



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Fernanda Coelho Torres

Vigilância sanitária nas capitais do sudeste brasileiro

Rio de Janeiro

2019

Fernanda Coelho Torres

Vigilância sanitária nas capitais do sudeste brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marismary Horsth De Seta

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

T693v Torres, Fernanda Coelho.
Vigilância sanitária nas capitais do sudeste brasileiro / Fernanda
Coelho Torres. -- 2019.
105 f. : tab.

Orientadora: Marismary Horsth De Seta.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Na-
cional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Vigilância Sanitária. 2. Descentralização. 3. Sistemas de
Informação. 4. Financiamento em Saúde. 5. Agência Nacional de
Vigilância Sanitária. 6. Regulação e Fiscalização em Saúde.
7. Capitais. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.42

Fernanda Coelho Torres

Vigilância sanitária nas capitais do sudeste brasileiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 16 de abril de 2019

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marina Ferreira de Noronha
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / DAPS

Prof.^a Dra. Vera Lúcia Edais Pepe
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / PPGSP

Prof.^a Dra. Marismary Horsth De Seta (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / PPGSP

Rio de Janeiro

2019

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Maris, por quem tenho grande admiração, pela confiança, generosidade e competência e também pela atenção, carinho e respeito durante todo o processo de construção deste trabalho. Obrigada por ter acreditado no meu potencial e por ter sido por várias vezes, além de orientadora, amiga. Agradeço, ainda, pelos deliciosos almoços em sua casa.

As minhas filhas, Cecília e Beatriz, amores da minha vida, hoje com 4 e 5 anos, que tornaram um desafio ainda maior a conclusão desse curso, ao mesmo tempo que conseguiram tornar mais leves os momentos difíceis ao longo do percurso.

Ao meu companheiro, Vinícius, que sempre esteve ao meu lado, acreditando em mim e me apoiando. Por ter vibrado comigo desde a seleção até os momentos mais difíceis, quando por diversas vezes teve que assumir todas as funções familiares pra que eu conseguisse me dedicar ao curso. Por sua compreensão e respeito. Por seu amor.

À minha mãe, Francisca, pelas lições de amor, compreensão e perdão. E aos meus irmãos, Francisco, Mariana e Felipe, por sempre torcerem por mim.

Aos queridos Maurício, Lucas e Flávio, pelo carinho e hospitalidade.

As professoras Vera e Marina, pelas relevantes e indispensáveis orientações. E aos demais professores do Curso, pelos ensinamentos e incentivo.

Aos colegas de turma, sempre solidários e amáveis, dispostos a ajudar uns aos outros.

Aos amigos Diana e Evandro, pelo afeto, parceria e amizade.

Às professoras Marina Noronha, Vera Pepe, Rosane Lopes e Claudia de Brito, que gentilmente aceitaram compor a Banca Examinadora e colaborar com esta dissertação.

Às professoras Carla Andrade e Rosane Lopes que compuseram a banca de qualificação, pelas sugestões e direcionamento.

A André Ramos pelas valiosas e importantes contribuições.

Ao funcionário do Ministério da Saúde, Wesley, que prontamente nos atendeu enviando as bases de dados financeiros não disponíveis no site do SIOPS no formato consolidado.

Aos amigos da Vigilância Sanitária de Campos, Beatriz, Ana Léa e Felipe, por todo o apoio, sem o qual a concretização desse sonho não teria sido possível.

RESUMO

No Brasil, denomina-se como vigilância sanitária uma complexa ação de Estado, que tem sofrido transformações desde 1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Sua área de atuação abrange o controle sanitário de produtos e de práticas relacionadas à saúde, articulando-se para controlar certos determinantes, riscos e danos à saúde. Ela representa parte expressiva da proteção da saúde e, integrando o Sistema Único de Saúde (SUS), contribui para a sua qualificação, bem como dos produtos nacionais sujeitos à regulação sanitária. Na organização do SNVS, notadamente em um país federativo e de dimensões continentais e realidades extremamente diversas, como o Brasil, a realização descentralizada de ações e sua correspondência com o contexto loco regional é fundamental. Como o elo mais frágil do SNVS é o seu componente municipal, torna-se imperioso o estudo contextualizado dos serviços municipais e, dentre esses, o das capitais, que concentram recursos, população e problemas de diversas ordens. Este é um estudo exploratório e descritivo com base em dados secundários de acesso livre e universal e abrange os serviços de vigilância sanitária das quatro capitais dos estados da região sudeste do Brasil, de 2014 a 2017, ano de reforma do financiamento federal do SUS. As capitais foram caracterizadas por meio de indicadores sociodemográficos e financeiros, e os respectivos serviços de vigilância sanitária mediante dados da Pesquisa de Informações Básicas Municipais, dos sites oficiais e referentes à sua arrecadação. Foram descritos os procedimentos informados por esses serviços e analisadas as suas receitas e despesas. Constatou-se que as vigilâncias sanitárias das capitais em estudo encontram-se inseridas em diferentes níveis hierárquicos no organograma das respectivas SMS e que o seu financiamento é fortemente dependente dos repasses federais, que apresentaram queda no período. A destinação de recursos próprios foi muito pequena e os valores arrecadados como taxas e multas parecem não ter sido revertidos para o serviço em uma das capitais que informou essa arrecadação. Verificou-se não existir entre elas uniformidade em relação aos tipos de estabelecimentos/atividades fiscalizados e ao processo de licenciamento. Observou-se, em sua maioria, coerência entre as informações das diversas bases e a heterogeneidade do contexto e dos serviços municipais de vigilância sanitária. Necessário se faz elucidar a que tipo de regulação estão sendo submetidos os bens e serviços de interesse da saúde localizados dentro do limite jurisdicional das capitais que não são regulados por elas, e discutir responsabilidades. Assim como avaliar fatores institucionais e políticos, na tentativa de esclarecer a não destinação de recursos próprios e daqueles arrecadados pelas vigilâncias, ou parte deles, aos próprios serviços.

Palavras-chave: vigilância sanitária, procedimentos informados, sistemas de informação, finanças municipais, vigilância sanitária municipal, capitais.

ABSTRACT

In Brazil, it is referred to as sanitary surveillance a complex state action that has undergone transformations since 1999, with the creation of the National Agency of Sanitary Surveillance (ANVISA) and the institution of the National Health Surveillance System (SNVS). Its area of activity covers the sanitary control of products and practices related to health, articulating to control some determinants, risks and damages to health. It represents an expressive part of health protection and, integrating the Brazilian Health System (SUS), contributes to its qualification, as well as national products submitted to sanitary regulation. In the organization of SNVS, notably in a federative country with continental dimensions and extremely diverse realities, such as Brazil, the decentralized implementation of actions and their correspondence with the loco regional context is fundamental. Being the municipality the most fragile component of the SNVS, it is imperative to study contextually the municipal services, and among them, the capitals, which concentrate resources, population and problems of various orders. This is an exploratory and descriptive study based on secondary and universal access data and covers sanitary surveillance services of the four state capitals of the southeastern region of Brazil, from 2014 to 2017, a year of reform of federal SUS financing. The capitals were characterized by sociodemographic and financial indicators and the respective sanitary surveillance services, using data from the Municipal Basic Information Survey, from the official sites and referring to their rates collection. The procedures reported by these services were described and their revenues and expenses analyzed. It was found that the sanitary surveillance of these capitals are inserted in different hierarchical levels in the organization chart of the respective SMS and that their financing is very dependent on federal transfers, which decreased in the period. The allocation of own resources was very low and amounts collected as fees and fines seems not to have been reverted to the service in one of the capitals that reported this collection. There was no uniformity in relation to the types of inspected establishments/activities and the licensing process. Data from the different databases were consistent. It is necessary elucidate to what type of regulation are being submitted the establishments and services located in the jurisdictional limit of the capitals and that are not regulated by them, and discuss responsibilities. As well as institutional and political factors, with the intention of explaining the non-allocation of own resources and those collected by the surveillance, or part of them, to the services themselves.

Key words: health surveillance, informed procedures, information systems, municipal finances, municipal sanitary surveillance, capitals.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APAC | Autorização de Procedimento de Alta Complexidade |
| BPA | Boletim de Produção Ambulatorial |
| CEE FIOCRUZ | Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartite |
| CMS | Conselho Municipais de Saúde |
| CMVS | Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde |
| CNAE | Classificação Nacional de Atividades Econômicas |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| COVISA | Coordenadoria de Vigilância em Saúde |
| DATASUS | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde |
| EC | Emenda Constitucional |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FPM | Fundo de Participação Municipal |
| FPE | Fundo de Participação Estadual |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| INCQS | Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde |
| IVISA | Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária |
| LACEN | Laboratório Central de Saúde Pública |
| LRF | Lei de Responsabilidade Fiscal |
| MAC VISA | Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária |
| MUNIC | Pesquisa de Informações Básicas Municipais |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| PAB VISA | Piso Básico de Vigilância Sanitária |
| PAS | Programação Anual de Saúde |
| PAD VS | Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária |
| PDI | Plano Diretor de Investimento |
| PDR | Plano Diretor de Regionalização |

| | |
|-----------|---|
| PEVISA | Piso Estadual de Vigilância Sanitária |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PGR | Procuradoria Geral da República |
| PMS (PPA) | Plano Municipal de Saúde Plurianual |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| POP | Procedimentos Operacionais Padrão |
| PPA | Plano Plurianual |
| PPI | Programação Pactuada e Integrada |
| PRC | Portaria de Consolidação |
| RAG | Relatório Anual de Gestão |
| RDC | Resolução da Diretoria Colegiada |
| SARGSUS | Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS |
| SAS | Secretaria de Assistência à Saúde |
| SIA/SUS | Sistema de Informação Ambulatorial do SUS |
| SIOPS | Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde |
| SNVS | Sistema Nacional de Vigilância Sanitária |
| SISVISA | Sistema de Vigilância Sanitária Municipal de Belo Horizonte |
| SISVISE | Sistema de Vigilância Sanitária Estadual de Minas Gerais |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TABNET | Programa para Tabulação de Dados pela Internet |
| TAM | Termo de Ajustes e Metas |
| TFVS | Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária |
| TCU | Tribunal de Contas da União |
| UVIS | Unidades de Vigilância em Saúde |
| VISA | Vigilância Sanitária |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|---|----|
| Tabela 1: | Piso Fixo de Vigilância Sanitária segundo capitais e ano. Em Reais e valores nominais..... | 27 |
| Tabela 2: | Capitais do Sudeste Brasileiro segundo indicadores demográficos e sociais..... | 38 |
| Tabela 3: | Capitais do Sudeste Brasileiro segundo indicadores financeiros selecionados e população. 2014 a 2017..... | 39 |
| Tabela 4: | Arrecadação de taxas municipais, em valores nominais (R\$) e por habitante. 2014 a 2017..... | 47 |
| Tabela 5: | Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. Vitória. 2014 a 2017..... | 52 |
| Tabela 6: | Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. Belo Horizonte. 2014 a 2017..... | 53 |
| Tabela 7: | Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. Rio de Janeiro. 2014 a 2017..... | 54 |
| Tabela 8: | Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. São Paulo. 2014 a 2017..... | 55 |
| Tabela 9: | Execução da Despesa por fase, capital e ano. Em Real e valores nominais e em valores por habitante. Vitória. 2014 a 2017..... | 57 |
| Tabela 10: | Execução da Despesa por fase, capital e ano. Em Real e valores nominais e em valores por habitante. Belo Horizonte. 2014 a 2017..... | 58 |
| Tabela 11: | Execução da Despesa por fase, capital e ano. Em Real e valores nominais e em valores por habitante. Rio de Janeiro. 2014 a 2017..... | 59 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------|--|----|
| Quadro 1: | Indicadores selecionados para caracterização das capitais..... | 31 |
| Quadro 2: | Categorias utilizadas para a discussão dos procedimentos informados pelas Capitais no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS..... | 36 |
| Quadro 3: | Informações sobre os serviços de vigilância sanitária na Pesquisa Informações Básicas Municipais – 2014..... | 41 |
| Quadro 4: | Procedimentos informados pelas capitais do Sudeste – 2014 a 2017..... | 49 |

SUMÁRIO

| | | |
|------|--|----|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 2. | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 15 |
| 2.1 | Vigilância Sanitária: Aspectos conceituais | 15 |
| 2.2. | O processo de descentralização da vigilância sanitária e a vigilância nos municípios..... | 17 |
| 2.3. | O Financiamento da Vigilância Sanitária..... | 21 |
| 3. | OBJETIVOS..... | 29 |
| 3.1 | Objetivo Geral..... | 29 |
| 3.2 | Objetivos específicos..... | 29 |
| 4. | METODOLOGIA..... | 30 |
| 5. | RESULTADOS..... | 38 |
| 5.1. | Caracterização das capitais da Região Sudeste..... | 38 |
| 5.2 | Os Serviços de Vigilância Sanitária..... | 41 |
| 5.3 | Procedimentos de Vigilância Sanitária realizados no período 2014-2017..... | 48 |
| 5.4. | Financiamento dos Serviços de Vigilância Sanitária no período 2014-2017..... | 51 |
| 6. | DISCUSSÃO..... | 60 |
| 7. | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 70 |
| | REFERÊNCIAS..... | 72 |
| | APÊNDICE A: Arrecadação de taxas e transferências federais para o SUS e por subfunção da Saúde por habitante..... | 79 |
| | APÊNDICE B - Quantitativo de procedimentos informados pelas capitais..... | 80 |
| | ANEXO A - Atividades passíveis de licenciamento sanitário municipal (Vitória) | 87 |
| | ANEXO B - Estabelecimentos da área de serviços de interesse da saúde sujeitos à inspeção sanitária pela SUBVISA (Rio de Janeiro) | 92 |
| | ANEXO C - Estabelecimentos da área de serviços de interesse da saúde sujeitos à inspeção sanitária pela COVISA (São Paulo) | 93 |
| | ANEXO D - Códigos e Procedimentos de vigilância sanitária no SIA/SUS..... | 95 |
| | ANEXO E – Organogramas das Secretarias Municipais e dos Serviços..... | 98 |

1. INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária (VISA) é uma prática antiga e fundadora do que veio a se constituir como Saúde Pública no Brasil (DE SETA, 2007). De origens remotas, tem sido renovada principalmente a partir de 1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Na medida em que os processos de urbanização e industrialização foram avançando, surgiu a necessidade da instituição de medidas para se evitar a propagação de doenças e proteger a saúde das populações e do trabalhador, o que contribuiu para o desenvolvimento e evolução da vigilância sanitária (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009).

Como ação de controle sanitário de produtos e de práticas relacionadas à saúde, a vigilância sanitária é de extrema importância, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde. Ela representa parte expressiva da proteção da saúde e subsidia os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisões e contribui para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos produtos nacionais sujeitos à regulação sanitária (DE SETA et al, 2010).

A regulação sanitária também se justifica frente a necessidade de corrigir as falhas de mercado, “a exemplo da assimetria de informação, das incertezas e dos custos negativos do setor saúde” (DELGADO, 2015, p. 110) e compreende “funções distintas que incluem desde atribuições típicas da função administrativa até a edição de normas técnicas, bem como a composição dos conflitos que possam surgir em decorrência das relações sujeitas à intervenção regulatória” (DELGADO, 2015, p. 116).

A Constituição Federal de 1988 instituiu a vigilância sanitária como atribuição do SUS e a Lei Orgânica da Saúde (LOS), de 1990, veio a defini-la. Essas duas legislações têm como diretriz a descentralização e dispõem sobre a responsabilidade de execução das ações de vigilância sanitária nos diferentes níveis de governo. Para isso, é necessária estruturação dos serviços que contemple equipe multidisciplinar capacitada e em número suficiente, requisitos estruturais (físicos e legais) e condições políticas que garantam à vigilância sanitária autonomia para atuar na proteção da saúde da população.

Especificamente para o âmbito da saúde e para a vigilância sanitária, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece diferentes competências para cada esfera,

que devem guiar suas decisões e ações e permitir a sua complementariedade. Essas competências são: (i) à direção nacional do SUS compete definir e coordenar os sistemas de vigilância sanitária e promover a descentralização para as unidades federadas e para os municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal; (ii) à direção estadual do Sistema compete: coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância sanitária e promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde; (iii) à direção municipal compete executar os serviços de vigilância sanitária (BRASIL, 1990).

Juliano e Assis (2004, p.494) acrescentam que a LOS introduziu o conceito de risco e “ampliou a intervenção do Estado no processo saúde-doença e em seus determinantes e condicionantes, configurando a vigilância sanitária na conflitante arena das forças produtivas”

A Lei nº 9.782/99, que criou a ANVISA e instituiu o SNVS, também define competências para a Agência quanto à atuação em vigilância sanitária. Algumas competências são exclusivas, outras podem ser compartilhadas com os serviços das demais esferas de governo (estados, Distrito Federal e municípios).

Entre outras, a Anvisa tem a responsabilidade de coordenar o SNVS, definido como “o conjunto de ações executado por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária” (BRASIL, 1999).

O SNVS tem como componentes centrais:

i) no nível federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e tecnicamente à ANVISA; ii) no nível estadual, os 26 serviços de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde e o do Distrito Federal, e o Laboratório Central (LACEN) correspondente; iii) no nível municipal, os serviços de vigilância sanitária dos 5.543 municípios, que variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa (LUCCHESI, 2006, p.37).

Os serviços de vigilância sanitária das esferas federal, estadual e municipal atuam em um contexto de competências compartilhadas e organizam-se sob formas diversas (DE SETA; SILVA, 2006, p. 197, 198 e 199):

Na esfera federal, há a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma autarquia especial que goza de autonomia administrativa e financeira (...) Os órgãos estaduais e distrital de vigilância sanitária se organizam de forma diferenciada, compreendendo desde estruturas com maior autonomia administrativa e financeira até a extrema dependência administrativa do nível central. A maior parte desses órgãos integra a administração direta, com autonomia reduzida para gerir os recursos orçamentário-financeiros (...) Os

órgãos municipais de vigilância sanitária encontram-se em situação de estruturação ainda mais heterogênea que a dos estados (...) Há municípios grandes e médios com estruturas de vigilância sanitária. Todavia, a maior parte dos pequenos municípios tem dificuldade em implementar ações de VISA.

A organização do SNVS é relativamente recente e teve avanços e retrocessos desde 1999. As mudanças mais gerais na política de saúde repercutiram sobre a estruturação do sistema, notadamente após 2009, quando a vigilância sanitária foi definida como integrante do conjunto de ações da vigilância em saúde (BRASIL, 2009). A partir daí, o envio de dados relativos às ações de vigilância sanitária realizadas pelos serviços de vigilância – os chamados procedimentos de vigilância sanitária – passou a ser uma condição para a não suspensão (bloqueio) dos repasses de recursos financeiros automáticos por parte da esfera federal (ANVISA, 2015). Essa condicionalidade foi extinta pela Portaria GM/MS nº 1751, de 14 de junho de 2018, que manteve apenas o cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES como condição para o repasse (BRASIL, 2018).

O SNVS é financiado, em sua maioria, com recursos federais repassados aos fundos estaduais e municipais de saúde. Até o final de 2017 os repasses eram feitos por meio de seis blocos de financiamento, considerados essenciais para estruturação do SUS – atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento. Com a publicação da Portaria GM/MS 3.992, em dezembro do referido ano, os blocos foram unificados em dois grandes blocos: de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

Com a responsabilidade de gerir o sistema de saúde em âmbito local, os municípios e seus serviços de vigilância sanitária vêm incorporando, com o tempo, novas responsabilidades e necessitam ser melhor estruturados em relação a aspectos como capacidade organizativa e de funcionamento, capacidade de gestão e alocação de recursos financeiros (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009).

O financiamento federal da vigilância sanitária não parece ter sido suficiente para assegurar a estruturação e o desenvolvimento do trabalho no modelo descentralizado. Juliano e Assis (2004) relatam que, por problemas estruturais, a vigilância sanitária não consegue dar conta de suas atribuições e colocam a necessidade de avaliação a respeito do repasse de recursos para área, sua aplicação e a relação com o desenvolvimento das ações na área.

A vigilância sanitária é um campo de relevância pública e fundamental para o SUS, indispensável para a redução de riscos e danos associados ao consumo de bens e

serviços relacionados à saúde. Entretanto, diversos estudos apontam as dificuldades no seu processo de descentralização e de estruturação dos serviços de VISA municipais: falta de apoio político (ARAÚJO et al, 2013); falta de organização das ações de forma sistêmica (LUCHESE, 2010); pulverização dos recursos financeiros e sua insuficiência (DE SETA; DAIN 2010); participação mínima nos processos decisórios e no financiamento, além da deficiência de recursos humanos, equipamentos e veículos (MENDES et al, 2016; KRANZ; BORDIN; ROSA, 2016).

Tais problemas comprometem a execução e a qualidade das ações de VISA nos municípios. Como agravante, os procedimentos pactuados para realização pelos estados e municípios não passam por uma crítica de qualidade pela ANVISA, limitando-se ao critério informado/não informado como único monitoramento das pactuações.

Outro fato que torna o estudo relevante é que a produção científica na área de vigilância sanitária é pequena. Battesini, Andrade e De Seta (2017) relatam que, além de apresentarem predominantemente abordagem qualitativa, os estudos são direcionados, em sua maioria, à área de políticas, organização e gestão do SNVS, mostrando a necessidade de trabalhos que façam uma análise sistemática dos serviços de VISA e do seu financiamento.

Esses autores avaliaram a política distributiva adotada pelo nível federal para área de vigilância sanitária e constataram a falta de homogeneidade na distribuição dos repasses com disparidades entre regiões do país e territórios estaduais, indicando a necessidade de ampliar a discussão sobre os critérios de alocação de recursos atualmente utilizados e sobre a suficiência de recursos para a realização de ações de VISA, incorporando na análise, os recursos provenientes dos estados e municípios.

Além de demonstrar a capacidade de incorporação pelas capitais de determinadas ações, os dados do presente estudo podem auxiliar na avaliação do processo de descentralização e do financiamento da vigilância sanitária e melhorar o planejamento e a gestão na área.

Diante da hipótese de que os municípios não executam em sua totalidade os procedimentos de vigilância sanitária que seriam de sua responsabilidade e de que o financiamento é insuficiente, este estudo se propõe a responder as seguintes questões de investigação:

- Como estão estruturadas as vigilâncias sanitárias das capitais do Sudeste brasileiro e quais os procedimentos realizados pelos serviços de vigilância sanitária dessas capitais nos anos de 2014 a 2017?
- Qual a fonte e o volume de recursos destinados a esses Serviços no mesmo período?

A presente dissertação, além desta introdução, organiza-se em: referencial teórico, objetivos, metodologia, resultados, discussão e considerações finais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Construiu-se o referencial teórico em torno dos aspectos conceituais da vigilância sanitária, da descentralização das ações e estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária e do seu financiamento.

2.1 Vigilância Sanitária: Aspectos conceituais

A Constituição Federal de 1988, além de reconhecer a saúde como um direito social e instituir o Sistema Único de Saúde – SUS, “vinculou sua obtenção a políticas sociais e econômicas para redução do risco de agravos e ao acesso às ações e serviços destinados, não só, à sua recuperação, mas também, à sua promoção e proteção” (COSTA, 2005, p.16). Em seu artigo 200 define as atribuições do SUS, entre elas a execução de ações de vigilância sanitária (COSTA, 2001).

No Brasil, como relatado por Kranz, Bordin e Rosa (2016, p. 105),

a vigilância sanitária foi se conformando por diversas áreas do conhecimento e deve ser estudada como um campo de intervenção da Saúde Pública, mesmo que suas atividades se deem sobre coisas (riscos e perigos decorrentes do consumo, uso ou exposição a produtos, serviços e ambientes) e não sobre pessoas, já que cabe ao setor saúde o papel operativo específico de proteção às pessoas e às populações.

A Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, afirma, em seu art. 6º, que estão incluídas, no campo de atuação do SUS, a execução de ações de vigilância sanitária e as define como:

o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990).

As ações de vigilância sanitária dividem-se nas seguintes áreas: vigilância de produtos, com dois grandes grupos, o de ‘medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos’ e o de ‘alimentos, bebidas e água’; vigilância de serviços direta ou indiretamente relacionados à saúde (hospitais, clínicas, serviços diagnósticos, academias, salão de beleza, asilos, entre outros); vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; e

vigilância do meio ambiente e do ambiente de trabalho (COSTA, 2005). Ferraro, Costa e Vieira-Da-Silva (2009) enfatizam o caráter multidisciplinar e intersetorial das intervenções neste campo, em virtude de sua grande e variada área de abrangência e da complexidade dos processos saúde-doença e das relações sociais produção-consumo.

A vigilância sanitária é uma atividade indivisível e que não apresenta rivalidade de consumo, caracterizada pelas ciências econômicas como bem público. É função de Estado e deve ser executada por agentes públicos (DE SETA; DAIN, 2010).

Considerando a responsabilidade e a ética da função pública no exercício da Vigilância, o Poder Público é o único empregador do profissional de Vigilância Sanitária, sendo imprescindível que se resguarde o exercício da dedicação exclusiva desses profissionais. Neste sentido, o trabalho do profissional de Vigilância, impõe limitações quanto ao vínculo empregatício e impedimentos quanto ao exercício profissional, uma vez que, jurídica e eticamente o profissional de Vigilância Sanitária não pode exercer concomitantemente a função de fiscal e outro cargo no setor regulado pela própria Vigilância Sanitária. (ANVISA, 2007, p.7)

As ações de VISA possuem natureza regulatória e tem forte repercussão econômica (DE SETA; DAIN, 2010). Se respaldam em fundamentos jurídicos e no poder de polícia administrativa (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009), que garante sua capacidade de intervenção para a defesa dos interesses sanitários. A regulação no campo da saúde inclui atividades normativas, autorizativas e educativas (DE SETA; DAIN, 2010) e deve corrigir as falhas de mercado (DELGADO, 2015), sobretudo as apontadas por De Seta, Oliveira e Pepe (2017, p. 3229):

1. não racionalidade no consumo de bens e serviços de saúde; 2. possibilidade de ocorrência de eventos adversos oriundos do consumo de bens e da prestação de serviços de saúde; 3. incapacidade do consumidor escolher entre as opções disponíveis, por não conhecer o mercado; 4. decisão do consumo de bens e serviços de saúde intermediada por profissionais de saúde; e 5. existência de oligopólios ou monopólios de empresas, que resultam no estabelecimento de preços sem presença de competição.

