

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou – IRR
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**A implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em
Municípios de Minas Gerais: análise da sua contribuição para o processo de
integralidade da atenção**

por

Lucília Nunes de Assis

**Belo Horizonte
(2017)**

TESE DSC - IRR

L.N. ASSIS 2017

Lucília Nunes de Assis

A implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Municípios de Minas Gerais: análise da sua contribuição para o processo de integralidade da atenção

Tese apresentada ao programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou – IRR, como requisito parcial para obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Saúde Coletiva

Orientadora: Zélia Maria Profeta da Luz
Coorientadora: Eliete Albano de Azevedo Guimarães

Belo Horizonte, 2017

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

A848i
2017

Assis, Lucília Nunes de.

A implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Municípios de Minas Gerais: análise da sua contribuição para o processo de integralidade da atenção/Lucília Nunes de Assis. - Belo Horizonte, 2018.

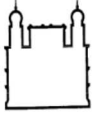
VI, 125 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 96-108

Tese (Doutorado) - Tese para obtenção do título de Doutor(a) em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Vigilância em saúde 2. Atenção Primária à Saúde 3. Projetos em saúde I. Título. II. Luz, Zélia Maria Profeta da (Orientação). III. Guimarães, Eliete Albano de Azevedo (Coorientação)

CDD - 22. ed. - 353.62



Ata da décima defesa de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da aluna Lucília Nunes de Assis sob orientação da Dr^a. Zélia Maria Profeta da Luz e coorientação da Dr^a Eliete Albano de Azevedo Guimarães.

Ao vigésimo quinto dia do mês de outubro do ano de dois mil e dezessete às 14:00 horas, realizou-se no Auditório do Ensino do IRR, o exame da décima defesa de tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou/FIOCRUZ MINAS, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva – área de concentração Ciências Humanas e Sociais em Saúde. A tese da aluna Lucília Nunes de Assis intitula-se "A implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Municípios de Minas Gerais: análise da sua contribuição para o processo de integralidade da atenção". A banca examinadora foi constituída pelos professores: Prof^a. Dr^a. Zélia Maria Profeta da Luz - Orientadora (IRR/FIOCRUZ); Prof^a. Dr^a. Paula Dias Bevilacqua (UFV); Prof. Dr. Francisco Cecílio Viana (UFMG); Prof^a. Dr^a. Celina Maria Modena (IRR/FIOCRUZ); Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho (IRR/FIOCRUZ). Após arguir a aluna, a Banca Examinadora assim se pronunciou: de acordo com o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, a aluna foi considerada:

APROVADA

APROVADA COM RESTRIÇÕES: Quando o trabalho final necessitar de elaboração adicional ou revisões parciais.

NÃO APROVADA.


Uma vez encerrado o exame, eu, Dr^a. Zélia Maria Profeta da Luz, presidente da Banca, assino a presente ata juntamente com os membros da Banca Examinadora. Belo Horizonte, 25 de outubro de 2017.


Prof^a. Dr^a. Zélia Maria Profeta da Luz (orientadora)


Prof^a. Dr^a. Paula Dias Bevilacqua


Prof. Dr. Francisco Cecílio Viana


Prof^a. Dr^a. Celina Maria Modena


Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Dedico esse trabalho a
Marilene Barros de Melo,
Cujo profissionalismo e humanidade foram
incentivo, apoio e cuidado.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais pela oportunidade de qualificação.

Também agradeço à FAPEMIG pelo financiamento e possibilidade de operacionalização do trabalho;

Às minhas orientadoras pela paciência;

Aos colegas parceiros da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais;

Enfim, agradeço a todos os participantes nas unidades regionais de saúde e municípios, imprescindíveis à concretização da tese.

Resumo

O maior desafio à construção da integralidade da Vigilância em Saúde (VS) perpassa pela experimentação de novos modelos assistenciais, reorganizações de serviços e inovações no processo de gestão. Neste estudo foi analisada a implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) de Minas Gerais (MG), a partir da sua relação com os contextos municipais, com o diagnóstico local dos serviços da VS e fatores dificultadores/facilitadores à integralidade das práticas da VS. Foram realizados estudos descritivos da base de dados do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS, 2012) e do Diagnóstico Local da VS (2014) e um estudo de caso. O IMRS foi analisado nos 853 municípios de MG segundo variáveis como porte populacional, índices de políticas públicas e de renda/emprego. O banco sobre a VS local considerou as informações de 527 (62%) municípios do estado e as variáveis referiram-se a instrumentos de gestão, financiamento, categoria profissional, qualificação, sistema de informação, infraestrutura, serviços de referência e ações. Em ambos os bancos, analisaram-se frequências, medianas, diferenças interquartílicas e coeficiente de Spearman ($p < 0,05$). O estudo de caso único sobre o PFVS abordou sua implantação em seis municípios pareados segundo porte populacional, tipo de gestão na saúde e IMRS opostos. Realizaram-se análise de conteúdo de documentos e entrevistas com gestores e profissionais de saúde da atenção primária. As categorias analíticas foram integralidade da atenção em rede e das práticas. As categorias operacionais abordaram aspectos gerenciais, organizacionais e técnico-assistenciais. A média dos índices de políticas públicas alcançou menor resultado que o índice de renda/emprego, com destaque para as políticas de saúde e de segurança, sendo que as de habitação/saneamento e meio ambiente foram inexpressivas. Observou-se associação entre instrumentos de gestão, disponibilidade de categorias profissionais e porte populacional ($p < 0,001$) e predomínio das ações programáticas frente às de monitoramento. A indisponibilidade de infraestrutura e de serviços de referência destacou-se em municípios de menor IMRS. O PFVS apresentou condicionantes à sua implantação, relacionados ao financiamento e à organização da atenção. Práticas de saúde variaram de acordo com a aplicação de recursos e de tecnologias diversas pelos profissionais de saúde. A integralidade da VS perpassa por ações intersetoriais, análise da situação de saúde e processos de trabalho voltados a objetivos comuns entre serviços da rede.

Palavras-chave: Vigilância em saúde; Atenção Primária à Saúde; Projetos em saúde; Integralidade em Saúde.

Abstract

The greatest challenge to the construction of integrality of Health Surveillance (HS) goes through the experimentation of new assistance models, reorganizations of services and innovations in the management process. This study analyzed the implementation of the State Project to Strengthen Health Surveillance (PSHS) of Minas Gerais (MG), based on its relationship with the municipal contexts, with the local diagnosis of HS services and factors that hinder and facilitate the whole VS practices proposed. Descriptive studies were carried out on the database of the Minas Gerais Index of Social Responsibility (MISR, 2012) and the Local Diagnosis of HS (2014) and a case study. The MISR was analyzed in the 853 MG municipalities according to variables such as population size, public policy indices, and income / employment. The database on the local HS considered information from 527 (62%) municipalities in the state and the variables referred to management tools, financing, professional category, qualification, information system, infrastructure, reference services and actions. In both database, were analyzed frequencies, medians, interquartile differences and Spearman's coefficient ($p < 0.05$). The single case study on PSHS addressed its implementation in six matched counties according to population size, type of health management and opposite MISR. Document content analysis and interviews with managers and primary health care professionals were carried out. The analytical categories were integrality of the network attention and practices. The operational categories approached managerial, organizational and technical-assistance aspects. The average of the indexes of public policies reached a lower result than the income / employment index, with emphasis on health and safety policies, and housing, sanitation and the environment policies were inexpressive. It was observed an association among management instruments, availability of professional categories and population size ($p < 0.001$) and predominance of programmatic actions versus those of monitoring. The lack of infrastructure and reference services stood out in municipalities with lower MISR. The PSHS presented constraints to its implementation, related to financing and the care organization. Health practices varied according to resources and the many technologies applied by health professionals. The integrality of the HS passed by intersectoral actions, analysis of the health situation and work processes focused on common objectives among network services.

Key-words: Health surveillance; Primary Health Care; Health projects; Integrality in Health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE: Agente de Combate à Endemia

ACS: Agente Comunitário de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CEREST: Centro de Referência da Saúde do Trabalhador

CIR: Comissões Intergestores Regionais

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

COAPS: Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF: Estratégia de Saúde da Família

EPS: Educação Permanente em Saúde

HAB.: Habitantes

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

IML: Instituto Médico Legal

IMRS: Índice Mineiro de Responsabilidade Social

MG: Minas Gerais

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PAC- Programa de Aceleração do Crescimento

PFVS: Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde

RAS: Região Ampliada de Saúde

RENASES: Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RETSUS: Rede de Escolas Técnicas do SUS

RH: Recursos Humanos

SARGSUS: Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão

SES-MG: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SI-PNI: Sistema de Informação – Programa Nacional de Imunização

SIS: Sistemas de Informação em Saúde

SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS: Sistema Único de Saúde

UNASUS: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

VA: Vigilância Ambiental

VE: Vigilância Epidemiológica

VS: Vigilância em Saúde

VISA: Vigilância Sanitária

VISAT: Vigilância da Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4. METODOLOGIA.....	26
5. RESULTADOS.....	38
5.1 Artigo 1 - A responsabilidade social em Minas Gerais: o que expressam os índices?	38
5.2 Artigo 2 - A descentralização da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014 (Publicado na Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia, Edição Agosto/2017).....	56
5.3 Artigo 3 - Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: desafios, lacunas e potencialidades da implantação	71
6. CONCLUSÃO.....	94
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÕES.....	95
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
9. APÊNDICES.....	110
APÊNDICE I – Roteiros de coleta.....	110
APÊNDICE II – Carta de anuência institucional, Termos de Compromisso e de Consentimento.....	114
APÊNDICE III – Cópia impressa do Artigo 2 publicado na Revista Visa em Debate...	118
10. ANEXO.....	124
ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética.....	124

1. Introdução

Concepções sobre a integralidade e as ações de Vigilância, no que tange à saúde e à qualidade de vida, se interagem a partir de uma práxis que se reelabora no cotidiano dinâmico e complexo da realidade social de indivíduos e grupos (CAMARGO JR, 2010).

Essa discussão sobre integralidade remete ao rompimento da dicotomia entre a promoção da saúde, a prevenção quanto à riscos/agravos/doenças e a assistência à saúde. Trata-se de um debate incorporado à concepção do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) que envolve a interface entre saber epidemiológico aplicado nos serviços, práticas de planejamento, relações/abordagens fundamentadas no campo das ciências sociais e compromisso com a cidadania. Não há receita para tal alcance, há de se considerar conjunturas favoráveis e o vislumbre de possibilidades, buscando compreender a experimentação de novas práticas de gestão e de cuidado em saúde.

A vivência e o pensar no e para o SUS apontam caminhos, discutidos desde o II Congresso Brasileiro de Epidemiologia (1992), ao abordar o direito à qualidade de vida para além de uma vida mais longa, a transição epidemiológica na América Latina e o uso da epidemiologia nos serviços de saúde. Cunha-se assim o termo Vigilância à Saúde, rediscutido no III Congresso de Epidemiologia sem e com a incorporação deste saber científico enquanto ferramenta de trabalho para o enfrentamento de determinantes sociais do processo saúde-doença e para a reorganização dos serviços e práticas de saúde (TEIXEIRA, 2002). Nessa discussão referida, resgatou-se o conceito ampliado da saúde na perspectiva da Epidemiologia Social por meio do referencial da Vigilância da Saúde.

É a partir de avanços e retrocessos que as ações da vigilância são desenvolvidas no SUS, ora menos ou mais impulsionadas pelas próprias políticas que orientam sua implementação, passando pela estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde a partir de 1999, pela formalização da Portaria N° 3252/2009 que trazia o imbricamento entre Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS), sua posterior revogação e consequente substituição criticada pelo CONASS em 2014, culminando com a proposição da I Conferência Nacional de Vigilância em Saúde em 2017 (BRASIL,2009; BRITO, 2008; CONASS, 2014).

O desafio posto é a releitura das diretrizes das políticas de saúde vigentes, pertinentes à VS, a

partir do referencial teórico do modelo da Vigilância da Saúde, para que tais propósitos se insiram no âmbito da gestão e da organização dos serviços em rede e para além do sistema de saúde, englobando políticas intersetoriais e Recursos Humanos (RH) governamentais e não governamentais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002).

A operacionalização da Vigilância da Saúde do Trabalhador (Visat), da Vigilância Ambiental (VA) e da promoção da saúde, recém-inseridas no escopo das ações dos serviços da VS, aliadas à tradicional Vigilância Epidemiológica (VE) e à Vigilância Sanitária (VISA), demandam um diálogo com o contexto das políticas públicas e econômicas (BRASIL, 2013a; TEIXEIRA, 2006a). A vigilância da situação de saúde, também inscrita como área de atuação da VS, direciona a esse entendimento, por meio de uma análise que explique problemas de saúde segundo determinantes, condicionantes e fatores causais, além da escuta qualificada das necessidades, apoiada na alteridade (AYRES, 2004; BRASIL, 2013a; TEIXEIRA, 2010).

A heterogeneidade dos municípios incitam processos criativos e flexíveis para a implementação dessas políticas, demandando recursos financeiros e processos de gestão subsidiados em instrumentos e ferramentas de diagnóstico potentes, capazes de auxiliar tomadas de decisões em prol da integração dos serviços e reorientação de práticas, cuja abordagem requer trabalho multidisciplinar e troca de saberes entre disciplinas diversas (FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2010).

Em 2012 a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) iniciou a implantação do Projeto de Fortalecimento da VS (PFVS), a fim de promover a descentralização da VS de forma articulada à APS, para uma efetiva integralidade da atenção (MINAS GERAIS, 2012).

As diretrizes para a implantação do PFVS previam o preenchimento de um instrumento diagnóstico local, bem como o repasse de um incentivo financeiro de acordo com os resultados alcançados quanto às metas pactuadas, a partir da adesão dos municípios a elencos (tipo um, dois e três) de ações de complexidade crescente em VS. Essa operacionalização se subsidiou na qualificação de gestores estaduais do nível central e regional, enquanto apoiadores dos municípios para que estes desenvolvessem as ações de VS propostas no Projeto (MINAS GERAIS, 2014a).

A compreensão da racionalidade e razões que fundamentam o projeto em questão, aliados aos

aspectos de como ocorre sua implantação em contextos diversos, são relevantes para o alcance de resultados efetivos (FITZPATRICK; SANDERS; WORTHEN, 2013). Dessa maneira, o presente estudo buscou compreender como ocorria a implantação do Projeto de Fortalecimento da VS no âmbito dos municípios e qual a sua contribuição para a integralidade da atenção.

2. Objetivo Geral

Analisar a implantação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde e sua contribuição para a integralidade da atenção em municípios do estado de Minas Gerais, no período de 2012-2015.

2.1 Objetivos Específicos

2.1.1 Caracterizar o contexto de municípios mineiros segundo políticas públicas e econômicas desenvolvidas e aspectos de sua interface com a implantação do PFVS;

2.1.2 Descrever os serviços municipais da vigilância em saúde, segundo adesão ao PFVS;

2.1.3 Identificar desafios e fatores facilitadores à integralidade das práticas da vigilância em saúde.

3. Revisão de Literatura

A partir da Constituição de 1988, abre-se a perspectiva da integralidade da VS fundamentada na concepção ampliada de saúde enquanto vida que se insere em uma rede de determinantes e condicionantes de natureza política, social e econômica. Porém, no próprio texto constitucional e na subsequente Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), reforça-se a especialização dos campos das Vigilâncias, comprometendo o princípio da integralidade (AITH; DALLARI, 2009; BRASIL, 1990).

Cecílio (2009) aponta que a integralidade em saúde pode ser compreendida a partir da sua associação com as necessidades de saúde, estas últimas relacionadas às condições de vida (fatores do meio ambiente e tipo de ocupação no processo produtivo); ao acesso às tecnologias em saúde; ao vínculo com profissional ou equipe de saúde e à autonomia crescente.

Na perspectiva de Cecílio (2009), a integralidade da atenção se constrói em equipes multiprofissionais de saúde de uma unidade, onde processos de trabalho solidários constituem-se de um conjunto de saberes e práticas voltadas às necessidades de saúde do indivíduo e do coletivo. Por sua vez, a integralidade também está na forma como os serviços se organizam e se articulam para uma abordagem potencializada das necessidades de saúde fundamentadas no perfil epidemiológico, nas demandas espontâneas e em outras necessidades, ainda não contempladas pela organização dos serviços (MATTOS, 2009).

Por fim, a integralidade em saúde também se constitui da intervenção em determinantes sociais do processo saúde-doença, por meio de ações intersetoriais, envolvendo instituições de outros setores, além da saúde (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014).

A incorporação desses aspectos da integralidade enquanto gestão e prática da VS está relacionada ao desenvolvimento teórico da epidemiologia, subsidiada pelos avanços da área da informática, com acréscimos do campo do planejamento e das ciências sociais (ARREAZA; MORAES, 2010; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Assim, passa-se da vigilância enquanto atividades de controle para o referencial da Vigilância da Saúde, propondo articulação das ações de promoção, de **screening**, de proteção e de assistência para o enfrentamento de problemas de saúde de indivíduos e de grupos (causas determinantes, riscos, agravos ou danos), tendo por base o território, a intersetorialidade e a avaliação dos processos desenvolvidos (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2006b). Ressalta-se que a promoção da saúde além de ações de educação, comunicação e mobilização social incorporam processos de trabalho intra e intersetoriais voltados à saúde da população (TEIXEIRA, 2006a).

As políticas de saúde recentes, em seus propósitos e diretrizes, absorvem os conceitos teóricos discutidos e voltam-se à reorientação das ações e serviços da VS. Destaca-se o papel proeminente referido à APS enquanto centro coordenador do cuidado em rede, cuja política prioritária para a expansão de ações e serviços à população fundamenta-se na Estratégia da Saúde da Família-ESF (MENDES, 2010).

Em contrapartida, Teixeira (2006a) aponta como desafio vivenciado pela ESF a concretização da imagem-objetivo da integralidade das ações, demandando maior flexibilidade e

aperfeiçoamento das mesmas, por meio da ampliação dos objetos de intervenção, com a incorporação das ações da VS e da promoção à saúde.

Em consonância com a reflexão dos diversos autores citados, o Decreto Federal N° 7508/2011 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), um acordo a ser firmado entre os gestores para a organização e integração das ações e serviços nos territórios de saúde, o que viabilizaria a implementação das redes de atenção e maior resolubilidade aos serviços (BRASIL, 2011). Por sua vez, a Portaria GM/MS N° 841/2012 descreveu na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), as ações e serviços comuns e específicos às diversas unidades de saúde na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo aquelas que são comuns aos serviços da VS e da APS, favorecendo a otimização dos processos de trabalho (BRASIL, 2012a).

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) promulgou a Resolução N° 5/2013 apresentando diretrizes com respectivos objetivos, metas e indicadores pertinentes à transição do Pacto pela Saúde ao COAPS/2013-2015 (BRASIL, 2013b). Essas diretrizes relacionaram-se à gestão, à organização dos serviços, à política de RH e às ações em saúde. As diretrizes quanto à organização de serviços trataram da ampliação do acesso e fortalecimento de redes de atenção pertinentes à APS, Urgência, Saúde Mental, Saúde Indígena e Assistência Farmacêutica. As diretrizes que fizeram referência direta às ações de saúde abordaram saúde materno-infantil, saúde da mulher, saúde do idoso e VS.

O quadro 1 a seguir, a partir da pactuação em prol do COAPS, descreve as diretrizes e respectivos objetivos cujas metas universais relacionaram-se às ações comuns, específicas e correlatas pertinentes aos serviços da VS e da APS, segundo RENASES (BRASIL, 2012a; 2013b).

Quadro 1 - Diretrizes e respectivos objetivos cujas metas universais se relacionam às ações de saúde da Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária à Saúde (APS), conforme Processo de Pactuação, com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS - 2013-2015)

Diretrizes	Objetivos	Metas
Diretriz 1 - Garantia do acesso à população de serviços de qualidade, com equidade e tempo adequado ao atendimento, das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e de atenção especializada	1.1 Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso à atenção básica	Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, de prontuários e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção	2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências	Número de unidades de saúde com serviço de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências implantado
Diretriz 3 – Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cogonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade	3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de Útero	Ampliar a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com um exame citopatológico a cada 3 anos Ampliar a razão de exames de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de idade
	3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade	Aumentar a proporção de nascidos vivos de mães com no mínimo 7 consultas de pré-natal Realizar testes de sífilis nas gestantes usuárias do SUS Reduzir o número de óbitos maternos Investigar os óbitos infantis e fetais Investigar os óbitos maternos Investigar os óbitos em mulheres em idade fértil Reduzir a incidência de sífilis congênita
Diretriz 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção	5.1 -Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção	Reduzir taxa de mortalidade ou número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas
Diretriz 7 – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde	7.1 -Fortalecer a promoção e vigilância em saúde	Alcançar 75% ou mais da cobertura vacinal do Calendário Básico de Vacinação da Criança Aumentar a proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera Garantir a realização de exames anti - Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) nos casos novos de tuberculose Aumentar a proporção de registro de óbitos com causa básica definida Encerrar 80% ou mais das doenças compulsórias imediatas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em até 60 dias a partir da data de notificação Ampliar o número de municípios com casos de doenças ou agravos relacionados ao trabalho notificados Reduzir a incidência de aids em menores de 5 anos Realizar 100% das ações de vigilância sanitária consideradas necessárias à todos os municípios (cadastro e inspeção de estabelecimentos, instauração de processos administrativos, atividades educativas, recebimento de denúncias)
	7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais, com ênfase no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)	Ampliar a proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano, quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez

Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRASIL (2014)

As ações de saúde referidas e descritas na RENASES são amplas, incluindo ações de promoção, proteção, rastreamento e recuperação, pertinentes a problemas do estado de saúde da população brasileira, por meio de abordagem individual e/ou coletiva.

Tal conteúdo retoma a discussão sobre o nó crítico das práticas de saúde, para além de políticas formalizadas, pressupondo mudanças de processos de trabalho das equipes como aquelas dos serviços da VS e da ESF, cujas ações teriam por base um território, tendo por princípio a integralidade do cuidado, onde a análise da situação de saúde seria ferramenta de gestão, inerente à organização das ações e serviços (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2002). Há de se construir, diante do exposto, a viabilidade da mudança e interação das práticas em saúde dessas equipes.

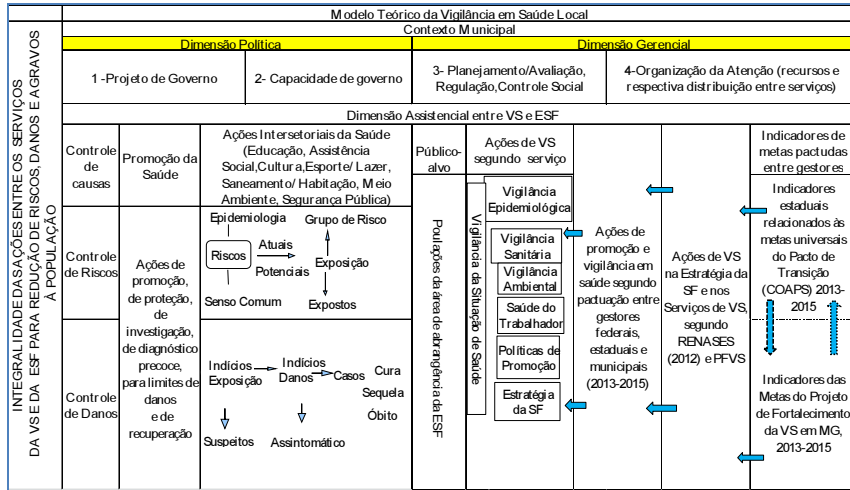
Desta forma, caberia analisar na dimensão local o que expressam as políticas públicas implementadas enquanto garantia de direitos, sob corresponsabilidade dos três poderes, no que tange a setores da assistência social, da cultura, da segurança pública, do meio ambiente, do saneamento básico, dentre outros que condicionam a integralidade da atenção na VS (BRASIL, 2008).

O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) possibilita essa caracterização (variação de 0 a 1), tendo por objetivo servir de subsídio a gestores no planejamento das políticas públicas e alocação de recursos, sendo bianual e disponibilizado a partir de 2005 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012). Assim, adotando-se o referencial das faixas do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM, o IMRS classifica os municípios quanto a um cenário de políticas públicas segundo níveis: muito alto - 0,800-1,000; alto - 0,700 a 0,799; médio - 0,600 a 0,699; baixo - 0,500 a 0,599 e muito baixo - 0,000 a 0,499 (PNUD, IPEA, FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012).

A capacidade técnica e organizativa da equipe gestora da saúde seria outro fator contextual a ser considerado, o que estaria expresso em uma dimensão gerencial por meio das práticas de planejamento e avaliação instituídas, nas ferramentas e técnicas administrativas utilizadas, na regulação e organização dos serviços próprios e de referência, na captação de recursos e na prática de uma gestão participativa (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005).

A síntese da discussão teórica e das diretrizes institucionais de operacionalização dos serviços da VS e da ESF, na perspectiva da integralidade, está descrita no Quadro 2:

Quadro 2 - Referencial Teórico e Institucional da Integralidade das Ações entre os Serviços de Vigilância em Saúde e a Estratégia da Saúde da Família



Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRASIL (2012a); MINAS GERAIS (2013a,b); PAIM (2003); SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ (2005)

As atuais políticas estaduais de saúde em MG são condizentes com o cenário descrito, pois apresentam dentre os seus projetos estruturadores a ESF e a diretriz de operacionalizar o COAPS no âmbito regional, a partir de 2013. A implementação das políticas relacionadas tem por propósitos similares a qualidade e a integralidade da atenção, por meio da reorganização dos serviços e da articulação em rede das ações de saúde.

Em 2013, o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações em VS da SES-MG apresentou metas relacionadas à pactuação de transição do Pacto pela Saúde para o COAPS (MINAS GERAIS, 2013a; 2013b). Nesse mesmo ano, incluiu-se como requisito para a adesão tipo três ao projeto estadual, ter 100 mil habitantes (hab.) ou mais, sendo que dentre os 853 municípios de MG, 810 (95%) apresentavam adesão do tipo um, 35 (4%) do tipo dois e oito (1%) do tipo três ao PFVS (MINAS GERAIS 2013c; MINAS GERAIS, 2013d).

Os níveis de adesão referem-se ao compromisso do gestor municipal em executar conjuntos de ações organizadas segundo as áreas da VS, o nível de análise e monitoramento da situação de saúde requeridos, os tipos de diagnósticos laboratoriais ou protocolos clínicos/terapêuticos desenvolvidos e os tipos de estabelecimento sob responsabilidade da VISA municipal. A adesão aos elencos de ações do nível 2 e 3 incluía o compromisso de realizar as ações previstas no nível anterior, assumindo-se também as modalidades de estabelecimentos listados para a atuação da VISA municipal segundo elenco. Assim, ao total, a adesão ao elenco 1, 2 e 3, respectivamente, correspondia em realizar 47, 64 e 72 ações, com inclusão de grupos específicos de estabelecimentos sob responsabilidade da VISA. O Quadro 3 apresenta um resumo das ações segundo áreas da VS propostas pelo PFVS.

Quadro 3 – Síntese das ações pactuadas pelos gestores municipais no Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, segundo área de atuação

Áreas da Vigilância em Saúde	Tipos de ações
Promoção da Saúde	Realização de práticas físicas destinadas aos idosos e/ou hipertensos/diabéticos; vigilância nutricional e alimentar da criança e da gestante; notificação de casos de violência; implantação de unidades promotoras da saúde-livres de tabaco e do Núcleo Intersetorial de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz; desenvolvimento de plano para enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis e de ações de aleitamento materno e alimentação complementar saudável.
Vigilância Ambiental	Vigilância, realização de inquéritos, investigação epidemiológica e ações de controle sobre agravos ou doenças transmitidas por vetores/veículos biológicos, físicos ou químicos; monitoramento e acompanhamento das atividades de campo do Agente de Combate às Endemias; realização de ações de educação em saúde com escolares.
Vigilância da Saúde do Trabalhador	Levantamento de perfil produtivo da população; elaboração de plano municipal de saúde do trabalhador; vigilância de ambientes e processos de trabalho; investigação e comunicação de acidentes com transporte de carga de produtos perigosos; investigação e comunicação de acidentes de trabalho graves.
Vigilância da Situação da saúde	Investigação de óbitos em tempo oportuno; registro com regularidade de sistemas de informação em saúde; notificação, investigação e encerramento oportuno de casos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; notificação ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde de Minas Gerais; preenchimento adequado de declarações de óbitos infantis.
Vigilância Epidemiológica	Vacinação; notificação, investigação e controle de doenças infecciosas e transmissíveis; confirmação laboratorial por exames específicos (cultura, aglutinação por látex, PCR); identificação de sorogrupos por casos confirmados de Doença Meningocócica; tratamento de caso novo de

	hanseníase; coleta de amostras laboratoriais, como no caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave.
Vigilância Sanitária	Inspeção sanitária em estabelecimentos de serviços e/ou produção e/ou armazenamento e/ou distribuição, conforme especificidades de atuação; comunicação, informação e educação no campo da Vigilância Sanitária; atendimento e acolhimento de denúncias; avaliação de projetos arquitetônicos; monitoramento sanitário de medicamentos e congêneres.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de MINAS GERAIS, 2013b

A SES-MG, em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de MG, previu a qualificação de gestores e técnicos ofertando um curso intitulado ‘Atualização Profissional da Vigilância em Saúde’, a partir do primeiro ano de implantação do PFVS em 2012, envolvendo as áreas técnicas da VS no nível central e nas 28 regionais de saúde (MINAS GERAIS, 2014b).

