

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Luís Fernando Kranz

Estruturação de um Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal

Porto Alegre

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Luís Fernando Kranz

Estruturação de um Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Estudos Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Kranz, Luís Fernando
Estruturação de um índice sobre a Vigilância
Sanitária / Luís Fernando Kranz. -- 2015.
183 f.

Orientador: Ronaldo Bordin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa
de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS,
2015.

1. Vigilância Sanitária. 2. Sistema Único de Saúde.
3. Indicadores. 4. Gestão em Saúde. 5. Planejamento
em Saúde. I. Bordin, Ronaldo, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RESUMO

A Vigilância Sanitária, juntamente com a Vigilância Epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, integra o campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dada sua atuação multifacetada, que envolve ações sobre um grande número de objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde, a construção e o uso de indicadores em Vigilância Sanitária é uma discussão recente. Este estudo objetivou estruturar um índice sobre a Vigilância Sanitária no âmbito dos 496 municípios que compõem o Rio Grande do Sul, no período 2010-2014. Foram empregados registros de bases de dados públicas, *on-line*, organizados de forma que possibilitassem análises estatísticas e atribuição de valores em uma escala adimensional variando de 1 até 0 por município/ações e divididos segundo as dimensões “Recursos” e “Ações”. O valor do índice foi dado pela média das dimensões, na qual 1 representou o maior e 0 o menor. No que tange às ações de Vigilância Sanitária, os municípios com até 10.000 habitantes apresentaram os menores quantitativos de municípios realizando todas as ações, mas as maiores médias de ações por 1.000 habitantes. Durante o período, aumentou o número de municípios que passou a realizar ações de Vigilância Sanitária; contudo, verificou-se que há fragilidades no preenchimento dos relatórios que são enviados para publicação via Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde. Os municípios Montauri, Dom Pedro de Alcântara, Vanini e Alto Alegre foram os únicos que figuraram entre os 15 primeiros colocados em todos os anos analisados. Muliterno, que chegou a ficar na primeira colocação em 2010 e 2011, em 2013 não apareceu entre os primeiros, da mesma forma que Ponte Preta, Florianópolis e Gramado dos Loureiros. Entre aqueles de menor índice, Piratini, Guaíba, Capão do Leão, Viamão e Camaquã apareceram nas últimas colocações durante todo o período estudado. Entre outras conclusões, os indicadores da dimensão “Ações” apresentaram validade imprecisa e estabilidade dos registros discutível, sendo necessário reavaliar se é melhor aquele município que mais ações produz ou que mais “trabalha” é plausível, e “validar”, *in loco* e comparativamente se o (valor) resultante corresponde à realidade.

UNITERMOS: Vigilância Sanitária; Sistema Único de Saúde; Indicadores; Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