Segundo Luchese (2006), a vigilância sanitária é uma atividade preventiva e prioritária para operacionalização do SUS. De acordo com a Portaria 1.052 (BRASIL, 2007a), é um campo da saúde pública com a função de intervir na produção de bens e serviços para garantia dos interesses sanitários e coletivos, se apresentando, desta forma, como uma arena de conflitos.

A atual política de atuação da vigilância sanitária preconiza a forma de agir relacionada ao grau de risco sanitário das atividades, isto é, ao nível de perigo potencial de ocorrência de danos à integridade física e à saúde humana, e ao meio ambiente, em decorrência de seu exercício. O grau de risco é definido de acordo com a natureza das

atividades, com os produtos e insumos relacionados e com a frequência de exposição aos produtos ou serviços (BRASIL, 2017).

Segundo a RDC ANVISA 153/2017, as atividades econômicas de alto risco exigem inspeção sanitária ou análise documental prévia por parte do órgão responsável pela emissão da licença sanitária antes do início da operação do estabelecimento; já as atividades de baixo risco podem iniciar seu funcionamento sem a realização de inspeção sanitária ou análise documental prévia por parte do órgão responsável pela emissão da licença sanitária.

2.2. O processo de descentralização da vigilância sanitária e a vigilância nos municípios

O Brasil possui sistema federativo estruturado em três níveis político-administrativos – União, Estados e Municípios, entidades federadas autônomas política e administrativamente. São 26 estados, o Distrito Federal e mais de 5.570 municípios, com população estimada de 208 milhões de habitantes (IBGE, 2017). O número de unidades da federação e o volume de transferência de recursos financeiros faz do país um dos regimes mais descentralizados do mundo (DE SETA; DAIN, 2010).

Entre os municípios brasileiros predominam os de pequeno porte, com menos de 20.000 habitantes, perfazendo 71,06% do total; até 50.000 habitantes são 89,63% (DE SETA; DAIN, 2010). Esse padrão teria sido decorrente de proliferação do número de municípios por sua fragmentação em municípios menores (TOMIO, 2002), tanto pela maior possibilidade de criação de novos municípios quanto pela norma constitucional que destina aos municípios parte da receita tributária na forma do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), que privilegia os de menor porte e, em seguida, as capitais (DE SETA, 2007). De todo modo, o conjunto de municípios brasileiros apresenta características muito diversificadas em termos socioeconômicos, culturais, demográficos e sanitários, bem como nas suas capacidades de entes federativos que precisam arrecadar receitas e administrá-las para prover bens públicos a seus munícipes.

Essa configuração, segundo Juliano e Assis (2004), seria o suficiente para justificar a descentralização como diretriz viabilizadora das políticas públicas, uma vez que se está diante de realidades tão diversas. Mas, a descentralização na saúde é definida

por Levcovitz, Lima e Machado (2001) como um processo político-administrativo que envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder decisório e recursos da esfera federal para as esferas subnacionais. Tem sido apontado que, no processo de descentralização da vigilância sanitária as diferentes, e por vezes baixas, capacidades de parte dos entes federados precisam ser consideradas, tendo em vista os altos requerimentos técnicos e políticos a serem preenchidos para que essas ações sejam válidas (DE SETA; DAIN, 2010),

A descentralização como princípio norteador, também é reconhecida na Portaria GM/MS 1.052 (BRASIL, 2007), que aprova e divulga o plano diretor para a vigilância sanitária. Ela também afirma que a descentralização das ações de vigilância sanitária é uma estratégia de fortalecimento desse setor nas três esferas de governo. De Seta e Silva (2006) reconhecem, da mesma forma, esse princípio como fundamental para viabilizar os demais princípios e apontam a necessidade de se aumentar a capacidade de gestão dos serviços de vigilância sanitária

No Brasil, os mecanismos de condução e coordenação estratégica dos processos de descentralização e regionalização foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde por intermédio da regulação normativa, através da emissão das Normas Operacionais Básicas 1991, 1992, 1993 e 1996, das Normas Operacionais de Assistência à Saúde 2001 e 2002, do Pacto pela Saúde e do Decreto no 7.508/2011 (LIMA; QUEIROZ, 2012).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) são portarias do Ministério da Saúde que definem os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde. Dispõem sobre os aspectos da divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Sobre elas há extensa bibliografia disponível.

No processo de descentralização das ações e serviços de saúde foram privilegiadas as atividades de assistência. A organização dos serviços de vigilância sanitária estadual e municipal se iniciou mais tarde e se deu de forma mais lenta (KRANZ; BORDIN E ROSA, 2016). A VISA foi contemplada a partir da publicação da NOB 01/96, que instituiu incentivo financeiro para a área (COVEN, 2010) e

“estabeleceu duas estratégias de pagamento direto pela execução de ações por parte das secretarias estaduais e municipais de saúde: (i) o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), referente às ações de competência exclusiva da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde; e (ii) Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (de competência estadual e municipal)” (LUCENA, 2015, p. 1113).

Apesar da previsão normativa, o financiamento das ações de média e alta complexidade não foi regulamentado e apenas em 1999, com o Termo de Ajustes e Metas (TAM), é que foi possível a pactuação e o financiamento para execução dessas ações por Estados e Municípios, classificadas de acordo com a Portaria SAS nº18/99 (revogada). O Termo de Ajuste e Metas vigorou até 2006 (LUCENA, 2015), quando foi publicado o Pacto pela saúde, que substituiu a classificação das ações de vigilância sanitária por níveis de complexidade pelo sistema de gestão solidária entre as esferas de governo, considerando o enfoque de risco (COVEN, 2010). O Pacto citava a regionalização como diretriz orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde e manteve os instrumentos então vigentes, tais como o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI como instrumentos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006), formulados na vigência das Normas Operacionais anteriores (NOB 96 e NOAS 01 e 02).

Nesse mesmo ano, com a intenção de possibilitar que os municípios assumissem gradativamente as ações de vigilância sanitária, elaborou-se um Elenco Norteador das Ações de VISA, dividido em dois grupos: Ações Estruturantes e Ações Estratégicas de Gerenciamento do Risco Sanitário. Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS nº. 1.052 aprovando e divulgando o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA), com as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. “O PDVISA reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locorregionais (ANVISA, 2007, p.3). Esse era o discurso predominante na época no âmbito das representações de gestores do SUS, de crítica à indução realizada por meio das Normas Operacionais.

A ênfase na regionalização veio de fato com o Decreto 7.508, de 2011. Esse dava

ênfase à implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), como estratégia para ordenar os diferentes níveis de atenção, sobreposta às regiões de saúde regulamentadas pelo Pacto de Gestão, cuja perspectiva era fortalecer o poder e a articulação entre os entes federados em territórios delimitados a partir da dinâmica social loco/regional e suas necessidades de saúde. (DUARTE et al, 2015, p. 482)

O Decreto previa que, para o recebimento dos recursos financeiros federais pelas regiões de saúde era necessário que nelas se realizassem ações de vigilância em saúde, sem que houvesse a especificação de quais ações deveriam ser realizadas. No caso da vigilância sanitária, “o conceito de território como contexto é válido, mas na sua atuação

é necessário observar a jurisdição para o exercício do seu poder-dever” (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017, p.3226)

Conforme De Seta, Oliveira e Pepe (2017),

A adesão dos entes subnacionais ao instrumento proposto foi baixa, e as regiões de saúde têm se estruturado desigualmente, com a Vigilância em Saúde cada vez mais próxima da atenção à saúde e mais distante do seu caráter regulatório real (Vigilância Sanitária) e potencial (Vigilância em Saúde do Trabalhador e Ambiental em Saúde). (DE SETA; OLIVEIRA; PEPE, 2017, p.3229)

Ao longo do processo de descentralização o poder decisório e o financiamento estiveram concentrados na esfera federal, ficando a cargo dos outros entes federados o gasto com pessoal e com estrutura (DE SETA; DAIN, 2010). De acordo com De Seta e Silva (2006), a alocação de recursos próprios sempre foi insuficiente para atender as necessidades das vigilâncias sanitárias estaduais e municipais. Somado a isso, sua atuação muitas vezes cartorial, ditada pelo setor regulado, ou reduzida ao poder de polícia, sem qualquer planejamento ou avaliação de riscos, considerando a complexidade de seus objetos de cuidado e tendo em vista a precariedade das condições sociais, econômicas e culturais no País, também não favoreceram uma descentralização exitosa, sendo muitas vezes considerada um entrave, sem o apoio técnico e político necessário ao desenvolvimento de suas ações (ARAÚJO et al, 2013).

Para Lucchese (2010), a descentralização da vigilância sanitária aconteceu sem a organização das suas ações de forma sistêmica. O autor relaciona a pobreza na formulação de propostas à construção inconclusa do Sistema. De Seta e Dain (2010) enunciam as críticas feitas ao processo de descentralização na saúde como municipalização de ações que propiciou a expansão da rede de serviços, entre elas: caráter tutelado da descentralização; descentralização incompleta; municipalização autárquica; atomização da rede de serviços; ineficiências e perdas de economia de escala; pulverização dos recursos ou sua insuficiência. As autoras sobre a descentralização da vigilância sanitária afirmam que “predomina o reconhecimento de muitos avanços, a despeito dos problemas, mas o que se vem interrogando é se a descentralização da VS, por sua natureza e trabalho a realizar, pode seguir um caminho diferente do trilhado pelas ações de cuidado” (DE SETA; DAIN, 2010, P. 3310-3311); um caminho que considerasse a natureza do trabalho em VISA e a necessidade de aumentar a cooperação horizontal e vertical no SNVS.

Kranz, Bordin e Rosa (2016) apontam algumas razões para explicar as causas que prejudicaram a execução plena dos serviços de VISA, sobretudo no âmbito

municipal, desde a criação do SUS: participação mínima nos processos decisórios e no financiamento, concentrados na esfera federal; deficiência de recursos humanos, equipamentos, veículos; baixos índices de informatização e insuficiência de sistemas de informação.

Juliano e Assis (2004) destacam como principais entraves ao avanço do processo de descentralização das ações para o município, a indefinição de uma política de recursos humanos para área e as interferências político-partidárias. Chamam atenção, também, para o fato de o incentivo financeiro recebido pelo município não ser utilizado exclusivamente para o custeio das ações de vigilância sanitária, mostrando a necessidade de se instituir um sistema de acompanhamento e avaliação do uso deste recurso pelo município.

Outro estudo, realizado por Marangon, Scatena e Costa (2009), ao analisar o processo de descentralização da vigilância sanitária, encontrou deficiências estruturais, desconhecimento sobre o uso dos recursos financeiros; desenvolvimento de ações desvinculado da condição de gestão; ausência de planejamento e de avaliação das atividades realizadas.

Essa situação se reproduz em outros municípios do interior do Brasil, como mostram os estudos de Araújo e colaboradores (2013) e de Kranz, Bordin e Rosa (2016), realçando a necessidade de maior controle social e apoio técnico e político dos níveis estadual e federal (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009).

Autores qualificam os serviços de vigilância sanitária da esfera municipal como o elo mais frágil do SNVS (DE SETA; SILVA, 2006; FERRARO; COSTA; VIEIRA DA SILVA, 2009; MEDEIROS; MACHADO; PESSOA JUNIOR, 2017). Outros apontam que os problemas não se restringem aos municípios pequenos, mas também estão presentes nas cidades de maior porte e nas capitais, de acordo com os diferentes contextos nos quais os municípios estão inseridos (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009).

2.3. O Financiamento da Vigilância Sanitária

A instituição do acesso universal à saúde como direito inerente à cidadania pela Constituição Federal de 1988, foi acompanhada da inserção do Sistema Único de Saúde no Sistema de Seguridade Social, bem como do financiamento do SUS no Orçamento da Seguridade Social, acrescido de recursos dos tesouros federal, estadual e municipal (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

A abordagem do financiamento da saúde é tarefa complexa pois a sua concretude se dá no entrecruzamento de temas que vão das receitas aos gastos¹, que implicam na definição das necessidades/prioridades a serem financiadas, nas fontes de recursos – públicas ou privadas, na magnitude dos recursos, no volume dos montantes, nos dispêndios realizados – que inclui a destinação e a qualidade do gasto, em questões tributárias, tais como subsídios e renúncia de arrecadação. Isso é o que trata Dain (2007), na discussão de “Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração”.

O financiamento da saúde é responsabilidade dos três níveis de governo, como determinam a Constituição e a Emenda Constitucional (EC) 29, de 2000, transformada na Lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Mesmo que parte importante dos recursos seja do nível federal, estados e municípios também participam do financiamento da saúde. A Lei complementar 141, de 2012, dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços de saúde pelos três níveis de governo.

De acordo com ela, a União deverá aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual; os Estados devem aplicar no mínimo 12% da arrecadação dos impostos e tributos que recebem, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e os Municípios, por sua vez aplicarão anualmente no mínimo 15% (quinze por cento) da arrecadação dos seus impostos e tributos (BRASIL, 2012).

Consideram-se como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, entre elas as de vigilância em saúde, incluindo as vigilâncias epidemiológica e a sanitária, e que atendam às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito; II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população. (BRASIL, 2012, art. 2)

Para verificar a alocação de recursos por parte das esferas de governo, foi criado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que, gradativamente cresceu em importância e foi se adequando para entrar em conformidade

¹ Neste trabalho gasto, despesa e dispêndio são tratados como sinônimos.

com as normas de finanças públicas, tornando-se de preenchimento obrigatório (BRASIL, 2012). Embora as receitas e transferências financeiras federais possam ser acessadas em outras bases de dados, é o SIOPS o principal, senão o único a disponibilizar dados financeiros e de execução orçamentária dos entes subnacionais, no campo das finanças públicas e da saúde.

O financiamento que será abordado neste trabalho será o financiamento público de certas ações e serviços, os de vigilância sanitária. E, nesse recorte, tem sido reconhecido que os estados e municípios são fortemente dependentes dos repasses federais para execução das ações de VISA, tendo em vista o baixo aporte financeiro desses entes para área, responsáveis pelo pagamento dos funcionários e pela estrutura dos serviços; e que os repasses federais funcionam, dessa forma, como mecanismo indutor da descentralização (BATTESINI; ANDRADE; DE SETA, 2017).

As diretrizes do processo de descentralização e os critérios para transferência de responsabilidades e recursos foram estabelecidos para a saúde através da publicação das Normas Operacionais Básicas. No caso específico da vigilância sanitária, somente em 1996 é que foi instituído incentivo financeiro para os municípios, por meio da publicação da NOB 01/96, responsável por incluir a vigilância sanitária na discussão sobre a descentralização das ações de saúde (COVEN, 2010).

Essa Norma criou duas modalidades de transferência de recursos para a vigilância sanitária – a transferência regular e automática fundo a fundo (piso básico de vigilância sanitária – PAB/VISA e índice de valorização do impacto em vigilância sanitária – IVISA) e a remuneração transitória por serviços produzidos (programa desconcentrado de ações de vigilância sanitária – PADVS e ações de média e alta complexidade – MAC/VISA), que diferiam entre si quanto à natureza do objeto do gasto e quanto à destinação dos recursos (estados ou municípios) (DE SETA; SILVA, 2006).

Entre as modalidades citadas, somente o PAB/Visa foi implantado, com um valor *per capita* de 0,25/hab/ano, repassado do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, embora sempre utilizados para custear despesas estranhas à vigilância sanitária, conforme relatado por De Seta e Silva (2006). Ainda segundo esses autores,

[...] a não regulamentação das demais modalidades de repasse gerou uma situação de desequilíbrio entre os gestores, ao deixar sem fonte de financiamento as ações denominadas como de média e alta complexidade, executadas pelos estados, Distrito Federal e por alguns municípios. Para preencher essa lacuna, instituíram-se mais tarde os termos de ajustes e metas (DE SETA; SILVA, 2006, p. 205-206).

Coven (2010) relata que apesar do repasse regular de recursos financeiros pelo serviço federal, os serviços de VISA municipais não se estruturaram adequadamente e a execução da maioria das ações permaneceu sob responsabilidade da esfera estadual. E acrescenta que, mesmo nestas instâncias, a insuficiência e a fragilidade do financiamento da vigilância sanitária contribuíam para a sua condição marginal no sistema de saúde.

Esse processo começa a se modificar a partir da publicação da Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Com a criação da ANVISA foram estabelecidos repasses de recursos federais aos estados, resultando em um avanço do processo de descentralização para esta esfera de governo (COVEN, 2010). O Termo de Ajuste e Metas (TAM) subsidiou esse processo por meio da descentralização de recursos em troca do compromisso dos gestores no cumprimento de metas (FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

Em 2001, foi publicada a Portaria GM nº. 145, que define os recursos federais destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, a serem transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e do Distrito Federal, e destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de Vigilância Sanitária estabelecidas no Termo de Ajuste e Metas (TAM).

Ainda de acordo com essa Portaria, os recursos financeiros destinados a cada unidade federada seriam definidos pelo somatório das seguintes parcelas: I - Valor per capita de R\$0,15 (quinze centavos) /hab/ano multiplicado pela população de cada unidade federada; e II - Valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária TFVS, por fato gerador. Estabelece, também, o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA) no valor de R\$ 420.000,00 (quatrocentos e vinte mil reais) para unidades federadas cujo somatório das parcelas ficar abaixo desse valor.

Conforme De Seta e Silva (2006, p. 206), “a descentralização dos recursos mediante o TAM iniciou-se para os estados e, destes, ela deveria ser feita para os municípios, após pactuação na Comissão Intergestores Bipartite”. Vale ressaltar que, do valor *per capita* a que cada unidade federada fazia jus, R\$0,06 (seis centavos) seriam utilizados como incentivo à municipalização das ações de vigilância sanitária, de acordo com a complexidade das ações a serem pactuadas e executadas (BRASIL, 2001). Contudo, em função de dificuldades como a precária estruturação e a baixa capacidade de gestão da maioria das vigilâncias estaduais, este processo aconteceu de forma irregular e desigual entre os entes federados (DE SETA; SILVA, 2006).

Em 2003, o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), composto por representantes da ANVISA e dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde, aprovou novas diretrizes para descentralização e financiamento, que resultaram na publicação da Portaria GM/MS 2.473/2003 (DE SETA; DAIN, 2010), quando aos municípios foi aberta a possibilidade de pactuação das ações estratégicas de gerenciamento do risco sanitário. Esta Portaria introduz a esfera municipal no processo de pactuação e estabelece as responsabilidades dos três entes federados na execução das ações de média e alta complexidade na área de vigilância sanitária. As ações consideradas básicas seriam pactuadas junto às ações básicas de vigilância em saúde.

De Seta e Silva (2006) relatam que não houve aumento dos recursos transferidos aos entes subnacionais e apontam como inovação da Portaria GM/MS 2.473 a criação do Fundo de Compensação em VISA, para que os recursos não usados por determinados estados e municípios fossem colocados à disposição dos gestores com bom desempenho no cumprimento das metas pactuadas e na utilização dos recursos recebidos. Os critérios para repasse e o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA) foram mantidos.

Embora o Termo de Ajuste e Metas (TAM), que vigorou entre 2000 e 2006, tenha contribuído para a estruturação dos serviços de vigilância sanitária no país, algumas dificuldades foram identificadas ao longo desse período nos mecanismos de pactuação:

viés financeiro na implementação, em detrimento do compromisso sanitário; repasse tardio dos recursos financeiros aos municípios, apenas em 2004; baixa adesão, especialmente dos municípios, pelo descompasso entre as novas atribuições assumidas pelos gestores e os valores insuficientes de financiamento; pactuação de metas generalistas, incoerentes e não raro desvinculadas do quadro de saúde local; monitoramento precário das ações pactuadas, com baixa articulação entre as esferas na programação, execução e, principalmente, avaliação de resultados; e assimetria de relações e estratégias entre as três esferas de gestão (BRITO *apud* LUCENA, 2015, p. 1113).

Uma nova proposta veio com o Pacto pela Saúde, em 2006, que alterou as diretrizes para a organização e o financiamento da saúde e agrupou os recursos destinados às diferentes vigilâncias no bloco de financiamento da vigilância em saúde (DE SETA; DAIN, 2010). Nessa nova proposta, De Seta et al (2010) e Lucena (2015) apontam como principal mudança a instituição do teto financeiro de vigilância sanitária, composto pelo piso estruturante, destinado à estruturação e ao fortalecimento da gestão, e pelo piso estratégico, direcionado ao gerenciamento do risco sanitário, em consonância com o elenco norteador de ações de VISA instituído no mesmo ano.

A Portaria GM/MS 204 (BRASIL, 2007b), que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais na forma de blocos de financiamento, garantiu a

transferência de recursos para atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, gestão do SUS e investimento, determinando que os recursos deveriam ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, sendo vedado seu uso para outros fins, à exceção do bloco de assistência farmacêutica. Os recursos da vigilância sanitária passaram a ser o componente de mesmo nome do bloco de financiamento da vigilância em saúde.

Em 2009, a vigilância sanitária passou a integrar formalmente a vigilância em saúde, mediante a publicação da Portaria 3.252 (BRASIL, 2009). Foram definidos dois pisos para o Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde: o Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) com objetivo de fortalecer o processo de descentralização, a execução das ações de vigilância sanitária e a qualificação das análises laboratoriais; e o Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA), destinado a implementação de estratégias nacionais de interesse da vigilância sanitária. O registro das ações executadas no Sistema de Informação em Saúde passou a ser condição para manutenção do repasse de recursos pela esfera federal (LUCENA, 2015).

O PFVISA, instituído mediante a Portaria 3.252, para os municípios se compunha de 2 tipos de repasses: estruturante (R\$0,36 per capita) e estratégico (R\$0,21 per capita). Esses valores per capita somente foram alterados em 2014 com a Portaria 475, que estabeleceu para os municípios a título de PFVISA R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano, mantido até os dias atuais.

A Tabela 1 consolida os valores do PFVISA repassados, segundo anos e capitais, de 2014 a 2017.

Tabela 1: Piso Fixo de Vigilância Sanitária segundo capitais e ano. Em Reais e valores nominais.

| Capital | Ano | Valor nominal |
|----------------|------|---------------|
| Vitória | 2014 | 208.960,80 |
| | 2015 | 211.262,40 |
| | 2016 | 213.525,00 |
| | 2017 | 215.733,00 |
| Belo Horizonte | 2014 | 1.487.499,00 |
| | 2015 | 1.494.665,40 |
| | 2016 | 1.501.534,20 |
| | 2017 | 1.508.070,60 |
| Rio de Janeiro | 2014 | 3.857.953,80 |
| | 2015 | 3.872.209,20 |
| | 2016 | 3.885.978,60 |
| | 2017 | 3.899.302,20 |
| São Paulo | 2014 | 7.093.123,80 |
| | 2015 | 7.137.535,80 |
| | 2016 | 7.180.695,00 |
| | 2017 | 7.222.905,00 |

Fonte: Elaboração própria a partir de: Portaria n° 475/GM/MS, de 31 de março de 2014; Portaria n° 59, de 29 de janeiro de 2015; Portaria n° 116, de 29 de janeiro de 2016; Portaria n° 2.943, de 26 de dezembro de 2016.

No final de 2017, a Portaria GM nº 3.992 alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, do mesmo ano, que trata das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do SUS, e que contemplava a portaria nº GM/MS 204/2007, extinguindo os blocos de financiamento e unificando a transferência de recursos em apenas dois blocos, Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Segundo sanitaristas do Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2018), essa medida pode agravar a fragmentação do sistema de saúde com a perda do poder indutor do nível central e a fragilização das políticas de promoção da saúde, saúde da família, vigilância sanitária e epidemiológica.

Além da mudança nos blocos de financiamento, foi alterada também a condição para manutenção dos repasses. A Portaria GM/MS 1.751, de 2018, retirou a obrigatoriedade de preenchimento mensal dos procedimentos de vigilância sanitária no SIA/SUS (BRASIL, 2018).

Os recursos para Vigilância Sanitária são escassos e representam os menores valores *per capita* instituídos no campo da saúde (BATTESINI; ANDRADE; DE SETA, 2017). Apesar das determinações legais, grande parte das vigilâncias sanitárias não tem os recursos a ela formalmente destinados (PAB) ou captados (taxas de licenciamento) revertidos para uso pelo serviço, o que prejudica a sua estruturação e mostra, ainda, a falta da auditoria e avaliação por parte de diferentes órgãos de governo (Conselho Municipal de Saúde, VISA/SES, Anvisa e Ministério da Saúde) sobre a aplicação dos recursos (MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Caracterizar os serviços de vigilância sanitária das capitais do sudeste brasileiro em relação a sua estruturação, produção e financiamento no período de 2014 a 2017.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar as capitais da região sudeste do Brasil.

Descrever as principais características dos serviços de vigilância sanitária em estudo.

Identificar os procedimentos informados no período.

Analisar as receitas e despesas das vigilâncias sanitárias das capitais.

4. METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório, a partir de dados secundários de acesso livre e universal e abrange os serviços de vigilância sanitária das quatro capitais dos estados da região sudeste do Brasil. Essa região foi escolhida por ser a mais populosa (IBGE, 2017) e de maior densidade demográfica do país (IBGE, 2010). O período do estudo abrange de 2014 - ano em que a Pesquisa de Informações Básicas Municipais, a “MUNIC 2014”, pela primeira vez contemplou a vigilância sanitária na esfera municipal – a 2017, de forma coincidente com o Plano Plurianual municipal (PPA municipal), além de ser o ano mais recente de disponibilização dos dados dos sistemas de informação no momento da coleta, coincidindo também com a crucial mudança nos repasses federais.

A região é um importante centro industrial, comercial e financeiro e reúne os três estados de maior quantitativo populacional (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) e as duas maiores metrópoles brasileiras. Com um importante parque de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, e tendo em vista que a necessidade de realização de ações de vigilância sanitária parece acompanhar a concentração populacional (BATTESINI; ANDRADE; DE SETA, 2017), o fato dessa região concentrar 42,1% (IBGE, 2010) da população brasileira foi um fator decisivo nessa escolha.

