabelecido. Além disso, esse indicador não compreende aspectos dos riscos sanitários presentes nos territórios dos municípios, bem como, não permite expressar ou mensurar o impacto das ações de VISA no nível local.

Outra questão importante refere-se à fragilidade das fontes de dados, ferramentas consideradas como indispensáveis para a prática de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2018b). Nesse contexto, há que se ter em mente que o registro dos dados que compõem o Indicador 41 advém direta ou indiretamente de procedimentos executados por pessoas que possuem interesses, sofrem pressões e que podem interferir na realidade a ser medida.

Um ponto relevante refere-se à aplicabilidade do Indicador 41 no planejamento das ações de VISA. Diante da composição e características desse indicador, é possível afirmar que o mesmo não fornece dados que possam contribuir para um planejamento mais consistente das ações de VISA, uma vez que este indicador acompanha apenas um elenco de sete ações de VISA, deixando de fora, um conjunto de ações que também fazem parte das atribuições da VISA a nível municipal e que devem ser incluídas no planejamento das ações de VISA nessa esfera de gestão.

Segundo Magalhães (2004), indicadores são representações imperfeitas e transitórias, onde não se deve confiar cegamente nas medidas, isso se aplica muito bem ao Indicador 41, para o qual é necessário realizar uma avaliação crítica acerca da pertinência do uso desse indicador para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de VISA.

Nesse sentido, Maia e Guilhem (2016) apontam que é preciso incorporar ferramentas para avaliação das ações de vigilância sanitária, com estabelecimento de indicadores adequados. Assim sendo, é imprescindível a construção de indicadores para avaliação da efetividade das ações de VISA no que tange à promoção e proteção da saúde, e à

tomada de decisão rápida e de forma a intervir diretamente nos riscos, por meio do aperfeiçoamento da produção de informações e métodos de análise (BRASIL, 2018b).

O desafio aqui colocado é, portanto, com a devida prioridade, a estruturação de indicadores adequados que permitam a obtenção de conhecimento sobre a efetividade das ações de vigilância sanitária nos municípios, decorrentes das políticas, dos programas e serviços que são executados nesse âmbito, servindo de referência não só para o monitoramento e para a avaliação das ações, como também para o seu planejamento e execução.

Sugere-se para a elaboração de indicadores estratégicos voltados ao monitoramento e à avaliação das ações de vigilância sanitária, com foco na efetividade e na análise do impacto das ações, que estes sejam construídos a partir da base de dados assistenciais, sanitários e epidemiológicos existentes no SUS, observando-se a articulação efetiva dos diversos objetos e das ferramentas de trabalho em VISA, com ênfase na gestão do risco sanitário e nas políticas e práticas da atenção e da vigilância em saúde que enfatizam, primordialmente, o princípio da integralidade no SUS (BRASIL, 2018b).

7 CONCLUSÃO

Foi possível por meio deste estudo, conhecer o comportamento dos gastos com a Vigilância Sanitária e das ações realizadas nos municípios do estado do Ceará, no período de 2013 a 2017.

Diante dos resultados encontrados, conclui-se de uma forma geral, que nos municípios cearenses, no período de 2013 a 2017, os gastos declarados na área de VISA aumentaram a cada ano. Contudo, ressalta-se uma diminuição nos valores apresentados no ano de 2017 em relação a 2016, isso para a maioria dos municípios do estado do Ceará, que compreende os 128 municípios constituintes dos Grupos C e D, representando cerca de 70% dos municípios do estado. Um achado que indica um provável reflexo das medidas de cortes de gastos na área da saúde, intensificadas nos últimos anos.

Quanto as ações de VISA realizadas pelos municípios do estado do Ceará, com base nos resultados obtidos, conclui-se que das sete ações acompanhadas pelo Indicador 41, os municípios cearenses apresentam um melhor nível de implementação da ação de Inspeção Sanitária em Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária. No entanto, muitos municípios do estado, ainda não realizam o procedimento de Instauração de Processos Administrativos Sanitários, o que compromete a apuração de infrações a legislação sanitária e aplicação de penalidades aos estabelecimentos infratores.