The Health Surveillance, along with Epidemiological Surveillance, health worker and the full therapeutic treatment, integrates the playing field of Unified Health System (UHS). Given its multifaceted activity, that involves actions on a large number of objects that are directly or indirectly related to health, construction and the use of indicators in Health Surveillance is a recent discussion. This study aimed to structure an index of the Health Surveillance under the 496 municipalities that keep the Rio Grande do Sul, in period 2010-2014. They were employed public databases records, online, organized in a way that would enable statistical analysis and assigning values on a dimensionless scale from 1 to 0 by municipality/actions and divided according to the dimensions "Resources" and "Actions". The index value is given by the average dimensions, where 1 represents the highest and 0 the lowest. Regarding the actions of Health Surveillance, municipalities with up to 10,000 inhabitants presented the quantitative smaller municipalities performing all actions but the highest average stock per 1,000 inhabitants. During the period, the number of municipalities began to perform Health Surveillance actions; however, it was found that there are weaknesses in completing the reports that are submitted for publication via Outpatient Information System of the Unified Health System. The municipalities Montauri, Dom Pedro de Alcântara, Vanini and Alto Alegre were the ones who were among the 15 first places in all the years analyzed. Muliterno, who came to stay in first place in 2010 and 2011, in 2013 did not appear among the first, just as Ponte Preta, Floriano Peixoto and Gramado dos Loureiros. Among those of lower index, Piratini, Guaíba, Capão do Leão, Viamão and Camaquã appeared in recent placements throughout the study period. Among other findings, the indicators of dimension "Actions" presented inaccurate validity and stability of questionable records, requiring re-evaluate whether it is better that county that produces more actions or more "work" is plausible and "validate" in loco and compared to the (value) resulting correspond to reality.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Componentes do SNVISA em cada esfera de governo.....	34
Figura 2 – Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.....	61
Figura 3 – Variáveis utilizadas no processo de construção do IVSM.....	68
Quadro 1 – Ações de Vigilância Sanitária segundo níveis de complexidade.....	24
Quadro 2 – Descrição dos sítios eletrônicos que serão utilizados como fonte de dados.....	65
Gráfico 1 – Receitas Correntes Líquidas per capita, Municípios, RS, 2010-2013.....	70
Gráfico 2 – Despesas Totais em Saúde per capita, Municípios, RS, 2010-2013.....	71
Gráfico 3 – Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2013.....	72
Gráfico 4 – Receitas de Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2013.....	73
Gráfico 5 – Atendimento a Denúncias e Reclamações, Municípios, RS, 2010-2014.....	75
Gráfico 6 – Atividade Educativa para a População, Municípios, RS, 2010-2014.....	75
Gráfico 7 – Atividades Educativas para o Setor Regulado, Municípios, RS 2010-2014.....	76
Gráfico 8 – Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, RS, 2010-2014.....	77
Gráfico 9 – Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, RS, 2010-2014.....	77
Gráfico 10 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário, Municípios, RS, 2010-2014.....	78
Gráfico 11 – Recebimento de Denúncias e Reclamações, Municípios, RS, 2010-2014.....	79
Gráfico 12 – Visita de Inspeção Sanitária, Municípios, RS, 2010-2014.....	80
Gráfico 13 – Visitador Sanitário Auxiliar, Municípios, RS, 2010-2014.....	81
Gráfico 14 – Enfermeiro + Médico Sanitarista, Municípios, RS, 2010-2014.....	81
Gráfico 15 – Municípios que recebem Recursos Financeiros do Componente Vigilância Sanitária por regular envio de dados para o SIA/SUS, Municípios, RS, 2012-2015.....	82
Gráfico 16 – Média de ações Atendimentos a Denúncias e Reclamações <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	83
Gráfico 17 – Média de ações Atividade Educativa para a População <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	84
Gráfico 18 – Média de ações Atividades Educativas para o Setor Regulado <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	84

Gráfico 19 – Média de ações Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	85
Gráfico 20 – Média de ações Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	86
Gráfico 21 – Média de ações Instauração de Processo Administrativo Sanitário <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	87
Gráfico 22 – Média de ações Recebimento de Denúncias e Reclamações <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	87
Gráfico 23 – Média de ações Visita de Inspeção Sanitária <i>per capita</i> , Municípios, RS, 2010-2014.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados demográficos segundo Regiões de Saúde, RS, 2010.....	62
Tabela 2 – Disposição Populacional nos Municípios, RS, 2010.....	69
Tabela 3 – Valores resultantes das correlações entre a Capacidade Econômica Municipal e Despesas em Saúde.....	74
Tabela 4 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2010.....	90
Tabela 5 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2011.....	92
Tabela 6 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2012.....	94
Tabela 7 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2013.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA – Agência Nacional de Águas
ANAC – Agência Nacional de Aviação Civil
ANEEL – Agência Nacional de Energia Elétrica
ANMAT – Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
ANATEL – Agência Nacional de Telecomunicações
ANP – Agência Nacional de Petróleo
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANTAQ – Agência Nacional de Transportes Aquaviários
ANTT – Agência Nacional de Transportes Terrestres
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CECMED – Centro para El Control Estatal de La Calidad de los Medicamentos
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFEPRIS – Comisión Federal para La Protección contra Riesgos Sanitarios
Cofins – Contribuição para Financiamento da Seguridade Social
CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
CRS – Coordenadorias Regionais de Saúde
CSLL – Contribuição Social sobre o Lucro Líquido
CSLPP – Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS – Delegacias Regionais de Saúde
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FDA – Food and Drug Administration
FEE – Fundação de Economia e Estatística
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNS – Fundo Nacional de Saúde
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDI – Índice de Desenvolvimento Infantil
IDR – Índice de Desenvolvimento Relativo
IDS – Índice de Desenvolvimento Social
IDESE – Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INHRR – Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”
INV – Índice do Nível de Vida
INVIMA – Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IOSP – Índice de Oferta de Serviços Públicos
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMF – Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira
ISMA – Índice Social Municipal Ampliado
ISP – Instituto de Salud Pública de Chile
IVSM – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal
Lacen – Laboratório Central de Saúde Pública
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MARE – Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado
MS – Ministério da Saúde
NOB SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
NUREVS – Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PAB-VISA – Piso de Atenção Básica de Vigilância Sanitária
PAVISA – Planos de Ação em Vigilância Sanitária
PEVISA – Piso Estadual de Vigilância Sanitária
PDRAE – Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PIB – Produto Interno Bruto
PMVISA – Piso Municipal de Vigilância Sanitária
PVVISA – Piso Variável de Vigilância Sanitária
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB SUS – Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SABi UFRGS – Sistema de Automação de Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SNVISA – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TAM – Termo de Ajuste e Metas