A sistematização apontada no Quadro 2 favorece a reflexão sobre o PFVS em MG e sua proposta de intervenção para o alcance da integralidade entre os serviços da VS e ESF, em prol da qualificação das ações da VS no âmbito municipal. Porém, faz-se pertinente considerar que os limites impostos à descentralização da VS, de forma integrada aos outros serviços da rede de atenção, principalmente no que tange à ESF, inclui problemas de ordens diversas no âmbito do sistema de saúde. Esses problemas podem estar relacionados a cinco componentes desse sistema: gestão-participativa, financiamento, organização da atenção, infraestrutura e modelo de atenção (KLECZKOWSKI; ROEMER; WERFF, 1984).

Entende-se por gestão toda a prática político-administrativa que objetiva a implementação de uma política, fazendo uso de tecnologias desenvolvidas no campo da administração. Já o financiamento na saúde engloba fontes de três esferas governamentais e suas respectivas aplicações em ações e serviços de saúde, recursos físicos e humanos. Caracteriza-se pela ordenação, repasse de incentivos, bem como, a prioridade da alocação, tendo em perspectiva o efeito produzido nesse campo pelas políticas macroeconômicas (PIOLA; BIASOTO-JR, 2001; POCHMANN, 2004).

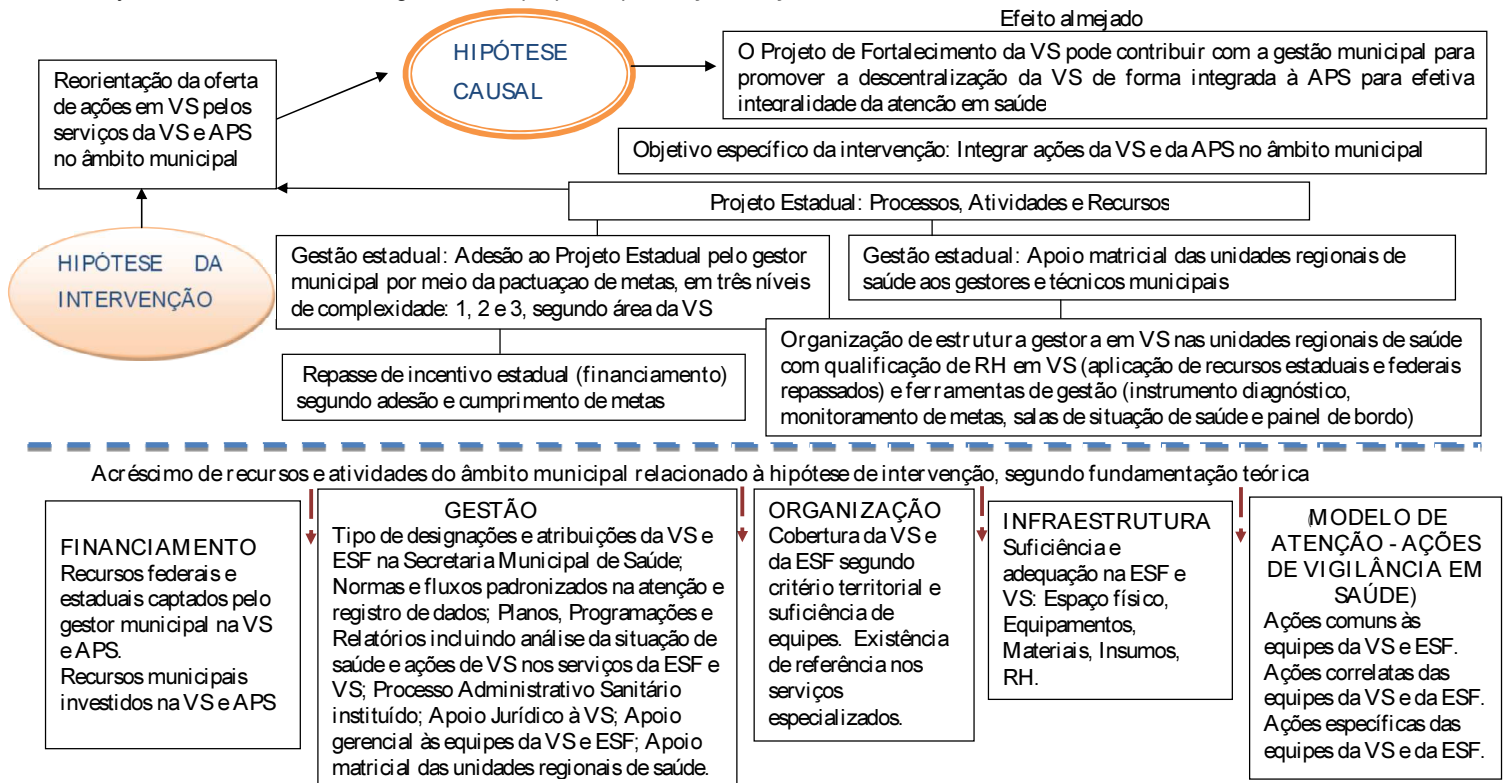
Define-se a organização da atenção como a conformação dos diversos recursos que constituem a infraestrutura dos serviços e possibilitam sua operacionalização, incluindo estrutura física, equipamentos, materiais, insumos e RH. Por fim, o componente modelo de atenção refere-se especificamente à dimensão técnica das práticas de saúde, ou seja, a lógica

que orienta como as combinações tecnológicas são aplicadas na intervenção de problemas e necessidades de saúde, individuais ou coletivas (PAIM, 2003). Esse componente aqui tratado tem por foco a integralidade da atenção de VS na perspectiva da articulação de ações de promoção, **screening**, proteção, recuperação e reabilitação.

A partir desses conceitos, problemas pertinentes à descentralização da VS podem ser identificados e associados à proposta de intervenção contida no PFVS, relacionando os objetivos deste com os componentes do sistema de saúde e com o conjunto de recursos necessários à operacionalização da intervenção. Constitui-se assim uma cadeia de elementos que se relacionam, favorecendo a análise da coerência, factibilidade e viabilidade da proposição política (BROUSSELE et al., 2011; TEIXEIRA, 2010). A Figura 1 sistematiza elementos da implantação do PFVS, aliado ao referencial teórico e institucional da descentralização da VS:

Figura 1 – Esboço dos Propósitos e Operacionalização do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (VS) em Implantação (2012-2015)

Objetivo Geral: Contribuir com a gestão municipal para a qualificação das ações de VS.

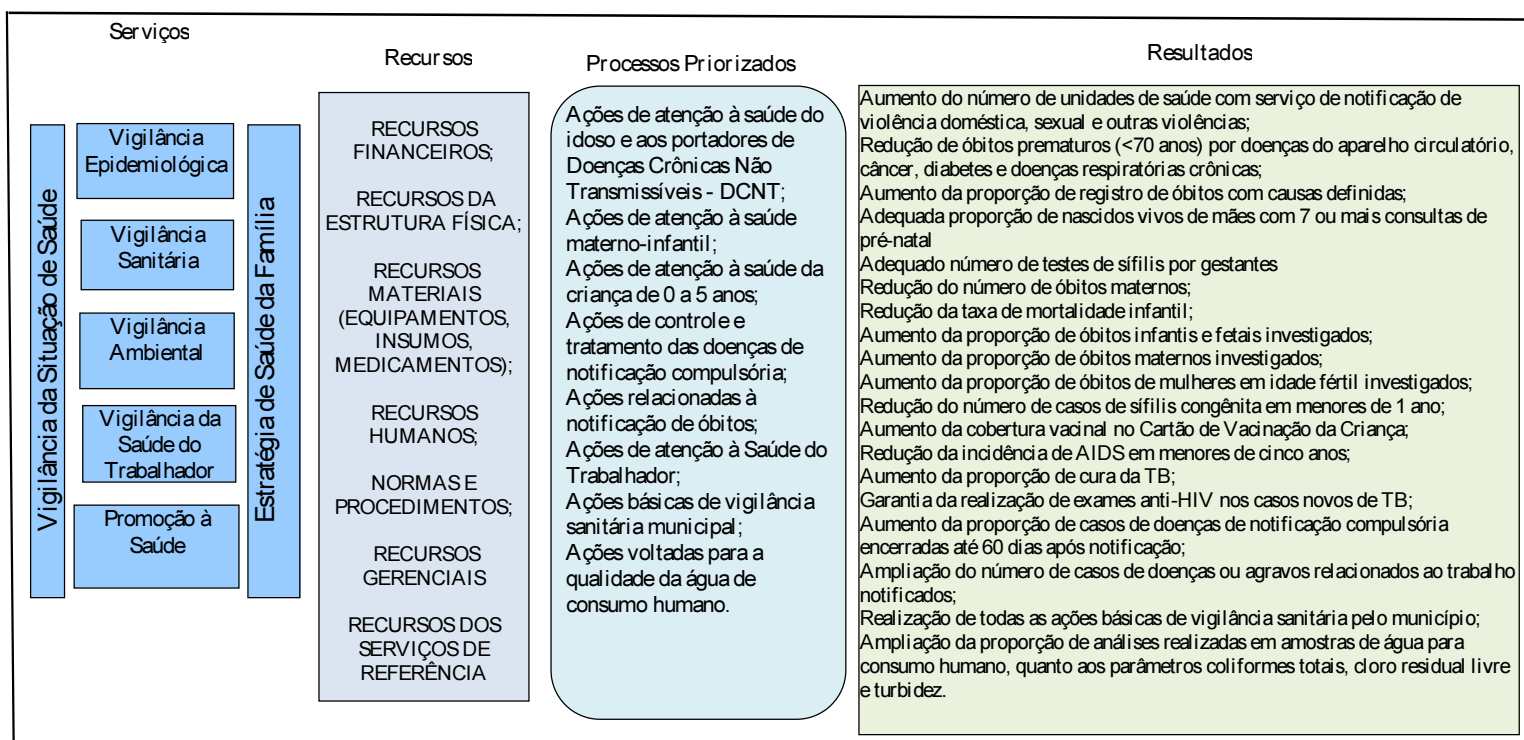


Fonte: Elaborado pela autora a partir de KLECZKOWSKI; ROEMER; WERFF (1984); MINAS GERAIS (2012; 2013b; 2014a)

Tal aporte teórico, aliado à complexidade que encerra a atual organização dos serviços da VS e APS, implica na pertinência de se modelar ações de saúde que sejam comuns às equipes, segundo atribuições estabelecidas pela RENASES, na perspectiva dos blocos de ações propostos para as vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental) ou políticas específicas (promoção à saúde, saúde do trabalhador). Faz-se pertinente associar a essas ações os respectivos indicadores de avaliação institucionalizados, a depender do contexto situacional de saúde.

Por sua vez, a operacionalização do PFVS no âmbito municipal envolve diferentes tipos de recursos da VS e da APS, para o desenvolvimento de ações segundo áreas específicas como VE, VISA, VA, Visat, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde. Esses diversos recursos (físicos, materiais, humanos, financeiros e gerenciais) necessários ao alcance de metas universais pactuadas pelos gestores municipais, em âmbito nacional, relacionam-se às ações previstas para a implantação do PFVS, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 – Síntese da Operacionalização dos Serviços da Vigilância em Saúde (VS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) conforme metas estaduais universais de Minas Gerais (MG), segundo Pacto de Transição 2013-2015, em interface com as propostas do Projeto de Fortalecimento da VS (PFVS)



Fonte: Elaborado pela autora a partir de MINAS GERAIS, 2013a; 2013b

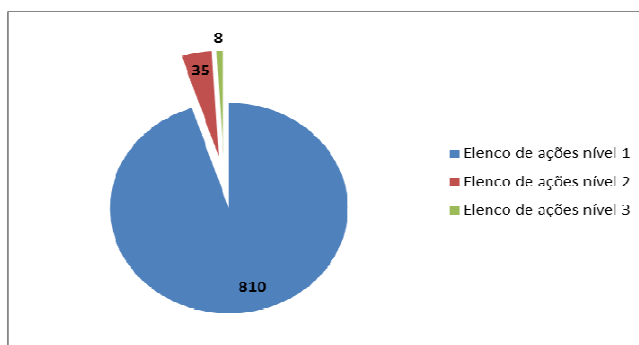
Fitzpatrick, Sanders e Worthen (2013) ressaltam que o desenvolvimento da teoria da proposta de intervenção, como no caso do Projeto estadual voltado à VS, possibilita identificar elementos não considerados em sua fundamentação e que podem comprometer o alcance de seus objetivos. Por sua vez, esses autores também destacam que tal embasamento teórico dos propósitos, meios e fatores condicionantes da intervenção são relevantes para a identificação de nós críticos pertinentes à implantação da proposta.

4. Metodologia

4.1 Contexto do estudo

A adesão dos gestores municipais ao projeto estadual considerou o pacto para a realização de um dos três tipos de elencos de ações de complexidade crescente em VS (tipo um, dois e três). Em 2013, houve adesão dos 853 municípios do estado e preconizou-se que apenas aqueles com 100 mil hab. ou mais poderiam pleitear a adesão tipo três ao PFVS, o que incluía 32 municípios em MG, (BRASIL, 2012b; MINAS GERAIS, 2013c). Os grupos de municípios, segundo tipo de elenco de ações assumidas em 2013, podem ser observados na Figura 3:

Figura 3- Distribuição de municípios segundo tipo de adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) e respectivo elenco de ações de VS, Minas Gerais, 2013



Fonte: MINAS GERAIS (2013d)

4.2 Tipos de estudos

Foram realizados estudos descritivos de bases de dados que permitiram a aproximação inicial com os aspectos do contexto municipal no que tange às políticas públicas e econômicas desenvolvidas, bem como, a caracterização dos serviços da VS (SANTANA et al., 2012). Em seguida, desenvolveu-se um estudo de caso único, tendo por objeto o PFVS, voltado à investigação de fenômenos contemporâneos em uma realidade social, ou seja, práticas em saúde no âmbito de múltiplos contextos de implantação deste Projeto (YIN, 2015).

4.2.1 Estudos descritivos de bases de dados

A primeira base de dados a ser considerada para análise abordava a avaliação das ações pactuadas e desenvolvidas pelos municípios do estado de MG em 2013, no que tange ao PFVS (MINAS GERAIS, 2013d). Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos dados a fim de identificar frequências e distribuições das variáveis, o que incluía 63 ações segundo áreas da Promoção, da Vigilância da Situação de Saúde, da Saúde do Trabalhador e das Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.

As referências às ações, como realizadas ou não, foram tomadas como variáveis dicotômicas (sim, não) e observou-se que havia o registro de 'Não se Aplica' para ações como investigação de óbitos, de doenças ou agravos de notificação compulsória e ações pertinentes à vigilância nutricional/alimentar de crianças ou gestantes. Esse tipo de registro foi proporcional ou superou as ações registradas como executadas ou não, respectivamente, na Vigilância da Situação de Saúde e nas Vigilâncias Epidemiológica ou Ambiental. Assim, considerou-se que os dados do banco em questão estavam comprometidos, podendo implicar em análises não fidedignas das realidades estudadas, o que justificou o seu descarte do estudo.

O segundo banco de dados considerado para análise foi o IMRS e constatou-se que este índice era bianual, publicado desde 2005 e os dados disponíveis mais atuais eram do ano de 2012 (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012). O banco em questão foi incluído no estudo, pois apresentava dados comparáveis, de abrangência e periodicidade adequadas, (JANUZZI, 2002).

A amostra do estudo sobre o IMRS incluiu o total dos 853 municípios de MG, onde 77% (675), 13% (111), 5% (38), 4% (28) e 1% (1) tinham respectivamente menos que 20 mil hab., entre 20 e 50 mil hab., entre 50 e 100 mil hab., entre 100 mil e 623 mil hab. e mais de dois milhões de hab. (BRASIL, 2012b). A população era predominantemente urbana, com densidade demográfica variando entre os municípios de 1 (um) a 7.347 (sete mil e trezentos e quarenta e sete) hab./Km², com média de 67,37 Km²hab., onde a faixa etária da população de menos de 15 anos, entre 15 a 65 anos e de mais de 65 anos, respectivamente, era de 21,8%, 69% e 9,2% (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012 O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM, com valor estipulado entre 0 (zero) a 1 (um), variava entre baixo (0,529) e muito alto (0,813), com média classificada como intermediária, de 0,668 (PNUD, 2012).

O IMRS, cujo valor também varia entre 0 (zero) a 1 (um), é composto pela média ponderada de índices relacionados a dez dimensões, com respectivos pesos, aferindo o desenvolvimento social local por meio de políticas públicas (saúde-15%, educação-15%, esporte/lazer/turismo-2%, cultura-8%, assistência social-12%, saneamento/habitação-8%, meio ambiente-8% e segurança pública-8%) e do desenvolvimento econômico por meio dos índices de renda/emprego-12% e das finanças municipais-12%.

Estudos que compararam o desenvolvimento econômico e as políticas públicas implementadas em territórios municipais, incluindo aqueles que abordaram esse tema a partir da análise do IMRS, apontaram que nem sempre havia correspondência entre variáveis como renda, eficiência da aplicação de recursos e políticas de saneamento, meio ambiente, habitação ou assistência social (SILVA et al, 2012; MAGALHÃES, WAKIM, 2012; FARIA, 2011). O maior aparato da segurança pública, por exemplo, em Minas Gerais, esteve relacionada ao porte populacional e à incidência de crimes violentos contra o patrimônio e homicídios (Ribeiro, Bastos, 2012).

Assim, optou-se por abordar os índices componentes do IMRS como variáveis, em uma análise descritiva simples, atribuindo-lhes a mesma carga, a partir de uma análise contínua do porte populacional dos 853 municípios mineiros. As variáveis consideradas foram porte populacional, Índice da Saúde, Índice da Educação, Índice da Cultura, Índice do Esporte/Lazer/Turismo, Índice da Assistência Social, Índice do Saneamento/Habitação, Índice do Meio Ambiente, Índice da Segurança Pública, Índice Renda/Emprego e Índice das Finanças Municipais.

O terceiro banco de dados considerado para análise abordava o diagnóstico local dos serviços da VS, preenchido por gestores municipais no ano de 2012 e 2014. Cada arquivo, segundo ano, continha ao total 144 questões a serem respondidas pelos gestores municipais, incluindo cerca de 120 questões pertinentes ao sistema municipal de saúde, com ênfase em aspectos da gestão, infraestrutura, disponibilidade de serviços de referência e ações pertinentes à VS. As respostas podiam ser registradas de forma quantificada (número e percentual), respostas descritivas simples como sim e não e outras que incluíram citações.

Foram excluídas as questões abertas devido à diversidade de respostas e aquelas que podiam estar limitadas a realidades municipais específicas como a existência de casos de hanseníase em tratamento, a disponibilidade de medicamentos estratégicos para pacientes em tratamento de tuberculose, a realização de ações de controle de portos, aeroportos e fronteiras, dentre outras.

Após uma análise descritiva prévia das variáveis pré-selecionadas que compunham o diagnóstico da VS municipal de 2012 e 2014, incluído a consolidação de um arquivo comparativo entre respondentes comuns nestes anos, priorizou-se apenas a análise do arquivo com os dados de 2014, por apresentar informações mais atuais e após dois anos de implantação do PFVS.

Esse banco de dados do diagnóstico da VS municipal de 2014 apresentou 792 respondentes ao instrumento de diagnóstico da VS e destes foram excluídos da análise 265 municípios, cujos campos dos diagnósticos apresentaram incompletudes maiores que 20%, consideradas por Romero e Cunha (2007) de qualidade ruim, comprometendo a caracterização dos serviços locais de vigilância. Após essa análise o banco de dados resultou em 527 municípios, o que representou 62% do total no estado, estando todas as 13 RAS representadas, bem como, as respectivas 77 Regiões de Saúde (MINAS GERAIS, 2014d).

O total de variáveis analisadas sobre a VS municipal foi de 309, organizadas por meio de trabalho manual e com o uso do Microsoft Access (versão 2010), devido à incompatibilidade com o programa original do banco de dados. Essas variáveis foram classificadas segundo grandes temas, onde as variáveis comuns às áreas da VS foram agrupadas segundo as seguintes categorias: 1) instrumentos de gestão - presença de regulamentos de serviços da VS instituídos, documentos de planejamento incluindo ações da VS, o uso de código sanitário e

de apoio jurídico; 2) financiamento - aplicação e captação de recursos; 3) RH - disponibilidade de categorias profissionais, qualificação de pessoal e carga horária do técnico de VS; 4) sistema de informação - existência de computador e de internet.

As variáveis específicas a cada área da VS foram organizadas para caracterizar:

- Disponibilidade de infraestrutura (espaço, materiais, equipamentos);
- Ações desenvolvidas na Promoção da Saúde (campanhas educativas, inquéritos/pesquisas/monitoramento sobre fatores de risco diversos, práticas físicas, vigilância alimentar, controle do tabagismo, ações de saúde na escola, ações voltadas à cultura da paz e não violência), na VE (vigilância, controle e investigação de agravos de notificação compulsória, imunização e campanhas educativas), na VISA (fiscalização e inspeção de estabelecimentos, educação em saúde para setor regulado e população, recebimento e atendimento de denúncias), na VA (vigilância e controle de agravos ou doenças transmitidas por vetores e animais peçonhentos, vigilância da água/ar/solo e de acidentes com produtos perigosos), na Visat (levantamento de perfil produtivo e epidemiológico do trabalhador, inspeção em ambientes de trabalho, notificação e comunicação de agravos à saúde do trabalhador) e na Vigilância da Situação de Saúde (investigação de óbitos, alimentação de sistemas de informação em saúde, análises da situação de saúde);
- Disponibilidade de serviços de referência (exames de diagnóstico ambulatoriais e consultas especializadas);
- Cobertura da ESF e existência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Observou-se em um primeiro momento que os 527 municípios da amostra do banco de diagnóstico local da VS (2014) possuíam os seguintes portes populacionais: 79% - até 20 mil hab., 14% - entre 20 e menos que 50 mil hab.; 4% - entre 20 e menos que 50 mil hab. e 3% entre 100 e menos que 391 mil hab. Assim, para este estudo, a critério do autor e tomando parcialmente a divisão utilizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, os municípios foram distribuídos em menos de 20.000 hab.; entre 20.000 a 49.999 hab. e mais de 50.000 hab. (BRASIL, 2004). Considerou-se também o tipo de adesão (um, dois, três) ao PFVS, de acordo com elencos de ações de complexidade crescente assumidas pela gestão municipal.

Foi realizada análise descritiva dos dados dos bancos trabalhados, o do IMRS (2012) e o do

diagnóstico municipal dos serviços da VS (2014), a fim de identificar distribuições e verificou-se que os dados não seguiam a distribuição Gaussiana (Normal), portanto, os testes realizados seguiram o padrão não-paramétrico. Assim, em ambos os bancos observou-se nas variáveis estudadas a distribuição das frequências relativas e medidas de posição como média, mediana, diferença interquartilica, valores mínimo e máximo. O grau de associação entre as variáveis baseou-se no coeficiente de correlação de Spearman, tomando como resultado estatisticamente significativo, os valores de $p < 0,05$. Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0, de 03 de março de 2013.

4.2.2 Estudo de caso único, com enfoques incorporados

O estudo de caso único sobre o PFVS utilizou-se de enfoques incorporados à sua implantação, tendo por unidades lógicas a integralidade da atenção em rede e a integralidade das práticas de saúde. Contou-se com estratégias para que o foco nessas unidades de análise não implicasse na perda de aspectos holísticos da implantação do PFVS, incluindo a abordagem sobre sua gestão e a consideração de contextos municipais diversos (YIN, 2015). Para tanto, houve a seleção de localidades em situações de contraste quanto ao nível de políticas públicas implementadas e a descentralização dos serviços da VS, visando captar a diversidade dos aspectos gerenciais e organizativos condicionantes à implantação da proposta política (MILES; HUBERMAN, 1994; DESLANDES; GOMES, 2004).

Os critérios de seleção foram inclusão de dois municípios cujo porte populacional fosse predominante segundo o tipo de adesão ao PFVS, com a mesma modalidade de gestão em saúde (Dupla – estadual e municipal ou Municipal) e em maior contraste quanto ao IMRS (BRASIL, 2012b; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012; MINAS GERAIS, 2013d; 2014c). Utilizou-se como desempate do IMRS, a maior desigualdade dos seus subíndices saúde, educação, assistência social, cultura, esporte/lazer, saneamento/habitação, ambiente, segurança pública, renda/emprego e finanças.

A seleção final previu ainda a exclusão subsequente de municípios que pertencessem a Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) já contempladas, de modo a garantir a máxima representatividade das treze existentes no estado.

O total foi de seis contextos municipais selecionados, conforme Quadro 4:

Quadro 4 – Características dos contextos municipais selecionados para análise da implantação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS)

Município	Tipo de adesão ao PFVS	Porte Populacional – habitantes (hab.)	IMRS	Região Ampliada de Saúde	Gestão em Saúde
A1	1	≥ 5 e < 10 mil hab.	0,468	1	Dupla
A2			0,674	2	Dupla
B1	2	≥ 20 e < 50 mil hab.	0,573	3	Dupla
B2			0,694	4	Dupla
C1	3	≥ 100 e < 500 mil hab.	0,573	5	Municipal
C2			0,626	6	Municipal

Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRASIL (2012b); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (2012); MINAS GERAIS (2013d; 2014c; 2015a)

Algumas características das regiões de planejamento do território do estado de MG, adotadas oficialmente pelo governo estadual, estão descritas no Quadro 5, buscando caracterizar as conjunturas demográficas e socioeconômicas que permeavam os contextos municipais selecionados para o estudo de caso único do PFVS, com incorporação de aspectos de sua implantação.

Quadro 5 - Características demográficas e socioeconômicas das Regiões de Planejamento do estado de Minas Gerais, segundo contexto municipal selecionado para análise de aspectos da implantação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde

Município	Região de Planejamento	População residente-2012 (%)	Índice de envelhecimento da população-2012 (%)	População acima de 15 anos analfabeta-2013 (%)	Produto Interno Bruto do estado-2012 (%)
A1	Jequitinhonha/Mucuri	5,06	38,81	19,9	1,95
A2	Centro Oeste de Minas	5,74	39,80	8,3	4,6
B1	Jequitinhonha/Mucuri	5,06	38,81	19,9	1,95
B2	Sul de Minas	13,19	40,5	5,3	12,94
C1	Central	35,64	40,10	7,6	45,6
C2	Rio Doce	8,23	39,96	11,9	5,56

Fonte: Elaborado pela autora a partir de FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (2012, 2014)

O entendimento de que a compreensão da realidade se faz por aproximação e de que é preciso exercitar a disposição de olhá-la por vários ângulos encaminhou à utilização de diferentes fontes de evidências, em busca da complementariedade das informações (DENZIN, 2009; YIN, 2015). Dessa forma, foi realizada uma revisão documental e entrevistas semiestruturadas com atores chave envolvidos com a implantação do PFVS e/ou com o desenvolvimento de ações pertinentes à sua operacionalização. Informações de caráter complementar foram obtidas em base de dados.

Os documentos foram obtidos no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), como: Relatório Anual de Gestão 2013, 2014 e 2015 e Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (BRASIL, 2016a). As informações sobre resultados de metas não disponíveis nos documentos foram coletadas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS (BRASIL, 2016b).

Foram entrevistados o gestor regional da VS segundo contexto municipal selecionado; os responsáveis pela coordenação municipal da APS e da VS; os profissionais de uma equipe de SF (médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde - ACS) e profissionais atuantes na equipe dos serviços de VS (Agente de Combate à Endemia – ACE e autoridade sanitária). Os profissionais que atuavam na SF ou na VS foram indicados pelos próprios gestores municipais pelo destaque quanto à organização dos respectivos processos de trabalho.

O critério de saturação teórica foi utilizado para dimensionar o número de entrevistas realizadas. Dessa forma, a coleta de informações foi encerrada a partir da constatação de que a inclusão de novos indivíduos não forneceria elementos adicionais para balizar ou aprofundar a teorização (FONTANELLA et al. 2011; MINAYO, 2014).

As entrevistas, a partir de roteiros semiestruturados (Apêndice 1), abordaram aspectos da gestão e da organização da atenção pertinentes a ações básicas previstas no PFVS, associadas a outras complementares que tinham relação com as metas universais pactuadas por gestores municipais entre 2013 e 2015. Os profissionais de saúde da VS e ESF, além de descrever o processo de trabalho inerente a cada ação, foram estimulados a expressar dificuldades ou estratégias para a realização das mesmas. Os gestores regionais e municipais também falaram sobre o desenvolvimento de tais ações e como percebiam a relação entre o PFVS e a descentralização destas no âmbito municipal.

O roteiro que guiou a coleta de informações pertinentes à revisão documental (Apêndice 1) também considerou as ações da VS previstas no PFVS, em interface com metas a serem alcançadas no Pacto pela Saúde (2013-2015), bem como, características da gestão e da organização da atenção relacionadas. Assim, tais ações estariam previstas no âmbito da APS, dentro do escopo das práticas da ESF e dos serviços da VS, tendo por complementariedade e retaguarda o suporte de categorias profissionais específicas ou de especialistas presentes em serviços da rede da saúde, como:

- NASF;
- Centro de Apoio Psicossocial (CAPS);
- Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Serviços com oferta de média e alta complexidade ambulatorial (exames de diagnose e

consultas especializadas);

- Serviços com oferta de média complexidade hospitalar (clínicas médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica);
- Serviços com oferta de alta complexidade hospitalar (cirurgias osteomusculares, oncológicas, de cabeça e pescoço, do sistema nervoso, do aparelho circulatório, Unidades Intensivas de Tratamento-UTI etc).

No intuito de qualificar o processo de trabalho do investigador, os roteiros de coleta das informações das entrevistas e dos documentos foram testados em um município-piloto (FONTANELLA, 2011). O critério de saturação teórica foi utilizado para dimensionar o número de entrevistas realizadas. Dessa forma, a coleta de informações foi encerrada a partir da constatação de que a inclusão de novos indivíduos não forneceria elementos adicionais para balizar ou aprofundar a teorização (FONTANELLA et al 2011; MINAYO, 2014).