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 nos municípios do estado do Ceará.

Diante das limitações impostas pelos dados disponíveis no SIOPS e SIA/SUS, não foi possível estabelecer uma relação numérica entre os gastos e as ações de VISA nos municípios do estado do Ceará.

Destaca-se que este estudo focalizou o comportamento dos gastos com a Vigilância Sanitária, além das ações nos municípios do Ceará, sendo, portanto, um estudo incomum no campo da saúde ao abordar gastos em vez de receitas. Incomum, também, por trabalhar com as ações de VISA realizadas no âmbito municipal. Suas potenciais virtudes não eliminam algumas de suas limitações, a serem enfrentadas em estudos posteriores.

Uma primeira limitação é que o estudo tratou apenas dos gastos com a Vigilância Sanitária, e não da eficiência na aplicação desses recursos na área de VISA. Outra limitação, é que a pesquisa utilizou dados secundários, informados pelos próprios municípios aos sistemas utilizados como fontes de dados e uma questão, relacionada a essa limitação, está na

qualidade dos dados e na sua fidedignidade.

Mesmo assumindo algumas limitações, é relevante a contribuição desse estudo para o tema em questão, visto que há escassez de pesquisas acerca dos procedimentos de VISA realizados nos municípios, bem como dos gastos com essa área da saúde.

Diante do exposto, consideramos que os dados aqui apresentados podem constituir uma linha-de-base para o acompanhamento da alocação de recursos na VISA, bem como para uma discussão sobre financiamento e execução das ações de VISA, considerando as necessidades e especificidades de cada município.

Os resultados deste estudo poderão servir de base para estudos que investiguem os determinantes desses gastos com VISA, através de possíveis correlações entre estes e os perfis municipais, bem como com indicadores mais específicos das ações de VISA e outras variáveis pertinentes. Ressaltando-se que os municípios possuem especificidades e diferenças que devem ser levadas em consideração nas avaliações, além disso, os problemas/riscos sanitários, bem como os processos de trabalho, não são necessariamente os mesmos em todos os locais, ainda que a densidade populacional possa ser semelhante.

A escassez de estudos semelhantes inviabilizou a realização de maiores comparações, mas achamos que a pesquisa realizada foi suficiente para construção dessa dissertação, não sei se a ideal, mas certamente, a possível.

Por fim, sugere-se a realização de novos estudos que contribuam para avaliar o registro das informações de VISA no SIA/SUS e no SIOPS, bem como a relação entre gastos e ações de VISA no âmbito municipal e estudos que possam auxiliar no entendimento do processo de realização das ações de VISA no âmbito dos municípios, entendidas como processo essencial para melhoria das condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. A.; MOREIRA, I. T. A evolução dos gastos públicos por função e por grupo de despesas no período de 1980 a 2006. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA, 11., 2008, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: UFPB, 2008. P. 1-9.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Grupo Temático de Vigilância Sanitária. **Síntese do Relatório da Oficina “Subsídios para Consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”**. (2004). Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717152551.pdf> Acesso em: 08/10/2017.
- BARBOSA, A. A. **Financiamento das ações de VISA: a evolução do repasse federal**. 2009. 86f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- BARBOSA, L. G. **Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011**. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. 2013.
- BARRETO, R. L. **Descentralização das ações de vigilância sanitária: impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos**. Dissertação (Mestrado Profissional). 2008. 92f. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. 2008.
- BARROS, R. M. B. de; LIMA, H. H. G.; COSTA, Í. 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. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 5, n. 1, p. 23-28, 23 fev. 2017.
- BASTOS, A. A., COSTA, E.A., CASTRO, L. L. C. Trabalho em saúde: vigilância sanitária de farmácias no município de Salvador (Bahia, Brasil). **Ciência Saúde Coletiva**. 2011; v.16, n.5.
- BENEVIDES, R.P.S. **Financiamento do SUS na Região Metropolitana do RJ: um estudo sobre as fontes de informação nos anos 2000**. 2010. 126 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Artigos 196 a 200. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/01_Constituicao.pdf Acesso em: abr. 2017.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.
- _____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.
- _____. Portaria GM/MS nº 2473, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**,

Brasília, DF, 31 dez. 2003. Seção 1.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Relatório Final**. Brasília: ANVISA, 2001. 159p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo das ações de Vigilância Sanitária**. Brasília: ANVISA, 2007. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Comportamento da despesa com investimento no gasto público em saúde realizado por estados e municípios**. Brasília: 2008.