Como os problemas ou fragilidades da vigilância sanitária nos municípios não se restringem aos de pequeno porte, mas também estão presentes nos de grande porte, focalizar as capitais é importante, sobretudo por que essas concentram população e muitos serviços sujeitos à vigilância sanitária. Ademais, presume-se ser de maior qualidade a informação que elas disponibilizam. As capitais foram caracterizadas com base em informações constantes no quadro 1.

Para análise e discussão consideraram-se as seguintes faixas de IDHM: muito baixo (0,000-0,499); baixo (0,500 – 0,599); alto (0,700 – 0,799); e muito alto (0,800 – 1,000) (PNUD, 2010).

Quadro 1 Indicadores selecionados para caracterização das capitais.

| VARIÁVEL | FÓRMULA DE CÁLCULO | RELEVÂNCIA | FONTE |
|--|--|---|--|
| Densidade demográfica (2010) | População/área geográfica em km ² | Mede a distribuição espacial dos habitantes, refletindo a concentração populacional em determinado espaço | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) |
| PIB <i>per capita</i> (2010) | Produto Interno Bruto (PIB) / população residente | Representa o valor por indivíduo de toda a riqueza produzida, em moeda corrente e a preços de mercado, em determinado espaço geográfico | |
| IDH Municipal (2010) | Indicador disponível | Representa a média geométrica dos índices das dimensões do desenvolvimento humano (renda, educação e longevidade). | Atlas de Desenvolvimento Humano |
| Participação percentual das transferências da União para a saúde em relação ao total de recursos transferidos para a saúde no município ⁽¹⁾ Indicador 1,4) ₂ | Total de receitas de transferências da União para a saúde / total de recursos transferidos para a saúde no município x 100 | Dimensionar a participação da União nos recursos transferidos para a saúde. | Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) – Indicadores Prontos |
| Percentual das receitas próprias aplicadas em saúde conforme LC 141/2012 ⁽¹⁾ (Indicador 3.2) ₂ | Valor aplicado em ASPS / Valor de impostos e transferências vinculadas à saúde x 100 | Dimensionar o nível de aplicação dos impostos e transferências dada a obrigatoriedade de se aplicar o limite mínimo de 15% em ASPS conforme LC 141/2012 | |
| Despesa total com saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante (Indicador 2.1) ⁽¹⁾⁽²⁾ | Despesa Total com saúde / população do município | Dimensionar a despesa média com saúde do município por habitante | |
| Percentual das despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde (Indicador 2.2) ² | Despesas com pessoal e encargos sociais - Deduções* / Despesa total com saúde x 100 | Dimensionar o comprometimento dos recursos vinculados à saúde com o pagamento de pessoal e encargos sociais da área da saúde | |
| Percentual das despesas com a subfunção de vigilância sanitária em relação as despesas totais com a função saúde (Indicador 2.24) * | Despesas com a subfunção de vigilância sanitária / Despesas totais com a função saúde x 100 | Dimensionar o comprometimento de recursos na subfunção de vigilância sanitária | |

NOTAS: (1) Nome do indicador com as alterações a partir de 2016. Fonte: Manual SIOPS 2014 E 2016.

(2) Foi considerada a variação desses indicadores ao longo do período do estudo.

Na caracterização das cidades se buscou uma aproximação ao contexto local mediante indicadores tradicionalmente usados para medir desenvolvimento econômico e social (densidade demográfica, Produto Interno Bruto per capita e Índice de Desenvolvimento Humano municipal), bem como a indicadores de finanças públicas no campo da saúde, da vigilância sanitária e da responsabilidade fiscal, fornecidos como indicadores prontos do SIOPS. Essa aproximação é necessária tendo em vista que diferentes contextos implicam em diferentes necessidades de estruturação, organização e atuação dos serviços de vigilância sanitária municipal. Para os indicadores sociodemográficos, considerou-se além do ano do Censo Nacional (2010), o mais recente em que o dado estava disponível, buscando a sua maior atualização.

Os indicadores prontos do Siops foram tabulados diretamente no sítio do Departamento de Informática do SUS - Datasus (<http://siops-asp.datasus.gov.br/CGI/deftohtm.exe?SIOPS/serhist/municipio/mIndicadores.def>), com a ferramenta TABNET, em dezembro de 2018; e revisados em março de 2019, a fim de verificar alguma nova informação. Por sua disponibilidade, acessibilidade e relevância, considerou-se também a sua evolução no período do estudo. A variação percentual entre os anos extremos foi calculada por meio da fórmula: valor no último ano do período para o qual se dispõe de informação menos o valor do primeiro ano do período dividido pelo valor do primeiro ano do período multiplicado por 100.

Os serviços de vigilância sanitária foram caracterizados com base na Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2014 (MUNIC 2014), nas informações constantes nos sítios eletrônicos das Secretarias Municipais de Saúde e na arrecadação de Taxas de Vigilância Sanitária (TFVS) informadas no SIOPS, base de receitas. Os montantes arrecadados foram transformados em valores por habitante para aumentar a comparabilidade entre eles. Calculou-se a variação percentual entre os anos extremos informados. A população para os diversos anos do estudo foi tabulada no sítio do Datasus (juntamente com os indicadores prontos) e corresponde a estimativas realizadas pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU).

A MUNIC é uma pesquisa anual de acesso público, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir de questionários enviados às 27 unidades da federação e aos 5.570 municípios brasileiros. Essa Pesquisa, realizada anualmente, contempla recursos humanos das administrações, comunicação e informática, educação, saúde, direitos humanos, segurança pública, segurança alimentar. No ano de 2014, a vigilância sanitária foi contemplada pela primeira vez em um questionário específico, mediante convênio com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, para

gerar informações para o monitoramento e a avaliação de políticas locais e regionais (IBGE, 2014).

Esse questionário abrange o tipo de organização do serviço (administração direta ou indireta) e sua inserção institucional, recursos humanos, atividades desenvolvidas, capacitações, sistemas de informação utilizados, entre outras. As variáveis utilizadas para a caracterização dos serviços das capitais foram:

- Inserção institucional do serviço, no questionário constante como do órgão;
- Campos de atuação em relação às outras vigilâncias (epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador) e/ou ao controle de zoonoses e endemias;
- Existência de profissionais capacitados para atuar em atividades específicas, por exemplo, inspeção em serviços de alimentação e em serviços de saúde, educação sanitária;
- Instauração de processo administrativo-sanitário e Controle e registro das reclamações;
- Existência de Carreira específica e de Código sanitário municipal;
- Participação no processo de planejamento da Vigilância em Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde;
- Diretrizes, objetivos e metas relacionadas à Vigilância Sanitária no Plano Municipal de Saúde;
- Presença de ações de vigilância sanitária no conjunto de ações da programação anual de saúde e se realiza planejamento anual de Vigilância Sanitária
- Profissionais responsáveis pelas inspeções estão formalmente investidos na função de fiscal; atividades afetadas pela falta de equipamentos;
- Existência de Cadastro de estabelecimentos (informatizado ou não) e de Apoio Jurídico
- Órgão responsável pela vigilância sanitária municipal é a unidade gestora do orçamento.

Os procedimentos de vigilância sanitária realizados no período foram totalizados, após serem tabulados cidade por cidade, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sus (SIA/SUS), no sítio do DATASUS, (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=67002&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sia/cnv/qg>), utilizando-se seguintes filtros:

- Produção Ambulatorial do SUS - por gestor - Brasil
- Quantidade apresentada por Procedimento e Ano processamento
- Município gestor: selecionar cada uma das capitais da região sudeste
- Grupo procedimento: 01 Ações de promoção e prevenção em saúde
- Subgrupo procedimentos: 0102 Vigilância em Saúde
- Forma organização: 010201 Vigilância Sanitária
- Período: 2014 a 2017

Em virtude de os dados referentes às quantidades dos procedimentos informados como realizados apresentarem discrepâncias importantes, optou-se por trata-los não em função das quantidades, e sim do tipo de procedimento informado. Com isso, buscou-se controlar, tanto quanto possível, as distorções que se apresentaram na primeira análise. São muitos os fatores e circunstâncias que contribuem para a distorção dos números informados sobre procedimentos realizados. Como os dados não se prestam para pagamento adicional ou distinção entre os serviços de vigilância, sobre eles não é feita qualquer crítica, seja pela ANVISA, seja pelo ente estadual.

O SIA/SUS é uma base de dados *on line* de acesso público, criado na década de 1990 e implantado nas Secretarias Municipais de Saúde para registro dos atendimentos e procedimentos realizados. Em 1997, passou a processar, também, a Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). “O SIA/SUS recebe a transcrição de produção nos documentos BPA e APAC, faz consolidação e valida o pagamento contra parâmetros orçamentários estipulados pelo próprio gestor de saúde, antes de aprovar o pagamento” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Esta base de dados é a fonte oficial para cálculo do indicador universal da vigilância sanitária (indicador 41) ². O repasse dos recursos do componente vigilância

² Indicador 41: Percentual de municípios que executam as ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios. (MS, 2013, p.94). Relevância: O indicador é importante para avaliar, nas diversas dimensões municipais, o nível de implementação das ações de vigilância sanitária, colaborando para uma coordenação nacional mais efetiva. Esse indicador é composto pelas ações identificadas como necessárias para serem executadas em todos os municípios: (i) cadastro de estabelecimentos sujeitos à VISA (ii) instauração de processos administrativos de VISA (iii) inspeção em estabelecimentos sujeitos à VISA (iv) atividades educativas para população (v) atividades educativas para o setor regulado (vi) recebimento de denúncias (vii) atendimento de denúncias. (MS, 2013, p.94). É um indicador universal definido de forma tripartite com vistas ao fortalecimento do Planejamento Integrado do Sistema Único de Saúde e à implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap). Está descrito no Caderno de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015, do Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde. Integra a meta municipal “realizar 100% das ações de Vigilância Sanitária no município” o objetivo nacional “fortalecer a promoção e a vigilância em saúde” e a diretriz nacional “redução dos riscos e agravos à saúde da população por meio das ações de promoção e vigilância em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p.94).

sanitária para estados e municípios, até dezembro de 2017, esteve condicionado ao cadastramento dos Serviços de Vigilância Sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e ao preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de vigilância sanitária no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA-SUS), conforme Portaria GM/MS 475/2014, recentemente revogada pela PRC MS/GM 6/2018, que tirou a obrigatoriedade de se informar os procedimentos.

Os procedimentos de vigilância sanitária informados pelos municípios no SIA/SUS foram estabelecidos através da Portaria SAS no 323/2010 após ampla discussão entre representantes do SNVS e aprovação pelo Subgrupo de Vigilância Sanitária do Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (ANVISA, 2015).

Como informado no Instrutivo para Preenchimento das Ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS:

Tais procedimentos contemplam prioridades nacionais definidas no Pacto Pela Saúde (detalhadas na Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS) e no Plano Plurianual - PPA do governo federal e são de responsabilidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, envolvendo todos os entes federados, ainda que algumas ações não sejam realizadas por todos eles (ANVISA, 2010, p.02).

No Sistema de Informações Ambulatoriais, os procedimentos são apresentados em sete grupos, conforme descrito no Manual de Procedimentos da Vigilância Sanitária no SIA/SUS – Definição e Alimentação (ANVISA, 2015) e no anexo C deste trabalho. Para facilitar a discussão considerou-se o tipo de estabelecimento, e não o tipo de ação informada no SIA/SUS, conforme Quadro 2. Não foi utilizada, para essa finalidade, a classificação de risco conforme RDC ANVISA 153/2017 e IN ANVISA 16/2017, pois não seria possível identificar, pela maneira como estão nomeados os procedimentos no SIA, a que categoria de risco pertenceriam. Dito de outra forma, as normas da ANVISA consideram o Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE fiscal), e o SIA/SUS segue outro formato.

Quadro 2: Categorias utilizadas para a discussão dos procedimentos informados pelas Capitais no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

| |
|---|
| 1- Estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária |
| 2- Serviços de alimentação |
| 3- Instituições de longa permanência para idosos (Cadastro; Inspeção; Licenciamento) |
| 4- Serviços de saúde Hospitais Serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama Serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança Serviços de hemoterapia Terapia renal substitutiva |
| 5- Indústria de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para a saúde |
| 6- Atividades educativas para população e setor regulado |
| 7- Recebimento e atendimento à Denúncias |
| 8- Instauração e conclusão de Processo administrativo sanitário |
| 9- Análise e aprovação de Projetos básicos de arquitetura |
| 10- Fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados |

Os dados orçamentário-financeiros utilizados para analisar o financiamento referem-se às receitas e despesas das vigilâncias sanitárias que procedem do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As bases de dados de execução financeira por bloco de financiamento e de receitas municipais foram solicitadas diretamente ao Ministério da Saúde e recebidas em planilhas eletrônicas, em novembro de 2018. Ressalte-se que, no período do estudo os códigos contábeis do SIOPS sofreram diversas modificações, notadamente a partir de 2016, para maior adequação aos novos padrões da Contabilidade Pública brasileira, o que demandou conferência e revisão das tabelas construídas por dois pesquisadores para assegurar a exatidão dos dados. Ao fim, trabalhou-se com dados tabulados diretamente com o uso da ferramenta TABNET (<http://siops.datasus.gov.br/consvaloresmunicipio.php>). Para os recursos destinados à vigilância sanitária a análise se realizou no contexto do bloco de financiamento da vigilância em saúde.

Analisaram-se os montantes/magnitude e a composição das receitas; bem como se calcularam os valores por habitante e o percentual de cada componente frente ao total de receitas do bloco.

As despesas foram apresentadas segundo a fase da execução financeira (despesa empenhada, liquidada e paga³), bem como a dotação. Para a análise das despesas calcularam-se a despesa liquidada *per capita* e o percentual de execução da despesa, onde a despesa liquidada foi tomada como referência e a dotação como o montante disponível.

O SIOPS é um sistema de acesso público instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR 1163 (retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR 446/2004). De preenchimento obrigatório, como determina a lei 141/2012, o Sistema alberga informações referentes às receitas totais e às despesas com saúde dos orçamentos públicos.

Anualmente, União, estados e municípios declaram os dados sobre gastos públicos em saúde, sendo esta uma condição para o recebimento das transferências constitucionais de recursos destinados à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios⁴ aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que serve como instrumento para verificação do cumprimento da aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde estabelecida em Lei para área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O Sistema constitui importante instrumento para a gestão pública participativa em saúde, subsidia a formulação de políticas públicas e permite a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos. Ao disponibilizar os dados à população, permite a participação social no exercício do controle sobre a gestão pública.

Buscou-se analisar a coerência entre as informações das diversas bases, na tentativa de reduzir as limitações inerentes ao trabalho com esse tipo de dados (secundários). Como o estudo abordou apenas dados de acesso público e universal, não se tratando de pesquisa que envolvesse seres humanos, não se submeteu o projeto à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública.

³ Despesa empenhada: resulta de um compromisso de pagamento. O empenho é definido como “o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento [...]”. “A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito.”. Despesa paga é aquela para a qual foi emitida ordem de pagamento. “A ordem de pagamento é o despacho exarado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga.” Brasil, 1964, artigos 58 a 64)

⁴ Recursos Próprios: No caso dos municípios compreendem a receita de tributos diretamente arrecadados pelo próprio ente ou a ele transferidos por outros entes.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização das capitais da Região Sudeste

A região sudeste do Brasil tem 924.510 km² e aproximadamente 80 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Apesar de ser uma das menores regiões do país, é a mais populosa. Tem densidade demográfica de 86,92 hab./km², muito acima da média nacional, de 22,43 hab./km² (IBGE, 2010). Nela se localizam, nos estados de mesmo nome, as duas maiores metrópoles brasileiras, São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ), bem como os estados do Espírito Santo (ES) e Minas Gerais (MG).

Possui IDH 0,766 (PNUD, 2010) e é a segunda região com maior PIB *per capita* - R\$ 38.584,64 (IBGE, 2016), ficando atrás apenas da região centro-oeste. Em termos percentuais, representa 53,2 % do PIB brasileiro (IBGE, 2016).

A caracterização das capitais segundo indicadores demográficos e sociais consta na Tabela 2.

Tabela 2: Capitais do Sudeste Brasileiro segundo indicadores demográficos e sociais

| Capitais | População estimada 2017 | População 2010 | Varição % população | Densidade Demográfica 2010 | PIB per capita 2016 | IDHM (2010) |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------|
| Vitória | 363.140 | 327.801 | 10,78 | 3.338,30 | 60.427,74 | 0,845 |
| Belo Horizonte | 2.523.794 | 2.375.151 | 6,26 | 7.167,00 | 35.122,01 | 0,810 |
| Rio de Janeiro | 6.520.266 | 6.320.446 | 3,16 | 5.265,82 | 50.690,82 | 0,799 |
| São Paulo | 12.106.920 | 11.253.503 | 7,58 | 7.398,26 | 57.071,43 | 0,805 |

Fonte: Elaboração própria com base em IBGE (Estatísticas, População estimada para o TCU 2017) e Atlas do Desenvolvimento Humano.

Vitória, capital do Espírito Santo, é a menor entre as capitais da região sudeste, tanto em área geográfica como em concentração populacional, mas a que possui o maior Índice de Desenvolvimento Humano (0,845) (IBGE, 2010) e o maior PIB *per capita* (64.744,84) (IBGE, 2016). O Rio de Janeiro, a segunda menor capital do Sudeste em dimensão territorial e o segundo maior quantitativo populacional da região, é a única com

IDH classificado como “alto”, ao passo que as três outras encontram-se classificadas como de IDH “muito alto” (IBGE, 2010).

Também na Tabela 2 destaca-se que o Rio de Janeiro apresentou o menor crescimento populacional dentre as capitais do Sudeste.

A caracterização das capitais segundo indicadores prontos do SIOPS consta na Tabela 3, bem como a evolução desses indicadores ao longo do período do estudo.

Tabela 3: Capitais do Sudeste Brasileiro segundo indicadores financeiros selecionados e população. 2014 a 2017

| Capitais | Anos | População | Indicadores prontos do SIOPS | | | | |
|----------------|------|------------|------------------------------|----------|-------|------|-------|
| | | | 1.4 | 2.1 | 2.2 | 2.24 | 3.2 |
| Vitória | 2014 | 352.104 | 96,83 | 786,19 | 66,09 | 0,28 | 18,84 |
| | 2015 | 355.875 | 97,58 | 796,77 | 66,41 | 0,21 | 19,25 |
| | 2016 | 359.555 | 87,76 | 733,37 | 65,51 | ... | 17,85 |
| | 2017 | 363.140 | 87,37 | 740,57 | 65,23 | ... | 18,47 |
| Belo Horizonte | 2014 | 2.491.109 | 91,46 | 1.278,47 | 29,57 | 0,04 | 19,48 |
| | 2015 | 2.502.557 | 87,19 | 1.273,95 | 30,93 | 0,04 | 21,84 |
| | 2016 | 2.513.451 | 86,02 | 1.293,69 | 30,96 | ... | 22,09 |
| | 2017 | 2.523.794 | 88,72 | 1.468,21 | 29,13 | ... | 23,68 |
| Rio de Janeiro | 2014 | 6.453.682 | 96,00 | 650,00 | 33,00 | 1,00 | 21,00 |
| | 2015 | 6.476.631 | 99,19 | 674,91 | 31,72 | 1,38 | 20,93 |
| | 2016 | 6.498.837 | 97,95 | 776,27 | 29,27 | ... | 25,48 |
| | 2017 | 6.520.266 | 98,69 | 756,18 | 31,22 | ... | 25,71 |
| São Paulo | 2014 | 11.895.893 | 85,21 | 674,24 | 25,92 | 1,47 | 18,42 |
| | 2015 | 11.967.825 | 76,77 | 760,19 | 28,68 | 0,97 | 19,46 |
| | 2016 | 12.038.175 | 80,74 | 844,82 | 28,12 | ... | 22,40 |
| | 2017 | 12.106.920 | 80,82 | 879,93 | 24,12 | ... | 21,53 |

Fonte: Elaboração própria, a partir de dados do SIOPS (<http://siops-asp.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM>)

Legenda:

Indicador 1.4 – Participação percentual das Transferências da União para a Saúde em relação ao total de recursos transferidos para a Saúde no Município.

Indicador 2.1 – Despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante

Indicador 2.2 – Percentual das despesas com pessoal e encargos sociais em saúde em relação à despesa total com saúde

Indicador 2.24 Percentual das despesas com a subfunção de vigilância sanitária em relação as despesas totais com a função saúde

Indicador 3.2 – Percentual das receitas próprias aplicadas em Saúde conforme LC 141/2012.

... - Dado inexistente

Em todas as capitais do sudeste, o governo federal é o responsável pela maior parte dos recursos transferidos para a saúde; a participação da União em todas as capitais variou de 99,19 a 76,77%.

A Tabela 3 evidencia que a participação percentual das Transferências da União para a Saúde em relação ao total de recursos transferidos para a Saúde, medida pelo Indicador 1.4, se reduziu em três das quatro capitais, embora desigualmente. A variação percentual negativa desse indicador nos anos extremos foi maior, respectivamente, em Vitória (-9,77%), São Paulo (-5,15%) e Belo Horizonte (-3,00%). O município do Rio de Janeiro representa a única exceção com aumento da importância relativa das transferências da União (2,80%) quando considerados os anos extremos.

Em relação ao Indicador 2.1 (Despesa total com saúde, sob responsabilidade do município, por habitante), Vitória foi a única capital do sudeste a apresentar variação negativa, quando se considera os anos extremos (-5,80%), o que fez com que, em 2017, tenha alcançado a última posição nesse indicador. Belo Horizonte destaca-se por apresentar a maior despesa total com saúde, dentre as três capitais que apresentaram evolução para maior, embora o seu incremento medido pela variação percentual nos anos extremos tenha sido o menor (14,84%), sendo a variação percentual desse indicador de 16,34% e de 30,51% para Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente.

À exceção de Vitória, que excedeu o limite previsto na LRF para gasto com pessoal em todos os anos do estudo, todas as capitais do Sudeste mantiveram-se nos mesmos patamares (20 a 33%) do comprometimento de recursos com o pagamento de Despesas com Pessoal e Encargos Sociais em Saúde (Indicador 2.2). Quanto ao percentual de aplicação de recursos próprios em saúde para os municípios, todas as capitais estudadas atenderam ao disposto na LC 141, de 2012. Dentre as capitais do sudeste, Vitória também foi a única a apresentar variação percentual negativa (-2,00) para o indicador 3.2, enquanto São Paulo, Belo Horizonte e Rio de Janeiro apresentaram variação de 14,44%; 17,74%; e 18,32%, respectivamente.

Para os anos de 2016 e 2017 não constavam no banco de indicadores prontos do SIOPS, na data da coleta e em março de 2019, informações sobre as despesas referentes à subfunção vigilância sanitária (bem como à Atenção Básica e à Vigilância Epidemiológica e Ambiental). De todo modo, o Indicador 2.24 aponta como são pouco expressivos os recursos aplicados na Vigilância Sanitária; e que, mesmo assim, Vitória e São Paulo apresentaram variação percentual negativa (-25,00% e de -34,01 %, respectivamente), ao passo que para Belo Horizonte esse indicador manteve-se estacionário e para o Rio de Janeiro houve pequena evolução positiva (0,73%).

5.2 Os Serviços de Vigilância Sanitária

A caracterização dos serviços de vigilância sanitária das capitais do sudeste foi feita a partir de dados da Pesquisa de Informações Municipais 2014 (MUNIC 2014), de informações contidas no sítios oficiais das secretarias municipais de saúde e na identificação de sua ação fiscal geradora de receita. As informações selecionadas da MUNIC 2014 estão consolidadas no Quadro 3. O resultado fiscal da ação regulatória dos serviços, bem como suas receitas de transferências federais destinadas à vigilância sanitária constam na Tabela 4.