A descrição sistematizada do conteúdo do material coletado nos municípios e a interpretação dos seus significados por meio da triangulação de dados visaram reforçar a relação entre os achados e os conceitos estudados, permitindo obter um conjunto único de conclusões sobre ações de saúde desenvolvidas em contextos menos ou mais favoráveis (YIN, 2015).

Em um primeiro momento, a pré-análise e a exploração do material, conforme Minayo (2014), permitiram recuperar o elemento central da investigação, a implantação do PFVS, cuja operacionalização previa o desenvolvimento de ações em saúde, tendo por ênfase a VS e a ESF.

As categorias analíticas que guiaram teoricamente o conhecimento sobre o PFVS foram: (1) integralidade da atenção enquanto serviços de saúde em rede, operacionalizados a partir da disponibilidade de recursos gerenciais, financeiros, físicos, materiais e humanos e (2) integralidade do cuidado, na perspectiva da dimensão técnica das práticas de saúde, ou seja, a lógica que orienta como as combinações tecnológicas são aplicadas na intervenção de problemas e necessidades de saúde, individuais ou coletivas (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2006c).

Essas dimensões remetem à concepção do modelo da Vigilância da Saúde, aliado às diretrizes, aos recursos e às ações previstas para a operacionalização do PFVS no âmbito

municipal, em interface com metas a serem alcançadas pelos gestores municipais no Pacto pela Saúde de 2013 a 2015 e com a organização da rede SUS proposta pelo Decreto Federal Nº 7508/2011 (BRASIL, 2011; MINAS GERAIS, 2013a; 2013b). Esse referencial proporcionou a definição das categorias operacionais preestabelecidas a partir da concepção sistêmica de Teixeira (2006c) sobre o modelo da Vigilância da saúde, as quais contemplam aspectos gerenciais, organizativos e técnico-assistenciais, descritas no Quadro 6.

A análise procurou articular as categorias operacionais gerencial, organizativa e técnico-assistencial, a partir das narrativas dos entrevistados, do conteúdo documental e dos dados complementares obtidos no DATASUS. Todos os depoimentos foram integralmente transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

Quadro 6 - Matriz de análise, segundo categorias operacionais, do contexto organizacional de implantação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) em municípios, de Minas Gerais, Brasil, 2012-2015

Categorias Operacionais		
Gerencial	Organizacional	Técnico-assistencial
Suficiência e qualificação de gestores regionais responsáveis pelo PFVS	Fluxo de encaminhamentos da VS e APS com demais serviços da rede	Ações de promoção da paz e prevenção de violência
Suficiência e qualificação de gestores municipais responsáveis pelo PFVS	Suficiência da cobertura da média e alta complexidade ambulatorial	Notificação de casos de violência no Sistema de Informação em Saúde
Estratégias de acompanhamento do PFVS pelas regionais de saúde	Suficiência da cobertura da média e alta complexidade hospitalar	Realização de atividades/práticas Físicas
Estratégias de interação entre Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Primária à Saúde (APS)	Suficiência da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à SF (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST)	Realização de ações de controle do uso do tabaco
Estratégias de planejamento em saúde	Adequação e suficiência de espaço físico, equipamentos,	Realização e registro de campanhas de vacinação contra influenza

municipal, relacionadas às ações de VS	materiais e insumos na ESF	
	Adequação e suficiência de espaço físico, equipamentos, materiais e insumos na VS	Acompanhamento de hipertensos e diabéticos
		Realização de sete ou mais consultas de pré-natal à gestante
		Aumento da cobertura vacinal do calendário básico de crianças de zero a dois anos
		Realização de vigilância nutricional e alimentar de gestantes e de crianças de zero a cinco anos
		Investigação oportuna (em até 120 dias) dos óbitos maternos declarados
		Investigação oportuna (em até 120 dias) dos óbitos fetais e infantis
		Notificação, digitação e encerramento de doenças de notificação compulsória
		Realização de diagnóstico do perfil produtivo e notificação de agravos ou doenças à Saúde do Trabalhador
		Realização de atividades educativas, de inspeções sanitárias, de identificação de riscos, de investigação de surtos e de acolhimento de demandas/reclamações/denúncias
		Realização de vigilância da qualidade da água

Fonte: Elaborado pela autora a partir de BRASIL (2011); MINAS GERAIS (2013a, b); TEIXEIRA (2006c)

5. Resultados

5.1 A responsabilidade social em Minas Gerais: o que expressam os índices?

Lucília Nunes de Assis¹
Eliete Albano de Azevedo Guimarães²
Thaís Claudino Viana³
Zélia Maria Profeta da Luz⁴

1- Doutoranda em Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas); Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); Av. Augusto de Lima, n. 1715, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP 30190-002; wcon.lucilia@terra.com.br; (31) 986981185.

2- Professora adjunta, Universidade Federal de São João del Rei/Faculdade de Enfermagem/MG; Pós-doutorado em Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas); Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Chanadour, Divinópolis, MG, Brasil, CEP 35.501-296; elietealbano@ufsj.edu.br; (37) 999024133

3- Estagiária, Graduação Estatística (UFMG); Instituto René Rachou/Fiocruz Minas; Av. Augusto de Lima, n. 1715, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP 30190-002; thais.viana@minas.fiocruz.br; (31) 32753613

4- Diretora Fiocruz Minas/Pesquisadora em Saúde Pública; Instituto René Rachou/Fiocruz Minas; Doutorado em Parasitologia (UFMG); Av. Augusto de Lima, n. 1715, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP 30190-002; profeta@minas.fiocruz.br; (31) 982024579

Resumo

O Índice Mineiro de Responsabilidade Social-IMRS do estado de Minas Gerais (MG) caracteriza a responsabilidade da gestão por meio de políticas públicas e econômicas. Este estudo objetivou analisar o IMRS, caracterizando políticas públicas nos 853 municípios de MG. Realizou-se estudo descritivo da base de dados do IMRS (2012). As variáveis foram porte populacional, índices de políticas públicas (Saúde, Educação, Cultura, Esporte/Lazer/Turismo, Assistência Social, Saneamento/Habitação, Meio Ambiente e Segurança Pública), Índices Renda/Emprego e Finanças. A distribuição de frequências, médias, medianas, diferenças interquartílicas e o Coeficiente de Spearman foram analisados. A média dos índices de políticas públicas alcançou menor resultado que o índice de renda/emprego na maioria dos municípios. As políticas de saúde e de segurança se destacaram e as políticas de habitação/saneamento e meio ambiente foram inexpressivas. Maior renda não implicou em melhor assistência social ($r = -0,18$; $p < 0,05$). Índices como o IMRS favorecem a análise da complexa realidade socioeconômica e seus indicadores desagregados podem contribuir para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Palavras-chave: Indicadores Sociais; Responsabilidade Social; Políticas Públicas

Abstract

The Counties' Responsibility Social Index (CRSI) of Minas Gerais (MG) State characterizes management responsibility through public and economic policies. The objective was to analyze the IMRS, characterizing public policies in the 853 of the state of MG counties. A descriptive study of CRSI database (2012) was carried out. The variables studied were population size, indexes of public policies (Health, Education, Culture, Sport/Leisure /Tourism, Social Assistance, Sanitation/Housing, Environment and Public Safety), Income/Employment and Finance Indexes. The distribution of frequencies, medians, means, interquartile differences and the Spearman coefficient ($p < 0.05$) were analyzed. The average of the indexes of public policies reached lower result than the index of income/employment in most counties. The health and safety policies stood out among the others and the policies of housing/sanitation and the environment were inexpressive. Higher income did not imply better social care ($r = -0.18$, $p < 0.05$). Public policy indexes, such as the CRSI, support the analysis of the complex socioeconomic reality and its disaggregated indicators can contribute to the formulation, implementation, monitoring and evaluation of public policies.

Key words: Social Indicators; Social Responsibility; Public Policies

Resumen

El índice Mineiro de Responsabilidad Social-IMRS del estado de Minas Gerais (MG) caracteriza la responsabilidad de la gestión por medio de políticas públicas y económicas. El objetivo del estudio fue analizar el IMRS, caracterizando políticas públicas en 853 municipios de MG. Se realizó un estudio descriptivo de base de datos do IMRS (2012). Las variables fueron de porte populacional, índices de políticas públicas (Salud, Educación, Cultura, Deporte/Lazer/Turismo, Asistencia Social, Saneamiento/Habitación, Medio Ambiente y Seguridad Pública), Índices Renda/Empleo y Finanzas. La distribución de frecuencias, medias, medianas, diferencias intercuantílicas y Coeficiente de Spearman fueron analizados. La média de los índices de políticas públicas alcanzó menor resultado que el índice de renda/empleo en la mayoría de los municipios. Las políticas de salud y de seguridad fueron las que se destacaron y las políticas de habitación/saneamiento y medio ambiente fueron inexpressivas. La mayor renda no implicó en la mejoría de la asistencia social ($r = -0,18$; $p < 0,05$). Índices como el IMRS favorecen el análisis de la compleja realidad socioeconómica

y sus indicadores desagregados pueden contribuir para la formulación, implementación, monitoramiento y evaluación de las políticas públicas.

Palabras-clave: Indicadores Sociales; Responsabilidad Social; Políticas Públicas

Introdução

O Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), elaborado pela Fundação João Pinheiro, com publicação bianual desde 2005, busca expressar a responsabilidade social na gestão pública por meio da implementação de um conjunto de políticas públicas (saúde, educação, esporte/lazer/turismo, cultura, assistência social, saneamento/habitação, meio ambiente e segurança), incluindo aspectos do desenvolvimento econômico, como renda/emprego e equilíbrio financeiro (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012).

Os critérios de elaboração do IMRS municipal consideram ações pertinentes aos três poderes do Estado e aos entes federados, a partir de uma base de dados com mais de 600 indicadores, incluindo dados comparáveis, de abrangência e periodicidade adequadas, conforme propriedades preconizadas para a elaboração de um indicador social com pretensão de ser empregado em pesquisas acadêmicas ou enquanto subsídio na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012; JANNUZZI, 2002).

O IMRS, como outros índices que se propõem a descrever uma realidade social, advém de conceitos amplos e complexos que implicam em fatores externos e internos que condicionam sua aplicabilidade enquanto ferramenta de gestão. Em uma dimensão mais geral, sua análise deve considerar o entrelaçamento entre o espaço da cidadania (direitos sociais) e o espaço das relações internacionais entre nações, por meio de trocas desiguais e submissão a diretrizes econômicas que constituem ameaças à soberania nacional (SANTOS, 1999).

Em um espaço particular, índices sociais expressam o Estado enquanto forma de organização de uma sociedade, incluindo grupos de interesses diversos no âmbito de instituições públicas e privadas, o que resulta em um mosaico dinâmico de enfrentamentos, trocas e acordos que se refletem na forma como as políticas são formuladas e implementadas (FALEIROS, 1992).

Assim, segundo a conjuntura de deslocamento das forças e respectivos interesses, são construídos processos diferenciados de representações que determinam os propósitos de um

governo, por meio de políticas públicas, voltadas a setores específicos da sociedade, onde as políticas sociais caracterizam o grau de compensação das iniquidades inerentes ao desenvolvimento socioeconômico do Estado capitalista (HOFLING, 2001; RIZZOTO, BORTOLOTO, 2011).

Já em uma dimensão mais singular, caberia ainda reconhecer limites inerentes aos índices sociais em decorrência da fragmentação no âmbito e entre as próprias instituições/organizações responsáveis pela formulação e/ou operacionalização das políticas públicas, sendo este um fator causa-efeito da dificuldade do planejamento integrado e da sinergia de intervenções quanto a setores diversos, relacionando renda/emprego, meio ambiente, saneamento, educação, saúde, dentre outros (HOFLING, 2001).

Diante da complexa realidade a ser retratada por índices e indicadores sociais, toma-se o município enquanto um espaço privilegiado para se investigar políticas públicas, compreendendo-o enquanto território vivo, delimitado e socialmente construído, onde a atual descentralização administrativa e tributária demanda e disponibiliza constantes informações pertinentes a indicadores sociodemográficos, como demonstra a composição do IMRS (JUNQUEIRA, 2004).

A questão em evidência centra-se em como um índice municipal, composto por subíndices e respectivos indicadores relacionados às estruturas/processos/resultados de áreas temáticas diversas, retrata a complexa realidade social a qual se refere. O presente estudo teve como objetivo analisar o IMRS (2012), caracterizando políticas públicas e a relação destas com aspectos econômicos no âmbito dos municípios de MG.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo da base de dados do IMRS (2012), realizado nos 853 municípios de MG, onde 77% (675), 13% (111), 5% (38), 4% (28) e 1% (1) tinham respectivamente menos que 20 mil hab., entre 20 e 50 mil hab., entre 50 e 100 mil hab., entre 100 mil e 623 mil hab. e mais de dois milhões de hab. (BRASIL, 2012b). A população era predominantemente urbana, com densidade demográfica variando entre os municípios de 1 (um) a 7.347 (sete mil e trezentos e quarenta e sete) hab./Km², onde a faixa etária da população de menos de 15 anos, entre 15 a 65 anos e de mais de 65 anos, respectivamente, era

de 21,8%, 69% e 9,2% (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM, com valor estipulado entre 0 (zero) a 1 (um), variava entre baixo (0,529) e muito alto (0,813), com média classificada como intermediária, de 0,668 (PNUD, 2012).

O IMRS, cujo valor também varia entre 0 (zero) a 1 (um), é composto pela média ponderada de índices relacionados a dez dimensões, com respectivos pesos, aferindo o desenvolvimento social local por meio de políticas públicas (saúde-15%, educação-15%, esporte/lazer/turismo-2%, cultura-8%, assistência social-12%, saneamento/habitação-8%, meio ambiente-8% e segurança pública-8%) e do desenvolvimento econômico por meio dos índices de renda/emprego-12% e das finanças municipais-12% (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012).

Esses subíndices do IMRS são compostos por conjuntos de indicadores que expressam, no geral, a institucionalização (regulamentação, capacidade de gestão, infraestrutura) e resultados (cobertura, qualidade das ações, impacto) das políticas consideradas.

Estudos que compararam o desenvolvimento econômico e as políticas públicas implementadas em territórios municipais, incluindo aqueles que abordaram esse tema a partir da análise do IMRS, apontaram que não havia correspondência entre variáveis como renda e saneamento, meio ambiente, habitação ou assistência social (SILVA et al, 2012; MAGALHÃES, WAKIM, 2012; FARIA, 2011). O maior aparato da segurança pública, por exemplo, esteve relacionada ao porte populacional e à incidência de crimes violentos contra o patrimônio e taxas de homicídios (RIBEIRO, BASTOS, 2012). Assim, optou-se por abordar os subíndices componentes do IMRS em uma análise descritiva simples, como se os pesos das variáveis possuísem a mesma carga.

As variáveis consideradas foram porte populacional, Índice da Saúde, Índice da Educação, Índice da Cultura, Índice do Esporte/Lazer/Turismo, Índice da Assistência Social, Índice do Saneamento/Habitação, Índice do Meio Ambiente, Índice da Segurança Pública, Índice Renda/Emprego e Índice das Finanças Municipais.

Adotou-se o referencial das faixas do IDHM, cujo valor também varia entre 0 (zero) a 1 (um), de modo que os índices componentes do IMRS pudessem classificar os municípios quanto a um cenário de políticas públicas segundo níveis: muito alto-0,800-1,000; alto-0,700-0,799;

médio-0,600-0,699; baixo-0,500-0,599 e muito baixo-0,000-0,499 (PNUD; IPEA; FUNDAÇÃO JOÃO PINNHEIRO, 2012).

Abordou-se o porte populacional dos municípios em uma análise contínua e foi realizada uma análise descritiva dos dados, a fim de identificar distribuições e verificou-se que os dados não seguiam a distribuição Gaussiana (Normal), portanto, os testes realizados seguiram o padrão não-paramétrico.

Observou-se nas variáveis estudadas a distribuição das frequências relativas e medidas de posição como média, mediana, diferença interquartilica, valores mínimo e máximo. O grau de associação entre as variáveis baseou-se no coeficiente de correlação de Spearman, tomando como resultado estatisticamente significativo, os valores de $p < 0,05$. Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0 (2013-04-03).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Pesquisa René Rachou (IRR) da Fundação Oswaldo Cruz, Parecer nº 874.775, de 2 de novembro de 2014.

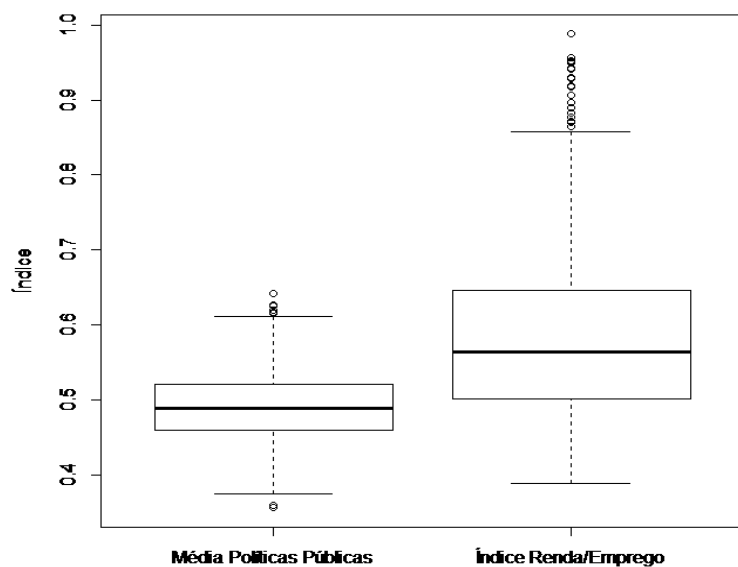
Resultados

O conjunto de políticas públicas (saúde, educação, esporte/lazer/turismo, cultura, assistência social, saneamento/habitação, meio ambiente e segurança pública) obteve melhores medianas e médias com o aumento da população do município, tendência que se repetiu com índices de renda e emprego mais favoráveis. Por outro lado, apenas 33 (4%) dos municípios mineiros obtiveram metade ou mais das políticas públicas classificadas com índice médio e alto, prevalecendo, nessa situação, municípios de até 50 mil hab.

Parte expressiva dos municípios mineiros, 382 (45%), apresentou metade ou mais das políticas públicas referidas classificadas como muito baixas e, nessa situação, prevaleceram os municípios de pequeno porte I (até 20 mil hab.), onde o índice de renda/emprego era baixo ou muito baixo, aquém do valor 0,600.

Os boxplots apresentados na Figura 1 demonstram a distribuição da média dos valores alcançados pelos índices do conjunto de políticas públicas, separadamente do índice renda/emprego, nos 853 municípios de MG.

Figura 1 – Distribuição da média dos índices de políticas públicas (saúde, educação, esporte/lazer/turismo, cultura, assistência social, saneamento/habitação, meio ambiente e segurança pública) e do índice renda/emprego nos municípios do Estado de Minas Gerais, 2012



Fonte: FUNDAÇÃO JOÃO PINNHEIRO, 2012

O primeiro boxplot demonstra que a média do conjunto dos índices de políticas públicas não alcançou nível médio (0,600 a 0,699) em mais de 75% dos municípios mineiros, havendo aqueles que apresentaram valores discrepantes da maioria, atingindo um nível muito baixo, menor que 0,500, ou próximo do nível alto (0,700-0,799) quanto às políticas públicas. No que tange ao segundo boxplot, visualiza-se a distribuição do índice renda/emprego, onde se observa que mais municípios se apresentaram na faixa média em comparação ao boxplot relacionado às políticas públicas, com alguns municípios diferenciados por apresentar índice

de renda/emprego muito alto, aproximando-se do valor máximo (um).

A relação da mediana dos índices de políticas públicas dos municípios com os respectivos índices de emprego/renda e de finanças expressaram uma associação positiva, respectivamente, com $r = 0,30$ e $r = 0,14$ ($p < 0,05$).

A síntese da relação entre o índice renda/emprego e média do conjunto dos demais índices de políticas públicas nos municípios de MG está expressa na Tabela 1, onde se constata que predominaram municípios com índices de renda/emprego e de políticas públicas de nível baixo. Por sua vez, também se identificou, como já esboçado na Figura 1, que municípios pontuais, com melhores índices de renda/emprego, não obtiveram índices de políticas públicas correspondentes.

Tabela 1- Número e percentual de municípios do Estado de Minas Gerais, segundo o índice renda/emprego e a média dos índices de políticas públicas (saúde, educação, esporte/lazer/turismo, cultura, assistência social, saneamento/habitação, meio ambiente e segurança pública), 2012

Índices	Número de municípios segundo índice renda/emprego (%)	Número de municípios segundo média dos índices das políticas públicas (%)
Muito alto (0,800 a 1)	43 (5)	0
Alto (0,700 a 0,799)	94 (11)	0
Médio (0,600 a 0,699)	179 (21)	34 (4)
Baixo (0,500 a 0,599)	341 (40)	435 (51)
Muito baixo (0,400 a 0,499)	196 (23)	384 (45)

Fonte: FUNDAÇÃO JOÃO PINNHEIRO (2012)

A Tabela 2 apresenta os índices componentes do IMRS, segundo municípios do Estado de MG, apontando que a saúde se destacou dentre as políticas públicas, seguida da segurança

pública, estando ambas relacionadas por um coeficiente de Spearman de 0,22 ($p < 0,05$), em uma fraca associação.

Tabela 2 - Medianas, Diferenças Interquartílicas (Q1-Q3), Mínimo e Máximo dos índices componentes do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS) em municípios do Estado de Minas Gerais, 2012

Variáveis	Mediana (Q1-Q3)	Mínimo	Máximo
Índice Saúde	0,74 (0,11)	0,45	0,94
Índice Finanças Municipais	0,73 (0,14)	0,54	0,99
Índice Segurança Pública	0,70 (0,12)	0,31	0,92
Índice Cultura	0,69 (0,12)	0	0,86
Índice Assistência Social	0,57 (0,11)	0,31	0,74
Índice Renda/Emprego	0,56 (0,14)	0,39	0,99
Índice Educação	0,53 (0,01)	0,30	0,72
Índice Saneamento/Habitação	0,46 (0,06)	0,28	0,69
Índice Meio Ambiente	0,30 (0,15)	0,03	0,80
Índice Esporte/Turismo/Lazer	0,12 (0,17)	0	0,81

Fonte: FUNDAÇÃO JOÃO PINNHEIRO, 2012

O índice das finanças municipais, que expressa o equilíbrio financeiro entre receitas e despesas, classificou-se como muito alto, alto, médio e baixo, em respectivamente, 28%, 37%, 34% e 1% dos municípios mineiros. No geral, o coeficiente de Spearman também demonstrou que municípios de maior renda tinham uma leve tendência de ter maior equilíbrio das finanças públicas ($r = 0,29$; $p < 0,05$).

A quase totalidade dos municípios apresentou índices classificados como muito baixos ou baixos para as políticas de esporte/turismo/lazer, saneamento/habitação e meio ambiente. Dentre esses, apenas o índice saneamento/habitação obteve associação com o índice da saúde ($r = 0,27$; $p < 0,05$).

A análise individual dos índices de políticas públicas apontou que a saúde, a educação, o esporte/lazer/turismo, a cultura, a assistência social e o saneamento/habitação associaram-se ao Índice de Renda /Emprego dos municípios, ressaltando que, no que tange ao Índice da Assistência Social, houve uma tendência inversa entre os valores, com $r = - 0,18$ ($p < 0,05$).

Já os Índices de Meio Ambiente e Segurança Pública não tiveram relação com a renda/emprego municipal ($p > 0,05$), sendo que tanto a Saúde ($r = - 0,31$; $p < 0,05$) como a Segurança Pública ($r = - 0,41$; $p < 0,05$) apresentaram tendência decrescente em municípios com maior população no Estado de Minas Gerais.

Discussão

A análise do IMRS, apesar de ter sido operacionalizada por meio de uma estatística de cunho descritivo, expressou a complexa realidade social dos municípios de MG em 2012. Foi possível verificar a dependência da maioria das políticas públicas quanto ao nível de renda/emprego e do equilíbrio das finanças locais. Entretanto, essa subordinação não necessariamente implicou em evidente desenvolvimento de saneamento básico, da proteção ao meio ambiente, bem como, da assistência social.

Esses fatos podem ser considerados a partir da reflexão crítica sobre o próprio papel do Estado na atual conjuntura mundial, fragilizado enquanto protetor social, em convivência ou submetido às regras de mercado e participante da naturalização de processos que envolvem interesses conflituosos e relações desiguais de poder entre indivíduos, famílias, grupos ou nações (STREECK, 2013).

Os achados contraditórios sobre desenvolvimento econômico local e respostas às necessidades sociais, aliados a um conjunto relevante de municípios com desfavorável desenvolvimento de políticas públicas, também dialogam com a análise de Lobato (2009) sobre o período pós-constitucional do país, onde foram reconhecidos os avanços da institucionalização das políticas públicas e a ênfase na questão social, admitindo-se, porém, que estas se desenvolvem sem um consenso consolidado sobre políticas redistributivas ou a responsabilização estatal sobre o bem-estar dos indivíduos e coletividade.

Tal fato se respalda na atual restrição orçamentária imposta ao setor público pela Emenda Constitucional 95/2016, ilustram um momento da história nacional de ameaça ao compromisso consensuado entre países nas últimas décadas quanto à garantia da saúde a partir de sua determinação econômica e social, precedente para a equidade quanto a uma vida mais justa (PERIAGO et al., 2007). Esse cenário seria um agravante, conforme apontamentos do estudo, para as políticas públicas já comprometidas de municípios mineiros de menor porte populacional, renda e equilíbrio das finanças.

É a partir desse tipo de análise conjuntural, aliada ao significativo número de municípios com pouco desenvolvimento de políticas relacionadas à promoção da saúde, como saneamento/habitação, meio ambiente e esporte/turismo/lazer, que se discute os achados sobre o destaque alcançado pela saúde, o que remete à reflexão sobre as variáveis consideradas na composição deste índice, relacionadas à morbimortalidade e à cobertura de serviços da atenção primária.

É a partir desse tipo de análise conjuntural que se discute o destaque alcançado pela saúde nos achados deste estudo, um direito constitucional legitimado nos tempos atuais pela população brasileira enquanto política pública prioritária para suas vidas e de suas famílias e, ao mesmo tempo, cerceado pelo subsídio público ao setor privado e limites inerentes à regulamentação pós-constitucional do financiamento do SUS (IPEA, 2013). É nessa relação de forças que se revela a possibilidade de que determinantes macroestruturais não anulem por completo processos de resistência, exemplificados na constante defesa da saúde pela sociedade civil, organizada ou não, tornando o setor pauta constante da agenda político-institucional dos poderes executivo, legislativo e judiciário (PAIM et al., 2011).

Já o índice de Segurança Pública, outra política que se sobressaiu, encontrou coerência com a gravidade da situação no país, onde nos últimos 20 anos, seiscentas mil pessoas foram assassinadas, o que coloca o Brasil no ranking dos países da América Latina e Caribe com maior número de anos de vida prematuramente perdidos por violência interpessoal, sendo superado apenas pela Venezuela (MURRAY et al., 2016). Nesse aspecto, de 2005 a 2015, o estado de MG destacou-se pelo incremento da taxa de homicídios e de acidentes de trânsito com vítimas fatais, além do aumento da proporção de mortes violentas por causas não definidas, associadas ao possível subregistro oficial (CIDS, 2017; IPEA, 2017).

O fato do estudo apontar que metade ou mais dos municípios mineiros apresentava em 2012 Índices de Segurança classificados como alto decorreu de resultados expressos por meio de indicadores sobre criminalidade, recursos humanos disponíveis e esforço orçamentário na área (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012). Essas são informações que podem guiar intervenções sobre a situação de violência anteriormente descrita, desde que o problema seja considerado enquanto uma questão social multifacetada, o que demandaria a superação de limites financeiros e operacionais associados à articulação intra e intersetorial e à integralidade da atenção em saúde.

Para tanto, estratégias e mecanismos de gestão teriam que ser desenvolvidos para orientar processos decisórios e compatibilizar diferentes projetos sociais a fim de favorecer a redução dos impactos da violência e prevenir comportamentos violentos (SAKATA; EGRY; NARCHI, 2014). A análise conjunta de Índices de Segurança, Saúde, Educação, Cultura, Lazer/Esporte/Turismo seria essencial para o planejamento de ações de promoção e proteção à vida, o que mudaria a ênfase quanto aos resultados voltados à redução da morbimortalidade.

A importância do saneamento básico e da habitação na proteção à saúde da população, na minimização das consequências da pobreza e na preservação do meio ambiente é fato que se subsidia em extenso referencial teórico (GALVÃO; FINKELMAN; HENAO, 2011). Por sua vez, a oferta de serviços de saneamento e acesso à água potável, elementos intrínsecos à moradia, apesar de obterem status recente de direitos humanos em resolução da Organização das Nações Unidas, não é uma realidade para segmentos populacionais vulneráveis, em diversos países (UNITES NATIONS GENERAL ASSEMBLY, 2014; BROWN; NEVES-SILVA; HELLER, 2016).

Essas demandas, historicamente reprimidas e exemplificadas nos baixos índices de saneamento/habitação nos municípios mineiros, possuem como exemplo de resposta pontual, o marco legal e regulatório das políticas nacionais de saneamento e a política habitacional incluída no Programa de Aceleração do Crescimento-PAC (TONELLA, 2013). A operacionalização de tais propósitos contou com o incremento de recursos a partir de 2003, mas tal investimento teve pouco significado se comparado com a riqueza do Produto Interno Bruto – PIB do país em período correspondente (BORJA, 2014).

A precária situação de significativa parte dos municípios de Minas Gerais quanto à disponibilidade de habitações, de domicílios com estrutura sanitária e de coleta de lixo estaria contemplada hoje em um total de 3.329 empreendimentos do PAC, segundo Ministério do Planejamento, onde cerca de 33% já foram concluídos, 42% estão em obras e o restante em processo de planejamento ou licitação- 25% (BRASIL, 2018).