_____. Presidência da República. **Lei complementar nº141**, de 13 de janeiro de 2012a. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Documentação e Informação. **Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública**. Brasília, 2012b. 64 p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/121003_orient_indic_triangular.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

_____. Portaria GM/MS nº 1.378, de 09 de junho de 2013. 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 Brasília: **Diário Oficial da União**. Seção 1, de 10.7.13, págs. 48/50

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 154 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 1)

_____. Portaria GM/MS nº 475, de 31 de março de 2014. Estabelece os critérios para o repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, para Estados, Distrito Federal e Municípios, de que trata o inciso II do art. 13 da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**. Seção 1, de 01.04.14, pág. 27. 2014b

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Planejamento Estratégico Municipal e Desenvolvimento Territorial**. 48p. Brasília: MP, 2014c.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Perfil da Vigilância Sanitária Municipal no Brasil - Informe Preliminar**. Brasília: Anvisa. 2014d. 20 p

_____. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). **Lei complementar 141. Guia prático para a Gestão Municipal**. Brasília, 2015a. 77p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para as Vigilâncias Sanitárias: **Procedimentos da Vigilância Sanitária no SIA/SUS – Definição e Alimentação**. 2. Ed. Brasília: ANVISA, 2015b. 94 p

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores: 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 207, de 3 de Janeiro de 2018. Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS. **Diário Oficial da União** nº 4, de 5 de janeiro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. **Avaliação das Ações de Vigilância Sanitária: uma proposta teórico-metodológica**. Brasília-DF. 2018b. 95 p.

BRITO, R. L. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. 2007. 205f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

CALADO, E. **Coletânea de conceitos básicos de finanças públicas para utilização na aplicação de recursos orçamentários nos projetos de extensão**. Manaus: DARPEX, 2012.

CARVALHO, A. M.; LIMA JÚNIOR, A. A. **Plano Estadual de Ação Conjunta em Agrotóxicos do Estado do Ceará**. Fortaleza: CONPAM – Conselho de Políticas e Gestão do Meio Ambiente, 2010.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretária da Saúde. **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP**. 2012. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/decreto-fundes-fundos-municipais>. Acesso em: 08/10/2017.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretária da Saúde. **Relatórios de Monitoramento COAP Macrorregionais**. 2014a. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/relatorios-de-monitoramento-coap-macrorregionais>. Acesso em: 08/10/2017

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde – PDR**. 2014b. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/99-plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-2014>. Acesso em: 08/10/2017.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Secretária da Saúde. **Nota Orientativa 01/2016**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/123-vigilancia-sanitaria>. Acesso em: 08/10/2017.

COHEN, M. M, MOURA, M. L. O, TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol**. 2004; v.7, n.3, p.290-301.

COHEN, M.M., LIMA, J.C., PEREIRA, C.R.A. A vigilância sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 111-131

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata da 13ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará**, Fortaleza, 20 de setembro de 2000. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/22-atas-2000-2008->>. Acesso em 10 jul., 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata da 5ª Reunião Ordinária da** Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, 26 de março de 2004. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/22-atas-2000-2008->>. Acesso em 10 jul., 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Resolução nº 35/2005 – CIB/CE.** Aprova os Critérios para Adesão dos Municípios ao Pacto das Ações de Média Complexidade em Vigilância Sanitária. Fortaleza, 29 de abril de 2005. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/44-resolucoes-cib-2003-2008->>. Acesso em 10 jul., 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Resolução nº 31/2006 – CIB/CE.** Revoga a decisão da CIB/CE na 5ª Reunião Ordinária realizada em 26 de março de 2004, que estabeleceu o critério populacional mínimo de 40.000 habitantes, para a habilitação de municípios junto às Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária. Fortaleza, 10 de fevereiro de 2006a. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/44-resolucoes-cib-2003-2008->>. Acesso em 10 jul., 2017.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata da 2ª Reunião Ordinária da** Comissão Intergestores Bipartite da Saúde do Estado do Ceará, Fortaleza, 10 de fevereiro de 2006b. Disponível em: < <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/22-atas-2000-2008->>. Acesso em 10 jul., 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). (2013). **Nota Técnica 25/2013 – financiamento de vigilância sanitária.** Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2025%20-%20Financiamento%20de%20VISA.pdf>>. Acesso em 10 jul., 2017.