Quadro 3: Informações sobre os serviços de vigilância sanitária na Pesquisa Informações Básicas Municipais – 2014

| CAPITAL | VITÓRIA | BELO HORIZONTE | RIO DE JANEIRO | SÃO PAULO |
|--|---------------|-----------------------------|---------------------------------------|---------------|
| Inserção do serviço (vinculação institucional) | Setor da SMS | Setor da SMS | Setor da SMS | Setor da SMS |
| Além da Vigilância Sanitária, o serviço responde também por outras áreas? | Não. | Sim. Vigilância Ambiental | Sim. Saúde do Trabalhador e CCZ | Não. |
| Código Sanitário Municipal – existência e ano da Lei | Sim. 1997 | Sim. 1996 | Não. | Sim. 2004 |
| Governo municipal produz normas específicas para a realização das ações de vigilância sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Vigilância Sanitária participa do processo de planejamento da Vigilância em Saúde e da Secretaria Municipal da Saúde | Sim. De ambos | Sim. Da Vigilância em Saúde | Sim. Da Secretaria Municipal de Saúde | Sim. De ambos |
| Diretrizes, objetivos e metas relacionadas à Vigilância Sanitária no Plano Municipal de Saúde - existência | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Ações de vigilância sanitária integram o conjunto de ações da programação anual de saúde | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Realiza planejamento anual de Vigilância Sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Taxa de Vigilância Sanitária – existência e ano da Lei | Não | Sim. 1989 | Sim. 1988 | Não |
| Repasse de recursos da esfera estadual para a Vigilância Sanitária | Não | Sim | Não | Não |
| Coordenador de vigilância sanitária conhece recursos federais repassados | Sim | Não | Sim | Sim |
| Valor repassado foi executado no ano de 2013 exclusivamente em ações de vigilância sanitária | Sim | ... | Sim | Não |

| CAPITAL | VITÓRIA | BELO HORIZONTE | RIO DE JANEIRO | SÃO PAULO |
|---|-----------------------|------------------------------------|----------------|----------------------|
| Órgão responsável pela vigilância sanitária municipal é a unidade gestora do orçamento | Não. É a SMS | Não. Informou não ser também a SMS | Sim | Sim |
| Profissionais responsáveis pelas inspeções estão formalmente investidos na função de fiscal | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Cadastro municipal de estabelecimentos sujeitos as suas ações - existência | Sim | Sim, mas não está atualizado | Não | Sim |
| Instaura Processo Administrativo Sanitário | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Possui apoio jurídico | Sim, da própria VISA. | Sim, da própria VISA | Não informado | Sim, da própria VISA |
| Carreira específica para a Vigilância Sanitária no governo municipal | Não | Sim | Não | Não |
| RH Total | 82 | 222 | 740 | 329 |
| Total Sem instrução | 0 | 0 | 45 | 0 |
| Total Ensino fundamental | 0 | 3 | 88 | 12 |
| Total Ensino médio | 24 | 36 | 207 | 43 |
| Total Ensino superior | 26 | 100 | 388 | 274 |
| Total Pós-graduação | 32 | 83 | 12 | 0 |
| Profissionais capacitados/treinados para realizar ação sanitária. | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Processo administrativo sanitário | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Comércio varejista de alimentos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Consultórios e serviços odontológicos e médicos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Serviços de radiodiagnóstico | Não | Sim | Sim | Não |
| Policlínicas/Centros de especialidades médicas | Não | Sim | Sim | Sim |
| Hospital | Não | Sim | Não | Não |
| Drogaria | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Farmácia | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Laboratório de análises clínicas | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Indústria de alimentos | Não | Sim | Sim | Sim |
| Indústria de saneantes | Sim | Não | Não | Não |
| Indústria de cosméticos | Sim | Não | Não | Não |
| Indústria de medicamentos | Não | Não | Não | Sim |
| Indústria de produtos para saúde | Não | Não | Não | Não |
| Serviço de terapia renal substitutiva | Não | Sim | Não | Sim |
| Serviço de hemoterapia | Não | Sim | Não | Não |
| Investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Investigação de surtos de infecção em serviços de saúde | Não | Sim | Não | Sim |
| Investigação de eventos adversos e/ou queixas técnicas | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Educação em saúde | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Banco de tecidos e células | Não | Não | Não | Não |
| Utiliza como informação para planejamento o ... ? | | | Sim | Sim |

| CAPITAL | VITÓRIA | BELO HORIZONTE | RIO DE JANEIRO | SÃO PAULO |
|---|---|-----------------------|---------------------------|-----------|
| Cadastro informatizado de Vigilância Sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Cadastro Municipal de Atividades Econômicas informatizado | Sim | Não | Não | Sim |
| Sistema de informações hospitalares - SIH-SUS | Sim | Não | Não | Sim |
| Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM | Não | Não | Sim | Sim |
| Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN | Não | Sim | Não | Sim |
| Sistema de informações sobre nascidos vivos - SINASC | Não | Não | Não | Sim |
| Sistema de informações da atenção básica – SIAB | Não | Não | Sim | Sim |
| Sistema de Informação Ambulatorial - SIA | Não | Não | Não | Sim |
| Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES | Sim | Sim | Sim. Alvará Já | Não |
| Utiliza outros cadastros e sistema para o planejamento e ? | Sim. Sistema de controle de licenças do município | Sim. SISVISA e SIVISE | Somente quando necessário | Não |
| Acessa rotineiramente o sistema NOTIVISA | Quando necessário | Semanalmente | Sim | Não |
| Existe controle sobre a quantidade de reclamações recebidas, registradas em banco de dados e respondidas aos reclamantes. | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Possui ações específicas de educação sanitária e de comunicação de risco | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Desenvolve ações de Vigipós | Sim | Sim | Não | Não |
| Hemovigilância | Não | Sim | Não | Não |
| Farmacovigilância | Sim | Sim | Não | Não |
| Tecnovigilância | Não | Sim | Não | Não |

Fonte: Pesquisa Informações Básicas Municipais, Eixo Vigilância Sanitária, 2014

Nas quatro capitais em estudo os serviços de vigilância sanitária estão vinculados à Secretaria Municipal de Saúde, organizando-se em departamento próprio ou em conjunto com as outras vigilâncias (epidemiológica, em saúde do trabalhador e ambiental em saúde), contudo, esses serviços têm distintas inserções nos organogramas das secretarias.

Em Vitória, o organograma recentemente atualizado e disponível no sítio eletrônico não deixa clara a vinculação da vigilância sanitária (<http://www.vitoria.es.gov.br/prefeitura/vigilancia-sanitaria>), e ela não conta com desconcentração geográfica no município.

Em Belo Horizonte, o serviço de vigilância sanitária se organiza na Diretoria de Vigilância Sanitária, na Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde, na mesma linha hierárquica que as Diretorias de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica e da

Diretoria de Zoonoses. A vigilância sanitária está organizada nas nove regionais do município para “fiscalizar os estabelecimentos do setor de alimentos, drogarias, distribuidoras de medicamentos, estética, escolas e diversas atividades de interesse da saúde, inclusive saneamento básico”. Contudo, “os profissionais da VISA do nível central da SMSA são responsáveis por vistoriar os hospitais e demais serviços de saúde, tais como bancos de sangue, hemodiálise e radiodiagnósticos, além de coordenar o trabalho das regionais (BELO HORIZONTE, 2018).

No Rio de Janeiro o serviço de vigilância sanitária tem a melhor inserção na estrutura da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, em relação aos demais, como Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (SUBVISA). A SUBVISA é composta pela superintendência de Inovação, Informação, Projetos, Pesquisa e Educação e pelas coordenações de Saúde, Alimentos, Engenharia Sanitária, Planejamento, Zoonoses, Administração, Saúde do Trabalhador e Laboratórios. Está dividida em uma sede principal e em cinco Inspetorias Regionais de Fiscalização Sanitária, além do Centro de Controle de Zoonoses Paulo Darcoso Filho – CCZ, do Instituto de Nutrição Annes Dias – Inad e do Instituto Municipal de Medicina Veterinária Jorge Vaistman – IJV (RIO DE JANEIRO, 2018). É a única capital que não possuía código sanitário próprio na época da coleta de dados.

Em São Paulo capital, não se encontrou o serviço de vigilância sanitária no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, datado de 2010, ou mesmo de vigilância em saúde. Entretanto, o serviço paulistano de vigilância sanitária se apresenta como uma divisão da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde – COVISA/SMS. Esta, criada em 2003, tem seu serviço de vigilância sanitária nominado como Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde, e atua nas 26 unidades descentralizadas (SÃO PAULO, 2018). Em 2004, a COVISA assumiu as ações de básica e média complexidade de vigilância sanitária; em 2005, as 26 Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS) iniciaram sua atuação em vigilância sanitária; e em 2007, a Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde assumiu a execução de parte de alta complexidade (SÃO PAULO, 2018).

Dependendo da atividade e do seu grau de complexidade sanitária, a licença é emitida pela Secretaria Municipal de Saúde ou pela Secretaria de Estado da Saúde. Considerando o licenciamento municipal nas capitais em estudo, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo trabalham com programas de licenciamento simplificado.

Em Vitória é utilizado Programa Alvará Mais Fácil – após preenchimento do ‘Requerimento de Alvará e Habite-se Sanitário’ e protocolização do pedido, a licença é

emitida em até 48 horas. A vistoria dos fiscais acontece após a emissão da licença. Uma vez concedido, o alvará deve ser renovado anualmente por meio do mesmo programa (VITÓRIA, 2017). As atividades licenciadas por Vitória constam no Anexo A.

O Rio de Janeiro usa o programa eletrônico ‘Alvará Já’ para licenciamento sanitário *on line* de estabelecimentos de baixo e médio risco através do preenchimento da Autodeclaração, com emissão de licença sanitária provisória até que seja realizada a vistoria. (RIO DE JANEIRO, 2018). A emissão *on line* do licenciamento consiste no preenchimento de um roteiro de auto avaliação no qual o responsável se compromete a cumprir as normas sanitárias legais e assume a responsabilidade pela prevenção de riscos que possam ser provocados por seu serviço. A licença provisória é emitida em até 10 dias e o prazo para vistoria *in loco* pelos técnicos da Vigilância Sanitária é de dois anos (validade da licença provisória). Na ocasião da vistoria, verificada a veracidade das informações, o estabelecimento é aprovado e um novo licenciamento, válido por mais dois anos, é emitido. Se for constatado que o estabelecimento agiu de má-fé, punições previstas em lei serão aplicadas.

Em São Paulo, da mesma forma, atividades de inspeção, geradas a partir de denúncias ou solicitações (de outros órgãos ou da própria empresa), são priorizadas considerando o risco da atividade ou serviço em questão. De acordo com o grau de risco será necessária ou não inspeção prévia ao licenciamento. Para atividade econômica que necessita de inspeção prévia (Anexo C), o processo só será concluído após inspeção e adequações (SÃO PAULO, 2018).

Em Belo Horizonte, por sua vez, o Alvará de Autorização Sanitária só é emitido após vistoria e adequações, caso sejam necessárias. Deve ser requerido antes do início de funcionamento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária e logo antes de seu vencimento. Tem validade de um ano a partir de sua emissão. O funcionamento de estabelecimentos sem o referido alvará é infração sanitária punível com multa e até interdição do estabelecimento (BELO HORIZONTE, 2018).

Além das inspeções para licenciamento solicitadas pelo setor regulado, as capitais desenvolvem ações específicas de educação sanitária e comunicação de risco, assim como o controle das denúncias e reclamações recebidas, com registro e resposta aos reclamantes.

A realização de ações de controle sanitário pós-comercialização e pós-uso foram informadas na MUNIC 2014 apenas por Vitória (farmacovigilância) e Belo Horizonte (hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância).

A gestão orçamentário-financeira dos recursos federais, no Rio e em São Paulo, é feita pela própria Vigilância (VISA) e em Vitória pela SMS. Em Belo Horizonte a gestão dos recursos da VISA é alheia ao quadro da saúde, não é realizada nem pela VISA e nem pela SMS, como informado na MUNIC 2014.

No Rio de Janeiro, segundo consta no endereço eletrônico da secretaria municipal de saúde, as taxas municipais também compõem o orçamento da vigilância sanitária, e o serviço é financiado parcialmente com receitas de duas fontes de recursos da própria Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses, uma referente a taxa de inspeção Sanitária (TIS) – fonte 120 e outra vinculada à aplicabilidade administrativa sancionatória (Multas) – fonte 195 (RIO DE JANEIRO, 2013).

Vitória informou que o coordenador conhece os recursos repassados pela União e que o valor recebido foi executado exclusivamente para ações de vigilância sanitária no ano anterior à pesquisa. O município não recebe repasses de recursos do ente estadual para a área (IBGE, 2014). Em Belo Horizonte, o coordenador desconhece os recursos repassados pela União e não soube informar se o valor repassado foi executado exclusivamente para ações de vigilância sanitária no ano anterior. Em São Paulo, assim como no Rio de Janeiro, o órgão responsável pela vigilância sanitária municipal é a unidade gestora do orçamento. O coordenador de vigilância sanitária de São Paulo tem conhecimento sobre os recursos repassados pela União e informou que o valor repassado não foi executado exclusivamente para ações de vigilância sanitária no ano anterior à pesquisa, diferentemente do Rio de Janeiro que informou ter sido o recurso recebido executado integralmente nas ações de vigilância sanitária no ano anterior à pesquisa.

A Tabela 4 informa a arrecadação de taxas pela atuação da vigilância sanitária, no contexto da arrecadação municipal.

Tabela 4: Arrecadação de taxas municipais, em valores nominais (R\$) e por habitante. 2014 a 2017

| Capital | Ano | Taxas | Taxas por habitante | Taxas pelo exercício de Poder de Polícia | Taxas pelo exercício de Poder de Polícia por habitante | Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária | Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária |
|----------------|------|----------------|---------------------|--|--|--|--|
| Vitória | 2014 | 29.370.005,86 | 83,41 | 3.555.087,26 | 10,10 | ... | ... |
| | 2015 | 23.954.835,41 | 67,31 | ... | ... | ... | ... |
| | 2016 | 40.075.166,36 | 111,46 | 6.578.639,49 | 18,30 | ... | ... |
| | 2017 | 40.075.166,36 | 110,36 | 6.578.639,49 | 18,12 | ... | ... |
| Belo Horizonte | 2014 | 219.789.101,80 | 88,23 | 52.523.234,36 | 21,08 | 13.389.057,87 | 5,37 |
| | 2015 | 240.991.616,10 | 96,30 | 54.461.396,58 | 21,76 | 13.942.865,52 | 5,57 |
| | 2016 | 309.876.852,10 | 123,29 | 67.804.396,00 | 26,98 | 16.307.002,04 | 6,49 |
| | 2017 | 309.876.852,10 | 122,78 | 67.804.396,00 | 26,87 | 16.307.002,04 | 6,46 |
| Rio de Janeiro | 2014 | 371.814.114,40 | 57,61 | 76.073.014,36 | 11,79 | ... | ... |
| | 2015 | 415.120.306,10 | 64,10 | 103.196.908,80 | 15,93 | 16.271.963,59 | 2,51 |
| | 2016 | 487.448.017,90 | 75,01 | 100.063.273,80 | 15,40 | 20.095.073,74 | 3,09 |
| | 2017 | 487.448.017,90 | 74,76 | 100.063.273,80 | 15,35 | 20.095.073,74 | 3,08 |
| São Paulo | 2014 | 298.955.594,50 | 25,13 | 245.764.045,00 | 20,66 | ... | ... |
| | 2015 | 308.575.665,20 | 25,78 | ... | ... | ... | ... |
| | 2016 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| | 2017 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |

Fonte: Elaboração própria, a partir de SIOPS (base de receitas).

NOTA: ... corresponde a dado não informado (inexistente).

A Tabela 4 evidencia a repetição de valores idênticos para todas as taxas nos anos 2016 e 2017, com exceção de São Paulo, que nada havia informado nesses anos. Destaca-se ainda, para as capitais que informaram arrecadação de TFVS (Belo Horizonte e Rio de Janeiro), a importância da participação das Taxas pelo Exercício do Poder de Polícia em relação ao total de Taxas, em torno de 20 a 25%, e da TFVS em relação às Taxas pelo Exercício do Poder de Polícia, em torno de 20% para Belo Horizonte, e de 10 a 15%, para o Rio de Janeiro, nos anos informados.

Essa tabela ainda demonstra que o valor das taxas por habitante cresceu em todas as capitais, considerando os anos extremos do período para três capitais, e os dois anos informados, no caso de São Paulo. A variação percentual foi de 32,31%, 39,16%, 29,77% e 2,59% para Vitória, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente.

Também os valores *per capita* referente à Taxa pelo Exercício do Poder de Polícia variaram positivamente:, notadamente em Vitória (79,41%), mas também em Belo Horizonte (27,47%) e no Rio de Janeiro (30,20%). Da mesma forma, a TFVS para Belo Horizonte (20,30%) e Rio de Janeiro (22,71%).

5.3. Procedimentos de Vigilância Sanitária realizados no período 2014-2017

Os procedimentos de vigilância sanitária informados como tendo sido realizados pelas capitais da região sudeste no período de 2014 a 2017 constam no SIA/SUS, como requisito para recebimento dos recursos federais, e estão assinalados no Quadro 4.

Quadro 4: Procedimentos informados pelas capitais do Sudeste – 2014 a 2017

| PROCEDIMENTOS INFORMADOS | Vitória | Belo Horizonte | Rio de Janeiro | São Paulo |
|--|----------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Exclusão de Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária com atividades encerradas | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Cadastro de estabelecimentos de serviços de alimentação | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Inspeção sanitária de estabelecimentos de serviços de alimentação | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Licenciamento sanitário de estabelecimentos de serviços de alimentação | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Laudo de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos recebidos pela vigilância sanitária | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Cadastro de instituições de longa permanência para idosos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Inspeção sanitária de instituições de longa permanência para idosos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Licenciamento sanitário de instituições de longa permanência para idosos | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Cadastro de hospitais | NI | Sim | Sim | Sim |
| Inspeção sanitária de hospitais | NI | Sim | NI | Sim |
| Licenciamento sanitário de hospitais | NI | Sim | NI | NI |
| Cadastro de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama | Sim | Sim | Sim | NI |
| Inspeção sanitária de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama | Sim | Sim | Sim | NI |
| Licenciamento sanitário de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama | Sim | Sim | Sim | NI |
| Cadastro de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança | NI | Sim | NI | NI |
| Inspeção sanitária de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança | NI | Sim | NI | NI |
| Licenciamento sanitário de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança | NI | Sim | NI | NI |
| Cadastro de serviços de hemoterapia | NI | NI | Sim | NI |
| Inspeção sanitária de serviços de hemoterapia | NI | Sim | NI | NI |
| Licenciamento sanitário de serviços de hemoterapia | NI | Sim | NI | NI |
| Cadastro de serviços de terapia renal substitutiva | NI | Sim | NI | Sim |
| Inspeção sanitária de serviços de terapia renal substitutiva | NI | Sim | NI | Sim |
| Licenciamento sanitário de serviços de terapia renal substitutiva | NI | Sim | NI | Sim |
| Investigação de surtos de infecção em serviços de | NI | Sim | Sim | Sim |

| PROCEDIMENTOS INFORMADOS | Vitória | Belo Horizonte | Rio de Janeiro | São Paulo |
|---|----------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| saúde | | | | |
| Cadastro de indústrias de medicamentos | NI | NI | Sim | NI |
| Inspeção sanitária de indústrias de medicamentos | NI | NI | Sim | Sim |
| Cadastro de indústrias de insumos farmacêuticos | NI | NI | Sim | NI |
| Envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de medicamentos à ANVISA | NI | NI | Sim | NI |
| Envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde à Anvisa | NI | NI | Sim | NI |
| Auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de medicamentos | NI | NI | Sim | NI |
| Auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos | NI | NI | Sim | NI |
| Auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde | NI | NI | Sim | NI |
| Investigação de eventos adversos e/ou queixas técnicas | NI | NI | Sim | Sim |
| Atividades educativas para a população | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Atividades educativa para o setor regulado | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Atividades educativas sobre a temática da dengue, realizadas para população | NI | NI | Sim | Sim |
| Atividades educativas, com relação ao consumo de sódio, açúcar e gorduras, realizadas para o setor regulado e a população | Sim | NI | Sim | Sim |
| Recebimento de denúncias e reclamações | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Atendimento a denúncias e reclamações | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Instauração de processo administrativo sanitário | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Conclusão de processo administrativo sanitário | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Análise de projetos básicos de arquitetura | Sim | Sim | Sim | |
| Aprovação de projetos básicos de arquitetura | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados | Sim | Sim | Sim | Sim |

Fonte: *Elaboração própria a partir de dados do SIA/SUS*

Nota: Excluídos os seguintes procedimentos não informados por nenhuma das capitais: Licenciamento sanitário de indústrias de medicamentos, Inspeção sanitária de indústrias de insumos, Cadastro de indústrias de produtos para saúde, envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos à ANVISA, Inspeção sanitária de indústrias de produtos para saúde, Implementação de procedimentos (pops) harmonizados em nível tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos, à inspeção em estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos e à inspeção em estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde, envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos à ANVISA.

NI – dado não informado.

5.4. Financiamento dos Serviços de Vigilância Sanitária no período 2014-2017

As Tabelas 5, 6, 7 e 8 apresentam os montantes e a composição das receitas do bloco da vigilância em saúde (VISAU), para cada capital estudada. Destacam-se: (1) a variação importante dos valores *per capita* da receita total destinada à vigilância sanitária (de 0,47 a 9,29) entre as capitais, nos diversos anos (2) a importância das transferências financeiras federais para a vigilância sanitária em todas as capitais e em todos os anos, em comparação às demais fontes de recursos; com exceção de Vitória, que informou maior aporte de recursos próprios em 2014; (3) além de Vitória, Belo Horizonte informou aporte de recursos próprios para a VISA, em 2015 e 2016; (4) a importância das operações de crédito⁵ para todas as capitais, à exceção de São Paulo; chama a atenção o montante das operações de crédito no componente VISA para o Rio de Janeiro, em todos os anos, superando em muito o montante das transferências federais.

Como informado por São Paulo, as transferências federais representam a única fonte de recursos para o bloco de financiamento da vigilância em saúde. Em 2015, 2016 e 2017, a totalidade dos recursos do bloco foi informado no componente vigilância sanitária. Em 2014 os recursos foram informados individualizados por componente e chama a atenção o vultoso volume de recursos alocados em Outros Programas.

Apenas o Rio de Janeiro e Belo Horizonte informaram transferências financeiras fundo a fundo estaduais, contudo não houve aporte para o componente vigilância sanitária.

Destaca-se a existência de receitas destinadas a financiar outros programas, em Vitória (2015, 2016 e 2017), Rio de Janeiro (2014, 2015, 2016 e 2017) e São Paulo (2014), com montantes importantes, por vezes superiores aos alocados à VISA.

A VISA participa com percentuais inferiores a 6% do total destinado à VISAU, excluídos São Paulo, que não individualizou os componentes em três dos anos do estudo e apresentou pouco mais de 6% em 2014, e o Rio de Janeiro, onde essa participação variou de 33,33 a 45,55%.

⁵ É uma das chamadas Receitas de Capital, que são as “provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o superávit do Orçamento Corrente” (BRASIL, 1964). As Operações de Crédito são definidas na LRF 101, de 2000 como “Compromisso financeiro assumido em razão de mútuo, abertura de crédito, emissão e aceite de título, aquisição financiada de bens, recebimento antecipado de valores provenientes da venda a termo de bens e serviços, arrendamento mercantil e outras operações assemelhadas, inclusive com o uso de derivativos financeiros. (BRASIL, 2000, Art. 29 inciso III). As Operações de Crédito não são computadas como receita no cálculo de percentual de aplicação de recursos próprios.

Tabela 5: Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. Vitória. 2014 a 2017

| anos | | TFF Federal (1) | TFF Estadual (2) | OC/rend/outros | Rec. próprios (4) | Total (5) | TFF Federal per capita | Receita total per capita | Participação percentual no bloco |
|------|--------|--------------------|------------------------|----------------|----------------------|----------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| 2014 | VISAU | 3.839.744,26 | 0 | 586.431,06 | 144.218.054,83 | 148.644.230,15 | 10,91 | 422,16 | |
| | VEAS | 3.521.458,99 | 0 | 557.755,93 | 143.908.067,06 | 147.987.281,98 | 10,00 | 420,29 | 99,56 |
| | VISA | 318.285,27 | 0 | 28.675,13 | 309.987,77 | 656.948,17 | 0,90 | 1,87 | 0,44 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2015 | VISAU | 3.286.560,03 | 0 | 548.189,89 | 0 | 3.834.749,92 | 9,24 | 10,78 | |
| | VEAS | 2.859.498,57 | 0 | 447.293,63 | 0 | 3.306.792,20 | 8,04 | 9,29 | 86,23 |
| | VISA | 161.228,20 | 0 | 6.092,10 | 0 | 167.320,30 | 0,45 | 0,47 | 4,36 |
| | OUTROS | 265.833,26 | 0 | 94.804,16 | 0 | 360.637,42 | 0,75 | 1,01 | 9,40 |
| 2016 | VISAU | 4.323.450,63 | 0 | 509.985,79 | 0 | 4.833.436,42 | 12,02 | 13,44 | |
| | VEAS | 3.691.105,05 | 0 | 347.594,84 | 0 | 4.038.699,89 | 10,27 | 11,23 | 83,56 |
| | VISA | 269.845,68 | 0 | 12.327,92 | 0 | 282.173,60 | 0,75 | 0,78 | 5,84 |
| | OUTROS | 362.499,90 | 0 | 150.063,03 | 0 | 512.562,93 | 1,01 | 1,43 | 10,60 |
| 2017 | VISAU | 4.512.578,54 | 0 | 317.908,94 | 0 | 4.830.487,48 | 12,43 | 13,30 | |
| | VEAS | 4.034.889,91 | 0 | 239.161,42 | 0 | 4.274.051,33 | 11,11 | 11,77 | 88,48 |
| | VISA | 211.855,37 | 0 | 13.199,42 | 0 | 225.054,79 | 0,58 | 0,62 | 4,66 |
| | OUTROS | 265.833,26 | 0 | 65.548,10 | 0 | 331.381,36 | 0,73 | 0,91 | 6,86 |

Fonte: Elaboração própria a partir de Siops (TABNET) - Execução Financeira por Bloco.

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental); VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo); TFF (Transferências Fundo a Fundo); OC/Rend./Outros (Operações de Crédito/Rendimentos/Outros)

(1) TFF federal. Transferências fundo a fundo de recursos federais.

(2) TFF estadual: transferências financeiras de recursos estaduais

(3) OC/Rend./Outros. Operações de Crédito, Rendimentos e Outros.

Tabela 6: Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. Belo Horizonte. 2014 a 2017

| anos | | TFF Federal (1) | TFF Estadual (2) | OC/rend/outros | Rec. próprios (4) | Total (5) | TFF Federal per capita | Receita total per capita | Participação percentual no bloco |
|------|--------|--------------------|---------------------|----------------|----------------------|---------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| 2014 | VISAU | 37.531.938,84 | 1.341.184,14 | 565.490,20 | 0 | 39.438.613,18 | 15,07 | 15,83 | |
| | VEAS | 35.250.871,22 | 1.341.184,14 | 538.873,09 | 0 | 37.130.928,45 | 14,15 | 14,91 | 94,15 |
| | VISA | 2.281.067,62 | 0 | 26.617,11 | 0 | 2.307.684,73 | 0,92 | 0,93 | 5,85 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2015 | VISAU | 29.872.306,10 | 1.639.587,50 | 235.855,74 | 758.975,97 | 32.506.725,31 | 11,94 | 12,99 | |
| | VEAS | 28.850.467,41 | 1.639.587,50 | 122.746,43 | 0 | 30.612.801,34 | 11,53 | 12,23 | 94,17 |
| | VISA | 1.021.838,69 | 0 | 113.109,31 | 758.975,97 | 1.893.923,97 | 0,41 | 0,76 | 5,83 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2016 | VISAU | 39.661.728,76 | 8.516.802,36 | 139.834,42 | 189.743,99 | 48.508.109,53 | 15,78 | 19,30 | |
| | VEAS | 37.772.142,60 | 8.516.802,36 | 91.446,28 | 0 | 46.380.391,24 | 15,03 | 18,45 | 95,61 |
| | VISA | 1.889.586,16 | 0 | 48.388,14 | 189.743,99 | 2.127.718,29 | 0,75 | 0,85 | 4,39 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2017 | VISAU | 39.647.851,90 | 1.595.380,09 | 172.113,43 | 0 | 41.415.345,42 | 15,71 | 16,41 | |
| | VEAS | 38.155.284,01 | 1.595.380,09 | 138.655,44 | 0 | 39.889.319,54 | 15,12 | 15,81 | 96,32 |
| | VISA | 1.492.567,89 | 0 | 33.457,99 | 0 | 1.526.025,88 | 0,59 | 0,60 | 3,68 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Fonte: Elaboração própria a partir de Siops (TABNET) - Execução Financeira por Bloco.