Dentre os empreendimentos referidos há destaque para a construção de creches/pré-escola, unidades básicas de saúde, quadras esportivas nas escolas, além de ações de saneamento (despoluição do Rio São Francisco, abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo). Nenhum desses empreendimentos se referiu ao programa habitacional Minha Casa Minha Vida, sendo que as ações que mais se aproximaram desta política são aquelas pertinentes à melhoria habitacional para o combate à doença de Chagas e urbanização de assentamentos precários.

No que tange em específico ao saneamento básico, Souza e Costa (2013) detalharam os limites institucionais desta política, revelando a conjuntura que antecedeu sua formalização, constituída por um embate histórico, envolvendo representantes das companhias estaduais de saneamento, detentoras de grande parte da tecnologia e da infraestrutura para a oferta atual dos serviços, e representantes dos gestores municipais, em defesa da titularidade dos mesmos.

Os resultados do conflito, apontados pelos autores referidos, revelaram que a perda coube à sociedade civil, conforme os vetos à criação de uma instância de controle social quanto às decisões das empresas prestadoras e à implantação de um fundo universal regulado por interesses de múltiplos atores, além da permanência de impasses relacionados ao domínio do provimento dos serviços.

A não incorporação pelas políticas públicas de conceitos pertinentes aos direitos humanos básicos, além de penalizar os mais vulneráveis, transmite diretrizes contraditórias e pouco claras que comprometem seus métodos de implementação pelas organizações (MATUS, 2000).

Assim, não se pode considerar como imprevisto que a operacionalização das políticas nacionais de habitação e saneamento tenha encontrado dificuldades no âmbito político-institucional das organizações, no que tange à capacidade da gestão pública e ao domínio

técnico-operacional das obras, tendo por exemplos: o despreparo administrativo dos municípios em organizar os programas de saneamento e habitação; a ausência de instâncias de coordenação e de pactuação intra e intersetorial; a morosidade de processos licitatórios; a dificuldade de interface com questões ambientais; a concessão de longos prazos de execução das obras; as dificuldades relacionadas aos projetos de engenharia e respectiva fiscalização, dentre outros (VALERO, 2014).

Mais temerária ainda é a situação apontada pelo estudo quanto às políticas públicas voltadas ao meio ambiente e seus recursos, abordada no IMRS por indicadores de proteção à cobertura vegetal e às bacias hidrográficas, visto que estas concorrem de forma direta com propostas de incremento à economia, seja por um modelo neoextrativista ou neodesenvolvimentista, impondo o desafio de conciliar crescimento econômico, bem estar social e meio ambiente, pilares que em desequilíbrio comprometem a vida humana quanto à sua qualidade ou própria viabilidade futura (MILANEZ; SANTOS, 2015).

Conferências, fóruns e diretrizes políticas diversas em todo o mundo, publicizadas pela ONU (2017), abordam temas pertinentes aos objetivos da Agenda da Sustentabilidade Global 2030, o que diante do contexto anteriormente exposto, suscita o questionamento sobre o real efeito desses movimentos no fortalecimento do compromisso dos países quanto a esta sustentabilidade. O momento atual vivenciado no país corrobora essa discussão, quando um grupo de coalização conservador no Congresso Brasileiro força a aprovação de legislações que ameaçam a proteção ambiental e os povos indígenas (TOLLEFSON, 2018).

Nesse ponto, a questão central se volta a uma concepção de justiça social pública e compartilhada, frente ao atual paradigma de desenvolvimento econômico, fundamentado no incremento da produção e do consumo. Uma abordagem do problema em um espaço mais particular envolveria a formulação e implementação de políticas públicas que se potencializariam a partir de objetivos comuns, como a redução da pobreza por meio da assistência social, articulada à educação e à possibilidade de inserção no mercado ou, por exemplo, a distribuição de energia elétrica, associada à disponibilização de sistemas de irrigação para o desenvolvimento da agricultura, agregada a políticas de regulação pertinentes e ao incentivo para o desenvolvimento de tecnologias limpas (NILSSON; GRIGGS; VISBECK, 2016).

Assim, estudos sobre a intersectorialidade, enquanto compartilhamento de saberes e complementariedade da ação humana, seriam um meio de favorecer a operacionalização de políticas públicas voltadas à qualidade de vida, por relacionar necessidades individuais e coletivas pertinentes a áreas diversas, como saúde, educação, esporte/lazer, cultura, segurança, meio ambiente, dentre outras.

Conclusão

A análise do IMRS possibilitou comparar o desenvolvimento entre diferentes políticas públicas, revelando setores prioritários como a saúde e segurança pública, além de sugerir relações concorrentes e/ou divergentes entre a implementação do conjunto de políticas públicas e as políticas econômicas. Já a aplicabilidade do IMRS, a partir das análises conjunturais aqui discutidas, pode favorecer a organização de forças e interesses capazes de qualificar as políticas públicas e econômicas formalizadas, bem como a efetividade das mesmas pela complementariedade entre elas.

Referências Bibliográficas

BORJA, Patrícia Campos. Política pública de saneamento básico: um análise da recente experiência brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 432-447, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0432.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 jul. 2004. Disponível em: <www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento-PAC. Infraestrutura Social urbana. 2018. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana>. Acesso em: mar 2018.

BROWN, Colin; NEVES-SILVA, Priscila.; HELLER, Léo. The human right to water and sanitation: a new perspective for public policies. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 661-670, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0661.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

CIDS – CENTRO INTEGRADO DE INFORMAÇÕES DE DEFESA SOCIAL. Diagnóstico de acidentes de trânsito MG 2014 – 2015. 2017. Disponível em:

http://vias-seguras.com/os_acidentes/estatisticas/estatisticas_estaduais/estatisticas_de_acidentes_no_esta

do de minas gerais/acidentes em minas gerais estudos e pesquisas das autoridades locais. Acesso em: 18 out. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estado, Sociedad y Políticas Sociales. In: FLEURY, S. (Org.) Estado y Políticas Sociales en América Latina. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Fiocruz, ENSP, 1992. p. 79-119.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Índice Mineiro de Responsabilidade Social. Dados do IMRS. 2012. Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/>>. Acesso em: 07 mar. 2015.

GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo; HENAO, Samuel. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Washington / Rio de Janeiro: OPAS/FIOCRUZ, 2011. 601 p.

FARIA, Luiz Carlos de Souza et al. Indicadores de Qualidade de Vida nos Municípios Mineiros e Eficiência Alocativa de Recursos Públicos. Sociedade, Contabilidade e Gestão. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, out. 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufjf.br/index.php/scg/article/view/13229>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

HOFLING, Heloisa Mattos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. Cad.Cedes, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov.2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas da Violência. 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf>. Acesso em: 13 out.2018.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde e educação são as prioridades dos brasileiros, aponta Ipea. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/porta/index.php?option=com_content&view=article&id=20859>. Acesso em: 13 out.2016.

JANNUZZI, Paulo Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. RAP, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427/5011>>. Acesso em: 01 set. 2016.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde Soc., São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, apr. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7105>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

LOBATO, Lenaura Vasconcelos Costa. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/08.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

MAGALHÃES, Elizete Aparecida; WAKIM, Vasconcelos Reis. Análise de Eficiência dos Municípios de Minas Gerais: uma abordagem sobre o IMRS no ano de 2010. Disponível

em: <http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/economia/118-191-1-RV_2016_10_09_00_40_34_001.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2017.

MATUS Carlos. Como aumentar a capacidade de governo dirigente. In: O líder sem estado-maior. São Paulo: FUNDAP, 2000. p. 31-49.

MILANEZ, Bruno; SANTOS, Rodrigo S.P. Topsy-turvy neo-developmentalism: an analysis of the current Brazilian model of development. *Revista de Estudios Sociales*, Bogotá, n. 53, p. 12-28, jul.-set. 2015. Disponível em: <<https://res.uniandes.edu.co/view.php/1006/index.php?id=1006>>. Acesso: 28 out. 2016.

MURRAY, Christopher J.L.; LOPEZ, Alan D.; NAGHAVI, Mohsen; WANG, Haidong. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, Philadelphia, v. 388, n. 10053, p. 1603-58, oct. 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31012-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31012-1.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2016.

NILSSON, Mans; GRIGGS, Dave; VISBECK, Martin. Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals. *Nature*, vol. 534, n. 7607, p. 320-322, 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/news/policy-map-the-interactions-between-sustainable-development-goals-1.20075>>. Acesso em 30 dez. 2016.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDADE. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. 2016. Disponível em: <<http://www.un.org/sustainabledevelopment/>> Acesso em: 11 dez. 2017.

PAIM, Jaimilson Silva; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, Philadelphia, v. 377, n 9779, p. 11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

PERIAGO, Mirta Roses; GALVAO, Luiz Augusto; CORVALAN, Carlos; FINKELMAN, Jacobo. Saúde ambiental na América Latina e no Caribe: numa encruzilhada. *Saude soc.*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 14-19, dec. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS DO DESENVOLVIMENTO; IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/GOVERNO DE MINAS GERAIS. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. O Atlas.O IDHM. 2012. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm>. Acesso em: 19 ago. 2016.

RIBEIRO, Ludmila Mendonça Lopes; BASTOS, Luiza Meira. Algumas Notas Sobre Segurança Pública e Municípios: Uma Análise do Caso de Minas Gerais. *Revista Estudos Política*. Campina Grande, vol. 1, nº 2, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufcg.edu.br/ch/index.php/REP/article/view/129/98>> . Acesso em: 15 nov. 2017.

SAKATA, Karen Namie; EGRY Emiko Yoshikawa; NARCHI, Nádia Zanon. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 48, Esp. 2, p. 208-215, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00197.pdf> Acesso em: 22 out. 2017.

SANTOS, Boaventura. Pela Mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade. In: *O Estado e os Modos de Produção de Poder Social*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 103-113.

SILVA, Ambrosina Pereira Abreu et al. Contabilidade, Gestão e Governança. *Brasília*, v. 15, n. 1, p. 96 - 114, 2012. Disponível em <<https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/view/389>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

STREECK, Wolfgang. Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático. *Lisboa: ACTUAL*, 2013, 293p.

TEIXEIRA, Solange Maria. Sistema de Proteção Social Brasileiro na Contemporaneidade: “Novas” Relações entre Estado e Sociedade? *Rev. FSA, Teresina*, v. 10, n. 1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://189.43.21.151/revista/index.php/fsa/article/view/115/66>>. Acesso em: 03 out. 2016.

TOLLEFSON Jeff. Brazil's lawmakers renew push to weaken environmental rules. *Nature*, n. 557, p. 17, abr. 2018. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/d41586-018-05022-2>> Acesso em 24 set. 2018.

TONELLA, Celene. Políticas urbanas no Brasil: marcos legais, sujeitos e instituições. *Soc. estado. Brasília*, v. 28, n. 1, p. 29-52, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v28n1/03.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2016.

UNITES NATIONS GENERAL ASSEMBLY (UNGA). Resolution adopted by the General Assembly on 28 July 2010: The Human Right to Water and Sanitation. Geneva: UNGA, 2014. UN Document A/Res/64/292. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/292>. Acesso em: 20 dez. 2016

VALERO, Martin Junior. Análise dos investimentos em abastecimento de água potável do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no Ministério das Cidades 2007-2013. 2014. 104 fls. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio De Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-782414>>. Acesso em: 27 ago. 2016.

5.2 A descentralização da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014

Lucília Nunes de Assis¹
Eliete Albano de Azevedo Guimarães²
Juliana Vaz de Melo Mambri³
Filipe Curzio Laguardia⁴
Nayara Dornela Quintino⁴
Davidson Silva⁵
Zélia Maria Profeta da Luz³

1- Doutoranda, Instituto René Rachou/Fiocruz Minas; Superintendência de Pesquisa, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil; wcon.lucilia@terra.com.br

2- Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, MG, Brasil; elietalbano@hotmail.com

3- Pós Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz Minas, Belo Horizonte, MG, Brasil; juliana.mambri@minas.fiocruz.br; profeta@minas.fiocruz.br

4- Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil; filipelaguardia@yahoo.com.br; nayaradornela@yahoo.com.br

5- Diretoria de Regulação Assistencial, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil; davidsonsilva81@gmail.com

Resumo

O Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde implantado em 2012, em Minas Gerais (MG), visava descentralização da VS, subsidiada no diagnóstico local. Objetivo: Caracterizar os serviços municipais de vigilância em saúde no estado de Minas Gerais em 2014. Métodos: Estudo transversal que analisou diagnósticos de 527 (62%) municípios. As variáveis comuns às áreas da VS foram instrumentos de gestão, financiamento, categoria profissional, qualificação e sistema de informação. Aquelas específicas às áreas da VS caracterizaram infraestrutura, serviços de referência e ações. Analisaram-se frequências, medianas, diferenças interquartílicas e coeficiente de Spearman ($p < 0,05$). Resultados: Observou-se associação entre instrumentos de gestão, disponibilidade de categorias profissionais, sistema de informação e porte populacional ($p < 0,001$). Identificou-se infraestrutura insuficiente nas Vigilâncias Sanitária e Ambiental e predomínio das ações programáticas frente àquelas de monitoramento. Conclusões: O desafio da VS demanda enfrentamentos no campo da gestão, das práticas e do financiamento.

Palavras-chave: Vigilância em saúde; Integralidade; Programas de saúde; Avaliação de projetos de saúde

Abstract

The Health Surveillance (HS) Strengthening Project implemented in 2012, in Minas Gerais, aimed at decentralizing HS, subsidized in the local diagnosis. Objective: Characterizes the local HS services in the state of Minas Gerais in 2014. Methods: Descriptive study that analyzed 527 (62%) counties. The common variables to the HS areas were instruments of management, financing, professional category, qualification and information system. Those specific to the VS areas characterized infrastructure, reference services and actions. Frequencies, medians, interquartile differences and Spearman's coefficient ($p < 0.05$) were analyzed. Results: An association among management tools, availability of professional categories, information system and population size ($p < 0.001$) was observed. Insufficient infrastructure was observed in the Sanitary and Environmental Surveillance and predominance of the programmatic actions against the monitoring actions. Conclusion: The challenge of HS demands confrontations in the field of management, practices and financing. Keywords: Health surveillance; Integrity; Health programs; Evaluation of health projects

Introdução

O desenvolvimento e a institucionalização da Vigilância em Saúde (VS) no Brasil envolvem um contínuo aperfeiçoamento das políticas formuladas, a partir da construção de conhecimentos sobre o tema e das práticas de saúde implementadas.¹ O desafio da reorientação da vigilância para além da doença, abordando determinantes e condicionantes da situação de saúde, associa-se à necessária incorporação da V. Ambiental (VA), da V. da Saúde do Trabalhador (VISAT), da Promoção da Saúde às tradicionais áreas da V. Epidemiológica (VE) e da V. Sanitária (VISA).² A imagem objetivo das políticas da VS perpassa por esse diálogo, sem desconsiderar especificidades, enquanto resposta à complexidade do quadro sanitário brasileiro.

A inclusão de princípios como territorialidade, planejamento e decisões baseadas em evidências são pressupostos para a articulação das ações de promoção, de diagnóstico precoce, de proteção e de assistência na saúde.³⁻⁴ Assim, a interação entre os processos de trabalho entre as áreas da VS, em interface com a Vigilância da Situação de Saúde, têm por requisito a transformação dos saberes e das práticas de gestão e de atenção.⁵⁻⁶

Em Minas Gerais (MG) a proposta denominada Projeto de Fortalecimento da Vigilância em

Saúde (PFVS) objetivou a descentralização das ações e serviços da VS de forma articulada à Atenção Primária à Saúde (APS), sustentando-se na reorganização das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde; no repasse de recursos financeiros estaduais aos municípios, conforme tipo de adesão (um, dois, três) a elencos de ações de complexidade crescente em VS e na qualificação de Recursos Humanos (RH) em saúde.⁷⁻⁹

Os tipos/níveis de adesão referiam-se ao compromisso do gestor municipal em executar conjuntos de ações de VS organizados em função do nível de análise e monitoramento da situação de saúde, dos tipos de diagnósticos laboratoriais ou protocolos clínicos/terapêuticos desenvolvidos e dos tipos de estabelecimento sob responsabilidade da VISA municipal^{7,8}. No nível de adesão 3 incluiu-se também o critério populacional, onde no qual apenas municípios com 100 mil habitantes (hab.) ou mais podiam pleitear este nível.

O estado de Minas Gerais é composto por 853 municípios, distribuídos em 13 regiões ampliadas de saúde e 77 regiões de saúde, as quais são consideradas a base territorial de planejamento da atenção à saúde.¹⁰ Os municípios apresentam distintas realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias, com variações no tamanho populacional.¹¹

Para a operacionalização da política local e o monitoramento da implementação do PFVS foi elaborado um Instrumento de Diagnóstico Local da VS que coletou informações sobre os meios e ferramentas de gestão, a disponibilidade de recursos diversos, a oferta de procedimentos em serviços de referência e a realização de ações segundo área da VS.¹² Assim, o reconhecimento e a sistematização de normas, processos de trabalho e finalidades da área poderiam subsidiar e orientar a implantação desses serviços em cenários municipais diversos.¹³

O presente trabalho teve por objetivo caracterizar os serviços municipais de VS em saúde no estado de MG em 2014, contribuindo para sua descentralização.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que analisou aspectos organizacionais da VS municipal, a partir das informações do Diagnóstico Local da VS, realizado em MG, no ano de 2014. O diagnóstico foi o marco inicial da implantação do PFVS que subsidiou a orientação e pactuação de serviços de vigilância municipais.¹²

Para este estudo, os municípios foram distribuídos pelo porte populacional (Menos de 20.000 hab.; 20.000 – 49.999 hab.; mais de 50.000 hab.) e tipo de adesão (um, dois, três) ao PFVS, de acordo com elencos de ações de complexidade crescente assumidas pela gestão municipal.

Foram analisados os dados dos 853 municípios que preencheram o instrumento de diagnóstico de VS, em 2014. A consistência da base de dados foi considerada, verificando-se a incompletude dos campos do formulário quanto à ausência de informações e existência de duplicidades de registros.

As variáveis analisadas referem-se à organização da VS – VE, VA, VISA, Visat, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde– agrupadas como:

- Instrumentos de gestão (presença de regulamentos de serviços da VS instituídos, documentos de planejamento incluindo VS, uso de código sanitário e existência de apoio jurídico);
- Financiamento (alocação de recursos conforme Bloco de Financiamento da VS, aplicação de taxas e multas);
- RH (categorias profissionais presentes, qualificações realizadas, existência de carga horária diária de técnico de VS);
- Sistema de informação (presença de computador, presença de internet);
- Disponibilidade de infraestrutura (Espaços físicos, Materiais, Equipamentos);
- Ações desenvolvidas na Promoção da Saúde, VE, VISA, VA, Visat, Vigilância da Situação de Saúde;
- Oferta em serviços de referência (exames diagnósticos, consultas especializadas), cobertura da ESF e existência do NASF.

Realizou-se a análise descritiva dos dados verificando-se a distribuição das frequências relativas e medidas de posição como mediana e diferença interquartilica. O grau de associação entre as variáveis baseou-se no coeficiente de correlação de Spearman, tomando como resultado estatisticamente significativo, os valores de $p < 0,05$. As análises incluíram avaliação contínua e estratificada do porte populacional. Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0 (2013-04-03).

Este trabalho não apresentou conflito de interesses e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/CpQRR, Parecer nº 874.775, de 2 de novembro de 2014.

Resultados

Dos 853 municípios elegíveis, 792 responderam ao instrumento de diagnóstico da VS em 2014. Destes, foram excluídos da análise 265 municípios, com campos não preenchidos, superiores a 20%, considerados de qualidade ruim por comprometer a caracterização dos serviços locais de vigilância.¹⁴ Após análise da consistência da base de dados, foram incluídos no estudo, 527 municípios, o que representou 62% do total no estado de MG.

Dentre o total dos municípios selecionados, 417 (79%) apresentaram menos de 20 mil hab., 75 (14%) entre 20.000 e 49.999 hab. e 35 (7%) tinham mais de 50.000 hab. Quanto ao tipo de adesão ao PFVS observou-se que 511 (97%) tinham adesão tipo um, 14 (2,5%) adesão tipo dois e 2 (0,5%) adesão tipo três.

A Tabela 1 mostra o tipo de adesão ao PFVS e aspectos da gestão, do financiamento, da disponibilidade de RH, de computador e de internet segundo os estratos do porte populacional dos municípios.

Tabela 1. Frequência das variáveis Tipo de Adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), Instrumentos de Gestão, Financiamento, Recursos Humanos e Sistema de Informação segundo porte populacional de 527 municípios, Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde, Minas Gerais, 2014.

Variáveis	Porte populacional (habitantes)					
	Menos de 20.000		20.000- 49.999		Mais de 50.000	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Adesão ao PFVS						
1	415	99,0	71	95,0	25	71,0
2	2	1,0	4	5,0	8	23,0
3	0	0	0	0	2	6,0
Instrumentos de Gestão						
Regulamentos de serviços da VS instituídos	32	8,0	13	17,0	11	31,0
Uso de código sanitário	311	75,0	64	85,0	34	97,0
Existência de apoio jurídico	289	69,0	58	77,0	28	80,0
Documentos institucionais de planejamento incluindo VS	396	95,0	75	100	35	100
Financiamento						
Alocação de recursos conforme Bloco de Financiamento da VS	404	97,0	74	99,0	35	100
Aplicação de Taxas e Multas VISA	61	15,0	15	20,0	10	29,0
Recursos Humanos						
Categorias profissionais referidas no diagnóstico presentes	44	11,0	20	27,0	8	23,0
Qualificações referidas no diagnóstico realizadas	37	9,0	8	11,0	6	17,0
Existência de carga horária diária de técnico de VS	59	14,0	46	61,0	27	77,0
Sistema de Informação						
Presença de Computador	120	29,0	31	41,0	20	57,0
Presença de Internet	189	45,0	42	56,0	27	77,0

Nota1: Em geral, as localidades de maior porte na amostra de 527 municípios apresentaram associação positiva ($p < 0,0001$) com todas as variáveis relacionadas aos instrumentos de gestão, financiamento e recursos humanos.

Os resultados apontaram um aumento gradativo dos aspectos relacionados à organização da VS com o porte populacional dos municípios, mas também a presença de diversas deficiências nesses serviços. Esse último fato pode explicar a adesão majoritária ao elenco de ações básicas em VS propostas pelo PFVS. Dentre os 14 municípios da amostra com mais de 100 mil hab. e que poderiam pactuar a realização de ações de maior complexidade, dez deles optaram por adesão às ações básicas em VS.

Na Tabela 1 pode-se verificar que foi baixo, variando de 8% a 31% entre os estratos populacionais, o número de municípios com regulamentos (leis, portarias) que instituíam a VS local. A atuação da VISA sem o respaldo da aplicação de taxas ou multas, também pode ser constatada em grande parte das localidades. Com relação aos recursos humanos verificou-se insuficiência de categorias profissionais atuantes na VS, além de baixos percentuais de municípios com pessoal qualificado. Nos municípios com menos de 20.000 hab. apenas 14% apresentavam técnico da VS atuando com uma carga horária média de seis horas semanais. A existência de computadores para cada área específica da VS também foi baixa, bem como a disponibilidade da internet (Tabela1).

A análise das categorias profissionais mostrou que no quadro de pessoal dos municípios nem sempre estava disponível coordenador da VS com dedicação exclusiva, referências com formação técnica em VS, em Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) ou em ST.

Com relação à disponibilidade de infraestrutura, as melhores situações foram observadas na VE e na Promoção da Saúde, áreas que também se destacaram quanto às ações desenvolvidas (Tabela 2). A infraestrutura e as ações desenvolvidas pela VISAT municipal apresentaram a mesma mediana nos diferentes estratos populacionais.

As áreas da VA e VISA apresentaram os piores resultados quanto à disponibilidade de espaços físicos, materiais e equipamentos, principalmente em municípios com menos de 50 mil hab. Com relação ao elenco de equipamentos relacionados à VA, a análise desta variável apontou que mais da metade deles, como bomba costal, lupa entomológica, microscópio, medidor de cloro, dentre outros, faltavam em 77% (404) dos municípios da amostra, sendo que 22% (126) não registraram nenhum equipamento.

As ações desenvolvidas na promoção da saúde referiam-se, de forma predominante, aos Programas como Saúde na Escola, Controle do Tabagismo, Academia da Cidade, Vigilância Alimentar e Nutricional. Aquelas relacionadas ao controle das DANT ou envolvendo educação em saúde ou monitoramento da situação de saúde alcançaram 0% a 50% de execução em metade dos municípios da amostra.

Tabela 2. Medianas e Diferenças Interquartílicas (Q1-Q3) das variáveis Disponibilidade de Infraestrutura, Ações desenvolvidas e Oferta em Serviços de Referência, segundo porte populacional, Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde Minas Gerais, 2014.

Variáveis	Porte populacional-habitantes		
	Menos de 20.000	20.000 – 49.999	Mais de 50.000
	Mediana (Q1-Q3)	Mediana (Q1-Q3)	Mediana (Q1-Q3)
Disponibilidade de Infraestrutura (Espaços físicos, Materiais, Equipamentos)			
V. Epidemiológica	66 (15)	73 (14)	81 (16)
V. Sanitária	43 (32)	55 (24)	67 (26)
V. Ambiental	40 (30)	59 (33)	79 (17)
V. Saúde	67 (67)	67 (67)	67 (33)
Trabalhador			
Promoção da Saúde	67 (22)	72 (21)	80 (26)
Ações desenvolvidas na VS			
V. Epidemiológica	85 (23)	85 (15)	92 (15)
V. Sanitária	73 (32)	82 (23)	82 (18)
V. Ambiental	60 (33)	80 (20)	80 (13)
V. Saúde	63 (25)	63 (25)	63 (25)
Trabalhador			
Promoção da Saúde	83 (33)	83 (17)	83 (33)
V. Situação Saúde	64 (20)	72 (16)	76 (26)
Oferta em Serviços de Referência (Exames diagnósticos, Consultas especializadas)			
V. Epidemiológica	63 (46)	73 (32)	83 (19)
V. Ambiental	33 (100)	67 (100)	67 (100)
V. Saúde	47 (54)	55 (62)	65 (86)
Trabalhador			

Nota 1: A Vigilância Sanitária e a Vigilância da Situação de Saúde não referiram encaminhamentos aos Serviços de Referência.

Nota 2: A Promoção da Saúde referiu apenas solicitação de Hemograma Completo aos serviços de referência, onde cerca de 12 a 16% dos municípios, segundo extrato populacional, referiram não ter disponibilidade para esse exame

A oferta em serviços de referência apontou a VE como área com maior disponibilidade de encaminhamentos para a realização de exames diagnósticos e consultas especializadas (Tabela2). A menor oferta foi constatada em municípios com menos de 20 mil hab., seja para a VE, VA ou Visat.

A análise da cobertura da ESF e do NASF apontou que a oferta de equipamentos utilizados na realização de atividades físicas ($p < 0,001$) e de ações de promoção e proteção à saúde ($p < 0,0001$) correlacionou-se somente com a presença do NASF.

Discussão

A caracterização dos serviços da VS municipal demonstrou que o PFVS apresentava fatores condicionantes à sua implantação, relacionados a aspectos da gestão, da infraestrutura e da organização dos serviços em rede. Há sinais de que o desenvolvimento das ações de VS propostas requeira uma análise do contexto municipal e um planejamento comum entre áreas da VS e demais unidades de saúde, tendo por diretrizes o apoio em evidências e a integralidade da atenção. O não preenchimento do diagnóstico local por cerca de 40% dos municípios do estado e inconsistências no instrumento de coleta podem ter sido fatores limitantes à análise.

A insuficiente institucionalização dos serviços da VS no âmbito dos sistemas municipais de saúde foi incoerente com as afirmativas quanto à incorporação de ações da VS em documentos institucionalizados como Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão. A própria planificação apresenta indícios de comprometimento, considerando o déficit de infraestrutura relacionado aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), imprescindíveis ao monitoramento e avaliação dos processos e resultados pertinentes às ações de VS propostas.

Essa reflexão também deve incorporar os SIS para além do seu aparato tecnológico, mas enquanto ferramenta de uma análise dinâmica e publicizada da situação de saúde, enquanto apoio para a regulação dos processos de trabalho e a superação do caráter prescritivo e burocrático do planejamento no setor.¹⁵⁻¹⁶

Os problemas detectados quanto à força de trabalho atuante nos serviços municipais da VS em MG coincidiram com resultados de estudos de base local, em outros estados, que identificaram a insuficiência e a deficiência da formação de profissionais para atuação na perspectiva da integralidade da atenção, causas plausíveis das ações pontuais e fragmentadas da VS entre suas áreas e nos demais serviços da rede.¹⁷⁻¹⁸

Respostas a esses entraves puderam ser identificadas a partir de ações recentes de formação pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e pela oferta de cursos de Educação Permanente em Saúde (EPS), via Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), ambas com foco na VS.¹⁹⁻²⁰ Independente da modalidade da ação educativa

proposta, o essencial é que esta se desenvolva a partir da realidade do território em que se insere o trabalhador da saúde, em prol da ressignificação das práticas e envolvimento da comunidade.²¹

Já o fato do maior déficit quanto à infraestrutura ocorrer nos serviços da VA e da VISA pode ser relacionado às dificuldades que estes serviços enfrentam quanto ao financiamento e à articulação intersetorial, o que envolve desafios no âmbito político e técnico-operacional.²²⁻²⁴ Isso ressalta a necessidade de maior investigação quanto ao desenvolvimento das ações referidas pelos municípios, principalmente no que tange à VISA, incluindo o fato do instrumento de diagnóstico não apresentar a descrição de exames relacionados à sua atuação.