TFVISA – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária

TFVS – Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária

VE – Vigilância Epidemiológica

VISA – Vigilância Sanitária

VS – Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

APROXIMAÇÕES: VIGILÂNCIA SANITÁRIA	13
1. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	18
1.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB OS OLHOS DE ESTUDIOSOS BRASILEIROS	18
1.2 AÇÕES E COMPETÊNCIAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	21
1.3 CENÁRIO POLÍTICO-ECONÔMICO NACIONAL PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.	25
1.4 TRANSCURSO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	29
1.5 DISCUSSÕES ACERCA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL	40
2. INDICADORES E SEU USO	46
2.1 DEFINIÇÃO	46
2.2 CONSTRUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DE UM INDICADOR	49
2.3 VANTAGENS E LIMITAÇÕES	55
3. RIO GRANDE DO SUL E SUA ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL	58
3.1 REGIONALIZAÇÃO: BREVE DESCRIÇÃO ATÉ O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP)	58
3.2 AS REGIÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL	60
4. MÉTODOS EMPREGADOS	64
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	69
6. CONCLUSÕES.....	101
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS FATOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS MAIS RELEVANTES ACERCA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL (SÉCULOS XIX, XX E XXI).....	117
APÊNDICE 2 – INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA O SIA/SUS.....	119
APÊNDICE 3 – TABELAS.....	122
APÊNDICE 4 – CORRELOGRAMA DOS ITENS QUE COMPÕEM O ÍNDICE SOBRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL, 2010-2013.....	181
APÊNDICE 5 – TRAJETÓRIA	182

APROXIMAÇÕES: VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A busca por uma definição teórica para a expressão “Vigilância Sanitária” pode parecer mais um movimento de afastamento do que suas ações, no âmbito da saúde pública, representam na prática, mas não é o que se pretende demonstrar. Teoria e prática são construtos distintos e quase sempre conflitantes quando se trata do debate acerca da construção do conhecimento no meio acadêmico. A teoria, assim como a prática, contudo, não pode ser desprezada.

O primeiro esforço no sentido de encontrar alguma definição para a expressão “Vigilância Sanitária” se deu sob a perspectiva da semântica. Vigilância deriva de *vigilantia*, de *vigilare* do latim e expressa o significado de tomar conta, de estar acordado, atento, ou ainda, de cuidar, precaver. Sanitária, por sua vez, deriva de *sanus*, também do latim e expressa o significado de “são”, em bom estado ou com boa saúde. Ao aglutinar os significados ora separados, tem-se que Vigilância Sanitária é algo como estar atento e precavido para se manter com boa saúde. Definição que expressa o entendimento popular, normalmente adotada por cidadãos leigos. No âmbito do sistema público de saúde do Brasil, assume um entendimento ampliado e que se confunde com as ações da Vigilância em Saúde, que será descrito ao longo do texto.

O segundo esforço se deu no campo¹ da Saúde Pública, como institucionalmente a Vigilância Sanitária é entendida a partir das suas ações. Segundo Costa e Rozenfeld (2000, p. 15), até 1988 o Ministério da Saúde (MS) definia a Vigilância Sanitária como:

“um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitada a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde”.

Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Vigilância Sanitária, juntamente com a Vigilância Epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral

¹ O termo “campo” utilizado neste texto é entendido no sentido dado por Pierre Bourdieu. Segundo Bourdieu e Wacquant (2005, p. 147-172) o campo é um espaço de relações de forças, que não se configura como um produto de um ato deliberado de criação, que apresenta valores e princípios regulativos particulares e que ocorre a partir de regularidades, mas não segue regras constantes. Em termos analíticos, um campo pode ser definido como uma rede de relações objetivas entre posições definidas na sua existência e nas determinações impostas aos seus ocupantes por sua situação atual e potencial na estrutura de distribuição do poder, cuja posse comanda o acesso aos benefícios específicos que estão em jogo no campo. Como um espaço de forças potenciais e ativas, que visa preservar ou transformar a configuração dessas forças, a cada momento, é o estado das relações de poder entre os jogadores o que define a estrutura do campo, cujos limites se dão onde os efeitos dele cessam.