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental); VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo); TFF (Transferências Fundo a Fundo); OC/Rend./Outros (Operações de Crédito/Rendimentos/Outros)

(1) TFF federal. Transferências fundo a fundo de recursos federais.

(2) TFF estadual: transferências financeiras de recursos estaduais

(3) OC/Rend./Outros. Operações de Crédito, Rendimentos e Outros.

Tabela 7: Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. Rio de Janeiro. 2014 a 2017

| anos | | TFF Federal (1) | TFF Estadual (2) | OC/rend/outros | Rec. próprios (4) | Total (5) | TFF Federal per capita | Receita total per capita | Participação percentual no bloco |
|------|--------|--------------------|------------------------|----------------|----------------------|----------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| 2014 | VISAU | 59.829.702,61 | 290.000,00 | 76.613.522,85 | 0 | 136.733.225,46 | 9,27 | 21,19 | |
| | VEAS | 28.267.522,03 | 0 | 0 | 0 | 28.267.522,03 | 4,38 | 4,38 | 20,67 |
| | VISA | 22.468.870,26 | 0 | 37.466.429,40 | 0 | 59.935.299,66 | 3,48 | 9,29 | 43,83 |
| | OUTROS | 9.093.310,32 | 290.000,00 | 39.147.093,45 | 0 | 48.530.403,77 | 1,41 | 7,52 | 35,49 |
| 2015 | VISAU | 49.313.013,04 | 0 | 54.681.434,74 | 0 | 103.994.447,78 | 7,61 | 16,06 | |
| | VEAS | 33.029.113,09 | 0 | 0 | 0 | 33.029.113,09 | 5,10 | 5,10 | 31,76 |
| | VISA | 2.916.526,75 | 0 | 44.455.120,96 | 0 | 47.371.647,71 | 0,45 | 7,31 | 45,55 |
| | OUTROS | 13.367.373,20 | 0 | 10.226.313,78 | 0 | 23.593.686,98 | 2,06 | 3,64 | 22,69 |
| 2016 | VISAU | 65.851.864,51 | 0 | 31.468.112,07 | 1.893.880,02 | 99.213.856,60 | 10,13 | 15,27 | |
| | VEAS | 24.063.875,12 | 0 | 0 | 0 | 24.063.875,12 | 3,70 | 3,70 | 24,25 |
| | VISA | 5.702.204,76 | 0 | 27.364.071,11 | 0 | 33.066.275,87 | 0,88 | 5,09 | 33,33 |
| | OUTROS | 36.085.784,63 | 0 | 4.104.040,96 | 1.893.880,02 | 42.083.705,61 | 5,55 | 6,48 | 42,42 |
| 2017 | VISAU | 64.321.304,29 | 0 | 39.766.880,73 | 0 | 104.088.185,02 | 9,86 | 15,96 | |
| | VEAS | 18.165.561,30 | 0 | 0 | 0 | 18.165.561,30 | 2,79 | 2,79 | 17,45 |
| | VISA | 3.648.870,59 | 0 | 34.093.666,67 | 0 | 37.742.537,26 | 0,56 | 5,79 | 36,26 |
| | OUTROS | 42.506.872,40 | 0 | 5.673.214,06 | 0 | 48.180.086,46 | 6,52 | 7,39 | 46,29 |

Fonte: Elaboração própria a partir de Siops (TABNET) - Execução Financeira por Bloco.

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental); VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo); TFF (Transferências Fundo a Fundo); OC/Rend./Outros (Operações de Crédito/Rendimentos/Outros)

(1) TFF federal. Transferências fundo a fundo de recursos federais.

(2) TFF estadual: transferências financeiras de recursos estaduais

(3) OC/Rend./Outros. Operações de Crédito, Rendimentos e Outros.

Tabela 8: : Composição dos recursos do Bloco Vigilância em Saúde por ano, segundo fontes. Em Reais, valores nominais e per capita. São Paulo. 2014 a 2017

| anos | | TFF Federal (1) | TFF Estadual (2) | OC/rend/outros | Rec. próprios (4) | Total (5) | TFF Federal per capita | Receita total per capita | Participação percentual no bloco |
|------|--------|--------------------|------------------------|----------------|----------------------|---------------|------------------------------|--------------------------------|--|
| 2014 | VISAU | 70.173.043,80 | 0 | 0 | 0 | 70.173.043,80 | 5,90 | 5,90 | |
| | VEAS | 31.192.569,79 | 0 | 0 | 0 | 31.192.569,79 | 2,62 | 2,62 | 44,45 |
| | VISA | 4.709.989,36 | 0 | 0 | 0 | 4.709.989,36 | 0,40 | 0,40 | 6,71 |
| | OUTROS | 34.270.484,65 | 0 | 0 | 0 | 34.270.484,65 | 2,88 | 2,88 | 48,84 |
| 2015 | VISAU | 56.568.795,38 | 0 | 0 | 0 | 56.568.795,38 | 4,73 | 4,73 | |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 56.568.795,38 | 0 | 0 | 0 | 56.568.795,38 | 4,73 | 4,73 | 100,00 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2016 | VISAU | 76.157.865,62 | 0 | 0 | 0 | 76.157.865,62 | 6,33 | 6,33 | |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 76.157.865,62 | 0 | 0 | 0 | 76.157.865,62 | 6,33 | 6,33 | 100,00 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2017 | VISAU | 73.687.953,41 | 0 | 0 | 0 | 73.687.953,41 | 6,09 | 6,09 | |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 73.687.953,41 | 0 | 0 | 0 | 73.687.953,41 | 6,09 | 6,09 | 100,00 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Fonte: Elaboração própria a partir de Siops (TABNET) - Execução Financeira por Bloco.

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental); VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo); TFF (Transferências Fundo a Fundo); OC/Rend./Outros (Operações de Crédito/Rendimentos/Outros)

(1) TFF federal. Transferências fundo a fundo de recursos federais.

(2) TFF estadual: transferências financeiras de recursos estaduais

(3) OC/Rend./Outros. Operações de Crédito, Rendimentos e Outros.

(4) Rec. Próprios: Recursos próprios. Significa recursos aportados pelo Tesouro Municipal.

As Tabelas 9, 10 e 11 apresentam as despesas com a vigilância sanitária, segundo a fase da execução financeira, em valores nominais e *per capita*, nas capitais Vitória, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, ano a ano, no período, no contexto do bloco de financiamento da Vigilância em Saúde. Para São Paulo os dados informados resumem-se ao saldo financeiro do exercício atual, preenchido automaticamente pelo sistema. Ou seja, essa capital não informou nenhuma despesa em 2015, 2016 e 2017.

Tal como para as receitas, Vitória apresentou valores muito discrepantes para os gastos com a Vigilância em Saúde (VISAU) e a Vigilância Epidemiológica e Ambiental (VEAS), em 2014.

O percentual de execução financeira, calculado em relação às despesas liquidadas, apresentou variação de 5,37% em BH (2016), a 92,41% no RJ (2017). Em média, as três capitais apresentam execução orçamentária baixa (64,72%) na subfunção vigilância sanitária que, via de regra é mais baixa do que no componente VEAS. O Rio de Janeiro é a capital que apresentou maiores percentuais de execução financeira.

Em relação às despesas totais per capita, chama a atenção que Belo Horizonte, em todos os anos, apresenta despesa por habitante na subfunção VISA inferior ao valor per capita destinado aos municípios (R\$0,60) a título de Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA).

Tabela 9: Execução da Despesa por fase, capital e ano. Em Real e valores nominais e em valores por habitante. Vitória. 2014 a 2017.

| ANO | | Dotação | Empenhada | Liquidada | Paga | Despesa total per capita (liquidada) | % execução (liquidada) |
|------|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------------------|------------------------|
| 2014 | VISAU | 152.651.400,00 | 149.826.804,41 | 148.646.593,04 | 147.701.850,04 | 422,17 | 97,38 |
| | VEAS | 151.839.520,00 | 149.171.196,75 | 148.059.364,87 | 147.134.449,81 | 420,50 | 97,51 |
| | VISA | 662.315,00 | 655.607,66 | 587.228,17 | 567.400,23 | 1,67 | 88,66 |
| | OUTROS | 149.565,00 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 2015 | VISAU | 7.636.588,00 | 5.974.534,57 | 4.799.980,58 | 4.536.783,63 | 13,49 | 62,86 |
| | VEAS | 6.652.706,00 | 5.441.550,81 | 4.352.954,43 | 4.128.363,52 | 12,23 | 65,43 |
| | VISA | 472.706,00 | 319.472,62 | 314.172,24 | 310.815,20 | 0,88 | 66,46 |
| | OUTROS | 511.176,00 | 213.511,14 | 132.853,91 | 97.604,91 | 0,37 | 25,99 |
| 2016 | VISAU | 4.989.428,00 | 4.671.852,79 | 4.338.017,65 | 4.151.475,82 | 12,06 | 86,94 |
| | VEAS | 4.299.405,00 | 3.996.686,51 | 3.744.793,32 | 3.593.516,83 | 10,42 | 87,10 |
| | VISA | 149.134,00 | 134.278,66 | 108.968,05 | 95.165,44 | 0,30 | 73,07 |
| | OUTROS | 540.889,00 | 540.887,62 | 484.256,28 | 462.793,55 | 1,35 | 89,53 |
| 2017 | VISAU | 5.560.973,00 | 4.897.042,66 | 3.976.928,51 | 3.970.168,38 | 10,95 | 71,51 |
| | VEAS | 4.707.715,00 | 4.453.544,94 | 3.591.315,10 | 3.591.004,97 | 9,89 | 76,29 |
| | VISA | 308.252,00 | 275.424,42 | 271.267,51 | 271.267,51 | 0,75 | 88,00 |
| | OUTROS | 545.006,00 | 168.073,30 | 114.345,90 | 107.895,90 | 0,31 | 20,98 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (execução financeira por bloco)

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental; VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo)

Tabela 10: Execução da Despesa por fase, capital e ano. Em Real e valores nominais e em valores por habitante. Belo Horizonte.. 2014 a 2017

| ANO | | Dotação | Empenhada | Liquidada | Paga | Despesa total per capita (liquidada) | % execução (liquidada) |
|------|--------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------------------------------|------------------------|
| 2014 | VISAU | 49.772.034,30 | 47.634.933,75 | 41.668.604,08 | 35.446.917,13 | 16,73 | 83,72 |
| | VEAS | 48.000.466,22 | 45.937.046,10 | 40.375.846,74 | 34.173.114,79 | 16,21 | 84,12 |
| | VISA | 1.196.600,25 | 1.146.833,03 | 758.370,39 | 744.415,39 | 0,30 | 63,38 |
| | OUTROS | 574.967,83 | 551.054,62 | 534.386,95 | 529.386,95 | 0,21 | 92,94 |
| 2015 | VISAU | 62.919.842,00 | 31.344.872,86 | 28.280.561,68 | 18.622.649,12 | 11,30 | 44,95 |
| | VEAS | 60.155.705,00 | 30.073.091,60 | 27.332.480,91 | 17.727.597,61 | 10,92 | 45,44 |
| | VISA | 2.764.137,00 | 1.271.781,26 | 948.080,77 | 895.051,51 | 0,38 | 34,30 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 2016 | VISAU | 79.695.405,00 | 37.256.514,25 | 33.874.150,69 | 25.445.517,35 | 13,48 | 42,50 |
| | VEAS | 79.201.405,00 | 37.195.799,03 | 33.847.640,69 | 25.419.257,35 | 13,47 | 42,74 |
| | VISA | 494.000,00 | 60.715,22 | 26.510,00 | 26.260,00 | 0,01 | 5,37 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 2017 | VISAU | 63.986.855,00 | 33.011.398,63 | 28.473.185,39 | 25.223.201,26 | 11,28 | 44,50 |
| | VEAS | 63.277.855,00 | 32.748.407,45 | 28.338.102,04 | 25.102.186,08 | 11,23 | 44,78 |
| | VISA | 709.000,00 | 262.991,18 | 135.083,35 | 121.015,18 | 0,05 | 19,05 |
| | OUTROS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (execução financeira por bloco)

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental; VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo)

Tabela 11: Execução da Despesa por fase, capital e ano. Em Real e valores nominais e em valores por habitante. Rio de Janeiro.. 2014 a 2017

| ANO | | Dotação | Empenhada | Liquidada | Paga | Despesa total per capita (liquidada) | % execução (liquidada) |
|------|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------------------|------------------------|
| 2014 | VISAU | 156.001.852,59 | 147.848.660,75 | 139.082.061,88 | 120.620.241,61 | 21,55 | 89,15 |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 78.678.037,80 | 72.549.206,69 | 68.029.073,37 | 59.935.299,66 | 10,54 | 86,47 |
| | OUTROS | 77.323.814,79 | 75.299.454,06 | 71.052.988,51 | 60.684.941,95 | 11,01 | 91,89 |
| 2015 | VISAU | 113.057.585,87 | 97.800.884,07 | 96.494.739,36 | 92.366.238,66 | 14,90 | 85,35 |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 49.411.363,55 | 39.460.785,69 | 38.733.236,51 | 36.252.175,68 | 5,98 | 78,39 |
| | OUTROS | 63.646.222,32 | 58.340.098,38 | 57.761.502,85 | 56.114.062,98 | 8,92 | 90,75 |
| 2016 | VISAU | 99.511.545,31 | 87.925.229,50 | 87.718.857,77 | 84.315.840,75 | 13,50 | 88,15 |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 34.334.424,00 | 28.012.138,31 | 27.872.138,31 | 27.531.601,26 | 4,29 | 81,18 |
| | OUTROS | 65.177.121,31 | 59.913.091,19 | 59.846.719,46 | 56.784.239,49 | 9,21 | 91,82 |
| 2017 | VISAU | 99.447.787,09 | 95.068.542,08 | 85.820.286,76 | 78.662.610,03 | 13,16 | 86,30 |
| | VEAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | VISA | 29.957.905,00 | 28.361.673,13 | 27.684.773,71 | 25.782.648,26 | 4,25 | 92,41 |
| | OUTROS | 69.489.882,09 | 66.706.868,95 | 58.135.513,05 | 52.879.961,77 | 8,92 | 83,66 |

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do SIOPS (execução financeira por bloco)

Legenda: VISAU (Vigilância em Saúde); VEAS (Vigilância Epidemiológica e Ambiental); VISA (Vigilância Sanitária); OUTROS (Outros Programas financiados por Transferências Fundo a Fundo)

6. DISCUSSÃO

O estudo buscou responder às questões de investigação sobre como estão estruturadas as vigilâncias sanitárias das capitais do Sudeste brasileiro, quais os procedimentos realizados pelos serviços de vigilância sanitária dessas capitais nos anos de 2014 a 2017, e qual a fonte e o volume de recursos destinados à vigilância sanitária no período.

A pesquisa foi realizada a partir de dados secundários de acesso público irrestrito e analisou apenas quatro capitais, com base em dados informados pelas próprias ou constantes nos seus *sites*. O trabalho com dados secundários, por si só, acarreta limitações decorrentes da qualidade dos dados. Ainda mais no caso de dados que não costumam passar por avaliação/validação, como é prática, por exemplo, nos procedimentos de vigilância sanitária do SIA/SUS, que se prestam apenas ao cálculo do indicador 41 e como condicionalidade de preenchimento a ser satisfeita para manutenção dos repasses até 2018. Entretanto, segundo Kranz, Bordin e Rosa, (2016), o registro dos dados como condição para manutenção dos repasses de recursos parece ter resultado em uma melhor organização dos serviços de vigilância sanitária municipais. E as informações registradas poderiam ser utilizadas como um importante instrumento de gestão pela Vigilância Sanitária, subsidiando a tomada de decisões e as ações de planejamento, avaliação e controle (ANVISA, 2015).

Além disso, o SIA/SUS não discrimina todos os tipos de estabelecimentos e serviços submetidos à regulação, o que, de certa maneira, limitou a avaliação dos procedimentos realizados de forma mais detalhada. Ainda é importante ressaltar que não foram analisados outros fatores, institucionais e políticos, que permitissem explicar a estruturação do serviço e a variação significativa dos valores *per capita* destinados à visa (entre os serviços e no período), sendo esta outra limitação do presente estudo. Aponta-se, também, uma possível baixa qualidade dos dados informados, mais aparente, ainda, no caso de São Paulo, capital.

Em concordância com Kranz, Bordin e Rosa (2016), a presente pesquisa explora a existência de alguma coerência entre as informações constantes na MUNIC 2014 e os dados registrados na base de dados secundário do SIA/SUS no período do estudo.

Outra limitação decorre das escolhas realizadas que condicionam escassez de pesquisas que sejam passíveis de comparação com o presente estudo, seja por diferenciação quanto ao período (SOLLA; COSTA, 2007; MARANGON; SCATENA;

COSTA, 2009; LESSA, 2011; BRITTO, 2007); abrangência territorial e nível de análise adotado (SOLLA; COSTA, 2007; MARANGON; SCATENA; COSTA, 2009; LESSA, 2011; BRITTO, 2007; JULIANO; ASSIS, 2004) seja pela abordagem e método empregados (COHEN; MOURA; TOMAZELLI, 2004; JULIANO; ASSIS, 2004).

As capitais estudadas têm características bastante diversas. As duas menores em porte populacional optaram pela Estratégia da Saúde da Família (ESF) para conversão do modelo assistencial e, diferentemente das demais, apresentam alta cobertura em Atenção Primária à Saúde - APS (Vitória e Belo Horizonte).

Vitória, a capital de mais alto IDHM – é a quarta colocada no ranking brasileiro – teve o maior crescimento populacional entre 2010 e 2017, mas não é a cidade mais populosa do Estado do Espírito Santo, sendo a única que extrapolou o limite de gastos com pessoal imposto pela LRF, seguidamente no período do estudo, e talvez por isso, seja a única capital a apresentar alguma retração nos indicadores relativos à despesa total com saúde e ao percentual de receitas próprias aplicadas em saúde, embora esse último seja satisfatório.

Vale registrar que essa capital desde 2008 apresenta cobertura de 100% por equipes de Saúde da Família, não tendo recorrido à terceirização da Atenção Básica (Ramos, 2016). Com base no que se chamou de “ênfase na vigilância à saúde e na resolubilidade da atenção primária” (COSTA-e-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007), Vitória fez sua escolha estratégica no processo de territorialização desde os anos 1990, mesmo período da assunção das primeiras responsabilidades na fiscalização de alimentos (COSTA-e-SILVA, 2004). Apenas em 2007, com o Pacto de Gestão, Vitória assumiu compromissos de gestão da atenção especializada (GIOVANELLA et al, 2009).

Belo Horizonte, dentre as capitais estudadas, é a que apresenta indicadores mais altos de gasto total com saúde sob responsabilidade municipal e o mais alto percentual de receitas próprias aplicadas em saúde. Segundo Giovanella et al (2009), a integração da gestão da rede assistencial municipal é alta e a cidade responde por todo o sistema de saúde local, com divisão de responsabilidades entre as equipes de nível central e local/regional para a vigilância sanitária, como se verá a seguir.

O município do Rio de Janeiro situa-se no estado de mesmo nome, de conformação relativamente recente (1975), resultado da fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro. Nessa fusão foi criada, segundo Tancredi (2006), a Prefeitura e a respectiva Secretaria Municipal de Saúde, que desde o início possuía um “Serviço de Controle de Alimentos”. Dentre as capitais estudadas, além do mix público-privado, o Rio de Janeiro apresenta uma rede de serviços de saúde vinculados às três

esferas de governo e pouco integrados. A tentativa de conversão do modelo assistencial com base na ESF é recente e se deu após 2009 com base no modelo de terceirização da gestão e da prestação de serviços mediante organizações sociais (RAMOS, 2016). O IDHM é o mais baixo, e o Rio de Janeiro foi o único a apresentar discreto crescimento nos indicadores participação percentual das transferências federais para a saúde, em relação ao total de recursos transferidos para a saúde. Houve aumento também na despesa total com saúde sob responsabilidade do município.

Os serviços de VISA estudados encontram-se estruturados de maneira formal nas quatro capitais, participam do planejamento setorial e se vinculam institucionalmente às respectivas secretarias municipais de saúde. Entretanto, essa vinculação é diversa. Elas se encontram inseridas em diferentes níveis hierárquicos no organograma das respectivas SMS, sendo a do Rio de Janeiro a situada no nível mais alto, como Subsecretaria (segundo escalão da SMS). As demais se subordinam à uma estrutura de vigilância em saúde.

A inserção institucional e a forma de organização parecem impactar a estruturação e a capacidade de gerir diretamente ou de ter sob controle o volume de recursos destinados. Em Belo Horizonte e no Rio de Janeiro, que informaram arrecadação de TFVS, a destinação do produto de arrecadação das mesmas é diferente. No Rio de Janeiro, que conta com legislação que determina que as taxas de fiscalização sejam revertidas para a VISA (RIO DE JANEIRO, 2004), e é unidade gestora do seu orçamento, esse produto é revertido para o serviço. Em Belo Horizonte, a vigilância sanitária se organiza em uma diretoria subordinada à Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde e não é a unidade gestora do orçamento. Nessa capital a gestão dos recursos financeiros é externa ao setor saúde e as taxas de fiscalização parecem não ser revertidas para o serviço. A não informação sobre a arrecadação de Taxas de fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS) por Vitória e São Paulo em todos os anos do estudo guarda coerência com os dados informados na MUNIC 2014.

Marangon, Scatena e Costa (2009) informaram que, a despeito das determinações legais, os recursos (PAB e licenças) das vigilâncias não se destinavam ao serviço de vigilância. Chamam a atenção, ainda, para a falta da auditoria e avaliação por parte dos órgãos públicos responsáveis. Juliano e Assis (2004) também afirmaram que o incentivo financeiro recebido pelo município não é utilizado exclusivamente para o custeio das ações de vigilância sanitária, indicando, inclusive, a necessidade de se instituir um sistema de acompanhamento e avaliação do uso deste recurso pelo município.

Nas capitais estudadas observa-se que a União responde pela maior parte dos recursos financeiros destinados a saúde e que, relativamente à aplicação de recursos próprios - condição para a não suspensão dos recursos das transferências constitucionais e bloqueio das transferências voluntárias (convênios) com órgãos federais – que todas as capitais atenderam ao determinado na LC 141/2012, mínimo de 15%. As despesas com pessoal, com exceção de Vitória, também respeitaram ao estabelecido legalmente e não ultrapassaram 60% da receita corrente líquida como preconiza a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000).

A despesa total por habitante na função saúde nas quatro capitais foi superior à média dos municípios brasileiros para o exercício 2013, no valor de R\$ 301,36 segundo a RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). Quando comparadas à despesa *per capita* das três esferas de governo (R\$ 973,07), apenas Belo Horizonte teve valor mais alto (BRASIL, 2014b).

No caso da vigilância sanitária, o maior aporte de recursos também foi proveniente das transferências federais, representando em alguns casos a totalidade, e em outros a quase totalidade, de recursos destinados a área, com exceção do Rio de Janeiro, onde as operações de crédito representaram os valores mais altos. Dessa forma, o comportamento do total de receitas da VISA, no período estudado, acompanhou o das transferências federais, que apresentaram queda, mesmo no Rio de Janeiro que informou montantes de operações de crédito muito superiores aos das transferências federais.

A análise da composição da receita total da VISA para as duas capitais (BH e RJ), que informaram arrecadação de TFVS, e supondo que esses valores seriam transferidos na forma de operações de crédito (em virtude dos rendimentos da aplicação dessa arrecadação) ou de recursos próprios, verificou-se que os montantes arrecadados por Belo Horizonte na forma de TFVS são muito superiores às operações de crédito e aos recursos próprios destinados à vigilância sanitária, sugerindo que as taxas arrecadadas não são direcionadas à VISA em sua totalidade, o que talvez possa ser explicado pela unidade gestora do orçamento nessa capital não ser a vigilância sanitária e nem a SMS. No caso do Rio de Janeiro, não há informação sobre alocação de recursos próprios, mas o montante das operações de crédito é bem superior à arrecadação de taxas, sugerindo que esse valor é repassado ao serviço dessa forma.

Nessas duas capitais que informaram arrecadar TFVS, os valores por habitante, independentemente de se constituírem em receitas para a VISA, ultrapassam os das transferências federais por habitante destinadas à VISA.

A receita total da Vigilância sanitária representa os menores valores *per capita* instituídos no campo da saúde, como exposto por Batesini, Andrade e De Seta (2017). Esses autores sinalizaram a conquista e manutenção da vigilância sanitária no âmbito do SUS, tanto pela consistência na periodicidade dos repasses programados, quanto pelo aumento dos valores nominais e manutenção da atualização monetária dos valores per capita. Contudo, assim como encontrado nesta pesquisa, constataram a escassez dos recursos e a falta de homogeneidade dos repasses pelo ente federal.

Assim como as receitas, as despesas informadas para vigilância sanitária foram as menores entre as subfunções da função saúde. Vitória e Belo Horizonte apresentaram queda significativa entre 2014 e 2017, podendo significar inconsistência ou erro nos dados referentes ao primeiro ano informado. Rio de Janeiro não informou despesa para VISA nos anos de 2014 e 2015 e nos anos subsequentes manteve valores aproximados. São Paulo não informou as despesas. Por outro lado, cabe ressaltar, como no estudo de Ramos (2016) sobre a Atenção Primária em Saúde, que um gasto elevado em uma subfunção pode apenas significar que gastos em outras subfunções, também importantes, podem não estar sendo realizados nos patamares requeridos. Belo Horizonte naquele estudo não apresentou um gasto importante em Atenção Básica em função de ter se responsabilizado integralmente pela atenção de alta complexidade.