Tal ausência pode expressar um problema inerente ao instrumento de diagnóstico em questão, bem como, uma dificuldade histórico-institucional da VISA em estabelecer interface com as demais práticas de saúde, o que pode contribuir para que não esteja contemplada em um planejamento prévio que lhe garanta retaguarda laboratorial.²⁵

O papel do NASF na operacionalização de ações da Promoção da Saúde encontrou respaldo em um estudo nacional que identificou o maior desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas em municípios com a presença destes serviços, com destaque para a Região Sudeste.²⁶ Já a execução dessas ações de forma predominante, a partir de programas verticalizados, explica-se pelo caráter prescritivo destes, com implantação precedida por objetivos bem definidos, repasse de recursos financeiros e/ou de infraestrutura específicos, sem exigir capacidade de gestão ou mudanças no núcleo duro das práticas de saúde.²⁷

Os limites da integralidade da VS no que tange aos serviços de diagnose e consultas especializadas encontra consonância com aspectos da própria implantação do PFVS ao não abordar as diferenças de conformação dessa rede de serviços entre as regiões do estado.^{7-8,11} Essa é uma questão crítica que envolve macrodeterminantes políticos e financeiros que fomentam o acesso baseado na oferta do serviço contratado/conveniado, a insuficiência e ineficácia da rede laboratorial, a governança regional imediatista e conflitante, resultando em fatos visíveis como a falta de responsabilização quanto ao cuidado horizontal do usuário em rede e o comprometimento do vínculo.²⁸⁻³⁰

Estudos apontam que a atenção da saúde em rede tem por pressuposto repensar a

conformação das Regiões de Saúde a partir de conjunturas políticas, aspectos demográficos, socioeconômicos e sanitários distintos, contando com um papel mais proativo dos gestores municipais.³¹ Assim, o PFVS, na atual gestão estadual denominado como Programa de Monitoramento das Ações de VS, pode ser instrumento oportuno ao apoio à qualificação dos gestores e referências técnicas em espaços como as Comissões Intergestores Regionais de Saúde ou no próprio município.³²

Ações pontuais também podem ser identificadas no âmbito de alguns municípios para o enfrentamento de algumas questões referidas como investimento na regulação descentralizada e informatizada para o monitoramento de filas de espera, além da implantação de prontuários eletrônicos e diretrizes para a assistência, enquanto ferramentas de gestão do sistema e da clínica, compatíveis com a proposta de integração da atenção primária aos demais serviços da rede.³³

Essa reflexão encontra referência em Cecílio³⁴ ao apontar que a integralidade da atenção se constrói em equipes multiprofissionais de saúde, onde nas quais processos de trabalho solidários constituem-se de um conjunto de saberes e práticas voltadas às necessidades de saúde do indivíduo e do coletivo. Essa integralidade também está na forma como os serviços se organizam e se articulam para uma abordagem potencializada das necessidades de saúde.³⁵

Conclusão

As fragilidades dos serviços da VS municipal identificadas por meio dos municípios respondentes podem explicar a ausência de informações por parte significativa dos demais, revelando a importância das distintas realidades dos contextos municipais para a implantação do PFVS. Esse fato sustenta uma avaliação da atual proposta na perspectiva de assegurar a proteção da população, priorizando regiões de saúde com maiores iniquidades socioeconômicas e de acesso a serviços. Tal reflexão implicaria em considerar as localidades de menor porte populacional e suas respectivas capacidades de gestão (municipal ou compartilhada).

Já as limitações do instrumento de diagnóstico apontam para a necessária interação entre atores das áreas da VS e da APS no próprio âmbito estadual, enquanto condutores da implementação da proposta política. A reelaboração em conjunto desse instrumento seria um

meio de fomentar um planejamento estratégico que potencializaria as ações da VS e a percepção da convergência das metas pactuadas pelos diversos setores.

Tal diálogo, subsidiado na análise do contexto municipal e regional, seria um meio de delinear as interfaces e especificidades dos processos de trabalho entre serviços no âmbito local no que tange às ações da VS, bem como, a relação destes com os índices de resolubilidade da média e alta complexidade regional. A adequação do diagnóstico em uma base de dados apropriada à análise e de fácil acesso também seria um elemento importante a ser considerado.

Referências

1. Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da Saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010[acesso 2 fev 2016]; 15(4): 2215-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a36v15n4.pdf>
2. Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*. 2015[acesso 20 dez 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>
3. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ; Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 567-586.
4. Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In Teixeira CF; Solla JP, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 59-83.
5. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009[acesso 25 out 2016]; 14(3): 929-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/29.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1378 de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*. 29 jul 2013.
7. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS nº 1.061 de 14 de fevereiro de 2012. Aprova o edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. *Diário Oficial do Estado*. 29 fev 2012.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.763 de 19 de março de 2014. Aprova o Edital de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, 2014-2015. *Diário Oficial do Estado*. 21 mar 2014.

9. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Profissionais da Vigilância em Saúde são capacitados.2014[acesso 15 mai 2015]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/6684-profissionais-da-vigilancia-em-saude-sao-capacitados>
10. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo II da Deliberação CIB-SUS nº 1.979 de 18 de novembro de 2014. A descrição dos municípios de Minas Gerais conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR-SUS/MG), após ajuste de 2014. 2014[acesso 10 jun 2015]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20-%20PDR%202014.pdf>
11. Malachias I, Leles FAG, Pinto MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. 112 p.
12. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Banco de dados Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde de Minas Gerais [Disco Rígido – HD interno: excel 2010]. Belo Horizonte: Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde; 2014.
13. Patrício KP, Michaloski LCR, Rujula MJP. Vigilância em Saúde. In: Ibanez N, Mangein-Elias PE, Seixas PHD, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 354-73.
14. Romero ED, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos. Cad. Saúde Pública. 2007[acesso 10 jun 2015]; 23(3): 701-714. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300028
15. Moraes IHS. Sistemas de Informação em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook;2014. p. 649-65.
16. Guimarães EAA, Hartz ZMA, Loyola-Filho AI, Meira AJ, Profeta ZML. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Municípios de Minas Gerais. Cad. Saúde Pública. 2013[acesso 20 jul 2015]; 29(10): 2105-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a26v29n10.pdf>
17. Taliberti H. Indicadores de dimensionamento de profissionais para a vigilância em saúde do município de São Paulo.2014[acesso 10 out 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sms-8543>
18. Teixeira MG, Costa MC, Souza LP, Nascimento EM, Barreto ML, Barbosa N, Carmo EH. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. Rev Panam Salud Publica. 2012[acesso 01 jun 2015]; 32(1):49-55. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a08.pdf>
19. Brasil. Universidade Aberta do SUS–UNASUS.2015[acesso 01 jun15]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/cursos>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Escolas Técnicas do SUS. Técnico em Vigilância em

Saúde.2015[acesso 01 jun 2015]. Disponível em:

<http://www.retsus.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-vigilancia-em-saude>

21. Rimoli J. Análise de uma intervenção em centros de saúde e seu impacto na gestão. In: Merhy EE, Magalhães-Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2007.p.199-297.
22. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2006[acesso 10 jun 2015]; 40(1):170-7. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40n1/27131.pdf>
23. Oliveira CMO, Cruz MM. Sistemas de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde Debate. 2015[acesso 10 jun 2015]; 39(104): 255-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>
24. Aith F, Dallari SG. Vigilância em Saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. Rev Direito Sanitário.2009[acesso 10 jun 2015; 10(2):94-125. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165/14972>
25. Lucena RCB. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. Rev. Adm. Pública. 2015[acesso 9 jun 2016];49(5):1107-20.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n5/0034-7612-rap-49-05-01107.pdf>
26. Gomes GAO, Kokubun E, Mieke GI, Ramos LR, Pratt M, Parra DC et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. Cad. Saúde Pública 2014[acesso 9 jun 2015]; 30(10): 2155-69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001002155&script=sci_abstract
27. Silva GAP, Teixeira MA, Costa MCN. Estratégias de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos de Riscos: Campanhas, Programas, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde e Vigilância da Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 391-400.
28. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Rev. Saúde Pública. 2014[acesso 10 out 2016]; 48(4):622-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf
29. Solla SP, Paim JS. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.p. 343-52.
30. Vidigal PG, Resende LMH, Cardodo JPG, Seabra LCS, Maia MR, Mendes TAA et al. Challenges of the Unified Health System: present status of public laboratory services in 31 cities of Minas Gerais, Brazil. J. Bras. Patol. Med. Lab. 2014[acesso 2017 Aug 05]; 50(2): 115-123. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v50n2/1676-2444-jbpml-50-02-0115.pdf>
31. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciênc. saúde coletiva 2010 Ago [acesso

2017 Fev 13]; 15(5): 2317-2326. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>

32. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 5.484 de 17 de novembro de 2016. Estabelece normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado. 29 nov 2016.

33. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011[acesso 10 ago 2015]; 377(9779):1778-97. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/references](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/references)

34. Cecílio LCO. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009.p. 117-30.

35. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8 ed. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009.p. 43-68.

5.3 Artigo 3

O Contexto Organizacional do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: desafios e potencialidades

Lucília Nunes de Assis¹
Eliete Albano de Azevedo Guimarães²
Rose Ferraz Carmo³
Zélia Maria Profeta da Luz⁴

1- Analista em Educação e Pesquisa em Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); Mestrado em Medicina Comunitária (ISC-UFBA); Doutoranda em Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas); Rua Aristóteles Caldeira, 1010/501, Bairro Grajaú, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP 30431-108; wcon.lucilia@terra.com.br; (31) 986981185.

2- Professora adjunta, Universidade Federal de São João del Rei/Faculdade de Enfermagem/MG; Pós-doutorado em Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas); Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Chanadour, Divinópolis, MG, Brasil, CEP 35.501-296; elietealbano@ufsj.edu.br; (37) 999024133

3- Analista em Educação e Pesquisa em Saúde; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG); Mestrado e Doutorado em Medicina Veterinária (UF Viçosa); Pós-doutorado na área de Saúde Coletiva (IRR/Fiocruz Minas); Avenida Augusto de Lima, 2.061, sala 219, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP 30190-002; rferrazcarmo@gmail.com; (31) 991961227

4- Diretora Fiocruz Minas/Pesquisadora em Saúde Pública; Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz Minas; Doutorado em Parasitologia (UFMG); Av. Augusto de Lima, n. 1715, Barro Preto, Belo Horizonte, MG, Brasil, CEP 30190-002; profeta@minas.fiocruz.br; (31) 982024579

Resumo

A integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde perpassa pela incorporação em rede de ações da Vigilância em Saúde (VS). O Projeto de Fortalecimento da VS (PFVS) em Minas Gerais (MG) almejou essa integralidade por meio da interface entre VS e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste estudo buscou-se compreender o contexto organizacional da implementação do PFVS. O método empregado foi estudo de caso único (o PFVS) a partir de contextos municipais diversos. Foram analisados documentos de planificação e realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores regionais, municipais e profissionais de saúde. As dimensões integralidade da atenção em rede e do cuidado nortearam a análise dos depoimentos. Os resultados apontaram que limites financeiros e de oferta da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar condicionaram a integralidade da VS. Houve

contribuição para a organização de processos de trabalho e deficiência da interação entre equipes da VS e ESF. A pactuação das metas do PFVS entre os serviços, considerando o contexto municipal, a atenção em rede e a interação entre os atores sociais envolvidos, favoreceria o alcance de resultados efetivos para a saúde.

Palavras-chave: Vigilância; Vigilância em Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Integralidade em Saúde.

Abstract

The integrality of the attention in the Public Health System (SUS) runs through the network incorporation of Health Surveillance (HS) actions. The HS Strengthening Project (HSSP) in Minas Gerais (MG) aimed the interface this service with the Family Health Strategy (FHS). In this study, we sought to understand the organizational context of HSSP implementation. The method used was a single case study (the HSSP) from several municipal contexts. Planning documents were analyzed and semi-structured interviews were conducted with regional, municipal managers and health professionals. The integrality dimensions related to network care and health practices guided the analysis of the statements. The results showed that the financial and supply limits of the medium and high complexity ambulatorial and hospital conditioned the integrality of HS. There was contribution to the organization of work processes and deficiency of interaction between HS and FHS teams. The agreement of the SSHP goals between services considering the municipal context, the attention in network and the interaction among the social actors involved would favor the achievement of effective health outcomes.

Keywords: Surveillance; Public Health Surveillance; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Integrality

Introdução

Nas últimas décadas, o esforço para contemplar a integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) tem refletido em políticas de saúde que incorporam diretrizes para a reorientação das ações e serviços da Vigilância em Saúde (VS), na perspectiva da articulação dos serviços em rede e também no que tange às práticas de saúde.

A operacionalização dessas políticas encontra referência no proeminente papel atribuído à

Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto centro coordenador do cuidado, cuja política prioritária para a expansão de ações e serviços à população fundamenta-se na Estratégia Saúde da Família-ESF (MENDES, 2010; OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

As próprias diretrizes de implantação da ESF, ao ter por base o território, a análise permanente da situação de saúde e a avaliação dos processos desenvolvidos, conforme modelo da Vigilância da Saúde, são atributos que favorecem a integralidade por meio da articulação das ações de promoção, de screening, de proteção e de assistência para o enfrentamento de problemas de saúde (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2006a).

Assim, com o propósito de promover a descentralização da VS de forma articulada à ESF em um esforço de contemplar a integralidade da atenção, tão cara ao SUS, mas ainda pouco “operacionalizada”, sobretudo no que diz respeito à VS, em 2012 a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) assumiu como desafio implantar o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS).

Tal intervenção apoiou-se na gestão dos processos pelas regionais de saúde; na qualificação de Recursos Humanos (RH) e no repasse de recursos financeiros estaduais aos municípios, conforme tipo de adesão (um, dois e três) a elencos de ações de complexidade crescente em VS, com a definição de pré-requisitos voltados à organização e integração de processos da gestão e das práticas de saúde nos territórios (MINAS GERAIS, 2012).

O PFVS pressupunha mudanças em processos de trabalho das equipes da vigilância e da saúde da família, o que remete a questões sobre a viabilidade da interação de práticas de promoção, proteção e assistência à saúde, sustentadas por ferramentas de gestão e organização dos serviços em rede, em prol da integralidade da atenção (TEIXEIRA, 2006a).

O desafio em questão implica na incorporação de saberes diversos e (re)conhecimento do território frente às necessidades de saúde de sua população, a fim de se modelar ações de saúde que sejam comuns às equipes, na perspectiva dos blocos de ações propostos para as vigilâncias (sanitária, epidemiológica e ambiental) e políticas específicas (promoção da saúde e saúde do trabalhador).

A compreensão dos fatores que nortearam a concepção do PFVS, aliados à caracterização da sua implementação em contextos municipais diversos, são relevantes para obtenção de resultados efetivos e sustentabilidade do programa. Nesse sentido, este estudo buscou compreender o contexto organizacional da implantação do PFVS, identificando respectivos desafios e estratégias para o alcance da integralidade da VS a partir da rede de serviços e das práticas de saúde.

Metodologia

Foi realizado um estudo de caso único sobre o PFVS e para compreender a natureza global do contexto organizacional deste Programa foram incluídos no estudo seis municípios, com características diversas inclusive no que diz respeito à gestão dos serviços de saúde (YIN, 2015).

A seleção dos municípios subsidiou-se em estudos prévios sobre o Índice Mineiro de Responsabilidade Social-IMRS e sobre o diagnóstico local da VS em municípios de MG (ASSIS et al., 2017; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2012). Foram selecionados seis municípios pareados segundo um dos três tipos de adesão ao PFVS e com respectivo porte populacional predominante, a mesma modalidade de gestão em saúde e maior contraste quanto ao Índice Mineiro de Responsabilidade Social-IMRS.

Utilizou-se como desempate do IMRS, a maior desigualdade dos seus subíndices de saúde, educação, assistência social, cultura, esporte/lazer, saneamento/habitação, ambiente, segurança pública, renda/emprego e finanças. A seleção final previu, ainda, a exclusão subsequente de municípios de Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) já contempladas (Tabela 1).

Tabela 1– Características dos contextos municipais selecionados para análise da implantação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS)

Município	Tipo de adesão ao PFVS	Porte Populacional – habitantes (hab.)	IMRS	Região Ampliada de Saúde	Gestão em Saúde
A1	1	≥ 5 e < 10 mil hab.	0,468	1	Estadual
A2			0,674	2	Estadual
B1	2	≥ 20 e < 50 mil hab.	0,573	3	Estadual
B2			0,694	4	Estadual
C1	3	≥ 100 e < 500 mil hab.	0,573	5	Municipal
C2			0,626	6	Municipal

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de BRASIL(2012); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO(2012); MINAS GERAIS (2013a; 2014; 2015a)

As informações foram construídas a partir da análise de documentos institucionais do planejamento local em saúde e de entrevistas semiestruturadas com profissionais envolvidos com a gestão e operacionalização do PFVS.

Os documentos foram obtidos no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), como: Relatório Anual de Gestão 2013, 2014 e 2015 e Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (BRASIL, 2016a). As informações sobre resultados de metas não disponíveis nos documentos foram obtidas de forma complementar no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS (BRASIL, 2016b).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com o gestor regional da VS; os responsáveis pela coordenação municipal da VS e APS; os profissionais de uma equipe de SF (médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde-ACS) e aqueles atuantes nos serviços da VS (Agente de Combate à Endemia-ACE e autoridade sanitária). Essas equipes e profissionais foram indicados pelos respectivos gestores considerando o destaque quanto à organização de seus processos de trabalho. Tal direcionamento previa a obtenção de contextos favoráveis às práticas de saúde, na perspectiva da integralidade, tendo como atual o desafio de superação do modelo de atenção curativista e fragmentado.

Os roteiros que guiaram as entrevistas e a revisão documental abordaram, em comum, as características das ações da VS (promoção, proteção ou assistência), de acordo com as metas

do PFVS, além de aspectos da gestão e da organização da atenção em saúde relacionados. Os profissionais de saúde da VS e da ESF, além de descrever o processo de trabalho relacionado a cada ação, foram estimulados a expressar dificuldades ou estratégias inerentes ao desenvolvimento das mesmas. Os gestores regionais e municipais também falaram sobre o desenvolvimento de tais ações e como percebiam a relação entre o PFVS e a descentralização destas no âmbito do sistema de saúde local.

O critério de saturação teórica foi utilizado para dimensionar o número de entrevistas realizadas. Dessa forma, a coleta de informações foi encerrada a partir da constatação de que a inclusão de novos indivíduos não forneceria elementos adicionais para balizar ou aprofundar a teorização (FONTANELLA et al. 2011; MINAYO, 2014). Todos os depoimentos foram integralmente transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

Para nortear essa análise foi realizada uma sistematização teórica, adotando-se as dimensões: 1) integralidade da atenção enquanto serviços de saúde em rede, operacionalizados a partir da disponibilidade de recursos gerenciais, financeiros, físicos, materiais e humanos e (2) integralidade do cuidado, na perspectiva da dimensão técnica das práticas de saúde, ou seja, a lógica que orienta como as combinações tecnológicas são aplicadas na intervenção de problemas e necessidades de saúde, individuais ou coletivas (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2006b).

Essas dimensões remetem à concepção do modelo da Vigilância da Saúde, aliado às diretrizes, aos recursos e às ações previstas para a operacionalização do PFVS, em acordo com metas a serem alcançadas pelos gestores municipais no Pacto pela Saúde (2013-2015) quanto à promoção da saúde, controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), atenção à saúde materna-infantil e VS (MINAS GERAIS, 2013b; 2013c; PAIM, 2003).

A partir da concepção sistêmica de Teixeira (2006b) sobre a Vigilância da Saúde, a análise e a compreensão do contexto organizacional da implantação do PFVS levaram em consideração as categorias:

- Aspectos gerenciais (suficiência e qualificação de gestores estaduais e municipais; estratégias de acompanhamento do PFVS, de interação entre equipes da VS e SF e de planejamento de ações previstas no PFVS);
- Aspectos organizativos (fluxo de encaminhamentos da VS e APS com demais serviços

da rede; suficiência e cobertura de serviços de referência e adequação/suficiência da infraestrutura dos serviços da ESF e VS);

- Aspectos técnico-assistenciais (ações voltadas à promoção da paz e prevenção de violência, às práticas físicas, ao controle do uso do tabaco, à vacinação, aos hipertensos e diabéticos, às gestantes, à saúde materno-infantil, à saúde do trabalhador, à investigação de óbitos, à vigilância sanitária e à vigilância da qualidade da água).

Este trabalho não apresentou conflito de interesses e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz, Parecer nº 874.775, de 2 de novembro de 2014.

Resultados

Foram realizadas 51 entrevistas, abrangendo 10 gestores estaduais, 8 gestores municipais e 33 profissionais das equipes da VS e da ESF. Entre os/as participantes da gestão estadual 5 (60%) eram do sexo feminino, sendo todas graduadas e especialistas em saúde, com mais de cinco anos de experiência na gestão da VS. Os demais gestores estaduais (3;40%) eram também graduados e especialistas em saúde e tinham 7 ou mais anos de experiência.

Os/as coordenadores/as da VS e/ou APS municipal exerciam tal função, de forma exclusiva, em quatro dos seis municípios. Seis (75%) eram enfermeiras, com pós-graduação na área da Saúde Pública, vínculo contratual ou estatutário e mais de cinco anos em serviços de saúde e na gestão. Os outros dois coordenadores da VS e APS, respectivamente, veterinário e médico, atuavam há mais de dez anos nos serviços públicos de saúde.

Dentre os 35 profissionais das equipes de saúde, 22 tinham cerca de cinco anos ou mais de experiência nos serviços da ESF ou da VS e o vínculo estatutário predominou apenas na equipe de enfermagem.

Integralidade da atenção enquanto serviços de saúde em rede

Foi possível apreender pela análise dos depoimentos que as categorias “aspectos gerenciais” e “aspectos organizativos” influenciavam a integralidade da atenção em rede.

No que diz respeito aos aspectos gerenciais foi possível identificar que parte significativa dos/as entrevistados/as, atuantes na VS e na ESF, tinha experiência e formação para a gestão e coordenação das práticas de vigilância. Contudo, fragilidades foram evidenciadas quanto à insuficiência do quadro de pessoal e à carência de educação permanente em saúde frente às necessidades dos serviços e interesses dos envolvidos.

O monitoramento e a avaliação periódica do Projeto de Fortalecimento da VS eram realizados utilizando instrumentos de gestão específicos, supervisões em campo, discussões dos resultados alcançados nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) de saúde e em comissão específica para julgamento de recursos quanto ao cumprimento de metas. Esses momentos foram considerados oportunos para a qualificação da gestão da saúde pelos gestores regionais e locais da VS, excetuando a percepção de gestores dos dois municípios maiores.

A elaboração de plano municipal de investimento era outra ferramenta de gestão prevista para auxiliar a aplicação dos recursos repassados via PFVS, utilizados em melhorias da infraestrutura dos serviços da VS e, de forma pontual, em gratificações para profissionais da ESF. Apesar dessa indução a uma programação orçamentária, gestores regionais perceberam a dificuldade dos municípios em executar esses recursos na saúde, fato comum aos demais de origem conveniada, o que fez com que alguns servidores estaduais desenvolvessem oficinas sobre o tema em reuniões das CIR.

Essa dificuldade de execução financeira somou-se à evidência de que as metas propostas para a implantação do PFVS não foram consideradas estratégicas para a interação entre VS e ESF, carecendo de uma discussão ampliada, pois algumas eram distantes da realidade do serviço, não tinham parâmetros ou desconsideravam processos de trabalho já instituídos na ESF ou no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apesar disso, o Projeto foi considerado orientador de processos de trabalho e facilitador de uma aproximação inicial entre as áreas da VS e destas com a ESF, segundo gestores regionais e municipais.

Com relação à categoria “aspectos organizativos” foi possível identificar atributos da integralidade da atenção em rede, a partir de relatos sobre encaminhamentos realizados pelos profissionais da VS e da ESF a serviços de média e alta complexidade, para a complementariedade das ações de vigilância desenvolvidas. Os médicos da ESF, a partir de suas práticas, assumiram importante papel regulador ao determinar casos prioritários e

estabelecer contato pessoal com gestores para maior rapidez das respostas dos serviços de referência, mesmo quando havia médicos especialistas e auditores locais responsáveis pelo monitoramento dos encaminhamentos ou das filas de espera. Já o fluxo dos casos de urgência e emergência seguia conforme atuação de centrais de regulação estadual, fato corroborado por gestores regionais e municipais.

A integralidade das ações da VS encontraram limites na disponibilidade de oferta de exames, consultas especializadas e atendimento hospitalar, onde o poder de compra da gestão municipal em municípios de maior IMRS, por meio de licitações ou contratações, foi o diferencial na compensação do déficit da oferta programada, principalmente da média complexidade. Apesar das restrições quanto a esses serviços de referência, foi possível identificar que os resultados das metas pertinentes à cobertura dos mesmos não foram motivo de análise e discussão nos planos de saúde e relatórios de gestão.

O CEREST (Centro de Referência à Saúde do Trabalhador), segundo planos de saúde e gestores, foi o serviço de referência com menor cobertura em comparação ao NASF e ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Dentre esses, o NASF se destacou em cobertura e pela referência de encaminhamentos pelos profissionais de saúde, apesar de ter em comum com os demais a dificuldade de uma agenda integrada à ESF. No que tange a esse último serviço, o desenvolvimento das ações propostas pelo PFVS, segundo gestores dos municípios de médio e grande porte, esbarraram na existência de população descoberta ou excedente em relação à capacidade de assistência das equipes de SF. Esses fatos foram associados ao descompasso entre crescimento populacional e repasse de recursos federais; alto custo da contrapartida municipal para a implantação de novas equipes e problemas de territorialização.

Dentre os aspectos da infraestrutura dos serviços da VS e da ESF, enquanto componentes da organização da atenção condicionantes à implantação do PFVS, destacaram-se a insuficiência e a inadequação de equipamentos, materiais e insumos em localidades de menor IMRS. Referências sobre o espaço físico das unidades de saúde apontaram vantagens para unidades próprias ou reformadas, com a incorporação das atuais adequações preconizadas, independente do porte ou contexto municipal.

Uma das enfermeiras entrevistadas expressou a importância da adequação da estrutura física da nova unidade de saúde onde iria trabalhar afirmando que " ... lá foi tudo construído dentro

de um protocolo, então isso vai melhorar muito.” Já uma coordenadora da APS de outro município referiu que nesse quesito suas unidades de saúde mereciam em uma escala de zero a dez, nota nove, mas que o “... problema é que as próprias políticas têm encharcado muito a atenção primária. Porque, por exemplo, eu não consigo garantir uma sala pro NASF em específico, eu não consigo garantir uma sala pro pessoal da academia da saúde né?”.

Integralidade do cuidado, na perspectiva da dimensão técnica das práticas de saúde

A análise dos depoimentos revelou, no que se refere à integralidade das práticas na VS e ESF, a estreita relação entre aspectos do planejamento e a forma de operacionalização das ações previstas no PFVS, apontando a interface entre as categorias “aspectos gerenciais” e “aspectos técnico-assistenciais”.

Ao analisar as ações de promoção da paz e prevenção de violência, por exemplo, os profissionais da ESF informaram que, em geral, os casos de violência tinham por porta de entrada os hospitais, requerendo emissão de laudos técnicos, ou eram encaminhados para Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), NASF e/ou médicos especialistas. Na ESF era realizada a notificação de violência contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), mas problemas foram levantados quanto à sua execução, como: dificuldade de abordagem do problema pelo ACS; receio dos moradores e profissionais de saúde quanto a represálias; dependência econômica da vítima e apreensão quanto ao envolvimento da polícia; ausência de estruturas como casa de apoio ou delegacias específicas; morosidade do Judiciário e sobrecarga assistencial da equipe da saúde da família.

Houve agentes de endemia que afirmaram sofrer e presenciar situações de violência no trabalho de campo. Faz-se constar que os municípios de adesão tipo dois e três tinham cumprido a meta do PFVS de implantar o Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz, mas os gestores da APS informaram não ter um envolvimento direto com as atividades deste Núcleo.

A integralidade da atenção também foi analisada a partir das práticas de promoção, proteção e assistência relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). No que diz respeito à análise da situação de saúde, as doenças do aparelho circulatório, respiratório, neoplasias e doenças endócrino-metabólicas predominaram como causas de óbitos e de

internações em todos os municípios, conforme respectivos planos de saúde e relatórios de gestão. As ações comuns de intervenção sobre DCNT ou comorbidades que as agravam foram mencionadas por gestores da VS e da ESF, incluindo o desenvolvimento de atividades físicas ou práticas corporais, por meio do Programa Federal Academia da Cidade ou do NASF; campanhas de vacinação da influenza, com boa adesão por parte dos idosos; atividades do Programa Nacional de Controle do Tabagismo e assistência aos hipertensos e diabéticos.

Destacam-se como elementos dificultadores para a integralidade dessas práticas, a carga horária insuficiente de alguns profissionais do NASF; a pouca adesão dos usuários às práticas de promoção à saúde, atrelada à valorização do uso de medicamentos para o alcance dos resultados; a carência de informações sobre a cobertura vacinal por parte dos médicos e enfermeiros da ESF e a dificuldade de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos por problemas operacionais do programa E-SUS. Esse último tema também foi associado à falta de institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços, pois no dizer de um entrevistado "as pessoas, em sua grande maioria, não querem fazer a análise de nada não, a grande maioria, mesmo que haja reuniões infinitas e colocações infinitas, não fazem isso."

A atenção à saúde materno-infantil no PFVS focou a notificação e investigação dos respectivos óbitos, bem como a vigilância alimentar e nutricional de crianças, enquanto o pacto com o governo federal incluía metas pertinentes à atenção à gestante. Os profissionais das equipes afirmaram desenvolver ações voltadas à atenção da gestante, sem referência sobre dificuldade em ofertar sete ou mais consultas de pré-natal. Todas as categorias profissionais da ESF também referiram participar da atenção à criança. Por sua vez, problemas pertinentes às práticas de saúde ou possíveis condicionantes das mesmas foram identificados, conforme demonstra Tabela 2.