(Art. 6º da Lei nº 8.080/90), passou a integrar o campo de atuação do SUS. No parágrafo primeiro do mesmo artigo da Lei nº 8.080/90, a Vigilância Sanitária é definida como:

“um conjunto de ações capaz 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 a saúde, abrangendo: I – 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 II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

A definição apresentada na Lei nº 8.080/90 introduziu o conceito de risco e conferiu um caráter mais completo ao conjunto das ações, situando-as na esfera da produção (COSTA e ROZENFELD, 2000, p. 16). Para Oliveira e Dallari (2011), contudo, a definição estabelecida para a Vigilância Sanitária estava muito distante das práticas brasileiras.

O terceiro esforço se deu no campo acadêmico, o qual pode assumir um significado diferente da perspectiva institucional, já que, apesar de distintos e independentes, os conceitos e definições do âmbito institucional influenciam e são influenciados pelos conceitos e definições do âmbito acadêmico. Souza (2007, p. 20) afirmou que a Vigilância Sanitária, se comparada com a Saúde Pública, ainda é pouco estudada e que a afirmação de conceitos próprios desse campo só se formalizou definitivamente nos âmbitos político e jurídico no Brasil nas últimas décadas do século XX. Sob o aspecto teórico-conceitual, o termo se tornou objeto de estudo apenas a partir dos anos 1990 (SOUTO, 2004, p. 39). Costa (2003, p. 361), afirmou que uma reflexão de corte epistemológico sobre proteção da saúde, segurança sanitária e vigilância ainda não estava bem elaborada – reflexão que parece continuar em elaboração e que não será objeto desse autor.

Ademais, estudos como de Costa (1999), Lucchese (2001), Costa (2003), Souto (2004) e Souza (2007), entre outros, relatam que a produção teórica nas últimas décadas, seja pela complexidade, seja pelo esquecimento da área, é baixa. Souto (2004, p. 40) salienta que o fato de a expressão “Vigilância Sanitária” ter surgido exclusivamente no Brasil – pela primeira vez em 1920, incorporada ao Regulamento Sanitário Federal, decreto que estabelecia as competências do Departamento Nacional de Saúde Pública (MAGALHÃES e FREITAS, 2001) – resultou em pouca literatura internacional, mesmo que práticas relacionadas à Vigilância Sanitária existam também em outros países. Para Souza (2007, p. 21), essa expressão adotada de forma particular no Brasil revela uma singularidade relacionada com a sua conformação histórica, o que demanda, para estudos comparados com outras realidades, a circunscrição dos objetivos formalizados no conceito normativo brasileiro.

Costa (2004, p. 412-413), entretanto, disse que “a análise dos textos normativos demonstra que os conceitos relativos aos objetos da Vigilância Sanitária não são explícitos, nem fixos os seus conteúdos, assim os termos vão aproximando os campos do saber”. Para Souza (2007, p. 21), “trata-se de uma mescla de mediações possíveis entre conflitos de interesses, com assimilação progressiva de enunciados científicos advindos do setor da saúde, mas não exclusivamente, e formalizados como prescrições normativas de valor jurídico”. Esta autora refere que, em sua prática, articulam-se ações que tornam a Vigilância Sanitária objeto de tensão permanente entre interesses distintos do setor produtivo e do setor da saúde, que no projeto político de cada governo utiliza a institucionalização das políticas de proteção e as forças sociais capazes de reconhecer e influenciar as normas pelas quais opera.

Boa condição de saúde e acesso aos serviços de saúde são aspirações individuais e coletivas para se viver mais e com a melhor qualidade de vida possível. Para isso, o setor da saúde tem interfaces e se relaciona de forma positiva ou negativa com a educação, trabalho, economia, moradia, entre outros. Presentes no Brasil, as desigualdades regionais interferem nas condições de vida da população e necessitam de formulação de políticas públicas que (re)orientem a distribuição espacial da oferta em geral e dos recursos financeiros federais em particular.