Este estudo constatou, como relatado por De Seta e Silva (2006), que a aplicação de recursos próprios municipais na vigilância sanitária é pequena e insuficiente. Somente Vitória e Belo Horizonte informaram alocação de recursos próprios para a VISA em anos isolados. Ademais, Belo Horizonte declarou no SIOPS transferências estaduais destinadas apenas ao componente vigilância epidemiológica e ambiental, contradizendo o dado informado na Munic 2014 sobre receber recursos do ente estadual.

O Rio de Janeiro é a única capital que não possuía, no período estudado, código sanitário próprio, o que não impediu a sua atuação na fiscalização, tendo em vista a possibilidade de utilizar instrumentos legais de abrangência estadual ou nacional e outras normas municipais. Cabe informar que foi publicada, em 27 de dezembro de 2018, lei complementar 197, que dispõe sobre o código de vigilância sanitária, vigilância de zoonoses e de inspeção agropecuária no município.

Todas as capitais informaram utilizar o cadastro municipal de vigilância sanitária para planejar suas ações. Vitória e São Paulo, as duas que informaram utilizar também o Cadastro Municipal de Atividades Econômicas, foram as mesmas que informaram possuir cadastro de estabelecimentos sujeitos às suas ações atualizado.

Um trabalho anterior (ROCHA, 2018) que utilizou várias fontes e estratégias de coleta de dados, apontou que o cadastro municipal de vigilância sanitária em Salvador corresponde a quantidade total de estabelecimentos que procuram o serviço espontaneamente para licenciamento, não representando a totalidade de estabelecimentos passíveis de regulação no município. Embora não se possa afirmar que essa situação ocorra em todas as capitais estudadas, ela parece ser frequente no contexto municipal em geral. Agregue-se, além do licenciamento, os estabelecimentos que sofreram alguma ação da VISA em função de denúncia ou outro motivo, por exemplo, demanda do Ministério Público.

São Paulo foi a única capital a informar o uso de todos os sistemas de informações em saúde para o planejamento do serviço, o que não era corrente na época do estudo de Cohn, Westphal e Elias (2005). Esses autores apontaram que os gestores da saúde não utilizam rotineiramente as informações epidemiológicas.

As informações disponíveis nos bancos de dados são consideradas no geral defasadas com relação às necessidades imediatas da gestão; a infra-estrutura de equipamentos e a capacitação dos recursos humanos são avaliadas como precárias para sua incorporação no processo decisório; as informações são utilizadas sobretudo em prestação de contas já que as políticas de saúde são concebidas fora do município e sob a forma de convênios e programas com o estado e o governo federal (COHN; WESTPHAL; ELIAS, 2005)

Vitória, Belo Horizonte e Rio de Janeiro não utilizam esses instrumentos para o planejamento. Da mesma forma, Rocha (2018) apontou que as informações epidemiológicas não são utilizadas em Salvador para a priorização das ações com base em critérios de risco.

A despeito da instituição, em 2006, de um elenco norteador das ações de vigilância sanitária, constatou-se que não existe uma padronização para as ações municipais de VISA e que os serviços não cobrem todo o escopo de atividades presentes na sua jurisdição. E isso pode acontecer em decorrência de incapacidade, não pactuação ou falta de coordenação do sistema sobre esse aspecto. Ademais, a especificação dos procedimentos no elenco norteador é genérica (ações para estruturação e fortalecimento da gestão e ações estratégicas para gerenciamento do risco sanitário), podendo o município escolher o tipo de estabelecimento que será alvo da sua ação, sem considerar o risco à saúde envolvido.

Batesini, Andrade e De Seta (2017) reforçam essa afirmativa ao relatar que os municípios optam por realizar apenas parte do conjunto de ações, o que “define a divisão de tarefas entre as esferas de governo subnacionais e interfere diretamente na provisão de estrutura específica, de recursos humanos e de conhecimento técnico especializado”

(BATESINI; ANDRADE; DE SETA, 2017, p.3303). Os autores também questionam se a política federal de financiamento tem efetivamente estimulado a realização descentralizada das ações. Ressaltam, também, esses autores, que não parece ser consensual o grau de descentralização pretendido para as ações de Vigilância Sanitária, bem como um claro posicionamento do ente federal, coordenador do SNVS, sequer quanto ao delineamento dos sistemas estaduais.

Ainda a respeito da não cobertura de todo o seu parque sujeito à regulação sanitária, os achados de Lessa (2011, p. 79) que, ao discutir o processo de descentralização da VISA na Bahia, relata que “nem mesmo o ente estadual, capital, além dos municípios de grande porte baianos que receberam ‘uma injeção’ de recursos, ainda não executam todo o conjunto de ações sob sua responsabilidade”.

Além das ações comuns, informadas como realizadas por todas as capitais, existem aquelas para as quais nem todos os Serviços estão capacitados ou possuem estrutura para desenvolver. Verificou-se que, entre as capitais do sudeste, apenas a Vigilância Sanitária de Belo Horizonte cobre todos os tipos de estabelecimentos e serviços de saúde discriminados no SIA/SUS, inclusive hemoterapia e terapia renal substitutiva. Cabe ressaltar que BH possui o segundo maior percentual de profissionais com pós-graduação (38%) e é a única capital com carreira específica para vigilância sanitária, o que pode significar mais autonomia e capacidade técnica para execução das ações; ao passo que nas outras capitais o quadro é composto por profissionais do quadro geral da saúde, investidos na função.

Quanto às ações desenvolvidas pelos Serviços de VISA, não foi objetivo deste trabalho quantificá-las, e sim identificar os procedimentos realizados e estabelecimentos e serviços regulados pelas capitais em estudo, uma vez que os dados não passam por avaliação de qualidade pela ANVISA – o critério para repasse de recursos federais, no período do estudo, era apenas ter informado ou não os procedimentos executados. Mesmo que fossem consideradas as quantidades, como apontado por Rocha (2018, p. 84), o número de inspeções sanitárias realizadas, “isoladamente, não significa redução de risco. Portanto, esse indicador [número de inspeções sanitárias] pouco revela acerca da contribuição que a VISA pode oferecer ao conjunto das políticas de saúde, além de ter pouco significado para a sociedade”.

Como outros municípios brasileiros, essas capitais realizam os procedimentos considerados essenciais, com base na definição do Indicador 41. Assim como no elenco norteador, a especificação dos procedimentos no Indicador 41 é genérica - ações de cadastramento, instauração de processo administrativo, inspeções, recebimento e

atendimento de denúncias e realização atividades educativas para população e para o setor regulado, que não levam em conta a (não) cobertura do parque de estabelecimentos, atividades e processos sujeitos à vigilância sanitária naquele município.

Os procedimentos do SIA comuns às quatro capitais, isto é, informados como realizados por todas elas, incluem ações em estabelecimentos sujeito à vigilância sanitária, instituições de longa permanência para idosos, serviços de alimentação, incluindo análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos e investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos, além da fiscalização do fumo em ambientes coletivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O grupo ‘estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária’ inclui todos os estabelecimentos atendidos, aqueles com código de registro específico no SIA e outros submetidos à regulação não informados separadamente (ANVISA, 2015). Dessa forma, não foi possível saber que outro tipo de ação que não possui registro específico foi realizada no período.

Ao analisarmos os tipos de atividades para as quais as capitais informaram estar capacitadas a trabalhar, na MUNIC 2014, e os tipos de procedimentos realizados no período, informados no SIA, verificamos que os dados, em sua maioria, são coerentes.

Todos os procedimentos declarados no SIA por Belo Horizonte concordam com as informações sobre as atividades para as quais os profissionais estão capacitados. Nos outros municípios existem algumas inconsistências. Vitória, apesar de informar que não possui profissionais capacitados para trabalhar com hospitais (IBGE, 2014), consta no endereço eletrônico da SMS como passíveis de licenciamento sanitário municipal (Apêndice 1) as atividades de atendimento hospitalar. É possível que após a Pesquisa o município tenha assumido essa função.

No caso do Rio de Janeiro, consta na MUNIC 2014 que o Serviço não está apto à investigar surtos de infecção em serviços de saúde, mas no SIA constam duas ações de investigação em 2016, que podem ter sido realizadas em conjunto com a vigilância estadual, ou ter o serviço municipal se capacitado após 2014. De maneira análoga, em relação à indústria de medicamentos e indústria de produtos para saúde, onde também informaram não estar capacitados, mas no SIA constam procedimentos informados em 2016 e 2017.

São Paulo informou estar capacitado para fiscalizar indústria de medicamentos e, de fato, informou inspecionar esses estabelecimentos em 2015, 2016 e 2017, mas não enviou relatórios à Anvisa e nem realizou auditorias internas no departamento

responsável. Com relação aos hospitais, consta na MUNIC 2014 não possuir profissionais capacitados, mas informaram no SIA ter realizado inspeções em todos os anos do estudo.

Os quatro serviços de vigilância pesquisados informaram instaurar processo administrativo-sanitário para registrar os atos administrativos decorrentes do desempenho de suas ações, o que, segundo Lima e Costa (2009), é necessário para assegurar os direitos das partes envolvidas.

Com relação à vigilância pós-mercado, Rio de Janeiro e São Paulo informaram não desenvolver nenhum tipo de ação (hemo, fármaco e tecnovigilância, cosméticos e saneantes) e essa última capital informou não acessar rotineiramente o NOTIVISA pois possui sistema próprio de vigilância pós comercialização (sic)⁶. Vitória informou efetuar ações de farmacovigilância e Belo Horizonte, de hemo, fármaco e tecnovigilância. Quanto à periodicidade com que acessam o NOTIVISA, Vitória e Rio informaram acessar o somente quando julgam necessário e Belo Horizonte, com frequência semanal.

Por fim, com relação ao licenciamento sanitário, observa-se atualmente uma tendência na vigilância sanitária municipal que tem sido chamada de “desburocratização do processo regulatório” e implementada como licenciamento simplificado, tal como informado por Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo. Na esfera municipal ela inclui a utilização de licenciamento eletrônico, ou alvará eletrônico, em que se concede o licenciamento sem a obrigatoriedade da inspeção, com o uso de instrumentos auto declaratórios.

A Autodeclaração faz parte do Sistema de Informação da Vigilância Sanitária – Sisvisa –, que tem a função de otimizar os procedimentos fiscalizatórios, possibilitando a identificação mais ágil dos riscos sanitários, o trâmite de processos administrativos (licenciamento, recursos e revalidações) e a atualização do banco de dados, com informações de todos os estabelecimentos regulados. Com o preenchimento dos roteiros por meio do Sisvisa, a quantidade de papéis será reduzida significativamente e a mão-de-obra usada nas inspeções será melhor aproveitada. Além disso, com a Autodeclaração os proprietários dos estabelecimentos vão conhecer em detalhes as normas higiênico-sanitárias, o que irá possibilitar a diminuição de infrações, já que a maioria dos incidentes acontece por conta de desinformação. (RIO DE JANEIRO, 2018).

Ou, como consta no site da VISA de Belo Horizonte: “A atual política de atuação da vigilância sanitária busca considerar o grau de risco e implementar auditorias mais completas e frequentes em atividades econômicas que apresentem um risco sanitário mais elevado” (BELO HORIZONTE, 2018). Nessa capital, a emissão da licença se dá após vistoria e adequações que se façam necessárias. De todo modo, os argumentos de defesa

⁶ Não se encontrou referência sobre São Paulo (capital) realizar farmacovigilância, e sim o CVS, da Secretaria Estadual da Saúde, que foi pioneiro nessas ações.

centram-se na alegação de otimizar o procedimento fiscalizatório com identificação mais ágil do risco sanitário, ou até pela redução do uso de papel.

De um lado, é real a impossibilidade da vigilância sanitária inspecionar com qualidade todo o universo de estabelecimentos/atividades a ela sujeitos, independentemente do grau de risco à saúde envolvido. Mas, a questão que se coloca é se esse movimento em curso na esfera municipal (e também no serviço federal) corresponde a uma racionalização ou se, de forma não excludente, é também um movimento de desregulação, pró-mercado e pró-aumento de arrecadação.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da presente pesquisa possibilitou caracterizar os serviços de vigilância sanitária das capitais do sudeste brasileiro, onde está localizado o maior e mais variado parque passível de regulação sanitária, assim como a maior concentração populacional do país exposta aos riscos decorrentes dessas atividades.

O tema em estudo, qual seja, a vigilância sanitária no nível municipal, é de extrema relevância uma vez que a descentralização das ações e serviços de saúde delega a esses entes a responsabilidade de gerir os riscos em âmbito local, observando também a especificidade da atividade de vigilância sanitária, que precisa respeitar o limite jurisdicional para desenvolver sua ação. Mostra sua relevância também para o meio acadêmico, no sentido de enriquecer a discussão na área, ainda incipiente e com poucos trabalhos sobre o assunto.

Ainda que o estudo apresente limitações referentes à qualidade e à maneira como os dados estão computados nas bases de acesso público, à disponibilidade dos mesmos e ao universo pesquisado (quatro capitais de uma mesma região), bem como à não apuração de fatores outros que explicassem alguns resultados encontrados, como por exemplo, a variação de receitas e despesas na área, as questões de investigação foram respondidas. Mas, talvez o mérito principal do estudo seja o seu ineditismo e as questões para aprofundamento futuro que ele suscitou. Aprofundamento que carece de pesquisa de campo para levantamento de dados primários, em uma abordagem qualitativa que busque explicar o porquê e o como – amparadas em outras técnicas de coleta de dados – de fato se estruturam e se financiam esses serviços.

Nesse aprofundamento se faz necessário elucidar também se os estabelecimentos e serviços localizados nos capitais estudadas e que não estão sendo submetidos à regulação pelos respectivos serviços de VISA municipais estão sendo contemplados pelo serviço estadual correspondente, ou mesmo pelo serviço federal. Necessário também seria discutir a responsabilidade da ANVISA – a coordenadora nacional do sistema, e dos Serviços estaduais de vigilância, em acompanhar/auditar atividades, serviços ou produtos de circulação restrita a determinado território, ou mesmo a responsabilidade dos dois entes coordenadores – nacional e estadual – no delineamento do próprio SNVS, em uma conjuntura de redução da capacidade indutora dos entes, desde o Pacto de Gestão.

Algumas questões se sobressaíram no estudo como fatores preocupantes. O primeiro, é o contexto atual de desregulação e de congelamento dos gastos público por 20 anos, ainda aprovado durante o governo Temer. O segundo, as mudanças na política de saúde que levam à desobrigação de serem informados os procedimentos realizados, uma das poucas condicionalidades restantes após o Pacto de Gestão, aliado ao aumento da (in)transparência dos recursos financeiros repassados e executados decorrentes da substituição dos seis blocos de financiamento por apenas dois, de custeio e de investimento, o que pode comprometer os recursos destinados a vigilância sanitária, já tão escassos.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Guia de Orientações para a Elaboração do Plano de Ação em Vigilância Sanitária: Planejamento, Programação, Pactuação e Monitoramento das ações de Visa** Versão 1.2. 25 jul 2007. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/2054354/Guia+de+Orienta%C3%A7%C3%B5es+para+a+Elabora%C3%A7%C3%A3o+do+Plano+de+A%C3%A7%C3%A3o+em+Vigil%C3%A2ncia+Sanit%C3%A1ria/c245201a-0ae1-461e-800f-5fa179b3eeae>. Acesso em : 10 Jan 2019.
- ANVISA. **Instrutivo para Preenchimento das Ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS**. 2010. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/419800/Instrutivo%2BSIA%2B%2BSUS.pdf/67fd037c-ea07-4484-91dc-0aa9b68e87e8>. Acesso em: 24 mar 2017.
- ANVISA. **Procedimentos da Vigilância Sanitária no SIA/SUS – Definição e Alimentação**. 2015. Disponível em:
<portal.anvisa.gov.br/documents/33856/419800/Instrutivo%2BSIA%2B%2BSUS.pdf/67fd037c-ea07-4484-91dc-0aa9b68e87e8?version=1.0>. Acesso em: 24 mar 2017.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 153, de 26 de abril de 2017. Dispõe sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária, para fins de licenciamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 abr 2017.
- ARAÚJO, D.G. et al (2013). Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1154-1166, 2013.
- BATTESINI, M.; ANDRADE, C.L. T.de; DE SETA, M. H. Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 10, p. 3295-3306, 2017.
- BELO HORIZONTE. Secretaria de Saúde. **Vigilância Sanitária**. Disponível em:
<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/vigilancia-sanitaria>. Acesso em: 19 nov 2018.
- BRASIL. Decreto n. 7508, de 20 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 União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011
- BRASIL. Lei Complementar 101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade fiscal e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2000.
- BRASIL. Lei Complementar n.141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços

públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2012.

BRASIL. Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964 (texto compilado). Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L4320.htm. Acesso em 16 fev 2019.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei no 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jan.1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Indicadores do SIOPS. 2014^b**, 1a ed. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/MANUAL--INDICADORES-SIOPS.pdf> Acesso em: 04 nov 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo Alterações SIOPS para Municípios 2016**. 1^a. Ed. . Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Adaptacoes_SIOPS_2016_Municipio.pdf#page=102&zoom=100,0,704. Acesso em: 04 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 204, de 29 de Janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 145, de 31 de Janeiro de 2001. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 fev. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.052, de 08 de maio de 2007. Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Disponível em:

<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pdvisa/pdf.htm>. Acesso em: 22 Jan 2018. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 mai. 2007^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.751, de 14 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações de vigilância sanitária, relativas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 116, de 29 de janeiro de 2016. Atualiza, para o ano de 2016, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o Art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 de fev de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 01/1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.943, de 26 de dezembro de 2016. Atualiza, para o ano de 2017, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de dez 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 59, DE 29 de janeiro de 2015. Atualiza, para o ano de 2015, os valores dos repasses de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde para Estados, Municípios e Distrito Federais destinados à execução das ações de vigilância sanitária, em função do ajuste populacional de que trata o art. 8º, da Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 de fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Inter federativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores : 2013-2015**. 2. ed. 2014^a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015_2edicao.pdf. Acesso em: 10 Jan 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez. 2017.

BRITO, Rodrigo Lino de. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. Dissertação de Mestrado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, 2007.

COHN, A; WESTPHAL, M.F.; ELIAS, P.E. Informação e decisão política em saúde. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.1, p. 114-121, 2005.

COSTA, E. A. Políticas de vigilância sanitária: balanço e perspectivas. 2001. Disponível em: www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto04.pdf. Acesso em: 16 set 2017.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária e proteção da saúde. 2005. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/4791>. Acesso em: 16 set 2017.

COSTA-E-SILVA, V. **O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2004.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1405-1414, jun 2007.

COVEN, Edna Maria. Descentralização das ações de vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 3, p. 3324-3326, 2010.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1851-1864, Nov. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700008>

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

DE SETA, M. H.; DAIN, S.; REIS, L.G.; PEPE, V.L.E. A coordenação federativa na construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.. In: UGÁ, M.A.D.; SÁ, M.C.; MARTINS, M., BRAGA NETO, F.C. (Org). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Editora Fiocruz, 2010. p. 119-145.

DE SETA, M. H; OLIVEIRA, C.V.S.; PEPE, V.L.E. Proteção à saúde no Brasil: o sistema nacional de vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. supl. 10, p. 3225-3234, 2017.

DE SETA, M. H; SILVA, J. A. A. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.E.; OLIVEIRA, Gisele O. (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: novos modos de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 195-217.

DE SETA, Marismary Horsth. **A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: Uma Análise das Relações Intergovernamentais na Perspectiva do Federalismo**. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2007.

DELGADO, J. S. Regulação sanitária: atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária em prol da saúde pública. **Direito e Desenvolvimento**, João Pessoa, v. 6, n. 12, p. 107-119, 2015.

DUARTE, L.S. et al . Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015.

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

FIOCRUZ. Centro de Estudos Estratégicos. **Análises dos sanitaristas sobre a Portaria 3.992/2017**. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=portaria-do-ministerio-da-saude-que-da-autonomia-a-gestores-locais-desestrutura-o-sus>. Acesso em: 12 mar 2018.

GIOVANELLA, Ligia et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 3, p. 783-794, jun 2009

IBGE. **Brasil em Síntese**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 01 Dez 2018.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 05 out 2018.

IBGE. **Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros em 01.07.2017**. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2017/estimativa_dou.shtm. Acesso em: 14 jan 2019.

IBGE. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2014 - Perfil dos Estados e dos Municípios Brasileiros**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2014/default.shtm> 2014. Acesso em: 22 nov 2017.

IBGE. **Valor corrente, variação nominal, posição relativa e a razão do PIB per capita das Unidades da Federação e o PIB per capita do Brasil – 2002 e 2016**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23038-contas-regionais-2016-entre-as-27-unidades-da-federacao-somente-roraima-teve-crescimento-do-pib>. Acesso em : 05 out 2018.

JULIANO, I.A.; ASSIS, M.M.A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 493-505, 2004.

KRANZ, F. K.; BORDIN, R; ROSA, R.S. Ações executadas pelas vigilâncias sanitárias municipais do Estado do Rio Grande do Sul, 2010-2014. **Visa em Debate**, v. 4, n. 1, p. 104-112, 2016.

- LESSA, Tássio de Souza. **Descentralização e Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária: O Caso da Bahia**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 2011.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 6, p. 269-291, 2001.
- LIMA L.D.; QUEIROZ L.F.N. O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do Pacto pela Saúde. In: Machado C.V., Baptista T.W.F., Lima L.D. (Org.) **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 229- 251.
- LIMA, Y.O.R.; COSTA, E.A. O processo administrativo no âmbito da vigilância sanitária. In: COSTA, E.A. **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: Editora EDUFA, 2009.
- LUCCHESI, G. A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.; OLIVEIRA, Gisele O. **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 33-48, 2006.
- LUCCHESI, G. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 3, p. 3318-3328, 2010.
- LUCENA, R.C.B. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p.1107-1120, 2015.
- MARANGON, M.S.; SCATENA, J.H.G.; COSTA, E.A. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 457-479, 2009.
- MEDEIROS, E.H.F.de; MACHADO, M.F.; PESSOA JUNIOR, J.M. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 561-578, jul. 2017.
- MENDES, T. K. de A. et al. Reestruturação da Gestão das Vigilâncias em Saúde em Alagoas: a precarização da formação e do trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-443, ago 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/ambulatoriais/sia>. Acesso em: 05 Mai 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>>. Acesso em: 16 mar 2018.
- PNUD. **Desenvolvimento Humano nas Macrorregiões Brasileiras**. 2016. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/IDH/undp-br-macrorregioesbrasileiras-2016.pdf>. Acesso em: 05 out 2018.
- PNUD. **Ranking IDHM Municípios 2010**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>. Acesso em: 01 dez 2018.

RAMOS, André Luís Paes. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. [Mestrado em Ciências e Saúde Pública] Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz. Rio de Janeiro 2016.

RIO DE JANEIRO. Lei n.º 3.763 de 2 de Junho de 2004. Altera as disposições que menciona, da Lei n.º 1.364, de 19 de dezembro de 1988, pertinentes à taxa de inspeção sanitária, e dá nova redação à tabela XVIII da Lei 691, de 24 de dezembro de 1984. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/topicos/14284995/lei-n-3763-de-02-de-junho-de-2004-do-municipio-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 19 nov 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf. Acesso em : 16 mai 2018.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde. **Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/vigilanciasanitaria>. Acesso em: 19 nov 2018.

ROCHA, Sarah Fernandes da. **A vigilância sanitária nas políticas de saúde do município de Salvador (1996-2017)**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva ,UFBA, 2018.

SÃO PAULO (Capital). Secretaria de Saúde. **Vigilância Sanitária**. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vigilancia_sanitaria/index.php?p=7024. Acesso em: 19 nov 2018.

SOLLA, J.J.S.P; COSTA, E.A. Evolução das transferências financeiras no processo de descentralização da vigilância sanitária no SUS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.31, n.1, p.161-177 jan./jun. 2007.

TANCREDI, R. C. P. . **Aplicabilidade normativa nas ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária Municipal do Rio de Janeiro**. Tese de Doutorado, Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde, Fiocruz, 2006.

TOMIO, F.R.L. A criação de municípios após a Constituição de 1988: a criação de municípios após a Constituição de 1988. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo , v. 17, n. 48, p. 61-89, 2002.

UGÁ M.A.D.; PORTO S.M.; PIOLA; S.F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L; ESCOREL S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA J.C.; CARVALHO, A.I. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2012. p. 395-425.

VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **Vigilância Sanitária**. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/prefeitura/vigilancia-sanitaria>. Acesso em: 19 nov 2018.

APÊNDICE A: Arrecadação de taxas e transferências federais para o SUS e por subfunção da Saúde por habitante

| Capital | Anos | Arrecadação de Taxas por habitante | | | Transferências Federais Fundo a Fundo por habitante | | | |
|----------------|------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---|----------------|---------------------------------------|----------------------|
| | | Total de taxas | Exercício de Poder de Polícia | Fiscalização de Vigilância Sanitária | Transf totais de Recursos do SUS | Atenção Básica | Vigilância Epidemiológica e Ambiental | Vigilância Sanitária |
| Vitória | 2014 | 83,41 | 10,10 | NI | 139,24 | 65,80 | 10,00 | 0,90 |
| | 2015 | 67,31 | NI | NI | 147,59 | 71,87 | 8,04 | 0,45 |
| | 2016 | 111,46 | 18,30 | NI | 159,69 | 79,21 | 11,22 | 0,59 |
| | 2017 | 110,36 | 18,12 | NI | 158,11 | 78,42 | 11,11 | 0,58 |
| Belo Horizonte | 2014 | 88,23 | 21,08 | 5,37 | 595,54 | 70,14 | 14,15 | 0,92 |
| | 2015 | 96,30 | 21,76 | 5,57 | 611,23 | 74,47 | 11,53 | 0,41 |
| | 2016 | 123,29 | 26,98 | 6,49 | 634,04 | 76,53 | 15,18 | 0,59 |
| | 2017 | 122,78 | 26,87 | 6,46 | 631,44 | 76,22 | 15,12 | 0,59 |
| Rio de Janeiro | 2014 | 57,61 | 11,79 | NI | 210,48 | 49,49 | 4,38 | 3,48 |
| | 2015 | 64,10 | 15,93 | 2,51 | 196,78 | 49,45 | 5,10 | 0,45 |
| | 2016 | 75,01 | 15,40 | 3,09 | 208,46 | 57,97 | 2,80 | 0,56 |
| | 2017 | 74,76 | 15,35 | 3,08 | 207,78 | 57,78 | 2,79 | 0,56 |
| São Paulo | 2014 | 25,13 | 20,66 | NI | 117,84 | 37,53 | 2,62 | 0,40 |
| | 2015 | 25,78 | NI | NI | 131,23 | 43,15 | 0,00 | 4,73 |
| | 2016 | NI | NI | NI | 136,15 | 46,82 | 0,00 | 6,12 |
| | 2017 | NI | | NI | 135,37 | 46,55 | 0,00 | 6,09 |

Elaboração própria. Fonte: SIOPS, base de dados sobre Receitas (receitas realizadas)

APÊNDICE B - Quantitativo de procedimentos informados pelas capitais.