Tabela 2. Elementos dificultadores das práticas de atenção à saúde materna e infantil, relacionadas às metas propostas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), na percepção dos entrevistados

Práticas de saúde previstas no PFVS	Elementos dificultadores
Atenção à gestante	
Captação precoce e continuidade do pré-natal	Inserção da gestante no mercado de trabalho.
	Pouca valoração do pré-natal pela gestante rural.
Abordagem integral da saúde da gestante	Resistência da adolescente em revelar a gravidez.
	Acompanhamento nutricional focado na produção.
	Encaminhamentos desnecessários a especialista pela ESF.
Detecção precoce de doenças infecciosas	Insegurança no acompanhamento da gestante de risco na ESF.
	Prática sem respaldo de exames de diagnose necessários.
	Não realização de aconselhamento e teste rápido pela equipe.
Atenção à criança	Inexistência de qualificação para testagem rápida na rede.
	Associação entre testagem rápida e atraso da consulta médica.
Proteção da saúde via aleitamento materno	Receio da gestante adolescente em deformar os seios.
	Inserção da gestante no mercado de trabalho.
Proteção da saúde da criança pela alimentação saudável	Crença na pouca satisfação da criança pelo aleitamento materno.
	Percepção da saciedade imediata oferecida pela mamadeira.
Abordagem integral da saúde da criança	Restrição econômica da família para o provimento de um cardápio saudável.
	Baixo nível educacional dos responsáveis, associado às diferenças culturais de famílias imigrantes.
Abordagem integral da saúde da criança	Acompanhamento nutricional/alimentar da criança por médico e enfermeiro apenas até os dois anos de idade.
	Pesagem/medição das crianças de até cinco anos feita por técnicos de enfermagem ou ACS com objetivo de registro no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

A gravidez na adolescência encontrou relação com ações do PFVS pertinentes à educação sobre saúde reprodutiva/sexualidade, problema cujas causas referidas por duas enfermeiras foram a desagregação familiar por motivos socioeconômicos e a inexistência de equipamentos de cultura e lazer no âmbito municipal, o que tornava os jovens susceptíveis às drogas e ao sexo sem proteção.

A dificuldade de cumprimento de metas do PFVS pertinentes à cobertura vacinal básica de crianças de zero a dois anos, constatada nos relatórios de gestão e no DATASUS, não foi atribuída a aspectos técnico-assistenciais, mas a questões de ordem gerencial. Dentre as dificuldades referidas estavam o fato da enfermeira da ESF não assumir a vacinação por motivo de sobrecarga de atividades assistenciais e administrativas; os problemas operacionais do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI); a dificuldade de acesso da população da zona rural e o registro de nascidos vivos de não residentes.

Quanto às ações relacionadas à vigilância da situação de saúde, inerentes à VS, coordenadores dos serviços ou enfermeiras eram os principais responsáveis pela investigação de óbitos maternos, infantis e de mulheres em idade fértil. Os principais entraves citados quanto à investigação de óbitos foram a dificuldade de contra referência de hospitais fora do município e do Instituto Médico Legal (IML); mal preenchimento de atestados de óbito ou da ficha de declaração de nascidos vivos; ausência de discussão destes eventos entre a ESF e a Vigilância Epidemiológica, além de Comitês de Investigação de Óbitos ineficientes ou com atividades paralisadas.

Essa dificuldade das práticas ou da própria interação entre processos de trabalho quanto à vigilância de óbitos também estiverem presentes no desenvolvimento de ações no que tange às doenças de notificação compulsória. Dois entre seis agentes de endemia afirmaram estar alertas quanto a essas morbidades, com respectiva comunicação à ESF. A Tabela 3 aponta outros limites, bem como aspectos da relação dos processos de trabalho entre profissionais da ESF e VS.

Tabela 3 - Elementos dificultadores das práticas dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), quanto às doenças e agravos de notificação compulsória, conforme metas propostas pelo Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), na percepção dos entrevistados.

Práticas de saúde	Elementos dificultadores
Vigilância da Situação de Saúde	Profissionais notificam, investigam, tratam e encaminham a especialistas doenças de notificação compulsória, mas não tem retorno das análises do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
Vigilância da Saúde do Trabalhador	Profissionais notificam doenças e agravos da saúde do trabalhador, prestam assistência após alta hospitalar motivada por acidentes graves, mas não realizam vigilância da saúde do trabalhador mesmo quando elaboram perfil produtivo a pedido da equipe da VS.

Os entraves inerentes aos processos de trabalho apontados na Tabela 3 não coincidiram com a percepção de uma gestora regional ao destacar que o problema residia nas ações de notificação imediata de doenças ou eventos, pela pouca experiência dos profissionais de saúde quanto a estas eventualidades mais raras. Já os médicos e enfermeiros da saúde da família ao serem questionados sobre esse tipo de notificação, afirmaram que esses problemas tinham como porta de entrada Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou a rede hospitalar.

No que tange à descentralização da VISA segundo o PFVS, esta esteve relacionada ao tipo de estabelecimento que o município assumia sob sua responsabilidade de inspeção. Nos municípios de maior IMRS, de adesão tipo dois e três ao PFVS, essa descentralização e a própria infraestrutura da VISA esteve articulada às atividades econômicas locais, conforme complexos processos de trabalho relatados pelas respectivas autoridades sanitárias em indústrias alimentícias, cosméticas, dentre outras. Ações de educação em saúde envolvendo a VISA, previstas no PFVS, foram citadas e, de forma pontual, possibilitaram a interação entre equipes da VS e da ESF.

Os planos de saúde não possibilitaram uma análise comparativa entre cobertura de serviços de saneamento entre zona urbana e rural ou associações com morbidades pertinentes. Já os relatórios de gestão demonstraram que as metas pactuadas quanto ao percentual crescente de amostras de água analisadas não alcançaram resultados satisfatórios em sua maioria, com

exceção dos municípios de adesão tipo três ao PFVS. A prática diferencial nos mesmos foi a realização da coleta para análise de água em minas e poços, além dos pontos de grande distribuição da rede de abastecimento, havendo menção por profissionais de saúde sobre isolamento ou cloração destes tipos de fonte apenas após investigação de surtos.

Pontos positivos do PFVS puderam ser captados na percepção de uma coordenadora da APS e VS municipal ao afirmar que o mesmo “qualificou as ações ... permitiu que a gente fizesse essa discussão da situação de saúde...”. Já uma enfermeira da saúde da família, sobre reuniões para acompanhamento do Projeto apontou que “umas coisas a gente consegue metas, outras não... aí quando aquilo, a gente não consegue, a gente tenta montar estratégias...”.

A Tabela 4 apresenta uma síntese das estratégias aplicadas ou fatores facilitadores percebidos por profissionais da ESF e da VS, bem como respectivos gestores municipais, a partir da experiência vivenciada no que tange à implementação do PFVS.

Tabela 4 – Estratégias e fatores facilitadores para o cumprimento das metas municipais do PFVS e do Pacto da Saúde, 2013-2015

Ações de Promoção, Proteção e Cuidado à Saúde

Percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Emprego de relatos de experiências exitosas em abordagens coletivas para o controle do tabaco.
 Definição de responsável pela coordenação de grupos de controle do tabaco - ESF e/ou NASF.
 Divulgação na mídia contra a violência a idosos, crianças e mulheres.
 Articulação entre profissionais: ESF, Conselhos Tutelares e Conselhos dos Idosos.
 Articulação da saúde com a rede escolar estadual devido à maior concentração de adolescentes.
 Disponibilização ao portador de tuberculose em mudança de residência de ficha de referência.
 Atenção à gestante pela ESF além dos dias programados, visando acesso e maior cobertura.

Percepção de profissionais de saúde da Vigilância em Saúde

Abordagem da VISA voltada à educação e prevenção, salvo situações de riscos eminentes à saúde.
 Articulação da VISA com fiscais da Secretaria do Meio Ambiente e da prefeitura.
 Sensibilização do legislativo sobre vantagens de mercado com a aprovação do Código Sanitário.
 Formalização da junta de julgamento da VISA, favorecendo decisões mais técnicas que políticas.
 Organização da legislação municipal para fundamentação do Processo Administrativo da VISA.
 Concessão de alvará pela Secretaria Municipal da Fazenda após aprovação da VISA.
 Comunicação direta da VISA municipal com a população em espaços públicos, como praças.

Percepção de gestores da Vigilância em Saúde e da Atenção Primária à Saúde

Identificação e priorização de problemas entre referências da VISA e da Saúde do Trabalhador.
Comunicação entre Saúde do Trabalhador e rede hospitalar para incremento das notificações.
Repasso da VISA sobre situação de risco em estabelecimentos à gestores da saúde.
Diálogo voltado ao consenso e compartilhamento de recursos entre VS e ESF.
Implantação de sala de situação para agilidade e integração da análise dos Sistemas de Informação.
Definição de responsáveis da VS ou implantação no âmbito hospitalar de Núcleo de Vigilância Epidemiológica para favorecer investigações, intervenções e encerramento de Doenças de Notificação Compulsória Imediata.
Participação da rede conveniada ao SUS e da ESF em Comitês de Investigação de Óbitos.
Análise do SINAN, das internações e óbitos entre VS e ESF, atentando para sigilo profissional.
Análise e divulgação das mortalidades por causas externas pelo Núcleo Intersetorial de Promoção da Cultura da Paz e Prevenção da Violência, segundo áreas de atuação dos profissionais de saúde.
Sensibilização quanto à notificação de violência na saúde e sigilo quando solicitado pelo usuário.
Participação da população na análise da situação de saúde incluindo informações oriundas de reclamações e denúncias à VISA, à auditoria e de pareceres dos conselhos locais de saúde.

Discussão

A implantação do PFVS, no que tange à integralidade de suas ações no âmbito dos serviços, apresentou como elementos condicionantes o nível de desenvolvimento das políticas públicas e econômicas locais consideradas no IMRS, além da disponibilidade das ações ofertadas em rede. A operacionalização do PFVS, voltado à descentralização da VS, envolveu o desenvolvimento de recursos gerenciais e contribuiu para a identificação e organização das ações de VS a serem ofertadas. Por sua vez, as práticas de saúde não puderam ser explicadas segundo contextos municipais, organização da atenção ou complexidade do elenco de ações de VS assumidas, mas ao serem identificadas e descritas permitiram a compreensão sobre dificuldades e estratégias pertinentes à sua integralidade.

A indisponibilidade dos serviços de referência necessários à complementariedade das ações da VS e da ESF, na percepção de gestores e profissionais ou segundo documentos de planificação, foi um achado comum a outros estudos, tendo por causa básica o subfinanciamento público (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010). Esse fato abre brechas no limite entre o público e o privado, identificadas nas referências quanto à compra de ações e serviços por meio de licitações ou consórcios intermunicipais, em complemento à Programação Pactuada Integrada (PPI), o que nem sempre leva o usuário a caminhos que fluem para a resolução de suas necessidades de saúde (JESUS; ASSIS, 2010).

Esse entrave financeiro à integralidade da atenção em rede esteve em coerência com a percepção de gestores municipais de saúde no país, segundo estudo conduzido por Moreira, Ribeiro e Ouverney (2017), ao afirmarem que dentre os obstáculos à concretização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), enquanto resposta à condicionantes da consolidação do SUS, estava a falta de comprometimento de novos recursos federais. Os autores referidos acrescentaram ainda, como obstáculos à efetivação da saúde pública, a baixa adesão política do próprio Executivo, dos partidos políticos e das lideranças de governo no legislativo e o temor quanto à judicialização.

Diante de uma conjuntura forjada por determinantes estruturais há de se apostar na potencialidade dos gestores de saúde em incorporar em seus processos de trabalho meios e ferramentas de planejamento não identificadas nos resultados do estudo. O incentivo financeiro aplicado por meio do emprego de instrumentos como o Plano Investimento Municipal do PFVS, aliado ao papel proativo de gestores regionais na educação permanente, foi exemplo da viabilidade de mudanças nos microprocessos de trabalho, a partir da experiência dialógica vivenciada em momentos de discussão nas CIR (HABERMANS, 1982).

Diante do exposto, abre-se a possibilidade da construção intersubjetiva de ações em saúde fundamentadas em metas, aqui entendidas como recursos dinamizadores da articulação entre práticas de gestão e de cuidado, tendo por subsídio evidências disponibilizadas pelo IMRS, pelos parâmetros referidos no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), pelos indicadores regionalizados de resolubilidade da média e alta complexidade hospitalar, dentre outros (BRASIL, 2015; MINAS GERAIS 2015a; 2015b; 2015c).

O desenvolvimento das ações previstas no PFVS não teve por foco problemas e necessidades de saúde identificadas e descritas a partir de dados desagregados e territorializados, coincidindo com achados de outros estudos sobre as equipes da ESF não incorporarem a análise da situação de saúde enquanto ferramenta para a reorientação de um modelo de atenção prescritivo (SILVA, CASOTT, CHAVES, 2013). Por sua vez, as práticas de saúde, independentes do tipo de adesão ao PFVS, assumiram configurações variadas, a partir da aplicação pelos profissionais de seus saberes e tecnologias diversas no cotidiano de trabalho (TEIXEIRA, 2006a).

Os achados sobre a subnotificação e/ou não abordagem dos casos de violência pelos profissionais da ESF, tendo por principal ação o encaminhamento a serviços de referência, revelaram um nó crítico já identificado na literatura, a invisibilidade da violência, ora por não ser tomada como responsabilidade por agentes públicos, ora por não ser ressignificada a partir da perspectiva da vítima que busca o serviço (SCHRAIBER et al., 2016).

As dificuldades identificadas quanto à dependência de uma abordagem intersetorial para que a atenção à violência fosse incorporada pelas equipes de saúde da família dialogaram com um estudo sobre uma experiência municipal exitosa, cujas propostas de intervenção sobre o problema em questão incluíram: rede mapeada de equipamentos e serviços intra e intersetoriais disponíveis e/ou necessários; descrição das ações a serem ofertadas pelos serviços e respectivos fluxos; monitoramento compartilhado da situação da violência e adequada formação e suporte para que os profissionais de saúde desempenhem este cuidado (PEDROSA, DINIZ, MOURA, 2016).

Na mesma perspectiva, as explicações sobre a gravidez na adolescência presentes nos resultados remeteram à demanda por recursos intersetoriais à saúde, em consonância com um estudo sobre o impacto de políticas voltadas a esta situação em específico que envolveu setores da assistência social, educação, saúde, trabalho e, de forma inerente, a própria dinâmica familiar da adolescente gestante (SKINNER; MARINO, 2016).

A consideração desse núcleo familiar também seria estratégico para o enfrentamento da fragmentação das ações de promoção, de proteção e de assistência voltadas às gestantes/puérperas e crianças, ao ser tomado enquanto unidade de cuidado, onde a escuta, o diálogo e a comunicação constituem ferramentas de trabalho que implicam na valorização da autonomia e a ressignificação das práticas, contribuindo para o acesso enquanto acolhimento, adequação funcional e aceitabilidade (SCHOR, 2015; JESUS; ASSIS, 2010).

Por esse ângulo, o cuidado em saúde não busca o domínio do outro, mas uma proximidade fundamentada na capacidade de contemplar, reconhecer as diferenças, envolver-se com o outro para então agir, o que implica, por exemplo, na responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal dos usuários entre os serviços e o consequente trabalho em equipe (MALTA et al, 2016). Assim, tal relação terapêutica perpassa pela construção a partir da interação das múltiplas competências profissionais envolvidas e do entendimento do contexto multifacetado

(histórico, social, biológico) do indivíduo ou do coletivo, o que favorece a potencialização dos recursos, seja de ordem profissional, pessoal, comunitária ou da própria rede de atenção em saúde (RIMOLI, 2007). O alcance da intersubjetividade A construção Essa intersubjetividade

Os limites e as propostas inerentes à integralidade do cuidado, no que tange às DCNT ou àquelas normatizadas como de notificação compulsória, foram identificadas e explicadas segundo percepções diversas, a depender da posição, do papel e da experiência vivenciada pelo sujeito na situação. A necessidade de maior ênfase quanto às práticas de vigilância, de monitoramento/avaliação e de compartilhamento de informações foi consenso, apontando que a ressignificação do trabalho em saúde perpassa pelo entendimento da técnica enquanto meio de investigação, de compreensão e não apenas a forma de alcançar um fim (SILVA, 2007).

Já a evolução da VISA para além de ações de gerenciamento de produtos e serviços esteve associada a uma maior organização das regulamentações municipais e por articulações intra e intersetoriais, respaldadas em apoio político-institucional (O'DWYER; REIS; SILVA, 2010). O desafio da interação da VISA à agenda dos serviços do SUS foi rompido pontualmente por ações de educação em saúde compartilhadas entre a VS e a ESF. A identificação de propostas e estratégias utilizadas enquanto superação de obstáculos à integralidade das práticas, de forma exclusiva pelos profissionais da VISA, apontaram para o envolvimento subjetivo destes atores em seus processos de trabalho, recurso motivacional inerente às mudanças em práticas instituídas.

A construção de planos enquanto subsídio de uma gestão com menos imprevisto também pode ser considerada para uma intervenção mais efetiva no que tange às ações de vigilância da qualidade da água pelo setor saúde. Ainda que a implementação de Planos Municipais de Saneamento tenha por obstáculo a dependência de recursos federais, atores do setor saúde poderiam contribuir com a priorização destes problemas no território, ao subsidiar a interface entre espaço geográfico, estrutura de saneamento e dados desagregados de morbimortalidade relacionados às doenças infecciosas e parasitárias (LISBOA; HELLER; SILVEIRA, 2013).

As evidências desse tipo de análise explicitariam nós críticos da situação de saúde da população, relacionados às práticas desenvolvidas por atores-chave de diversos setores, incluindo saúde, educação, saneamento, habitação, meio ambiente, agricultura e pecuária, o que contribuiria para uma abordagem mais ampla da vigilância, em prol da qualidade de vida

(LISBOA; HELLER; SILVEIRA, 2013; QUINN; MASSEY; SPEARE, 2015).

Conclusões

Os propósitos do PFVS, no que concerne à integralidade das ações da VS no âmbito da rede de serviços, esbarraram em problemas estruturais dos componentes do SUS como o subfinanciamento e a deficiente organização dos serviços em rede, o que demanda acordos estratégicos e coletivos, envolvendo o desafio de se obter consensos solidários em uma conjuntura de restrições de recursos.

O estudo também revela que a descentralização efetiva da VS almejada pelo PFVS carece de um planejamento comum entre serviços, voltado à orientação de intervenções pertinentes aos problemas e necessidades de saúde, como meio de potencializar as ações da VS e estimular a comunicação e troca de saberes entre os atores envolvidos. Por sua vez, a riqueza do PFVS transpareceu no incômodo que provocou frente às práticas instituídas, revelando resistências e despertando processos criativos que expressaram possibilidades estratégicas de mudanças nos microprocessos cotidianos do trabalho em saúde.

A investigação se limitou ao não sistematizar um modelo lógico de monitoramento/avaliação do PFVS na perspectiva dos atores envolvidos, o que pode ser tema de novos estudos. Uma negociação aberta sobre metas pactuadas, envolvendo gestores e profissionais dos serviços da VS, ESF e NASF, no âmbito estadual e municipal, seria um começo recomendável, visto que propósitos tão desafiantes como o do PFVS são dependentes de adequações pertinentes às realidades dos territórios onde se inserem as práticas de saúde.

Referências bibliográficas

ASSIS, Lucília Nunes et al. A descentralização da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014. Vigil. sanit. debate, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 60-66, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em 10 set.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). 2016b. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Ficha dos Indicadores. 2015. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/detalhadas.html>>. Acesso em: 17 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde (TABNET). Demográficas e Socioeconômicas. População residente. Estimativas população: município, sexo e idade 2000-2015 RIPS A IBGE. 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. 2016a. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: Notas Teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. 1. ed. Petrópolis: VOZES. 2004. p. 99-120.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/GOVERNO DE MINAS. Índice Mineiro de Responsabilidade Social. 2012. Disponível em: <www.fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2741-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs-2>. Acesso em: 12 mar. 2016.

HABERMANS Jürgen. Conhecimento e Interesse. Rio de Janeiro: Zahar, 982.319 p.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

LISBOA, Severina Sarah; HELLER, Léo; SILVEIRA, Rogério Braga. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. Eng. Sanit. Ambient., Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 341-348, dec. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esa/v18n4/1413-4152-esa-18-04-00341.pdf>>. Acesso em: 26 fev 2017.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>>. Acesso em: 17 fev 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>> Acesso em: 19 jan 2017.

MILES, Matthew B; HUBERMAN, Michael A. Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook. 2. ed. Los Angeles, London, New Deli: SAGE, 1994. 249p. Disponível em:
<https://scholar.google.com/scholar_lookup?publication_year=1994&author=+Miles,+M.+B.+author=+Huberman,+A.+M.&title=Qualitative+data+analysis:+An+expanded+sourcebook>
Acesso em: 22 abr 2016.

MINAS GERAIS. Ministério Público. Nota Técnica N° 002/2015. Déficit/Superavit de Leitos UTI. Informações às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde sobre UTI. Belo Horizonte, 05 de maio de 2015b. 13p. Disponível em:
<<https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA94D7723C1014D782E1A916662>>. Acesso em 23 dez. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo II da Deliberação CIB-SUS nº 1.979 de 18 de novembro de 2014. Adscrição dos municípios de Minas Gerais conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR-SUS/MG), após ajuste de 2014. Disponível em:
<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20-%20PDR%202014.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Avaliação Quadrimestral – Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais – 2013. Banco de dados do Sistema Gerenciador de Indicadores de Compromissos e Metas, SES-MG, 2013a.

MINAS GERAIS. Consolidação Programada Pactuada Integrada. Nota Técnica. Diretoria da Programação Pactuada Integrada-DPPI .2015a. Disponível em:
< <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.528, de 21 de agosto de 2013. Aprova os Indicadores e Metas do Pacto de Transição 2013-2015 no Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 23 de agosto de 2013c. Seção 1, p.16.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.061, de 14 de fevereiro de 2012. Aprova o Edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, 16 de fevereiro de 2012. Seção 1, p.07.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações da Vigilância em Saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013b. 233p.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR). A Resolubilidade na Assistência Hospitalar. 2015c. Disponível em:
< <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

MINAYO, Maria Cecília Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em

Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, abr. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1097.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2017.

O'DWYER, Gisele; REIS, Daniela Carla de Souza; SILVA, Luciana Leite Gonçalves da. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-3360, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a10.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.) Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 455-466.

PEDROSA, Claudia Mara; DINIZ, Carmen Simone Grilo; MOURA, Verônica Gomes Alencar de Lima e. The Enlighten Campinas Program: the construction of an intersectoral and interinstitutional policy to confront violence as a social problem. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1879-1888, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1879.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

RIMOLI, Josely. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão. In MERHY, Emerson Elias (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 199-296.

QUINN Ema K; MASSEY, Peter D; SPEARE, Rick. Communicable diseases in rural and remote Australia: the need for improved understanding and action. Rural and Remote Health, vol. 15, n. 3, p. 3371, sept. 2015. Disponível em: <<http://www.rnh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3371>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

SCHOR, Edward L. Whole Child Care: Coordinating Support to Families. J Dev Behav Pediatr, 2015 jul-aug; v.36, n. 6:467-8. Disponível em: <http://journals.lww.com/jrnl/dbp/Citation/2015/07000/Whole_Child_Care_Coordinating_Support_to.11.aspx>. Acesso em 20 fev. 2017.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde (1967-2015). Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 50, 63, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050000086.pdf>.

Acesso em: 17 fev. 2017.

SKINNER S Rachel; MARINO L Jennifer. England's Teenage Pregnancy Strategy: a hard-won success. *Lancet*, Londres, vol. 388, ed.10044, p. 538-540, ago, 2016. Disponível em: < <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930589-X> > Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVA, Leopoldo Franklin. Martin Heidegger e a técnica. *scientiæzudia*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 369-74, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ss/v5n3/a04v5n3.pdf> >. Acesso em: 25 ago. 2017.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf> > . Acesso em 17 fev. 2017.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços... In: TEIXEIRA Carmen Fontes; SOLLA Jorge Pereira (Org.). *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EDUFBA; 2006b. p.19-58.

_____. *Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS*. _____ Salvador: EDUFBA; 2006a. p. 59-83.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condições estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, aug. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf> >. Acesso em: 13 fev. 2017.

YIN, Robert K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.290p.

6. Conclusão

O contexto das políticas públicas e econômicas em MG, segundo IMRS, expressou a complexa realidade dos municípios a partir de respostas do Estado a necessidades sociais de ordens diversas, sendo destaque os setores da saúde e da segurança pública, dentre os demais. O porte populacional e o índice de renda/emprego foram variáveis a ser consideradas na análise das políticas públicas implementadas, apontando relações convergentes e/ou divergentes que podem revelar interesses comuns e concorrentes entre grupos sociais.

O estudo dos índices desagregados do IMRS favoreceu a identificação de causas

determinantes e condicionantes dos problemas do estado de saúde e do sistema de saúde, segundo conjunturas municipais específicas, revelando-se como uma ferramenta de explicação da situação de saúde que implica na importância de um planejamento participativo para o maior controle de recursos e governabilidade de projetos políticos.

Já a análise setorial da saúde, por meio do diagnóstico dos serviços da VS em municípios de MG, contribuiu para a caracterização de aspectos da gestão, da infraestrutura e da rede de atenção enquanto fatores condicionantes da descentralização das ações da VS. A contradição entre a deficiente institucionalização das políticas da VS, aliada à indisponibilidade de infraestrutura, frente às ações que foram afirmadas como desenvolvidas sinalizaram a importância da continuidade do monitoramento realizado pelos gestores regionais, principalmente nos municípios de menor porte, mais dependentes de apoio para gestão e da rede de serviços fora do seu território político-administrativo.

Os resultados obtidos sobre a implantação do PFVS a partir de dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais corroboraram os achados anteriores, apontando o IMRS como fator condicionante, a ser considerado na operacionalização de políticas de saúde. A organização da rede de serviços também foi um componente do sistema de saúde que se relacionou com a qualidade da atenção e a resolutividade das ações da VS na APS.

Observou-se ainda que as práticas de saúde desenvolvidas requerem um planejamento comum entre serviços, voltado à orientação de intervenções pertinentes à problemas e necessidades de saúde, como meio de potencializar as ações da VS e estimular a comunicação e troca de saberes entre os atores envolvidos. A possibilidade do desenvolvimento reflexivo sobre o fazer e da aquisição de novas habilidades esteve demonstrada nas estratégias percebidas e aplicadas por gestores e profissionais de saúde para a implantação do PFVS e/ou desenvolvimento das ações da VS, expressando a proatividade e a criatividade dos sujeitos em suas práticas.

7. Considerações Finais/Recomendações

O estudo possibilitou identificar recomendações que poderiam subsidiar a reorientação da implantação do atual Programa de Monitoramento das Ações de VS, como:

A) A contextualização regional e municipal, a partir dos indicadores do IMRS e da resolubilidade da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, para a implementação de propósitos políticos em saúde.

B) A incorporação dos indicadores componentes do IMRS na análise da situação de saúde, a fim de favorecer a visualização de ações intersetoriais no âmbito do território local e regional, em prol da promoção da saúde, tendo por imagem-objetivo o princípio constitucional da integralidade.

C) Revisão do instrumento de diagnóstico da VS local, priorizando variáveis a partir da perspectiva de serviços da rede como VS, ESF, NASF, CEREST, Centros de Referência de Especialidades Médicas, Serviços de Aconselhamento e Testagem, dentre outros.

D) Adequação do programa utilizado para o lançamento dos registros do banco de dados do Diagnóstico Local dos Serviços da VS, a fim de favorecer a análise dos dados de forma comparativa e ágil.

E) Pactuação de ações e respectivas metas do atual Programa de Monitoramento das Ações da VS a partir do consenso de atores-chaves envolvidos, como aqueles que atuam nos serviços da VS, ESF e NASF.

F) Análise do diagnóstico da VS, dos resultados das metas pactuadas pelo município para identificação dos processos de trabalho que requerem ações de educação permanente por meio de apoio matricial da própria rede local ou da unidade regional de saúde, de instituições de ensino, dentre outros meios.

G) Resgate da aplicação das ferramentas do planejamento em saúde a partir do território, envolvendo dados desagregados da situação e atores sociais como gestores, profissionais de saúde, lideranças e comunidade.

8. Referências bibliográficas

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. *Revista de Direito Sanitário, Brasil*, v. 10, n. 2, p. 94-125, out. 2009. ISSN 2316-9044. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

ALMEIDA-FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson Silva. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico-Metodológico. In: PAIM Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.). *Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.13-28.

ARREAZA, Antonio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, July 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a36v15n4.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

ASSIS, Lucília Nunes et al. A descentralização da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014. *Vigil. sanit. debate*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 60-66, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em 10 set.2017.

AYRES, José Ricardo. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/i/cse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BARCELLOS, Christovam; QUITERIO, Luiz Antônio Dias. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 170-177, fev. 2006. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n1/27131.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BARDIN Laurence. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.

BORJA, Patrícia Campos. Política pública de saneamento básico: um análise da recente experiência brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 432-447, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0432.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2016.

BRASIL. *Constituição Federal*. 5 ed. Barueri: Manole, 2008. 211p.

BRASIL. Decreto Federal Nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2011, jun. 29; Seção 1, p.1.