COSTA, E. A. Vigilância Sanitária, saúde e cidadania. In: CAMPOS, F; WERNWCK, G.; TONON. L. (Org.) **Cadernos de Saúde.** Belo Horizonte, 2001, p.13-27.

COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E. A. (Org.) **Vigilância sanitária: desvendando o enigma.** Salvador: EDUFBA, 2008, p.77-90.

COSTA. I. C. S.; SOUTO, A. C. Indicadores em vigilância sanitária de alimentos. **Revista Baiana de Saúde Pública,** Salvador, v. 35, n. 4, p. 826 -844 out./dez, 2011.

COSTA, L. A. **Finanças públicas.** Rio de Janeiro: FGV, 2015.

COVEM, E. M. Descentralização das ações de vigilância sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 3, p. 3318-3328, 2010.

CRUZ, B. O. *et al.* **Ampliando as Dimensões de Indicadores Compostos Municipais: a inclusão da dinâmica econômica.** Texto para Discussão 1684. Brasília: IPEA, 2011. 53 p.

DA FONSECA, S. G. O.; FONSECA, E. P. Ações de vigilância sanitária no município de Divinópolis, Minas Gerais, entre 2008 e 2013. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia,** [S.l.], v. 2, n. 1, p. 27-32, fev. 2014

DE SETA, M. H. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo.** 2007. 188f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

DE SETA, M. H; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15, supl.3, p. 3307-3317, 2010.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. da. A Gestão em vigilância sanitária In: **Conferência Nacional de Vigilância Sanitária** 1. 2001. Brasília. Cadernos de textos. Brasília: Anvisa, 2001.

DE SETA, M. H; SILVA, J. A. A. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, M.H., PEPE, V.L.E., OLIVEIRA, G.O., organizadores. **Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 195-217, 2006.

DIÓGENES, Beatriz H. N. **Dinâmicas urbanas recentes da área metropolitana de Fortaleza**. 2012. Tese (Doutorado e Arquitetura e Urbanismo) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FEHN, L. A. C. **Capacidades municipais e vigilância sanitária: análise do Estado do Espírito Santo**. 2012. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciência em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

FELISBERTO, E. *et al.* Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. **Saúde debate** [Internet]. 2017 Mar; n.41, p: 387-399

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem objetivo para descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, out, 2009.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo**. Texto para discussão 1369. Brasília: IPEA, 2009. 47 p.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODINHO, G. F. R. S. **Evolução do gasto em saúde nos municípios brasileiros**. (Dissertação Mestrado). 2014. 40f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciência Política. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 137p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2017**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2017/estimativa_dou.shtm Acesso em: 10 de setembro de 2017

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Anuário Estatístico do Ceará 2017**. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2017/index.htm> Acesso em: 10 de junho de 2017

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fonte de dados e aplicações**. 1. ed. Campinas: Alínea, 2001. 141 p.

JULIANO, I. A; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.

2, p. 493-505.

KRANZ, L. F. **Estruturação de um índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal**. 2015. 183f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. 2015.

KRANZ, L. F. ; et al. . Gasto público na subfunção Vigilância Sanitária nas Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2008-2012. In: **XI Encontro Nacional de Economia da Saúde & VI Encontro Latino Americano de Economia da Saúde**, 2014, São Paulo. XI Encontro - São Paulo, 2014. São Paulo: [recurso eletrônico], 2014.

_____.; et al. Vigilância Sanitária no Rio Grande do Sul: municípios sem despesas ou arrecadação. In: **Congresso Online - Gestão, Educação e Promoção da Saúde**, 2015. S.I.