Procedimentos de vigilância sanitária informados pelo município de Vitória/ES, 2014-2017

| PROCEDIMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 2.014 | 2.015 | 2.016 | 2.017 | Total |
|--|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
| 0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | - | - | 729 | 394 | 1123 |
| 0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 177 | 258 | 202 | 302 | 939 |
| 0102010064 ANÁLISE DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 67 | 31 | 43 | 155 | 296 |
| 0102010196 APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 60 | 135 | 63 | 150 | 408 |
| 0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 1.377 | 3.236 | 2.753 | 2516 | 9.882 |
| 0102010161 EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS. | 313 | 451 | 418 | 406 | 1.588 |
| 0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 2.950 | 5.050 | 5.096 | 3.985 | 17.081 |
| 0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 1.360 | 1788 | 1745 | 1726 | 6.619 |
| 0102010277 CADASTRO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | - | - | - | 521 | 521 |
| 0102010285 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | - | - | 14 | 5 | 19 |
| 0102010293 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 1 | 2 | 3 | 4 | 10 |
| 0102010331 CADASTRO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA | - | - | 119 | 212 | 331 |
| 0102010340 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA. | - | - | 41 | 30 | 71 |
| 0102010358 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA | 21 | 40 | 29 | 43 | 133 |
| 0102010455 CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 778 | 806 | 906 | 1402 | 3892 |
| 0102010463 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 1.222 | 1.627 | 1.755 | 1.837 | 6.441 |
| 0102010471 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 261 | 429 | 391 | 405 | 1.486 |
| 0102010498 LAUDO DE ANÁLISE LABORATORIAL DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS RECEBIDOS PELA VIGILÂNCIA SA | - | - | - | 1 | 1 |
| 0102010200 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS | - | 2 | 2 | 5 | 9 |
| 0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO | 4 | 4 | 37 | 8 | 53 |
| 0102010056 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO | 22 | 23 | 220 | 392 | 657 |
| 0102010510 ATIVIDADES EDUCATIVAS, COM RELAÇÃO AO CONSUMO DE SÓDIO, AÇÚCAR E GORDURAS, REALIZADAS PARA O SETOR RE | - | - | - | 2 | 2 |
| 0102010480 FISCALIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS FUMÍGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS, PÚBLI | 219 | 228 | 136 | 98 | 681 |
| 0102010528 INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 543 | 1508 | 3556 | 2181 | 7788 |
| 0102010536 CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 510 | 921 | 1.458 | 3.525 | 6.414 |
| TOTAL | 9.885 | 16.539 | 19716 | 20305 | 66.445 |

Fonte: SIA/SUS – acesso em 16/08/2018

Procedimentos de Vigilância Sanitária informados pelo município de Belo Horizonte/MG, 2014-2017

| PROCEDIMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 2.014 | 2.015 | 2.016 | 2.017 | Total |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 8.829 | 7.448 | 8185 | 7.058 | 31.520 |
| 0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 14.088 | 14.400 | 14583 | 10.932 | 54.003 |
| 0102010064 ANÁLISE DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 345 | 372 | 305 | 346 | 1.368 |
| 0102010196 APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 98 | 117 | 103 | 106 | 424 |
| 0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 3984 | 3540 | 3.257 | 4048 | 14.829 |
| 0102010161 EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS. | 2.851 | 1705 | 114386 | 1973 | 120.915 |
| 0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 19.610 | 16384 | 16011 | 21342 | 73.347 |
| 0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 4.828 | 4160 | 4159 | 5198 | 18.345 |
| 0102010250 CADASTRO DE HOSPITAIS | 2 | 2 | 2 | - | 6 |
| 0102010145 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE HOSPITAIS | 84 | 74 | 60 | 64 | 282 |
| 0102010269 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE HOSPITAIS | 15 | 12 | 9 | 12 | 48 |
| 0102010277 CADASTRO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 39 | 24 | 15 | 42 | 120 |
| 0102010285 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 346 | 304 | 267 | 395 | 1312 |
| 0102010293 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 26 | 48 | 32 | 41 | 147 |
| 0102010331 CADASTRO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA | 14 | 16 | 3 | 15 | 48 |
| 0102010340 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA. | 256 | 164 | 161 | 230 | 811 |
| 0102010358 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA | 73 | 47 | 57 | 71 | 248 |
| 0102010366 CADASTRO DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ATENÇÃO AO PARTO E À CRIANÇA | - | 1 | - | - | 1 |
| 0102010374 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ATENÇÃO AO PARTO E À CRIANÇA | 70 | 59 | 49 | 51 | 229 |
| 0102010382 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS HOSPITALARES DE ATENÇÃO AO PARTO E À CRIANÇA | 8 | 9 | 4 | 6 | 27 |
| 0102010404 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA | 50 | 51 | 32 | 49 | 182 |
| 0102010412 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA | 3 | 9 | 3 | 10 | 25 |
| 0102010420 CADASTRO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | - | 1 | - | - | 1 |
| 0102010439 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | 41 | 36 | 36 | 41 | 154 |
| 0102010447 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | 2 | 6 | 4 | 3 | 15 |
| 0102010455 CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 1.023 | 918 | 786 | 1.054 | 3.781 |
| 0102010463 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 4.769 | 4.028 | 3.722 | 5433 | 17.952 |
| 0102010471 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 784 | 732 | 606 | 792 | 2.914 |
| 0102010498 LAUDO DE ANÁLISE LABORATORIAL DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS RECEBIDOS PELA VIGILÂNCIA SA | 156 | 75 | 183 | 44 | 458 |
| 0102010200 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS | 6 | 7 | 4 | 13 | 30 |

| | | | | | |
|---|--------|--------|--------|-------|---------|
| 0102010218 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | 3 | 3 | 1 | 1 | 8 |
| 0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO | - | 16 | 4 | 2 | 22 |
| 0102010056 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO | 1 | 3 | 3 | - | 7 |
| 0102010480 FISCALIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS FUMÍGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS, PÚBLI | 15.358 | 14.200 | 13861 | 19065 | 62.484 |
| 0102010528 INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 8.878 | 9.572 | 7916 | 8629 | 34.995 |
| 0102010536 CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 1120 | 1173 | 1013 | 1352 | 4658 |
| TOTAL | 87760 | 79716 | 189822 | 88418 | 445.716 |

Fonte: SIA/SUS – acesso em 16/08/2018

Procedimentos de Vigilância Sanitária informados pelo município do Rio de Janeiro/RJ, 2014-2017

| PROCEDIMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 2.014 | 2.015 | 2.016 | 2.017 | Total |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 16.035 | 20.713 | 20.637 | 14851 | 72.236 |
| 0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 9.563 | 12.598 | 15496 | 11.957 | 49.614 |
| 0102010064 ANÁLISE DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 1.259 | 1.165 | 101 | 7 | 2.532 |
| 0102010196 APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 308 | 329 | 16 | 3 | 656 |
| 0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 12.687 | 13.811 | 12.353 | 140761 | 179.612 |
| 0102010161 EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS. | 547 | 1.310 | - | - | 1.857 |
| 0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 41.551 | 42180 | 28877 | 35917 | 148.525 |
| 0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 3.148 | 3084 | 6991 | 19324 | 32.547 |
| 0102010250 CADASTRO DE HOSPITAIS | - | - | 1 | 2 | 3 |
| 0102010277 CADASTRO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 180 | 180 | 158 | - | 518 |
| 0102010285 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 421 | 316 | 223 | 22 | 982 |
| 0102010293 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 5 | 12 | 2 | 91 | 110 |
| 0102010307 CADASTRO DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS | - | - | - | 1 | 1 |
| 0102010331 CADASTRO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA | 968 | 962 | 1.015 | 20 | 2.965 |
| 0102010340 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA. | 733 | 570 | 158 | 11 | 1.472 |
| 0102010358 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E MAMA | 53 | 16 | 1 | 660 | 730 |
| 0102010390 CADASTRO DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA | - | 5 | - | - | 5 |
| 0102010455 CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 7.528 | 7.426 | 7.241 | - | 22.195 |
| 0102010463 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 10.849 | 12.563 | 10.855 | 838 | 35.105 |
| 0102010471 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | - | - | - | 7331 | 7.331 |
| 0102010498 LAUDO DE ANÁLISE LABORATORIAL DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS RECEBIDOS PELA VIGILÂNCIA SA | 1.987 | 4.120 | 12.435 | 8.779 | 27.321 |
| 0102010153 INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E/OU QUEIXAS TÉCNICAS | - | - | 16 | 56 | 72 |
| 0102010200 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS | 81 | 67 | 63 | 77 | 288 |
| 0102010218 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | - | - | 2 | - | 2 |
| 0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO | 12.944 | 8.993 | 9608 | 2792 | 34.337 |
| 0102010056 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO | 1324 | 895 | 689 | 1683 | 4591 |
| 0102010501 ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A TEMÁTICA DA DENGUE, REALIZADAS PARA A POPULAÇÃO | 20 | 24 | 571 | 396 | 1.011 |
| 0102010510 ATIVIDADES EDUCATIVAS, COM RELAÇÃO AO CONSUMO DE SÓDIO, AÇÚCAR E GORDURAS, REALIZADAS PARA O SETOR RE | - | 7 | 183 | 2146 | 2.336 |
| 0102010480 FISCALIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS FUMÍGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS, PÚBLI | - | - | - | 10 | 10 |

| | | | | | |
|---|---------|---------|--------|--------|---------|
| 0102010528 INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 11795 | 14012 | 8328 | 14675 | 48810 |
| 0102010536 CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 8.251 | 8.863 | 5.894 | 8.235 | 31.243 |
| 0102010544 CADASTRO DE INDÚSTRIAS DE INSUMOS FARMACÊUTICOS | - | - | - | 1 | 1 |
| 0102010617 ENVIO DE RELATÓRIOS DE INSPEÇÃO DE ESTABELECIMENTOS FABRICANTES DE MEDICAMENTOS À ANVISA | - | - | - | 5 | 5 |
| 0102010633 ENVIO DE RELATÓRIOS DE INSPEÇÃO DE ESTABELECIMENTOS FABRICANTES DE PRODUTOS PARA SAÚDE À ANVISA | - | - | - | 1 | 1 |
| 0102010641 AUDITORIAS INTERNAS REALIZADAS NO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE INSPEÇÃO DE ESTABELEC | - | - | - | 1 | 1 |
| 0102010650 AUDITORIAS INTERNAS REALIZADAS NO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE INSPEÇÃO DE ESTABELEC | - | - | 1 | - | 1 |
| 0102010668 AUDITORIAS INTERNAS REALIZADAS NO DEPARTAMENTO RESPONSÁVEL PELAS ATIVIDADES DE INSPEÇÃO DE ESTABELEC | - | - | - | 1 | 1 |
| TOTAL | 142.237 | 154.221 | 141915 | 270654 | 709.027 |

Fonte: SIA/SUS – acesso em 16/08/2018

Procedimentos de Vigilância Sanitária informados pelo município de São Paulo/SP , 2014-2017

| PROCEDIMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 2.014 | 2.015 | 2.016 | 2.017 | Total |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0102010234 RECEBIMENTO DE DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 22.545 | 26.657 | 20.084 | 11830 | 81.116 |
| 0102010242 ATENDIMENTO À DENÚNCIAS/RECLAMAÇÕES | 17.843 | 25.071 | 23039 | 14.995 | 80.948 |
| 0102010196 APROVAÇÃO DE PROJETOS BÁSICOS DE ARQUITETURA | 1 | - | - | - | 1 |
| 0102010072 CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 10.543 | 6.873 | 4.746 | 9.110 | 31.272 |
| 0102010161 EXCLUSÃO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA COM ATIVIDADES ENCERRADAS. | 55 | 13 | 15 | 137 | 220 |
| 0102010170 INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 20.931 | 20065 | 19558 | 21668 | 82.222 |
| 0102010188 LICENCIAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA | 11.084 | 6897 | 4400 | 941 | 23.322 |
| 0102010250 CADASTRO DE HOSPITAIS | 4 | - | - | - | 4 |
| 0102010145 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE HOSPITAIS | 248.259 | 142 | 143 | 113 | 248.657 |
| 0102010277 CADASTRO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 680 | 48 | 38 | 111 | 877 |
| 0102010285 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 1554 | 1641 | 1433 | 1451 | 6079 |
| 0102010293 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS | 168 | 142 | 93 | 92 | 495 |
| 0102010315 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE INDÚSTRIA DE MEDICAMENTOS | - | 145 | 86 | 54 | 285 |
| 0102010420 CADASTRO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | - | - | 2 | 3 | 5 |
| 0102010439 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | - | 34 | 31 | 33 | 98 |
| 0102010447 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA | - | - | 2 | 1 | 3 |
| 0102010455 CADASTRO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 1569 | 1369 | 1133 | 1078 | 5149 |
| 0102010463 INSPEÇÃO SANITÁRIA DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 13.597 | 12.205 | 12.057 | 9.742 | 47.601 |
| 0102010471 LICENCIAMENTO SANITÁRIO DE SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO | 1.436 | 1.365 | 1.061 | 84 | 3.946 |
| 0102010498 LAUDO DE ANÁLISE LABORATORIAL DO PROGRAMA DE MONITORAMENTO DE ALIMENTOS RECEBIDOS PELA VIGILÂNCIA SA | 1778 | 935 | 855 | 1148 | 4716 |
| 0102010153 INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E/OU QUEIXAS TÉCNICAS | 884 | 50355 | 86.681 | 109602 | 247.522 |
| 0102010200 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS | 238 | 125 | 129 | 81 | 573 |
| 0102010218 INVESTIGAÇÃO DE SURTOS DE INFECÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | 2032 | 313 | 70 | 316 | 2731 |
| 0102010226 ATIVIDADE EDUCATIVA PARA A POPULAÇÃO | 4.174 | 5.063 | 2028 | 9524 | 20.789 |
| 0102010056 ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA O SETOR REGULADO | 4504 | 6796 | 10330 | 21353 | 42983 |
| 0102010501 ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE A TEMÁTICA DA DENGUE, REALIZADAS PARA A | 557.444 | 746.608 | 604.967 | 517.725 | 2.426.744 |

| | | | | | |
|--|---------|---------|--------|--------|-----------|
| POPULAÇÃO | | | | | |
| 0102010510 ATIVIDADES EDUCATIVAS, COM RELAÇÃO AO CONSUMO DE SÓDIO, AÇÚCAR E GORDURAS, REALIZADAS PARA O SETOR RE | 22 | 36 | 90 | 242 | 390 |
| 0102010480 FISCALIZAÇÃO DO USO DE PRODUTOS FUMÍGENOS DERIVADOS DO TABACO EM AMBIENTES COLETIVOS FECHADOS, PÚBLI | 9.539 | 7.999 | 7577 | 5379 | 30.494 |
| 0102010528 INSTAURAÇÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 3.108 | 2.584 | 2541 | 2737 | 10.970 |
| 0102010536 CONCLUSÃO DE PROCESSO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO | 2392 | 2648 | 2615 | 2731 | 10386 |
| TOTAL | 936.384 | 926.129 | 805804 | 742281 | 3.410.598 |

Fonte: SIA/SUS – acesso em 16/08/2018

ANEXO A - Atividades passíveis de licenciamento sanitário municipal (Vitória)

Albergues, exceto assistenciais
Alojamento de animais domésticos
Aluguel de material médico
Apart-hotéis
Armazéns gerais - emissão de warrant
Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares
Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos
Atividade médica ambulatorial restrita a consultas
Atividade odontológica
Atividades de acupuntura
Atividades de assistência a deficientes físicos, imunodeprimidos e convalescentes
Atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente
Atividades de assistência social prestadas em residências coletivas e particulares não especificadas anteriormente
Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente
Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências
Atividades de centros de assistência psicossocial
Atividades de condicionamento físico
Atividades de enfermagem
Atividades de estética e outros serviços de cuidados com a beleza
Atividades de fisioterapia
Atividades de fonoaudiologia
Atividades de fornecimento de infra-estrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio
Atividades de limpeza não especificadas anteriormente
Atividades de podologia
Atividades de práticas integrativas e complementares em saúde humana
Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente
Atividades de profissionais da nutrição
Atividades de psicologia e psicanálise
Atividades de sauna e banhos
Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente
Atividades de terapia ocupacional
Atividades funerárias e serviços relacionados não especificados anteriormente
Atividades relacionadas a esgoto, exceto a gestão de redes
Atividades veterinárias
Bares e outros estabelecimentos especializados em servir bebidas
Cabeleireiros, manicure e pedicure
Cantinas - serviços de alimentação privativos
Centros de apoio a pacientes com câncer e com aids
Clínicas e residências geriátricas

Clubes sociais, esportivos e similares
Coleta de resíduos não-perigosos
Coleta de resíduos perigosos
Comércio atacadista de açúcar
Comércio atacadista de água mineral
Comércio atacadista de aves abatidas e derivados
Comércio atacadista de aves vivas e ovos
Comércio atacadista de bebidas não especificadas anteriormente
Comércio atacadista de cacau
Comércio atacadista de café em grão
Comércio atacadista de café torrado, moído e solúvel
Comércio atacadista de carnes bovinas e suínas e derivados
Comércio atacadista de carnes e derivados de outros animais
Comércio atacadista de cereais e leguminosas beneficiados
Comércio atacadista de cereais e leguminosas beneficiados, farinhas, amidos e féculas, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada
Comércio atacadista de cerveja, chope e refrigerante
Comércio atacadista de chocolates, confeitos, balas, bombons e semelhantes
Comércio atacadista de cosméticos e produtos de perfumaria
Comércio atacadista de farinhas, amidos e féculas
Comércio atacadista de frutas, verduras, raízes, tubérculos, hortaliças e legumes frescos
Comércio atacadista de instrumentos e materiais para uso médico, cirúrgico, hospitalar e de laboratórios
Comércio atacadista de leite e laticínios
Comércio atacadista de máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar; partes e peças
Comércio atacadista de massas alimentícias
Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano
Comércio atacadista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios
Comércio atacadista de óleos e gorduras
Comércio atacadista de pães, bolos, biscoitos e similares
Comércio atacadista de pescados e frutos do mar
Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral
Comércio atacadista de produtos alimentícios em geral, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada
Comércio atacadista de produtos de higiene pessoal
Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar
Comércio atacadista de produtos de higiene, limpeza e conservação domiciliar, com atividade de fracionamento e acondicionamento associada
Comércio atacadista de produtos odontológicos
Comércio atacadista de próteses e artigos de ortopedia
Comércio atacadista de soja
Comércio atacadista de sorvetes
Comércio atacadista especializado em outros produtos alimentícios não especificados anteriormente
Comércio varejista de artigos de óptica
Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos
Comércio varejista de bebidas
Comércio varejista de carnes - açougues

Comércio varejista de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal
Comércio varejista de doces, balas, bombons e semelhantes
Comércio varejista de hortifrutigranjeiros
Comércio varejista de laticínios e frios
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - hipermercados
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - minimercados, mercearias e armazéns
Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios - supermercados
Comércio varejista de mercadorias em lojas de conveniência
Comércio varejista de outros produtos não especificados anteriormente
Comércio varejista de produtos alimentícios em geral ou especializado em produtos alimentícios não especificados anteriormente
Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos
Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas
Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas
Comércio varejista de produtos saneantes domissanitários
Condomínios residenciais para idosos
Depósitos de mercadorias para terceiros, exceto armazéns gerais e guarda-móveis
Distribuição de água por caminhões
Educação infantil - creche
Educação infantil - pré-escola
Ensino de esportes
Ensino fundamental
Fabricação de águas envasadas
Fabricação de alimentos dietéticos e complementos alimentares
Fabricação de alimentos e pratos prontos
Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral sob encomenda
Fabricação de aparelhos e utensílios para correção de defeitos físicos e aparelhos ortopédicos em geral, exceto sob encomenda
Fabricação de artigos ópticos
Fabricação de biscoitos e bolachas
Fabricação de conservas de frutas
Fabricação de conservas de legumes e outros vegetais, exceto palmito
Fabricação de conservas de palmito
Fabricação de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal
Fabricação de desinfestantes domissanitários
Fabricação de especiarias, molhos, temperos e condimentos
Fabricação de farinha de mandioca e derivados
Fabricação de farinha de milho e derivados, exceto óleos de milho
Fabricação de frutas cristalizadas, balas e semelhantes
Fabricação de gelo comum
Fabricação de massas alimentícias
Fabricação de outros produtos alimentícios não especificados anteriormente
Fabricação de pós alimentícios
Fabricação de produtos à base de café
Fabricação de produtos de padaria e confeitaria com predominância de produção própria
Fabricação de produtos de panificação industrial

Fabricação de produtos derivados do cacau e de chocolates
Fabricação de sorvetes e outros gelados comestíveis
Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para consumo domiciliar
Fornecimento de alimentos preparados preponderantemente para empresas
Gestão e manutenção de cemitérios
Hotéis
Imunização e controle de pragas urbanas
Instituições de longa permanência para idosos
Laboratórios clínicos
Laboratórios de anatomia patológica e citológica
Lanchonetes, casas de chá, de sucos e similares
Lavanderias
Moagem de trigo e fabricação de derivados
Moagem e fabricação de produtos de origem vegetal não especificados anteriormente
Motéis
Orfanatos
Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente
Outras atividades de ensino não especificadas anteriormente
Outras atividades de serviços pessoais não especificadas anteriormente
Outros alojamentos não especificados anteriormente
Padaria e confeitaria com predominância de revenda
Parques de diversão e parques temáticos
Peixaria
Pensões (alojamento)
Restaurantes e similares
Serviço de laboratório óptico
Serviços ambulantes de alimentação
Serviços de alimentação para eventos e recepções - bufê
Serviços de assistência social sem alojamento
Serviços de cremação
Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante, exceto ressonância magnética
Serviços de diagnóstico por métodos ópticos - endoscopia e outros exames análogos
Serviços de diagnóstico por registro gráfico - ecg, eeg e outros exames análogos
Serviços de funerárias
Serviços de litotripsia
Serviços de prótese dentária
Serviços de remoção de pacientes, exceto os serviços móveis de atendimento a urgências
Serviços de ressonância magnética
Serviços de sepultamento
Serviços de somatoconservação
Serviços de tatuagem e colocação de piercing
Serviços de vacinação e imunização humana
Testes e análises técnicas
Torrefação e moagem de café
Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, intermunicipal, interestadual e internacional
Transporte rodoviário de carga, exceto produtos perigosos e mudanças, municipal
Tratamento e disposição de resíduos não-perigosos

Tratamento e disposição de resíduos perigosos
Uti móvel

ANEXO B - Estabelecimentos da área de serviços de interesse da saúde sujeitos à inspeção sanitária pela SUBVISA (Rio de Janeiro)

Bares; Restaurantes; Lanchonetes; Quiosques; Padarias; Açougues; Peixarias; Supermercados;
Hotéis;
Indústria de alimentos (incluindo a fabricação, a embalagem e a distribuição);
Água (monitoramento de toda a rede do Rio de Janeiro: da captação ao fornecimento);
Água utilizada em diálise;
Piscinas de uso coletivo;
Reservatórios de água; Cisternas; Caixas d'água; Ar em ambientes climatizados;
Clínicas e consultórios de diversas especialidades;
Comércio farmacêutico, incluindo o transporte de produtos, bem como as distribuidoras e importadoras;
Academias; Salão de beleza e Serviços de Embelezamento e Esteticismo;
Ótica; Estúdio de tatuagem e *piercing*;
Laboratórios de análises clínicas e postos de coleta; Centros de diagnósticos por imagem (como exames por RX e outros);
Instituições de longa permanência para idosos;
Moradias coletivas (abrigos);
Transporte de pacientes;
Unidades prisionais e abrigos para menores em conflito com a Lei; Medicina Legal;
Escolas e creches;
Clínicas veterinárias e pet shops;
Instalações temporárias de ambulatórios médicos para eventos e para atividades de construção ou transformação arquitetônica;
Surto envolvendo alimentos e outros produtos; Empresas sede de remoção de pacientes (ambulâncias);
Serviços de assistência domiciliar (*homecare*);
Projetos estruturais de estabelecimentos comerciais de alimentação, bem como clínicas médicas e salões de beleza com estruturas físicas complexas;
Locais de uso público restrito (piscinas públicas, cemitério, necrotério, crematório, funerárias, motéis, hotéis, estações de transporte público, teatros, cinemas, clubes sociais, dentre outros) (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2018).