BRASIL. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 1990, set. 20; Seção 1, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes: Objetivos, Metas e Indicadores, 2013-2015. Brasília, Série Articulação Interfederativa, v. 1, 41p., 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/sispacto/CadernoDiretrizes2013_2015.pdf> Acesso em: 22 dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução N° 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013b, jun. 20; Seção 1: 63.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde (TABNET). 2016b. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Ficha dos Indicadores. 2015b. Disponível em: <<http://idsus.saude.gov.br/detalhadados.html>> Acesso em: 17 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde TABNET. Demográficas e Socioeconômicas. População residente. Estimativas população: município, sexo e idade 2000-2015 RIPS IBGE. 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?bge/cnv/projpopbr.def>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2013a, jul.29; Seção 1, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 841, de 03 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2012a, mai. 03; Seção 1, p. 29.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). Técnico em Vigilância em Saúde. 2012c. Disponível em: <<http://www.retsus.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 22 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. 2016a. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 jul. 2004. Disponível em: <www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento-PAC. Infraestrutura Social urbana. 2018. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana>. Acesso em: mar 2018.

BRASIL. Universidade Aberta do SUS-UNASUS. Cursos. 2015a. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/cursos> >. Acesso em: 20 jul. 2015.

BRITO, SMF. Avaliação de Estados e Municípios na Execução do Projeto VIGISUS II: limites e possibilidades. 2008. 96 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

BROUSSELE Astrid; CHAMPAGNE François; CONTADRIOPOULOS, André-Pierre; HARTZ, Zumira. A Análise Estratégica. In: _____ Avaliação: conceitos e métodos. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. p. 95-113.

BROWN, Colin; NEVES-SILVA, Priscila; HELLER, Léo. The human right to water and sanitation: a new perspective for public policies. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 661-670, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0661.pdf> >. Acesso em: 14 out. 2016.

CAMARGO-JR, Kenneth Rochel. Um Ensaio sobre a In(Definição) de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2010.p.37-46.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/ UERJ; ABRASCO, 2009. p.117-130. Disponível em: < <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf> >. Acesso em: 05 jan. 2017.

CIDS – CENTRO INTEGRADO DE INFORMAÇÕES DE DEFESA SOCIAL. Diagnóstico de acidentes de trânsito MG 2014 – 2015. 2017. Disponível em:

<http://vias-seguras.com/os-acidentes/estatisticas/estatisticas-estaduais/estatisticas-de-acidentes-no-estado-de-minas-gerais/acidentes-em-minas-gerais-estudos-e-pesquisas-das-autoridades-locais>

CONASS. Proposta de Revisão da Portaria 3252 de 22 de dezembro de 2009. Brasília, Nota Técnica nº 8, 28p. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-08-REVISAO%CC%83O-PORTARIA-3252-2013-.pdf> > Acesso em: 23 nov. 2017.

II CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 227-228, jul/set, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a01.pdf> >. Acesso em: 22 nov. 2017.

DENZIN, Norma K. The Lige History Method. In: The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. 4. ed. New Jersey: Aldine Transaction, 2009.

p. 219-259. Disponível em:

<https://books.google.com.br/books?id=UjcpXFE0T4cC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=qbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: Notas Teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. 1. ed. Petrópolis: VOZES. 2004. p. 99-120.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estado, Sociedad y Políticas Sociales. In: FLEURY, Sonia (Org.) Estado y Políticas Sociales en América Latina. México: Universidad Autónoma Metropolitana, FioCruz, ENSP, 1992. p. 79-119.

FARIA, Luiz Carlos de Souza et al. Indicadores de Qualidade de Vida nos Municípios Mineiros e Eficiência Alocativa de Recursos Públicos. Sociedade, Contabilidade e Gestão. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, out. 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/scg/article/view/13229>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

FERLA, Alcindo Antônio; CECCIM, Ricardo Burg; PELEGRINI, Maria Letícia Macry. Atendimento integral: a escuta da Gestão Estadual do SUS. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2010. p.63-90.

FITZPATRICK Jody L; SANDERS James R; WORTHEN, Blaine L. Program-Oriented Evaluation Approaches. In: _____ Program Evaluation: Alternatives Approaches and Pratical Guidelines. 4. ed. New Jersey: Pearson, 2013. cap. 6, p. 154-168.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, feb. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/GOVERNO DE MINAS. Indicadores Básicos- Documento Metodológico. Belo Horizonte, 2014, 3:7, 22p. Disponível em: <<http://fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/pad/502-boletim-pad-7-dezembro-19-11-2014-site-2/file>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/GOVERNO DE MINAS. Índice Mineiro de Responsabilidade Social. 2012. Disponível em: <www.fjp.mg.gov.br/index.php/produtos-e-servicos/2741-indice-mineiro-de-responsabilidade-social-imrs-2>. Acesso em: 12 mar. 2016.

GALVÃO, Luiz Augusto C.; FINKELMAN, Jacobo.; HENAO, Samuel. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Washington / Rio de Janeiro: OPAS/FIOCRUZ, 2011. 601 p.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2155-2168, oct. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001002155&script=sci_abstract> Acesso em: 20 out. 2016.

GUIMARAES, Eliete Albano de Azevedo et al. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2105-2118, oct. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a26v29n10.pdf>> Acesso em: 23 mar.2016

16. HABERMANS Jürgen. Conhecimento e Interesse. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.319 p.

HOFLING, Eloisa Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. Cad. CEDES, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Atlas da Violência. 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Saúde e educação são as prioridades dos brasileiros, aponta Ipea. 2013. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20859>. Acesso em: 13 out.2016.

JANNUZZI, Paulo Martino. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. RAP, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427/5011>>. Acesso em: 01 set. 2016.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a22v15n1.pdf>>. Acesso em: 17 fev.2017.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saude soc., São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7105>>. Acesso em: 19 ago. 2016>. Acesso em: 23 set. 2015.

KLECZKOWSKI Bogdan M.; ROEMER Milton I.; WERFF, Albert van der Werff. National health systems and their reorientation towards health for all : guidelines for policy-making. Geneva: World Health Organization, 1984. 120 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO_PHP_77.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

LISBOA, Severina Sarah; HELLER, Léo; SILVEIRA, Rogério Braga. Desafios do planejamento municipal de saneamento básico em municípios de pequeno porte: a percepção dos gestores. Eng. Sanit. Ambient., Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 341-348, dec. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/esa/v18n4/1413-4152-esa-18-04-00341.pdf>>. Acesso em: 26 fev 2017.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/08.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

LUCENA, Regina Célia Borges. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1107-20, set./out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n5/0034-7612-rap-49-05-01107.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

MAGALHÃES, Elizete Aparecida; WAKIM, Vasconcelos Reis. Análise de Eficiência dos Municípios de Minas Gerais: uma abordagem sobre o IMRS no ano de 2010. Disponível em: <http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2016/anais/economia/118-191-1-RV_2016_10_09_00_40_34_001.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2017.

MALACHIAS I, LELES FAG, PINTO MAS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. 112 p.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Progress with the Strategic Action Plan for Tackling Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

MATTOS Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/ UERJ; ABRASCO, 2009. p.43-68. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2017.

MATUS Carlos. Como aumentar a capacidade de governo dirigente. In: *O líder sem estado-maior*. São Paulo: FUNDAP, 2000. p. 31-49.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

MILANEZ, Bruno; SANTOS, Rodrigo S.P. Topsy-turvy neo-developmentalism: an analysis of the current Brazilian model of development. *Revista de Estudios Sociales*, Bogotá, n. 53, p. 12-28, jul.-set. 2015. Disponível em: <<https://res.uniandes.edu.co/view.php/1006/index.php?id=1006>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

MILES, Matthew B; HUBERMAN, Michael A. *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. 2. ed. Los Angeles, London, New Delhi: SAGE, 1994. 249p. Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar_lookup?publication_year=1994&author=+Miles,+M.+B.+author=+Huberman,+A.+M.+&title=Qualitative+data+analysis:+An+expanded+sourcebook>. Acesso em: 22 abr. 2016.

MINAS GERAIS. Ministério Público. Nota Técnica N° 002/2015. Déficit/Superavit de Leitos UTI. Informações às Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde sobre UTI. Belo Horizonte, 05 de maio de 2015b. 13p. Disponível em: <<https://www.mpmg.mp.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A91CFA94D7723C1014D782E1A916662>>. Acesso em 23 dez. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo II da Deliberação CIB-SUS n° 1.979 de 18 de novembro de 2014. Adscrição dos municípios de Minas Gerais conforme Plano Diretor de Regionalização (PDR-SUS/MG), após ajuste de 2014b. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20-%20PDR%202014.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Avaliação Quadrimestral – Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais – 2013. Banco de dados do Sistema Gerenciador de Indicadores de Compromissos e Metas, SES-MG, 2013d.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Consolidação Programada Pactuada Integrada. Nota Técnica. Diretoria da Programação Pactuada Integrada-DPPI. 2015a. Disponível em: <<http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 20 set. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.426, de 17 de abril de 2013. Aprova o Edital de convocação para adesão Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, 18 abr. 2013c. Seção 1, p.11.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.528, de 21 de agosto de 2013. Aprova os Indicadores e Metas do Pacto de Transição 2013-2015 no Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 23 de agosto de 2013a. Seção 1, p.16.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.763 de 19 de março de 2014. Aprova o Edital de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, 2014-2015. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, 21 de março de 2014a. Seção 1, p. 19.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.061, de 14 de fevereiro de 2012. Aprova o Edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Poder Executivo, Belo Horizonte, 16 de fevereiro de 2012. Seção 1, p.07.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações da Vigilância em Saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013b. 233p.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização (PDR). A Resolubilidade na Assistência Hospitalar. 2015c. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Profissionais da Vigilância em Saúde

são capacitados. 2014a. Disponível em:

<<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/6684-profissionais-da-vigilancia-em-saude-sao-capacitados>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. Banco de dados Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde, Minas Gerais, 2014d.

MINAYO, Maria Cecília Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

MORAES, Iara Hammerli Sozzi. Sistemas de Informação em Saúde: Patrimônio da Sociedade Brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org). Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 649-65.

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVENEY, Assis Mafort. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, abr. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1097.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2017.

MURRAY, Christopher J.L.; LOPEZ, Alan D.; NAGHAVI, Mohsen; WANG, Haidong. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet, Philadelphia, v. 388, n. 10053, p. 1603-58, oct. 2016. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31012-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31012-1.pdf)>. Acesso em: 23 out. 2016.

NILSSON, Mans; GRIGGS, Dave; VISBECK, Martin. Policy: Map the interactions between Sustainable Development Goals. Nature, vol. 534, n. 7607, p. 320-22, 2016. Disponível em: <<http://www.nature.com/news/policy-map-the-interactions-between-sustainable-development-goals-1.20075>>. Acesso em 30 dez. 2016.

O'DWYER, Gisela; REIS, Daniela Carla de Souza; SILVA, Luciana Leite Gonçalves da. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3351-3360, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a10.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/29.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2016.

OLIVEIRA, Cátia Martins de; CRUZ, Marly Marques. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDADE (ONU). Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. 2016 Disponível em:
< <http://www.un.org/sustainabledevelopment/>> Acesso em: 11 dez. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Org.) Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 455-466.

PAIM, Jairnilson Silva; TRAVASSOS, Cláudia; ALMEIDA, Célia; BAHIA, Lígia; MACINKO, James. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet, Philadelphia, v. 377, n 9779, p. 11-31, mai. 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil11.pdf>. Acesso em: 15 out. 2016.

PATRÍCIO, Karina Pavão; MICHALOSKI, Lylian Cristina Rocha; RUJULA, Maria Josefa Penon. Vigilância em Saúde. In: IBAÑEZ, Nelson, MANGEIN-ELIAS, Paulo Eduardo; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo (Org.). Política e Gestão Pública em Saúde. 1. ed. São Paulo: HUCITEC; 2011. p. 354-73.

PEDROSA, Claudia Mara; DINIZ, Carmen Simone Grilo; MOURA, Verônica Gomes Alencar de Lima e. The Enlighten Campinas Program: the construction of an intersectoral and interinstitutional policy to confront violence as a social problem. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1879-1888, jun. 2016. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1879.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

PERIAGO, Mirta Roses; GALVAO, Luiz Augusto; CORVALAN, Carlos; FINKELMAN, Jacobo. Saúde ambiental na América Latina e no Caribe: numa encruzilhada. Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 3, p. 14-19, dec. 2007. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.

PIOLA, Sergio Francisco; BIASOTO-JR, Geraldo. Financiamento do SUS nos anos 90. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI Geraldo. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Unicamp, 2001.p.219-32.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS DO DESENVOLVIMENTO; IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO/GOVERNO DE MINAS GERAIS. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. O Atlas. O IDHM. 2012. Disponível em:
<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm>. Acesso em: 12 mar. 2016.

POCHMANN, Marcio. Proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil. São Paulo Perspec., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 3-16, Jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a02v18n2.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

QUINN Ema K; MASSEY, Peter D; SPEARE, Rick. Communicable diseases in rural and remote Australia: the need for improved understanding and action. Rural and Remote Health, vol. 15, n. 3, p. 3371, sept. 2015. Disponível em:
< <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3371>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

RIBEIRO, Ludmila Mendonça Lopes; BASTOS, Luiza Meira. Algumas Notas Sobre Segurança Pública e Municípios: Uma Análise do Caso de Minas Gerais. *Revista Estudos Política*. Campina Grande, vol. 1, nº 2, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufcg.edu.br/chi/index.php/REP/article/view/129/98>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

RIMOLI, Josely. Análise de uma intervenção pedagógica em centros de saúde e seu impacto na assistência e gestão. In MERHY, Emerson Elias (Org). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 199-296.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; BORTOLOTO, Claudimara. The concept of equity for designing social policies: political and ideological assumptions of the development proposal of CEPAL. *Interface, Botucatu*, v. 15, n. 38, p. 793-804, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/en_14.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.

ROMERO, Dalia E; CUNHA, Cynthia Braga. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, 2002. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 701-714, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/28.pdf>> Acesso em: 22 mar. 2016.

SAKATA, Karen Namie; EGRY Emiko Yoshikawa; NARCHI, Nádia Zanon. A política brasileira de redução de acidentes e violência se alinha às perspectivas internacionais? *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 48, Esp. 2, p. 208-215, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00197.pdf> Acesso em: 22 out. 2017.

SANTANA, Vilma Souza et al. Modelos Básicos de Análise Epidemiológica. In: ALMEIDA-FILHO, Naomar; BARRETO, Maurício L. (Org.). *Epidemiologia e Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2012.p. 232-251.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Lígia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf>. Acesso em 20 fev. 2017.

SANTOS, Boaventura. *Pela Mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade*. 7 ed. In: *O Estado e os Modos de Produção de Poder Social*. São Paulo: Cortez, 1999. p. 103-113.

SCHOR, Edward L. Whole Child Care: Coordinating Support to Families. *J Dev Behav Pediatr*, 2015 jul-aug; v.36, n. 6:467-8. Disponível em: <http://journals.lww.com/jrnldb/Citation/2015/07000/Whole_Child_Care_Coordinating_Support_to.11.aspx>. Acesso em 20 fev. 2017.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde (1967-2015). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, 63, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050000086.pdf>.

Acesso em: 17 fev. 2017.

SKINNER S Rachel; MARINO L Jennifer. England's Teenage Pregnancy Strategy: a hard-won success. *The Lancet*, vol. 388, n.10044, p. 538-540, ago, 2016.

Disponível em: < <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2930589-X> > Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVA, Ambrosina Pereira Abreu et al. Contabilidade, Gestão e Governança. Brasília, v. 15, n. 1, p. 96 - 114, 2012. Disponível em < <https://cgg-amg.unb.br/index.php/contabil/article/view/389> >. Acesso em: 15 nov. 2017.

SILVA, Gerluce Alves Pontes; TEIXEIRA, Maria Glória; COSTA, Maria da Conceição Nascimento. Estratégias de Prevenção e Controle de Doenças e Agravos de Riscos: Campanhas, Programas, Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde e Vigilância da Saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 391-400.

SILVA, Leopoldo Franklin. Martin Heidegger e a técnica. *scientiæzudia*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 369-74, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ss/v5n3/a04v5n3.pdf> >. Acesso em: 25 ago. 2017.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf> >. Acesso em 17 fev. 2017.

SOLLA, Jorge José Pereira; PAIM, Jairnilson Silva. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.343-52.

SOUZA, Luís Eugênio Portela Fernandes; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; HARTZ, Zumira Maria Araújo. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Zumira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 65-102.

STREECK, Wolfgang. Tempo comprado: a crise adiada do capitalismo democrático. Lisboa: ACTUAL, 2013, 293p.

TALIBERTI Helena et al. Indicadores de dimensionamento de profissionais para a vigilância em saúde do município de São Paulo. jun. 2011. Disponível em: < <http://documentslide.com/documents/indicadores-de-dimensionamento-de-profissionais-para-a-vigilancia-em-saude-do-municipio-de-sao-paulo-junho-2011.html> >. Acesso em 30 abr. 2015.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços... In: TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira (Org.). Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006c.

p. 19-58.

_____. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. _____. Salvador: EDUFBA; 2006a. p. 109-28.

_____. Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências. 1 ed. Salvador: EDUFBA; 2010.

_____. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira (Org.). Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006b. p. 59-83.

_____. Vigilância da Saúde: novo pensar e novo fazer. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). O futuro da prevenção. Salvador: Casa da Qualidade; 2002. p. 65-76.

TEIXEIRA Carmen Fontes; PAIM Jairnilson Silva; VILASBÔAS Ana Luiza. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: TEIXEIRA, Carmen Fontes (Org.). Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador. ISC. 2002. p. 23-58.

TEIXEIRA, Maria Glória et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). *Rev Panam Salud Publica, Washington*, v. 32, n. 1, p. 49-55, July. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n1/v32n1a08.pdf>> Acesso em: 23 jun. 2016.

TEIXEIRA, Solange Maria. Sistema de Proteção Social Brasileiro na Contemporaneidade: "Novas" Relações entre Estado e Sociedade? *Rev. FSA, Teresina*, v.10, n.1, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://189.43.21.151/revista/index.php/fsa/article/view/115/66>>. Acesso em: 03 out. 2016.

TONELLA, Celene. Políticas urbanas no Brasil: marcos legais, sujeitos e instituições. *Soc. estado., Brasília*, v. 28, n. 1, p. 29-52, Apr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v28n1/03.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2016.

UNITES NATIONS GENERAL ASSEMBLY (UNGA). Resolution adopted by the General Assembly on 28 July 2010: The Human Right to Water and Sanitation. Geneva: UNGA, 2014. UN Document A/Res/64/292. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/292>. Acesso em: 20 dez. 2016.

VALERO, Martin Junior. Análise dos investimentos em abastecimento de água potável do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no Ministério das Cidades 2007-2013. 2014. 104 fls. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio De Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://search.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-782414>>. Acesso em: 25 out. 2016.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condições estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, aug.

2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2017.

VIDIGAL, Pedro Guatimosim; RESENDE Leticia Maria Henriques; CARDOSO, Joanna Paula Guimarães; SEABRA, Liz Custódio Souza; MAIA, Mariana Rabelo; MENDES, Tasso Amós de Araújo et al. Challenges of the Unified Health System: present status of public laboratory services in 31 cities of Minas Gerais, Brazil. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 115-123, mar/abr 2014.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v50n2/1676-2444-jbpml-50-02-0115.pdf>>.

Acesso em: 05 ago. 2017

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.290p.

APÊNDICE I

ROTEIRO DE COLETA EM DOCUMENTOS DE PLANIFICAÇÃO (EM COMPLEMENTARIEDADE COM O DATASUS NO QUE TANGE AOS RESULTADOS DE METAS PACTUADAS PERTINENTES ÀS AÇÕES DO PROJETO DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE-PFVS)

Aspectos gerenciais
Relação entre análise da situação de saúde e ações de VS (PFVS) planejadas/realizadas
Propósitos de manutenção ou mudanças quanto aos resultados das metas pactuadas pertinentes às ações da VS (PFVS)
Aspectos organizativos
Cobertura da APS (ESF) municipal
Territorialização da ESF
Relação entre serviços da VS e da ESF
Cobertura do NASF
Cobertura do CAPS
Cobertura de CEREST
Existência de consórcio intermunicipal
Suficiência de consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem para a atenção em VS
Suficiência da cobertura dos serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar
Suficiência da cobertura da urgência/emergência
Infraestrutura dos serviços da VS e da ESF municipal
Aspectos técnico-assistenciais
Resultados das metas pactuadas pertinentes às ações da VS (PFVS), segundo parâmetros

ROTEIRO DE COLETA DE ENTREVISTA (REFERÊNCIA REGIONAL VS)

Perfil do gestor ou referência técnica entrevistada
Aspectos gerenciais
Suficiência e qualificação de técnicos regionais para apoiar as ações da VS (PFVS) nos serviços municipais
Coleta, armazenamento e transporte de amostras para laboratórios de referência
Existência de central de regulação ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade para internações hospitalares ou procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade
Regulação de internações de urgência e emergência
Apoio da gestão regional aos municípios para a análise da situação de saúde
Acompanhamento dos indicadores municipais pactuados com a gestão estadual (PFVS) e federal
Ações de qualificação da VS (PFVS) para a coordenação da APS e da VS municipal ou equipes de profissionais do município
Relação entre o PFVS e aspectos da gestão do sistema de saúde (processos de trabalho, qualificação de RH)
Aspectos organizativos
Cobertura da APS (ESF) municipal
Cobertura do NASF
Cobertura do CAPS
Cobertura de CEREST
Existência de consórcio intermunicipal
Suficiência de consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem para a atenção em VS
Suficiência da cobertura dos serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar
Suficiência da cobertura da urgência/emergência
Suficiência e qualificação dos gestores ou referências técnicas municipais que coordenam os serviços da APS (ESF) e VS
Infraestrutura dos serviços da VS e da ESF municipal
Relação entre o PFVS e aspectos do sistema de saúde municipal (recursos financeiros, infraestrutura, organização da atenção)
Aspectos técnico-assistenciais
Relação entre o PFVS e as práticas de saúde nas equipes da VS e da ESF municipal

ROTEIRO DE COLETA DE ENTREVISTA (GESTORES OU REFERÊNCIAS TÉCNICAS MUNICIPAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E/OU DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE)

Perfil do gestor ou referência técnica entrevistada
Aspectos gerenciais
Suficiência e qualificação de técnicos regionais para apoiar as ações da VS (PFVS) nos serviços municipais
Coleta, armazenamento e transporte de amostras para laboratórios de referência
Existência de central de regulação ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade para internações hospitalares ou procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade
Regulação de internações de urgência e emergência
Apoio da gestão regional aos municípios para a análise da situação de saúde
Ações de qualificação sobre ações da VS (PFVS) para equipes de profissionais do município (VS e ESF)
Fontes utilizadas na análise da situação de saúde
Alimentação, fluxo, análise e publicação das informações dos Sistemas de Informação em Saúde
Relação entre análise da situação de saúde e ações de VS (PFVS) nos serviços municipais
Acompanhamento dos indicadores pactuados com a gestão estadual (PFVS) e federal
Relação entre o PFVS e aspectos da gestão do sistema de saúde (processos de trabalho, qualificação de RH)
Aspectos organizativos
Cobertura da APS (ESF) municipal
Territorialização da ESF
Relação entre serviços da VS e da ESF
Cobertura do NASF
Cobertura do CAPS
Cobertura de CEREST
Existência de consórcio intermunicipal
Suficiência de consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem para a atenção em VS
Suficiência da cobertura dos serviços de alta complexidade ambulatorial e hospitalar
Suficiência da cobertura da urgência/emergência
Suficiência e qualificação dos gestores ou referências técnicas municipais que coordenam os serviços da APS (ESF) e VS
Infraestrutura dos serviços da VS e da ESF municipal
Relação entre o PFVS e aspectos do sistema de saúde municipal (recursos financeiros, infraestrutura, organização da atenção)
Aspectos técnico-assistenciais
Relação entre o PFVS e as práticas de saúde nas equipes da VS e da ESF municipal

ROTEIRO DE COLETA DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE E DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Perfil do profissional de saúde entrevistado
Aspectos gerenciais
Apoio de gestores ou referências técnicas municipais para o desenvolvimento das ações da VS (PFVS)
Coleta, armazenamento e transporte de amostras para laboratórios de referência
Existência de central de regulação ou outro mecanismo de classificação de risco e vulnerabilidade para internações hospitalares ou procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade
Ações de qualificação sobre ações da VS (PFVS) para equipes de profissionais do município (VS e ESF)
Fontes utilizadas na análise da situação de saúde
Alimentação, fluxo, análise e publicação das informações dos Sistemas de Informação em Saúde
Relação entre análise da situação de saúde e ações de VS (PFVS) nos serviços municipais
Acompanhamento dos indicadores pactuados com a gestão estadual (PFVS) e federal
Aspectos organizativos
Suficiência de consultas especializadas, exames laboratoriais e de imagem para a atenção em VS
Infraestrutura dos serviços da VS e da ESF municipal
Aspectos técnico-assistenciais
Ações da VS (PFVS) desenvolvidas
Relação entre ações da VS (PFVS) desenvolvidas com outros serviços
Dificuldades e estratégias para o desenvolvimento das ações da VS (PFVS)

APÊNDICE II

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado " A implantação do Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Municípios de Minas Gerais: análise da sua contribuição para o processo de integralidade da atenção em saúde", sob a responsabilidade da doutoranda da Fundação René Rachou/FIOCRUZ-BH, Lucília Nunes de Assis (C.I. 1000290190, CPF 85069108620, MASP 1204825-2), a ser executado nos municípios mineiros com adesão ao Projeto Estadual de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a execução, do projeto desde que o mesmo seja aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Assinatura e Carimbo

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____.

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS

Dados relacionados ao Diagnóstico Municipal dos Serviços da Vigilância em Saúde (VS) no Estado de Minas Gerais (MG)/Subsecretaria da Vigilância e Promoção à Saúde da SES-MG e resultados de metas pactuadas entre gestores municipais e gestor estadual/Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas da SES-MG (GEICOM)

Prezado (a) sr. (a),

Eu, Lucília Nunes de Assis, doutoranda em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ-BH, abaixo assinada, envolvida no projeto de título: "A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO ESTADUAL DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DA SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO", comprometo-me a manter a confidencialidade e privacidade dos dados coletados nos arquivos relacionados ao Diagnóstico Municipal dos Serviços da VS em MG e quanto aos resultados alcançados pelos gestores municipais no Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM), da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de MG (SES-MG). Tal garantia será cumprida pela ausência de associação entre as informações coletadas e a nomeação dos municípios relacionados, cuja identificação se dará por meio de letras aleatórias.

Esclareço que esta pesquisa pretende analisar a contribuição do Projeto Estadual de Fortalecimento da VS para a integralidade da atenção, a partir de sua interface com características dos contextos municipais, dos respectivos sistemas de saúde e das práticas comuns e interdependentes das equipes da VS e da ESF. A hipótese do estudo é de que o Projeto Estadual de Fortalecimento da VS contribui para a integralidade das ações entre serviços da VS e ESF.

Atenciosamente,

Nome da pesquisadora	RG	Assinatura
Lucília Nunes de Assis	1000 290 190	_____

Para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como para encaminhar sugestões:

Lucília Nunes de Assis

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais/ESP-MG - Av. Augusto de Lima, 2061
CEP - 30190-002 Belo Horizonte/MG
Telefones: (31) 32955098 / (31) 986981185

Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ-BH

Endereço: Av. Augusto de Lima, 1715 - Barro Preto - Belo Horizonte/MG - 30.190-00

Telefones: (31) 3349 7700 / (31) 3349 7825

Prezado (a) sr. (a),

Esta pesquisa intitulada "IMPLANTAÇÃO DO PROJETO ESTADUAL DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DA SUA CONTRIBUIÇÃO

PARA O PROCESSO DE INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO” pretende analisar a contribuição do Projeto Estadual de Fortalecimento da VS para a integralidade da atenção, a partir de sua interface com características dos contextos municipais, dos respectivos sistemas de saúde e das práticas comuns e interdependentes das equipes da VS e da ESF. A hipótese do estudo é de que o Projeto Estadual de Fortalecimento da VS contribui para a integralidade das ações entre serviços da VS e ESF.

A operacionalização desta fase da coleta da pesquisa se fará por meio da aplicação de um questionário estruturado a um grupo de servidores de saúde, selecionados pela sua atuação profissional em respectivos municípios-caso que compõem a amostra do estudo, no âmbito do Estado de Minas Gerais (MG). Nesse sentido, contamos com a sua participação em responder às questões pertinentes aos seus conhecimentos sobre os serviços de saúde do município onde atua profissionalmente. Faz-se constar que as informações obtidas são de caráter estritamente sigiloso e confidencial quanto à identificação dos participantes e dos municípios onde atuam, com garantia de registro no questionário apenas do cargo de ocupação do entrevistado e pela identificação do município a partir de uma letra. Todas as técnicas e procedimentos relacionados ao desenvolvimento da pesquisa serão esclarecidos pela pesquisadora anteriormente à aplicação do questionário e sempre que se faça necessário, segundo a demanda do participante convidado.

O material coletado será armazenado, antes do descarte, durante cinco anos, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável. A divulgação dos dados se dará por meio da produção de texto ou apresentação em evento, de caráter científico. Assim, o desenvolvimento do projeto de pesquisa não envolve nenhum tipo de risco aos participantes. Destaca-se que os benefícios da pesquisa são relativos às possíveis contribuições no âmbito da gestão, organização dos serviços de saúde e modelo de atenção, favorecendo o processo de trabalho dos participantes.

Esclarecemos que você tem inteira liberdade de não participar ou se desligar a qualquer momento da pesquisa, sem trazer nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino procedente.

Atenciosamente,

Lucília Nunes de Assis

Doutoranda em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ-BH

Orientadora: Dra. Maria Zélia Profeta da Luz

Co-orientadora: Eliete Albano de Azevedo Guimarães

Assinatura da pesquisadora a

Por esse instrumento eu, _____ C.I.