KRANZ, L. F.; BORDIN, R.; ROSA, R. dos S. Ações executadas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais do Estado do Rio Grande do Sul, 2010–2014. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 104-112, fev. 2016.

LESSA, T. S. **Descentralização e financiamento das ações de vigilância sanitária: o caso da Bahia**. Dissertação (Mestrado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade da Bahia. Salvador. 2011, 85f

LUCENA, R. C. B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1107-1120, 2015.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária**. Os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 326f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCCHESI, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M.H; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, G.O. (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-48.

MACIEL FILHO, Albertino Alexandre *et al.* Indicadores de vigilância ambiental em saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, v. 8, n. 3, p. 59-66, jul./set. 1999.

MAGALHÃES, M. T. Q. **Metodologia para desenvolvimento de sistemas de indicadores: uma aplicação no planejamento e gestão da política nacional de transportes**. 2004. 135f. Dissertação (Mestrado em Transportes). Brasília: UNB, 2004.

MAIA, A. P. *et al.* A importância da melhoria da qualidade do gasto público no Brasil: Propostas práticas para alcançar este objetivo. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2., 2007, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: CONSAD, 2007.

MAIA, C.; GUILHEM, D. A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. **Rev Panam Salud Publica**, v. 39, n. 5, p. 226–231, 2016.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Dissertação (Mestrado). 2001. 116f Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

MARTINS, G. F. **Relatório Vigilância em Saúde de populações expostas a agrotóxicos no**

Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MEDRONHO, R.; *et al.* (eds.). **Epidemiologia.** Atheneu, São Paulo, 2009, 2ª Edição.

MENDES, C. C. Relações entre gasto público, demanda social e arranjos federativos: o caso do Nordeste brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, Fortaleza, v. 44, n. 1, p. 145-162, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.bnb.gov.br/projwebren/Exec/artigoRenPDF.aspx?cd_artigo_ren=1369>. Acesso em out 2017.

MUNIZ, A. M. V. Produção do espaço metropolitano de Fortaleza e a dinâmica industrial. **Mercator**, Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 61-74, set./dez. 2015. Disponível em: www.mercator.ufc.br. Acesso em: out 2017.

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-3360, Nov. 2010.

PAIM, J.S., TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do SUS: problemas e desafios. **Cien Saude Colet.** 2007; 12(Supl.):1819-1829.

PIOLA, S.F., *et al.* Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde /Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 19-70.

QUEIROZ, D. B. **Análise das ações integradas de fiscalização no combate ao uso indiscriminado de agrotóxico no Estado do Ceará.** Trabalho de Conclusão de Curso de Tecnologia em Saneamento Ambiental. Fortaleza: Instituto Federal do Ceará, campus Fortaleza, 2018.

QUITÉRIO, L. A. D. Sobre um sistema de informação em VISA. In: COSTA, E. A., (Org.) **Vigilância Sanitária: temas para debate.** Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p.

RANTANEN, J. *et al.* **Work and health country profiles: Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety.** Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurcountryprofiles.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE – RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** 2. ed. – Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: abr. 2017.

RIANI, F. **Economia do Setor Público: uma abordagem introdutória.** 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

RIGOTTO, M. R.; SILVA, A. M. C.; FERREIRA, M. J.; ROSA, I. F.; AGUIAR, A. C. P. Tendências de agravos crônicos à saúde associados aos agrotóxicos em região de fruticultura no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** Vol. 16, p.763-773, 2013

RUA, M. G. **Desmistificando o problema: uma rápida introdução ao estudo dos indicadores**. Brasília: ENAP, 2004. (mimeo)

SANTOS NETO, J. A. **Financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde: avaliação da eficiência dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Piracicaba. SP. 2016

SICHE, R. *et al* . Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambient. soc.**, Campinas, v. 10, n. 2, p. 137-148, Dec. 2007.

SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, SP, 2004.

SOUSA, M. G. F. **Avaliação do herbicida glifosato presente na atmosfera: estudo de caso município de Limoeiro do Norte-CE**. Mestrado em Tecnologia e Gestão Ambiental. Fortaleza: Instituto Federal do Ceará, 2015.