ANEXO C - Estabelecimentos da área de serviços de interesse da saúde sujeitos à inspeção sanitária pela COVISA (São Paulo)

Academias ou Institutos de Ginástica com ou sem atividade de hidroginástica
Albergues Assistenciais
Asilos para Desabrigados
Asilos para Idosos
Serviços de Diálise e Nefrologia
Atividades de Terapias Alternativas (Cromoterapia, Do-In, Shiatsu e similares)
Cabeleireiros
Casas de Apoio para Crianças e Adolescentes
Casas de Apoio para portadores de enfermidades crônicas e para dependentes químicos
Casas de Repouso
Casas de Triagem
Casas Transitórias
Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME)
Centros de Convivência
Centros de Reabilitação para Dependentes Químicos com ou sem alojamento
Clínica de Estética (Tipo I)
Clínicas de Estética e Cirúrgicas Ambulatoriais tipos II e III
Clínicas de Reprodução Humana e Banco de Sêmen
Clínicas de Vacinação
Clínicas Odontológicas com ou sem Equipamento de Raio-X
Clínicas, Consultórios e Ambulatórios Médicos com ou sem Equipamento de Raio-X
Centros de Educação Infantil - Creches
Estabelecimentos de Massagens
Estabelecimentos de Tatuagem, Piercing e congêneres
Serviços de Home Care
Instituições de Longa Permanência para Idosos
Instituto de beleza sem responsável médico, com pedicuro, barbearia, saunas e congêneres
Laboratórios de análises clínicas e/ou anatomia patológica/citológica
Lavanderias hospitalares isoladas
Orfanatos
Posto de Coleta descentralizado de laboratório de análises e pesquisas clínicas/patologia clínica
Pronto Socorro e Pronto Atendimento isolados
Serviços de Podologia
Serviços de Acupuntura
Serviços de Coleta de Material Humano Isolado
Serviços de Diagnóstico por Imagem (serviços de radiologia odontológica e médica, tomografia, ressonância magnética, medicina nuclear, mamografia, ultrassom, etc.), por Registro Gráfico e/ ou por Métodos Ópticos
Serviços de Enfermagem
Serviços de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Serviços de Fonoaudiologia
Serviços de Nutrição
Serviços de Prótese Dentária

Serviços de Psicologia

Serviços de Remoção (UTI móvel, remoção básica e resgate)

Unidades de saúde tipo SPA

Os estabelecimentos da área de medicamentos sujeitos à inspeção sanitária e à inscrição no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS são:

Comércio varejista de medicamentos/ produtos farmacêuticos

Comércio atacadista de medicamentos/ produtos farmacêuticos

Transporte de Produtos Relacionados à Saúde

Indústria de Medicamentos

Indústria de Farmoquímicos

Depósito de Produtos Relacionados à Saúde

Laboratórios Analíticos de Produtos

Unidades Dispensadoras de Talidomida

Os estabelecimentos da área de alimentos sujeitos à inspeção sanitária e à inscrição no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde – CMVS são:

Indústria de Alimentos

Indústria de Água Mineral

Indústria de Aditivos para Alimentos

Indústria de Embalagem para Alimentos

Laboratório Analítico de Alimentos

Comércio Atacadista de Alimentos

Comércio Varejista de Alimentos

Os estabelecimentos da área de produtos de interesse da saúde sujeitos à inscrição no Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde - e à inspeção sanitária são:

Comércio varejista de artigos médicos e ortopédicos

Comércio varejista de artigos de óptica

Comércio varejista de cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal, se realizarem a atividade de fracionamento para venda direta ao consumidor

OBS: O comércio varejista de saneantes domissanitários não necessita de CMVS

Comércio atacadista de produtos para saúde / correlatos

Comércio atacadista de cosméticos, produtos de higiene e perfumes

Indústria de cosméticos, produtos de higiene e perfumes

Comércio atacadista de saneantes domissanitários

Comércio atacadista de mercadorias em geral (empresas que comercializem mais de uma classe de produto de interesse da saúde)

Aluguel de equipamentos científicos, médicos e hospitalares, sem operador

Depósito de mercadorias para terceiros

Transporte rodoviário de cargas

Laboratórios Analíticos

ANEXO D - Códigos e Procedimentos de vigilância sanitária no SIA/SUS

I. Grupo de Procedimentos Relativos ao Cadastro: registro inicial de estabelecimentos e serviços, por meio físico ou eletrônico, nos serviços locais de vigilância sanitária. Deve conter informações como nome, localização, CNPJ ou CPF e tipo de atividades.

I.a. Estabelecimentos:

- 01.02.01.007-2: Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;
- 01.02.01.027-7: Cadastro de instituições de longa permanência para idosos;
- 01.02.01.025-0: Cadastro de hospitais;
- 01.02.01.030-7: Cadastro de indústrias de medicamentos;
- 01.02.01.054-4: Cadastro de indústrias de insumos farmacêuticos;
- 01.02.01.055-2: Cadastro de indústrias de produtos para saúde; e
- 01.02.01.045-5: Cadastro de estabelecimentos de serviços de alimentação.

I.b. Serviços:

- 01.02.01.33-1: Cadastro de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama (medicina nuclear; imagem - ultrassonografia e mamógrafo; radioterapia; quimioterapia; laboratórios de anatomia patológica e citológica; laboratórios clínicos);
- 01.02.01.36-6 : Cadastro de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança (internação pediátrica e obstétrica; UTI neonatal e pediátrica; maternidade com e sem UTI materna; casas de parto; atenção ao parto e à criança em hospital de pequeno porte);
- 01.02.01.039-0: Cadastro de serviços de hemoterapia (hemocentro coordenador; hemocentro regional; núcleo de hemoterapia; unidade de coleta e transfusão; unidade de coleta; centro de triagem laboratorial de doadores; agência transfusional); e
- 01.02.01.042-0: Cadastro de serviços de terapia renal substitutiva (diálise; hemodiálise).

I.c. Exclusão de cadastro

- 01.02.01.016-1 – Exclusão de cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária com atividades encerradas.

II. Grupo de Procedimentos Relativos à Inspeção: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência da vigilância sanitária, que visa à verificação in loco do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos e serviços submetidos ao regime de vigilância sanitária.

II.a: Estabelecimentos

- 01.02.01.017-0 Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;
- 01.02.01.028-5 Inspeção sanitária de instituições de longa permanência para idosos;
- 01.02.01.014-5 Inspeção sanitária de hospitais;
- 01.02.01.031-5 Inspeção sanitária de indústrias de medicamentos;
- 01.02.01.056-0 Inspeção sanitária de indústrias de insumos;
- 01.02.01.057-9 Inspeção sanitária de indústrias de produtos para saúde; e

- 01.02.01.046-3 Inspeção sanitária de estabelecimentos de serviços de alimentação.

II.b: Serviços:

- 01.02.01.034-0 Inspeção sanitária de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama;
- 01.02.01.037-4 Inspeção sanitária de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança;
- 01.02.01.040-4 Inspeção sanitária de serviços de hemoterapia; e
- 01.02.01.043-9 Inspeção sanitária de serviços de terapia renal substitutiva.

III. Grupo de Procedimentos Relativos ao Licenciamento: Ato administrativo de concessão de documento que atesta a conformidade do estabelecimento ou do serviço em relação às condições sanitárias estabelecidas em legislação federal, estadual e municipal.

III.a. Estabelecimentos:

- 01.02.01.018-8 Licenciamento dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária;
- 01.02.01.029-3 Licenciamento sanitário de instituições de longa permanência para idosos;
- 01.02.01.026-9 Licenciamento sanitário de hospitais;
- 01.02.01.032-3 Licenciamento sanitário de indústrias de medicamentos; e
- 01.02.01.047-1 Licenciamento sanitário de estabelecimentos de serviços de alimentação.

III.b Serviços:

- 01.02.01.035-8: Licenciamento sanitário de serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e mama;
- 01.02.01.038-2: Licenciamento sanitário de serviços hospitalares de atenção ao parto e à criança;
- 01.02.01.041-2: Licenciamento sanitário de serviços de hemoterapia; e
- 01.02.01.044-7: Licenciamento sanitário de serviços de terapia renal substitutiva.

IV. Grupo de Procedimentos Relativos à Investigação: envolvem ações de comunicação, coleta de amostras para análise laboratorial e inspeção.

- 01.02.01.020-0 Investigação de surtos de doenças transmitidas por alimentos;
- 01.02.01.021-8 Investigação de surtos de infecção em serviços de saúde; e
- 01.02.01.015-3 Investigação de eventos adversos e/ou queixas técnicas.

V. Grupo de procedimentos relativos às atividades educativas: Promoção e realização de atividades de divulgação de temas e legislação relacionados à vigilância sanitária e outros para a população e para setor regulado, por meio de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, dentre outros.

- 01.02.01.022-6 Atividades educativas para a população;
- 01.02.01.005-6 Atividade educativa para o setor regulado;
- 01.02.01.050-1 Atividades educativas sobre a temática da dengue, realizadas para população; e
- 01.02.01.051-0 Atividades educativas, com relação ao consumo de sódio, açúcar e gorduras, realizadas para o setor regulado e a população.

VI. Grupo de Procedimentos Relativos ao Sistema de Gestão da Qualidade

VI.a Procedimentos Operacionais Padrão (POP): conjunto de ações técnicas e administrativas, que visam à internalização, pelas autoridades sanitárias competentes, dos procedimentos operacionais padrão (pop) harmonizados em nível tripartite, relacionados às atividades de inspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos, insumos farmacêuticos e de produtos para saúde;

- 01.02.01.058-7 Implementação de procedimentos (pops) harmonizados em nível tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos;
- 01.02.01.058-7 implementação de procedimentos (pops) harmonizados em nível tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos; e
- 01.02.01.060-9 implementação de procedimentos (pops) harmonizados em nível tripartite relacionados a inspeção em estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde.

VI.b. Relatórios de Inspeção: conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, que visam o envio dos relatórios de inspeção e reinspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos, insumo farmacêuticos e produtos para a saúde, à Anvisa pela autoridade sanitária competente.

- 01.02.01.061-7 envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de medicamentos à ANVISA;
- 01.02.01.062-5 envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos à ANVISA; e
- 01.02.01.063-3 envio de relatórios de inspeção de estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde à Anvisa.

VI.c Auditorias Internas: conjunto de ações técnicas e administrativas, que visam à avaliação da efetividade do sistema de gestão da qualidade e dos processos de trabalho relacionados às atividades de inspeção em estabelecimentos fabricantes de medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos para saúde.

- 01.02.01.064-1 auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de medicamentos;
- 01.02.01.065-0 auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de insumos farmacêuticos;
- 01.02.01.066-8 auditorias internas realizadas no departamento responsável pelas atividades de inspeção de estabelecimentos fabricantes de produtos para saúde.

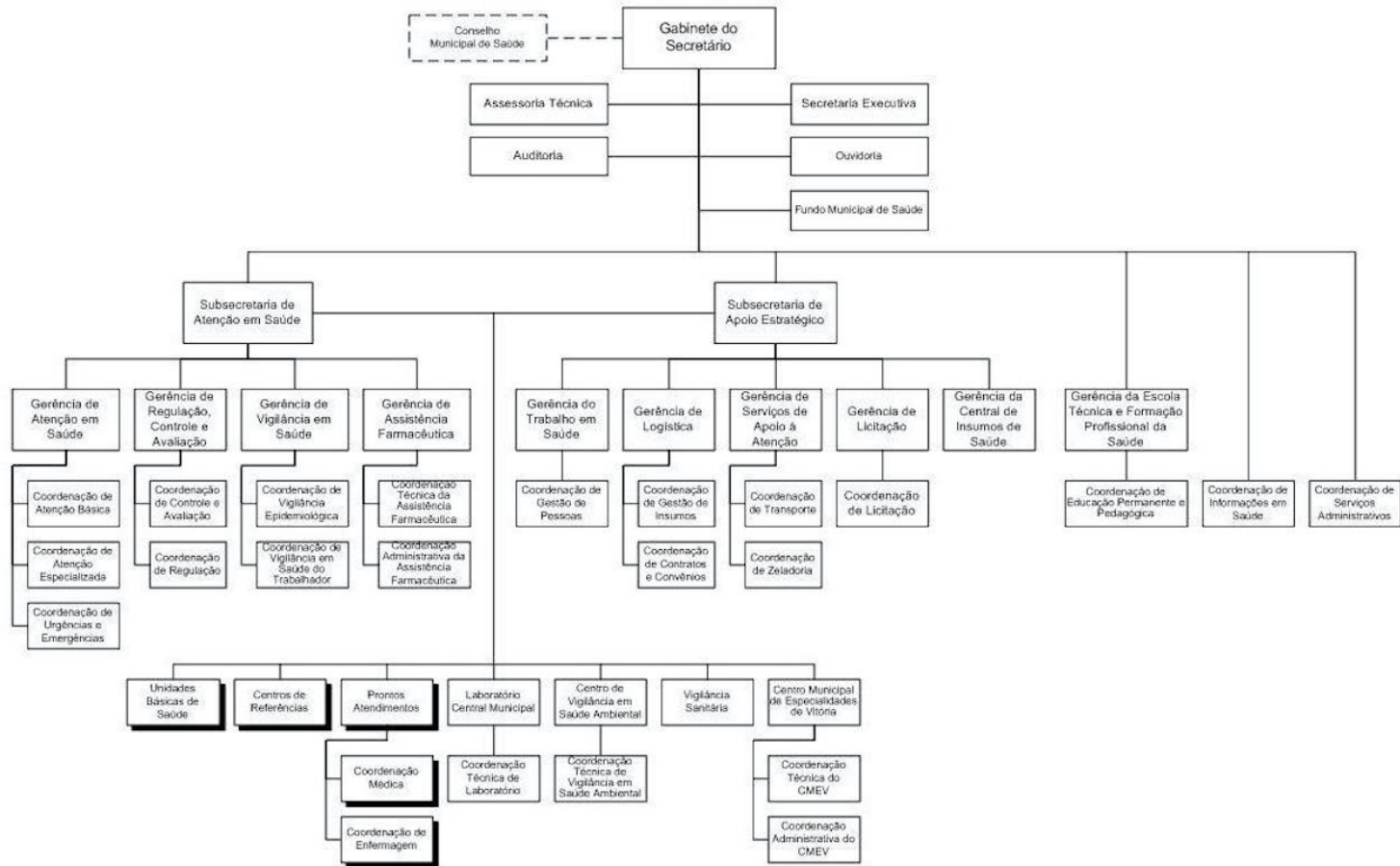
VII. Outros Procedimentos

- 01.02.01.006-4 Análise de projetos básicos de arquitetura;
- 01.02.01.019-6 aprovação de projetos básicos de arquitetura;
- 01.02.01.023-4 recebimento de denúncias e reclamações;
- 01.02.01.024-2 atendimento a denúncias e reclamações;
- 01.02.01.052-8 instauração de processo administrativo sanitário;
- 01.02.01.053-6 conclusão de processo administrativo sanitário;
- 01.02.01.048-0 fiscalização do uso de produtos fumígenos derivados do tabaco em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados; e
- 01.02.01.049-8 laudo de análise laboratorial do programa de monitoramento de alimentos recebidos pela vigilância sanitária.

ANEXO E – Organogramas das Secretarias Municipais e dos Serviços



Prefeitura Municipal de Vitória Organograma da Secretaria de Saúde

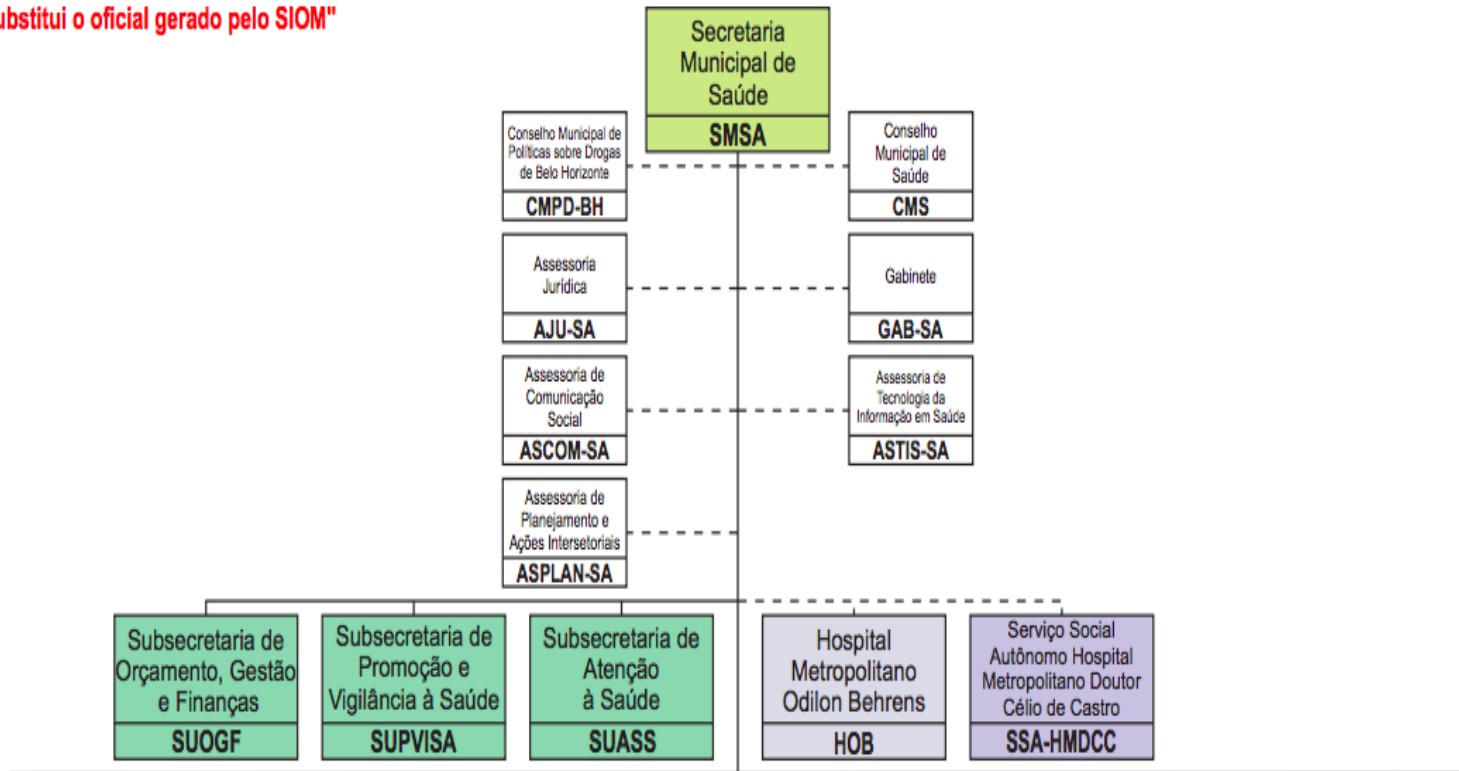




PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE

"Este organograma não substitui o oficial gerado pelo SIOM"

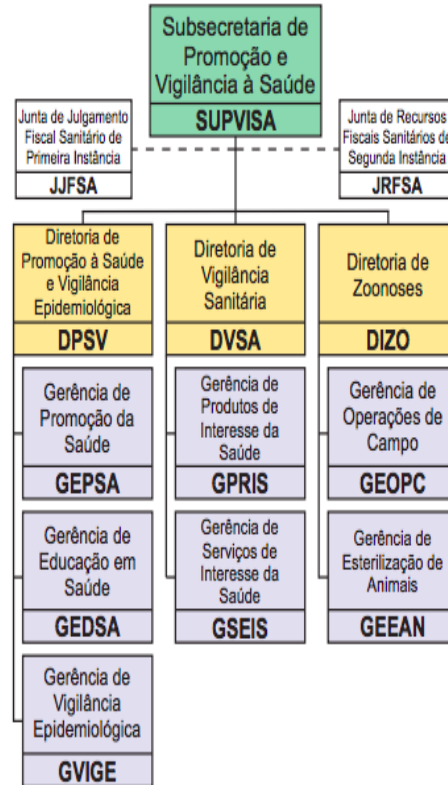
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE





ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

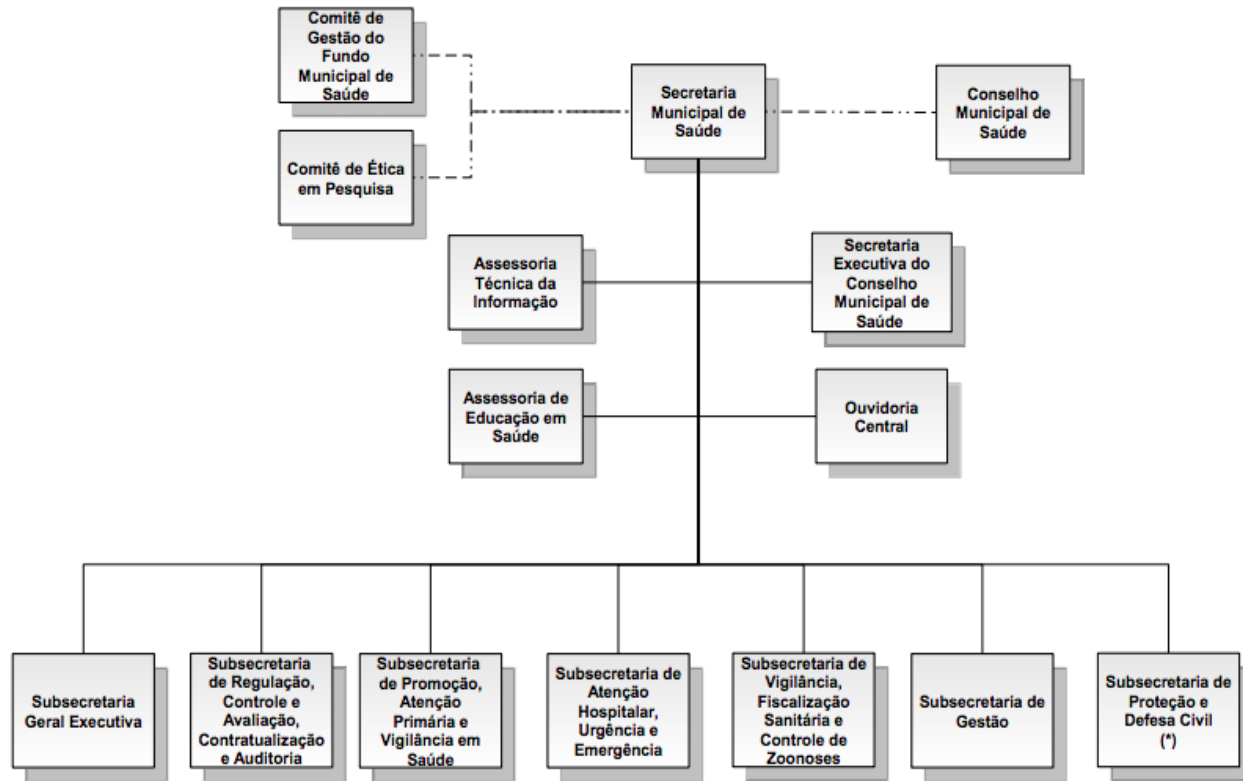
"Este organograma não substitui o oficial gerado pelo SIOM"



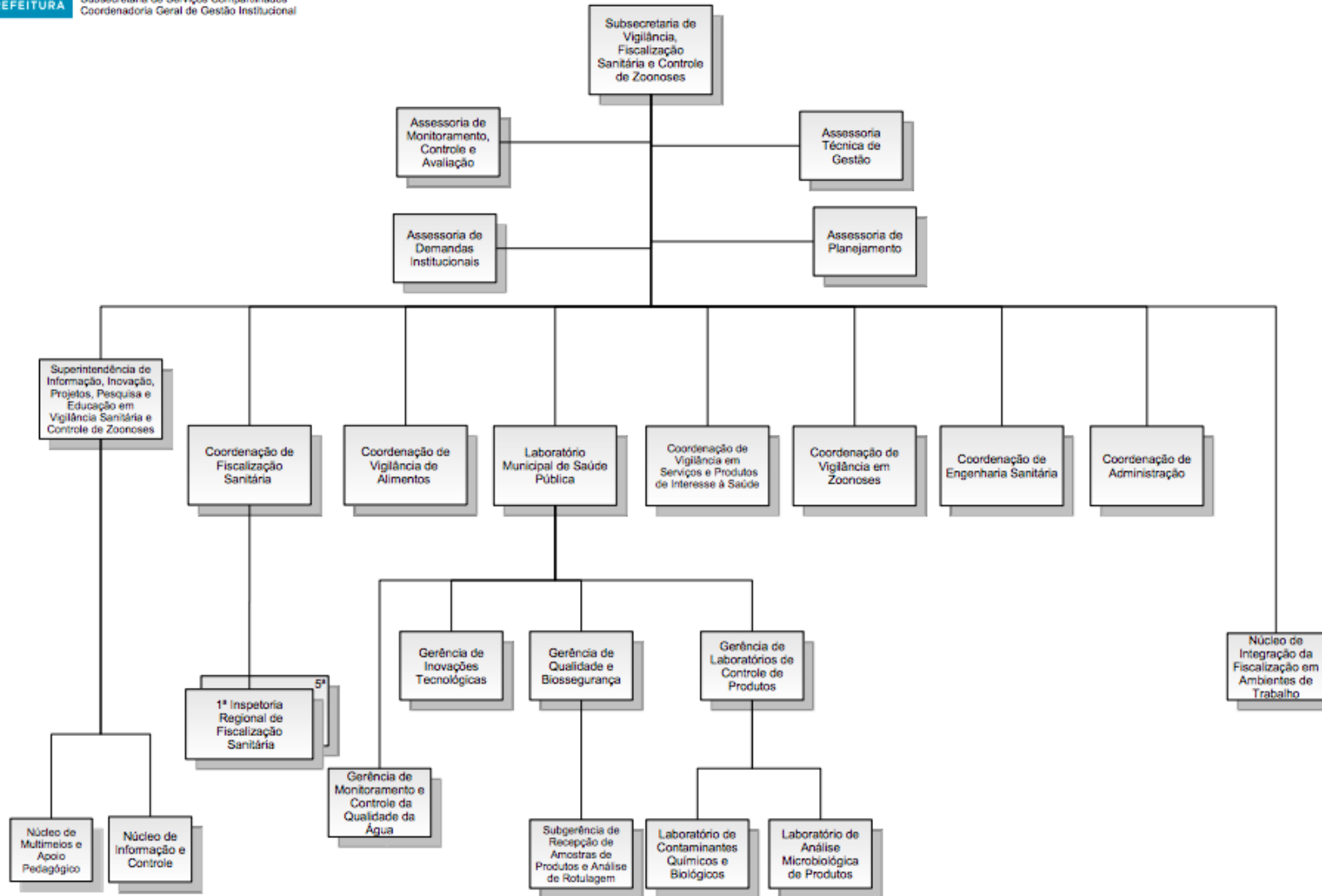


Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
 Secretaria Municipal da Casa Civil
 Subsecretaria de Serviços Compartilhados
 Coordenadoria Geral de Gestão Institucional

Secretaria Municipal de Saúde - SMS



(*)Delegado à SEOP



Organograma

12:38 26/01/2010