_____, autorizo a pesquisadora Lucília Nunes de Assis, a utilizar a técnica de questionários estruturados para a elaboração do trabalho de pesquisa: “IMPLANTAÇÃO DO PROJETO ESTADUAL DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS: ANÁLISE DA SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE INTEGRALIDADE DA

ATENÇÃO". Afirmando que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, o caráter confidencial e o destino dos dados coletados (os resultados serão tabulados, descritos e analisados, sendo depois descartados, podendo ser divulgados por meio de produção de textos e artigos científicos ou de apresentação em eventos de caráter científico). Foi realçado o meu direito de não participação ou o meu afastamento a qualquer momento da pesquisa. Todos os dados referentes à pesquisa respeitarão o direito de não identificação.

_____ de _____ de 201__.

Local e data

Assinatura do participante

Para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como para encaminhar sugestões:

Lucília Nunes de Assis

Escola de Saúde Pública do Estado de Minas
Gerais/ESP-MG - Av. Augusto de Lima,
2061 CEP - 30190-002 Belo Horizonte/MG
Telefones: (31) 32955098 /
(31) 86981185

Comitê de Ética do Centro de Pesquisa René
Rachou/FIOCRUZ-BH

Endereço: Av. Augusto de Lima, 1715 - Barro
Preto - Belo Horizonte/MG - 30.190-00

Telefones: (31) 3349 7700 / (31) 3349 7825

APÊNDICE III

ARTIGO

<https://doi.org/10.22239/2317-269x.00987>

A descentralização da Vigilância em Saúde em Minas Gerais: caracterização dos serviços municipais, 2014

The decentralization of health surveillance in Minas Gerais: characterization of counties' services, 2014

Lucília Nunes Assis^{1,II,*}Eliete Albano de Azevedo Guimarães^{III}Juliana Vaz de Melo Mambrini^{III}Filipe Curzio Laguardia^{IV}Nayara Dornela Quintino^{IV}Davidson Silva^VZélia Maria Profeta Luz^{II,*}

RESUMO

Introdução: O Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde implantado em 2012, em Minas Gerais, visava a descentralização da Vigilância Sanitária, subsidiada no diagnóstico local. **Objetivos:** Caracterizar os serviços municipais de Vigilância em Saúde no estado de Minas Gerais em 2014. **Método:** Estudo transversal que analisou diagnósticos de 527/853 (62%) municípios do total do estado de MG. As variáveis comuns às áreas da Vigilância em Saúde foram instrumentos de gestão, financiamento, categoria profissional, qualificação e sistema de informação. Aquelas específicas às áreas da Vigilância em Saúde caracterizaram infraestrutura, serviços de referência e ações. Analisaram-se frequências, medianas, diferenças interquartis e coeficiente de Spearman ($p < 0,05$). **Resultados:** Observou-se associação entre instrumentos de gestão, disponibilidade de categorias profissionais, sistema de informação e porte populacional ($p < 0,001$). Identificou-se infraestrutura insuficiente nas Vigilâncias Sanitária e Ambiental e predomínio das ações programáticas frente àquelas de monitoramento. **Conclusões:** O desafio da Vigilância em Saúde demanda enfrentamentos no campo da gestão, das práticas e do financiamento.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância em Saúde; Integralidade; Programas de Saúde; Avaliação de Projetos de Saúde

ABSTRACT

Introduction: The Health Surveillance Strengthening Project implemented in 2012 in Minas Gerais -subsidized by a local diagnosis- aimed at decentralizing Health Surveillance. **Objectives:** To characterize the local Health Surveillance services in the state of Minas Gerais in 2014. **Method:** Descriptive study that analyzed 527 (62%) out of a total of 853 counties. The common variables to the Health Surveillance areas were instruments of management, financing, professional category, qualification and information system. Specific variables to the Health Surveillance areas were characterized infrastructure, reference services and actions. Frequencies, medians, interquartile differences and Spearman's coefficient ($p < 0.05$) were analyzed. **Results:** An association among management tools, availability of professional categories, information system and population size ($p < 0.001$) was observed. Insufficient infrastructure in the Sanitary and Environmental Surveillance and predominance of programmatic actions against monitoring actions were observed. **Conclusions:** The challenge of Health Surveillance demands confrontations in the field of management, practices and financing.

KEYWORDS: Health Surveillance; Integrality; Health Programs; Evaluation of Health Projects

^I Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (IRR/Fiocruz Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IIII} Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), São João del-Rei, MG, Brasil

^V Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

* E-mail: profeta@minas.fiocruz.br

Recebido: 16 jun 2017
Aprovado: 10 ago 2017



INTRODUÇÃO

O desenvolvimento e a institucionalização da Vigilância em Saúde (VS) no Brasil envolvem um contínuo aperfeiçoamento das políticas formuladas a partir da construção de conhecimentos sobre o tema e das práticas de saúde implementadas¹. O desafio da reorientação da vigilância para além da doença, abordando determinantes e condicionantes da situação de saúde, associa-se à necessária incorporação da Vigilância Ambiental (VA), da Vigilância da Saúde do Trabalhador (Visat), da Promoção da Saúde às tradicionais áreas da Vigilância Epidemiológica (VE) e da Vigilância Sanitária (VISA)². A imagem objetivo das políticas da VS perpassa por esse diálogo, sem desconsiderar especificidades, enquanto resposta à complexidade do quadro sanitário brasileiro.

A inclusão de princípios como territorialidade, planejamento e decisões baseadas em evidências é pressuposto para a articulação das ações de promoção, de diagnóstico precoce, de proteção e de assistência na saúde^{1,4}. Assim, a interação entre os processos de trabalho entre as áreas da VS, em interface com a Vigilância da Situação de Saúde, tem por requisito a transformação dos saberes e das práticas de gestão e de atenção^{5,6}.

Em Minas Gerais (MG) a proposta denominada Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS) objetivou a descentralização das ações e serviços da VS de forma articulada à Atenção Primária à Saúde (APS), sustentando-se na reorganização das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde; no repasse de recursos financeiros estaduais aos municípios, conforme tipo de adesão (1, 2 ou 3) a elencos de ações de complexidade crescente em VS e na qualificação de Recursos Humanos (RH) em saúde^{7,8,9}.

Os tipos/níveis de adesão referiam-se ao compromisso do gestor municipal em executar conjuntos de ações de VS organizados em função do nível de análise e monitoramento da situação de saúde, dos tipos de diagnósticos laboratoriais ou protocolos clínicos/terapêuticos desenvolvidos e dos tipos de estabelecimento sob responsabilidade da VISA municipal¹⁰. No nível de adesão 3 inclui-se também o critério populacional, no qual apenas municípios com 100 mil habitantes (hab.) ou mais podiam pleitear este nível.

O estado de MG é composto por 853 municípios, distribuídos em 13 regiões ampliadas de saúde e 75 regiões de saúde, as quais são consideradas a base territorial de planejamento da atenção à saúde¹⁰. Os municípios apresentam distintas realidades demográficas, econômicas, sociais, culturais e sanitárias, com variações no tamanho populacional¹¹.

Para a operacionalização da política local e o monitoramento da implementação do PFVS foi elaborado um Instrumento de Diagnóstico Local da VS que coletou informações sobre os meios e ferramentas de gestão, a disponibilidade de recursos diversos, a oferta de procedimentos em serviços de referência e a realização de ações segundo área da VS⁸. Assim, o

reconhecimento e a sistematização de normas, processos de trabalho e finalidades da área poderiam subsidiar e orientar a implantação desses serviços em cenários municipais diversos¹². O presente trabalho teve por objetivo caracterizar os serviços municipais de VS no estado de MG em 2014, contribuindo para sua descentralização.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal que analisou aspectos organizacionais da VS municipal, a partir das informações do Diagnóstico Local da VS, realizado em MG, no ano de 2014. O diagnóstico foi o marco inicial da implantação do PFVS que subsidiou a orientação e pactuação de serviços de vigilância municipais.

Para este estudo, os municípios foram distribuídos pelo porte populacional (menos de 20.000 hab.; 20.000-49.999 hab.; mais de 50.000 hab.) e tipo de adesão (1, 2 ou 3) ao PFVS, de acordo com elencos de ações de complexidade crescente assumidas pela gestão municipal.

Foram analisados os dados dos 853 municípios que preencheram o instrumento de diagnóstico de VS, em 2014. A consistência da base de dados foi considerada, verificando-se a incompletude dos campos do formulário quanto à ausência de informações e existência de duplicidades de registros.

As variáveis analisadas referem-se à organização da VS - VE, VA, VISA, Visat, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde - agrupadas como:

- Instrumentos de gestão (presença de regulamentos de serviços da VS instituídos, documentos de planejamento incluindo VS, uso de código sanitário e existência de apoio jurídico);
- Financiamento (alocação de recursos conforme Bloco de Financiamento da VS, aplicação de Taxas e Multas);
- RH (categorias profissionais presentes, qualificações realizadas, existência de carga horária diária de técnico de VS);
- Sistema de informação (presença de computador, presença de internet);
- Disponibilidade de infraestrutura (Espaços: físicos, Materiais, Equipamentos);
- Ações desenvolvidas na Promoção da Saúde, VE, VISA, VA, Visat, Vigilância da Situação de Saúde;
- Oferta em serviços de referência (exames diagnósticos, consultas especializadas). Duas variáveis pertinentes à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e à existência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também foram consideradas.

¹Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Banco de dados Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde de Minas Gerais [Disco Rígido - HD interno: excel 2010]. Belo Horizonte: Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde; 2014.



Realizou-se a análise descritiva dos dados verificando-se a distribuição das frequências relativas e medidas de posição como mediana e diferença interquartilica. O grau de associação entre as variáveis baseou-se no coeficiente de correlação de Spearman, tomando como resultado estatisticamente significativo, os valores de $p < 0,05$. As análises incluíram avaliação contínua e estratificada do porte populacional. Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0 (2013-04-03).

Este trabalho não apresentou conflito de interesses e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/CpQRR, Parecer nº 874.775, de 2 de novembro de 2014.

RESULTADO

Dos 853 municípios elegíveis, 792 responderam ao instrumento de diagnóstico da VS em 2014. Destes, foram excluídos da análise 265 municípios, com campos não preenchidos, superiores a 20%, considerados de qualidade ruim por comprometer a caracterização dos serviços locais de vigilância¹⁹. Após análise da consistência da base de dados, foram incluídos no estudo, 527 municípios, o que representou 62% do total no estado de MG.

Dentre o total dos municípios selecionados, 417 (79%) apresentaram menos de 20 mil hab., 75 (14%) entre 20.000 e 49.999 hab. e 35 (7%) tinham mais de 50.000 hab. Quanto ao tipo de adesão ao PFVS, observou-se que 511 (97%) tinham adesão tipo 1, 14 (2,5%), adesão tipo 2 e dois (0,5%), adesão tipo 3.

A Tabela 1 mostra o tipo de adesão ao PFVS e aspectos da gestão, do financiamento, da disponibilidade de RH, de computador e de internet, segundo os estratos do porte populacional dos municípios.

Os resultados apontaram um aumento gradativo dos aspectos relacionados à organização da VS com o porte populacional dos municípios, mas também à presença de diversas deficiências nesses serviços. Esse último fato pode explicar a adesão majoritária ao elenco de ações básicas em VS propostas pelo PFVS. Dentre os 14 municípios da amostra com mais de 100 mil hab. e que poderiam pactuar a realização de ações de maior complexidade, dez deles optaram por adesão às ações básicas em VS.

Na Tabela 1 pode-se verificar que foi baixo, variando de 8% a 31% entre os estratos populacionais, o número de municípios com regulamentos (leis, portarias) que instituíam a VS local. A atuação da VISA sem o respaldo da aplicação de taxas ou multas também pode ser constatada em grande parte das localidades. Com relação aos RH, verificou-se insuficiência de categorias profissionais atuantes na VS, além de baixos percentuais de municípios com pessoal qualificado. Nos municípios com menos de 20.000 hab. apenas 14% apresentavam técnico da VS atuando com uma carga horária média de seis horas semanais. A existência de computadores para cada área específica da VS também foi baixa, bem como a disponibilidade da internet (Tabela 1).

A análise das categorias profissionais mostrou que, no quadro de pessoal dos municípios, nem sempre estava disponível coordenador da VS com dedicação exclusiva, referências com formação

técnica em VS, em Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DAINT) ou em Sexualmente Transmissíveis (ST).

Com relação à disponibilidade de infraestrutura, as melhores situações foram observadas na VE e na Promoção da Saúde, áreas que também se destacaram quanto às ações desenvolvidas (Tabela 2). A infraestrutura e as ações desenvolvidas pela Visat municipal apresentaram a mesma mediana nos diferentes estratos populacionais.

As áreas da VA e VISA apresentaram os piores resultados quanto à disponibilidade de espaços físicos, materiais e equipamentos, principalmente em municípios com menos de 50 mil hab. Com relação ao elenco de equipamentos relacionados à VA, a análise desta variável apontou que mais da metade deles, como bomba costal, lupa entomológica, microscópio, medidor de cloro, dentre outros, faltavam em 77% (404) dos municípios da amostra, sendo que 22% (126) não registraram nenhum equipamento.

As ações desenvolvidas na promoção da saúde referiam-se, de forma predominante, aos Programas como Saúde na Escola, Controle do Tabagismo, Academia da Cidade, Vigilância Alimentar e Nutricional. Aquelas relacionadas ao controle das DAINT ou envolvendo educação em saúde ou monitoramento da situação de saúde alcançaram 0% a 50% de execução em metade dos municípios da amostra.

Tabela 1. Frequência das variáveis e tipo de adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (PFVS), Instrumentos de Gestão, Financiamento, Recursos Humanos e Sistema de Informação segundo porte populacional de 527 municípios, Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde, Minas Gerais, 2014.

Variáveis	Menos de 20.000		20.000-49.999		Mais de 50.000 ^a	
	n	%	n	%	n	%
Tipo de Adesão ao PFVS						
1	415	99	71	95	25	71
2	2	1	4	5	8	23
3	0	0	0	0	2	6
Instrumentos de gestão						
Regulamentos de serviços da VS instituídos	32	8	13	17	11	31
Uso de código sanitário	311	75	64	85	34	97
Existência de apoio jurídico	289	69	58	77	28	80
Documentos institucionais de planejamento incluindo VS	396	95	75	100	35	100
Financiamento						
Alocação de recursos conforme Bloco de Financiamento da VS	404	97	74	99	35	100
Aplicação de taxas e multas VISA	61	15	15	20	10	29
Recursos Humanos						
Categorias profissionais referidas no diagnóstico presente	44	11	20	27	8	23
Qualificações referidas no diagnóstico realizado	37	9	8	11	6	17
Existência de carga horária diária de técnico de VS	59	14	46	61	27	77
Sistema de informação						
Presença de computador	120	29	31	41	20	57
Presença de internet	189	45	42	56	27	77

^aEm geral, as localidades de maior porte na amostra de 527 municípios apresentaram associação positiva ($p < 0,0001$) com todas as variáveis relacionadas aos instrumentos de gestão, financiamento e recursos humanos.



Tabela 2. Medianas e Diferenças Interquartílicas (Q1-Q3) das variáveis Disponibilidade de Infraestrutura, Ações desenvolvidas e Oferta em Serviços de Referência, segundo porte populacional, Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde, Minas Gerais, 2014.

Variáveis	Menos de 20.000	20.000-49.999	Mais de 50.000
Disponibilidade de infraestrutura (espaços físicos, materiais, equipamentos)			
VE	66 (15)	73 (14)	81(16)
VISA	43 (32)	58 (24)	67 (26)
VA	40 (30)	59 (33)	79 (17)
Visat	67 (67)	67 (67)	67 (33)
Promoção da saúde	67 (22)	72 (21)	80 (26)
Ações desenvolvidas na VS			
VE	85 (23)	85 (15)	92 (15)
VISA	73 (32)	82 (23)	82 (18)
VA	60 (33)	80 (20)	80 (13)
Visat	63 (25)	63 (25)	63 (25)
Promoção da saúde	83 (33)	83 (17)	83 (33)
Vigilância da situação de saúde	64 (20)	72 (16)	76 (26)
Oferta em serviços de referência (exames diagnósticos, consultas especializadas)			
VE	63 (46)	73 (32)	83 (19)
VA	33 (100)	67 (100)	67 (100)
Visat	47 (54)	55 (62)	65 (86)

VE: vigilância epidemiológica; VISA: vigilância sanitária; VA: vigilância ambiental; Visat: vigilância da saúde do trabalhador; VS: vigilância em saúde. Obs. 1: A Vigilância Sanitária e a Vigilância da Situação de Saúde não referiram encaminhamentos aos Serviços de Referência. Obs. 2: A Promoção da Saúde referiu apenas solicitação de Hemograma Completo aos serviços de referência, onde cerca de 12 a 16% dos municípios, segundo extrato populacional, referiram não ter disponibilidade para esse exame.

A oferta em serviços de referência apontou a VE como a área com maior disponibilidade de encaminhamentos para a realização de exames diagnósticos e consultas especializadas (Tabela 2). A menor oferta foi constatada em municípios com menos de 20 mil hab., seja para a VE, VA ou Visat.

A análise da cobertura da ESF e do NASF apontou que a oferta de equipamentos utilizados na realização de atividades físicas ($p < 0,001$) e de ações de promoção e proteção à saúde ($p < 0,0001$) correlacionou-se somente com a presença do NASF.

DISCUSSÃO

A caracterização dos serviços da VS municipal demonstrou que o PFVS apresentava fatores condicionantes à sua implantação, relacionados a aspectos da gestão, da infraestrutura e da organização dos serviços em rede. Há sinais de que o desenvolvimento das ações de VS propostas requeiram uma análise do contexto municipal e um planejamento comum entre áreas da VS e demais unidades de saúde, tendo por diretrizes o apoio em evidências e a integralidade da atenção. O não preenchimento do diagnóstico local por cerca de 40% dos municípios do estado e inconsistências no instrumento de coleta podem ter sido fatores limitantes à análise.

A insuficiente institucionalização dos serviços da VS no âmbito dos sistemas municipais de saúde foi incoerente com as afirmativas quanto à incorporação de ações da VS em documentos como Plano de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão. A própria planificação apresenta indícios de comprometimento, considerando o déficit de infraestrutura relacionado aos Sistemas de Informação

em Saúde (SIS), imprescindíveis ao monitoramento e avaliação dos processos e resultados pertinentes às ações de VS propostas.

Essa reflexão também deve incorporar o SIS para além do seu aparato tecnológico, mas enquanto ferramenta de uma análise dinâmica e publicizada da situação de saúde e enquanto apoio para a regulação dos processos de trabalho e a superação do caráter prescritivo e burocrático do planejamento no setor^{14,15}.

Os problemas detectados quanto à força de trabalho atuante nos serviços municipais da VS em MG coincidiram com os resultados de estudos de base local, em outros estados, que identificaram a insuficiência e a deficiência da formação de profissionais para atuação na perspectiva da integralidade da atenção, causas plausíveis das ações pontuais e fragmentadas da VS entre suas áreas e nos demais serviços da rede^{16,17}.

Respostas a esses entraves puderam ser identificadas a partir de ações recentes de formação pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) e pela oferta de cursos de Educação Permanente em Saúde (EPS), via Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UHASUS), ambas com foco na VS^{18,19}. Independentemente da modalidade da ação educativa proposta, o essencial é que esta se desenvolva a partir da realidade do território em que se insere o trabalhador da saúde, em prol da ressignificação das práticas e envolvimento da comunidade²⁰.

Já o fato do maior déficit quanto à infraestrutura ocorrer nos serviços da VA e da VISA pode ser relacionado às dificuldades que estes serviços enfrentam quanto ao financiamento e à articulação intersetorial, o que envolve desafios no âmbito político e técnico-operacional^{21,22,23}. Isso ressalta a necessidade de maior investigação quanto ao desenvolvimento das ações referidas pelos municípios, principalmente no que tange à VISA, incluindo o fato do instrumento de diagnóstico não apresentar a descrição de exames relacionados à sua atuação.

Tal ausência pode expressar um problema inerente ao instrumento de diagnóstico em questão, bem como uma dificuldade histórico-institucional da VISA em estabelecer interface com as demais práticas de saúde, o que pode contribuir para que não esteja contemplada em um planejamento prévio que lhe garanta retaguarda laboratorial²⁴.

O papel do NASF na operacionalização de ações da Promoção da Saúde encontrou respaldo em um estudo nacional que identificou o maior desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas em municípios com a presença destes serviços, com destaque para a Região Sudeste²⁵. Já a execução dessas ações de forma predominante, a partir de programas verticalizados, explica-se pelo caráter prescritivo destes, com implantação precedida por objetivos bem definidos, repasse de recursos financeiros e/ou de infraestrutura específicos, sem exigir capacidade de gestão ou mudanças no núcleo duro das práticas de saúde²⁶.

Os limites da integralidade da VS no que tange aos serviços de diagnose e consultas especializadas encontram consonância com aspectos da própria implantação do PFVS ao não abordar as diferenças de conformação dessa rede de serviços entre as regiões



do estado^{24,11}. Essa é uma questão crítica que envolve macrotendências políticas e financeiras que fomentam o acesso baseado na oferta do serviço contratado/conveniado, a insuficiência e ineficácia da rede laboratorial, a governança regional imediatista e conflitante, resultando em fatos visíveis como a falta de responsabilização quanto ao cuidado horizontal do usuário em rede e o comprometimento do vínculo^{27,28,29}.

Estudos apontam que a atenção da saúde em rede tem por pressuposto repensar a conformação das Regiões de Saúde a partir de conjunturas políticas, aspectos demográficos, socioeconômicos e sanitários distintos, contando com um papel mais proativo dos gestores municipais³⁰. Assim, o PFVS, na atual gestão estadual denominado como Programa de Monitoramento das Ações de VS, pode ser instrumento oportuno de apoio à qualificação dos gestores e referências técnicas em espaços como as comissões intergestores de saúde ou no próprio município³¹.

Ações pontuais também podem ser identificadas no âmbito de alguns municípios para o enfrentamento de algumas questões referidas como investimento na regulação descentralizada e informatizada para o monitoramento de filas de espera, além da implantação de prontuários eletrônicos e diretrizes para a assistência, enquanto ferramentas de gestão do sistema e da clínica, compatíveis com a proposta de integração da atenção primária aos demais serviços da rede³².

Essa reflexão encontra referência em Cecílio³³, ao apontar que a integralidade da atenção se constrói em equipes multiprofissionais de saúde, nas quais processos de trabalho solidários constituem-se de um conjunto de saberes e práticas voltadas às necessidades de saúde do indivíduo e do coletivo. Essa integralidade também está

na forma como os serviços se organizam e se articulam para uma abordagem potencializada das necessidades de saúde³⁴.

CONCLUSÕES

As fragilidades dos serviços da VS municipal, identificadas por meio dos municípios respondentes, podem explicar a ausência de informações por parte significativa dos demais, revelando a importância das distintas realidades dos contextos municipais para a implementação do PFVS. Esse fato sustenta uma avaliação da atual proposta na perspectiva de assegurar a proteção da população, priorizando regiões de saúde com maiores iniquidades socioeconômicas e de acesso a serviços. Tal reflexão implicaria em considerar as localidades de menor porte populacional e suas respectivas capacidades de gestão (municipal ou compartilhada).

Já as limitações do instrumento de diagnóstico apontam para a necessária interação entre atores das áreas da VS e da APS no próprio âmbito estadual, enquanto condutores da implementação da proposta política. A reelaboração em conjunto desse instrumento seria um meio de fomentar um planejamento estratégico que potencializaria as ações da VS e a percepção da convergência das metas pactuadas pelos diversos setores.

Tal diálogo, subsidiado na análise do contexto municipal e regional, seria um meio de delinear as interfaces e especificidades dos processos de trabalho entre serviços no âmbito local no que tange às ações da VS, bem como a relação destes com os índices de resolutividade da média e alta complexidade regional. A adequação do diagnóstico em uma base de dados apropriada à análise e de fácil acesso também seria um elemento importante a ser considerado.

REFERÊNCIAS

- Arreaza ALV, Moraes JC. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(4): 2215-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>
- Oliveira CM, Cruz MM. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*. 2015;39(104): 255-67. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040385>
- Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 567-86.
- Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EdUFBA; 2006. p. 59-83.
- Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(3): 929-36. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300029>
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.378, de 9 de julho 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. *Diário Oficial União*. 29 jul 2013.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS nº 1.061 de 14 de fevereiro de 2012. Aprova o edital de convocação para adesão dos municípios ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde no Estado de Minas Gerais. *Diário Oficial Estado*. 29 fev 2012.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.763, de 19 de março de 2014. Aprova o Edital de convocação para adesão ao Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, para exercício 2014-2015. *Diário Oficial Estado*. 21 mar 2014.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Profissionais da Vigilância em Saúde são capacitados. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 26 nov 2014[acesso 15 mai 2015]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/6684-profissionais-da-vigilancia-em-saude-sao-capacitados>
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS nº 1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização - PDR-SUS/MG 2014. 2014 [acesso 10 jun 2015]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201979%20-%20PDR%202014.pdf>



11. Malachias I, Lele FAG, Pinto MAS. Plano diretor de regionalização da saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2011.
12. Patrício KP, Michalowski LCR, Rujula MJP. Vigilância em Saúde. In: Ibanez N, Mangein-Elias PE, Seixas PHD, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2015. p. 354-73.
13. Romero ED, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis epidemiológicas e demográficas do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):701-14.
14. Moraes IHS. Sistemas de informação em saúde: patrimônio da sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho H, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 649-65.
15. Guimarães EAA, Hartz ZMA, Loyola-Filho AI, Meira AJ, Profeta ZML. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Municípios de Minas Gerais. *CadSaúde Pública*. 2013;29(10):2105-18.
16. Taliberti H. Indicadores de dimensionamento de profissionais para a vigilância em saúde do município de São Paulo. São Paulo: Coordenação de Vigilância em Saúde; 2014[acesso 10 out 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sms-8543>
17. Teixeira MG, Costa MC, Souza LP, Nascimento EM, Barreto ML, Barbosa N, Carmo EH. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(1):49-55. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000700008>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Universidade Aberta do SUS - UNIASUS. Cursos. 2015[acesso 01 jun15]. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/cursos>
19. Ministério da Saúde (BR). Rede de Escolas Técnicas do SUS. Técnico em vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015[acesso 1 jun 2015]. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/cursos/tecnico/tecnico-em-vigilancia-em-saude>
20. Rimoli J. Análise de uma intervenção em centros de saúde e seu impacto na gestão. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 199-297.
21. Barcellos C, Quitério LAD. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):170-7.
22. Oliveira CMO, Cruz MM. Sistemas de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. *Saúde Debate*. 2015;39(104): 255-67.
23. Aith F, Dallari SG. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. *Rev Direito Sanitário*. 2009;10(2):94-125. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p94-125>
24. Lucena RCB. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Rev Adm Pública*. 2015;49(5): 1107-20. <https://doi.org/10.1590/0034-7612137128>
25. Gomes GAO, Kokubun E, Mieke GI, Ramos LR, Pratt M, Parra DC et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(10):2155-69. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085713>
26. Silva GAP, Teixeira MA, Costa MCN. Estratégias de prevenção e controle de doenças e agravos de riscos: campanhas, programas, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde e vigilância da saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho H, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 391-400.
27. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):622-31. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>
28. Solla SP, Paim JS. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho H, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 343-52.
29. Vidigal PG, Resende LMH, Cardoso JPG, Seabra LCS, Maia MR, Mendes TAA et al. Challenges of the Unified Health System: present status of public laboratory services in 31 cities of Minas Gerais, Brazil. *J Bras Patol Med Lab*. 2014;50(2): 115-23. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20140004>
30. Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2317-26. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007>
31. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG Nº 5.484, de 17 de novembro de 2016. Estabelece normas gerais para participação, execução, acompanhamento, monitoramento e avaliação do Programa de Monitoramento das Ações de Vigilância em Saúde, no âmbito do Estado de Minas Gerais. *Diário Oficial Estado*. 29 nov 2016.
32. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
33. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 117-30.
34. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 43-68.

Conflito de Interesse

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



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada. Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.

ANEXO I

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 2.141.036

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o(a) Pesquisador(a) Responsável, o projeto aprovado não apresentou mudança até a referida data. Assim, permanecem necessárias as medidas para minimização dos riscos de perda do sigilo e da confidencialidade, bem como o compromisso para manutenção dos benefícios indiretos.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

O(A) Pesquisador(a) Responsável apresenta declaração da situação atual do projeto, com previsão de alteração no cronograma decorrente de atraso na defesa de doutoramento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com o(a) Pesquisador(a) Responsável, o projeto aprovado não apresentou mudanças nos termos de apresentação obrigatória até a referida data.

Recomendações:

Apresentar Emenda para regularizar alteração do cronograma do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vide "Considerações Finais a Critério do CEP".

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise da notificação em questão, constatamos que o estudo cumpriu o plano do projeto. Diante do exposto, o Comitê de Ética do CPqRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições a ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela aprovação da notificação de acompanhamento da pesquisa proposta. Firma-se diante deste documento a necessidade de apresentação do relatório final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Documento11.pdf	15/05/2017 20:23:28	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Documento12.pdf	15/05/2017 20:24:27	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Documento2.docx	15/05/2017 20:25:26	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Documento3.docx	15/05/2017 20:26:17	Lucilia Nunes de Assis	Aceito

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 Fax: (31)3349-7825 E-mail: oepsh-opqm@cpqrr.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 2.141.036

Outros	Documento4.docx	15/05/2017 20:27:31	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Documento5.pdf	15/05/2017 20:27:41	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Documento6.pdf	15/05/2017 20:27:49	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Relatorioparte1.pdf	15/05/2017 20:30:44	Lucilia Nunes de Assis	Aceito
Outros	Relatorioparte2.pdf	15/05/2017 20:31:28	Lucilia Nunes de Assis	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 27 de Junho de 2017

Assinado por:
MARCELO PASCOAL
(Coordenador)

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715
Bairro: Barro Preto CEP: 30.190-002
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3349-7825 Fax: (31)3349-7825 E-mail: oepsh-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br