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 41, N. 113, P. 457-470, abr-jun 2017.

TEIXEIRA, H. V.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003 .

VILLELA, R. A qualidade do gasto público. **Desafios do Desenvolvimento**, Brasília, DF, ano 3, n. 18, p. 22, jan. 2006.

WALDMAN, E. A.; FREITAS, F. R. M. A vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (Org.). **Vigilância sanitária: desvendando o enigma**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 135-148.

WORLD HEALTH ORGANIZATION -WHO. **Health in Sustainable Development Planning: The Role of Indicators**. 148 p. World Health Organization Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_HDE_HID_02.11.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

ANEXO A – FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR 41

Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

Tipo de Indicador	Universal
Diretriz Nacional	Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.
Objetivo Nacional	Objetivo 7.1 – Fortalecer a promoção e a vigilância em saúde.
Meta	<u>Meta regional e estadual:</u> 100% dos municípios, executando todas ações de Vigilância Sanitária, consideradas necessárias. <u>Meta municipal e DF:</u> realizar 100% das ações de Vigilância Sanitária no município e no DF.
Indicador	Indicador 41 – Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios
Relevância do Indicador	O indicador é importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias. A execução dessas ações contribui para a redução dos riscos e agravos à saúde, fortalecendo a promoção e proteção da saúde da população.
Método de Cálculo	<p><u>Método de Cálculo Regional e Estadual</u></p> $\frac{\text{Número de municípios que executam todas as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}}{\text{Número de municípios}} \times 100$ <p><u>Método de Cálculo Municipal e DF</u></p> $\frac{\text{Número de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias, realizadas no município e no DF}}{\text{Total de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias}} \times 100$ <p>Observação: as ações de vigilância sanitária consideradas necessárias são: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias.</p>

continua

ANEXO A – FICHA DE QUALIFICAÇÃO DO INDICADOR 41(continuação)

Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios

Fonte	SIA/SUS e IBGE. 01.02.01.007-2 – Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária. 01.02.01.052-8 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário. 01.02.01.017-0 – Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária. 01.02.01.022-6 – Atividade Educativa para a População. 01.02.01.005-6 – Atividade Educativa para o Setor Regulado. 01.02.01.023-4 – Recebimento de Denúncias/Reclamações. 01.02.01.024-2 – Atendimento a Denúncias/Reclamações.
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Monitoramento: semestral Avaliação: anual
Recomendações, observações e informações adicionais	O estímulo às ações preventivas ou de promoção à saúde devem ser um compromisso de todo gestor. Dados constantes na programação municipal das ações de vigilância sanitária que devem ser computados mensalmente no Sistema Nacional de Informações Ambulatoriais. O indicador proposto permite identificar quais os municípios da região de Saúde realizam as ações consideradas necessárias, uma vez que são ações possíveis de serem executadas por todos os municípios.
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Apoio técnico e financeiro para execução das ações de Vigilância Sanitária.
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Núcleo de Assessoramento na Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (Nadav) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) <i>E-mail:</i> nadav@anvisa.gov.br

Fonte: Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 (BRASIL 2014a).

**APÊNDICE 1 - DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS/AÇÕES
REGISTRADAS NO SIA/SUS PARA ACOMPANHAMENTO PELO INDICADOR 41**

Procedimento	01.02.01.00-2 – Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária
Descrição:	Cadastrar os estabelecimentos sujeitos às ações de vigilância sanitária.
Instruções:	Considera-se cadastro o processo de registro inicial do estabelecimento, por meio físico ou eletrônico, na Vigilância Sanitária. Deve conter informações como nome, localização, CNPJ, tipo de atividade, etc. Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar mensalmente o número de novos cadastros de estabelecimentos sujeitos à ação de vigilância sanitária, conforme legislação local. As atualizações cadastrais não devem ser consideradas. Dessa forma, será possível conhecer o universo de estabelecimentos sujeitos à ação de vigilância sanitária.
Procedimento	01.02.01.017-0 – Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária
Descrição:	Verificar as condições físicas e sanitárias de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, fazendo cumprir a legislação federal, estadual e municipal.
Instruções:	Entende-se por inspeção sanitária: “conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação in loco do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de vigilância sanitária”. Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar mensalmente o número de inspeções e reinspeções sanitárias realizadas nos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária.
Procedimento	01.02.01.023-4 – Recebimento de denúncias/reclamações
Descrição:	Receber denúncias e/ou reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços.
Instruções:	Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar o número denúncias e/ou reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços, no mês.
Procedimento	01.02.01.024-2 – Atendimento a denúncias/reclamações
Descrição:	Realizar investigação das denúncias e/ou reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços.
Instruções:	Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar o número de investigação das denúncias e/ou reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços, no mês.
Procedimento	01.02.01.022-6 – Atividade educativa para a população
Descrição:	Promover e/ou realizar atividades de divulgação de temas e legislação relacionados à vigilância sanitária para a população por meio de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais, dentre outros.
Instruções:	Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar o número de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária realizados no mês.
Procedimento	01.02.01.005-6 – Atividade educativa para o setor regulado
Descrição:	Promover e/ou realizar atividades de divulgação de temas e legislação relacionados à vigilância sanitária para o setor regulado por meio de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais, dentre outros.
Instruções:	Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar o número de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária realizados no mês.
Procedimento	01.02.01.052-8 – Instauração de processo administrativo sanitário
Descrição:	Instaurar processo administrativo sanitário a partir da constatação de irregularidade identificada pelo serviço de vigilância sanitária local, que represente uma desobediência ou inobservância aos dispositivos legais e regulamentos.
Instruções:	Para correta alimentação de tal procedimento, deve-se registrar mensalmente o número de processos administrativos sanitários instaurados. 11 Aplicar a legislação sanitária local que trata especificamente do Processo Administrativo Sanitário (Código Sanitário Local ou na ausência deste, aplicar a Lei 6437/77).

Fonte: Adaptado do Instrutivo para Preenchimento das Ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS, publicado pela ANVISA.

APÊNDICE 2 - MUNICÍPIOS EXCLUÍDOS DA ANÁLISE DE GASTOS COM VISA

Ano	Município
2013	<ul style="list-style-type: none"> •Acarape •Cariús •Crato •Potengi •Quiterianópolis •Saboeiro •Salitre
2014	<ul style="list-style-type: none"> •Banabuiú •Catarina •Ipaumirim •Quiterianópolis
2015	<ul style="list-style-type: none"> •Banabuiú •Cariús •Croatá •Hidrolândia •Morrinhos •Saboeiro •Tamboril
2016	<ul style="list-style-type: none"> •Croatá •Hidrolândia •Jucás •Morrinhos •Novo Oriente •Poranga •Quiterianópolis •Uruburetama
2017	<ul style="list-style-type: none"> •Banabuiú •Baturité •Cariús •Catarina •Crato •Hidrolândia •Jucás •Novo Oriente •Poranga •Quiterianópolis •Saboeiro •Uruburetama

APÊNDICE 3 - MUNICÍPIOS QUE NÃO INFORMARAM A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DE VISA

Procedimento	Município
CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	-
INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA	-
RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	• Arneiroz
ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES	• Arneiroz • Pacujá
ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO	• Arneiroz • Aquiraz
ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO	• Aquiraz • Arneiroz • Catunda • Forquilha • Hidrolândia • Jaguaribara • Meruoca • Mucambo • Santana do Cariri
INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO	• Abaiara • Acarape • Alcântaras • Aquiraz • Baturité • Brejo Santo • Campos Sales • Carnaubal • Catarina • Catunda • Ererê • Farias Brito • Frecheirinha • Hidrolândia • Ipu Itarema • Jaguaribara • Lavras da Mangabeira • Meruoca • Mucambo • Ocara • Pacajus • Pacujá • Pereiro • Pires Ferreira • Potengi • Reriutaba • Saboeiro • Santana do Acaraú • Santana do Cariri • São João do Jaguaribe • Tamboril • Tianguá • Ubajara • Varjota • Várzea Alegre • Viçosa do Ceará