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2011, descreveu os impactos econômicos do gasto social (saúde e educação) sobre o produto e a renda das famílias. O multiplicador do gasto social (1,37%), em termos de Produto Interno Bruto (PIB), é consideravelmente maior que o multiplicador dos gastos com os juros da dívida pública (0,71%), quase idêntico ao das exportações de commodities (1,40%), mas inferior àquele do investimento em construção civil (1,54%). No que diz respeito à renda das famílias, as simulações mostram que um incremento de 1% do PIB nos programas e políticas sociais eleva a renda das famílias em 1,85%. Nesse caso, o multiplicador do gasto social sobre a renda das famílias é consideravelmente maior que o multiplicador do investimento em construção civil (1,14%), e das exportações de *commodities* (1,04%).

Diante disso, o processo decisório envolvido na definição dos orçamentos públicos, bem como a capacidade econômica de cada esfera, são os principais ordenadores de políticas públicas que visem à redução das desigualdades e melhores condições de vida da população.

Com atividades de grande importância para as ações de saúde e de forte atuação nos setores econômicos relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde, a Vigilância Sanitária é uma atividade pouco conhecida da população, mesmo depois da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999. Sua organização e seu caráter

de atuação multidisciplinar e intersetorial exigem profissionais capacitados, bem como recursos físicos e financeiros para o desempenho das atividades, que muitas vezes podem requerer, inclusive, o uso do poder de polícia. Em razão disso, ao seguir a diretriz da descentralização, os serviços de Vigilância Sanitária no âmbito municipal encontram dificuldades de toda ordem.

A Vigilância Sanitária, que a partir da Lei nº 13.098/2015 passou a ter o dia Nacional da Vigilância Sanitária a ser comemorado anualmente em todo território nacional no dia 5 de agosto, está contida na subárea do conhecimento da Saúde Pública, que integra a área da Saúde Coletiva, integrante da grande área do conhecimento das Ciências da Saúde, mas contém quase todas as grandes áreas do conhecimento – Ciências Biológicas, Engenharias, Ciências Agrárias, Ciências Sociais Aplicadas e Ciências Humanas. Diante disso, é possível afirmar que a Vigilância Sanitária extravasa e perpassa pelas grandes áreas e áreas do conhecimento, e se configura como um grande espaço de relações de forças de difícil mensuração e de constante transformação – com seus limites no horizonte.

Dada a sua atuação multifacetada, envolvendo ações sobre um grande número de objetos que estão direta ou indiretamente relacionados com a saúde, a construção e o uso de indicadores em Vigilância Sanitária é uma discussão recente (COSTA e SOUTO, 2011). Nesse sentido, desenvolver, padronizar e referenciar métodos, indicadores e procedimentos para diagnosticar a realidade e intervir nas orientações das políticas de Vigilância Sanitária são exercícios que autores como Siqueira (2001) e Battesini (2008) já realizaram. O primeiro propõe criar e referenciar métodos, indicadores e procedimentos a realidade e intervir nas orientações da política de Vigilância Sanitária, enquanto que o segundo propõe um método para a avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária.

Costa e Souto (2011) afirmaram que, para pensar na construção de indicadores em VISA, alguns nós críticos devem ser desatados, como, por exemplo, aqueles relacionados à necessidade de construir consensos e parâmetros para avaliação e mensuração dos graus de risco em diferentes tipos de estabelecimentos sujeitos a ações de VISA. Assim, indicadores para VISA sofrem também influências dos diversos atores envolvidos nesse serviço, uma vez que, a depender da visão que se tem sobre a finalidade da VISA – o conceito –, podem ser criados instrumentos distintos que poderão ser igualmente válidos, mas referidos a diferentes concepções e estratégias de intervenção sobre os seus objetos de atenção. A escolha de indicadores para esse campo deve traduzir contextos e direções, em que se faz necessário observar a dimensão, aspecto ou objeto que se quer apontar para definir-se o tipo e as variáveis mais adequadas (COSTA e SOUTO, 2011).

Diante do exposto até aqui, o principal objetivo dessa dissertação foi o de estruturar um índice voltado à Vigilância Sanitária Municipal. Como objetivos específicos:

- a) Correlacionar a capacidade econômica² do poder público municipal com o volume de recursos da subfunção orçamentária Vigilância Sanitária, 2010-2013;
- b) Discriminar o Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no Estado do Rio Grande do Sul, 2010-2014; e,
- c) Construir indicadores de Vigilância Sanitária.

Ao atender os objetivos propostos, pretende-se responder à seguinte pergunta: **um índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal consegue diferenciar as ações de Vigilância Sanitária nos diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Sul?**

Para tanto, o trabalho está dividido em seis capítulos. O primeiro trata da Vigilância Sanitária no Brasil e é composto por cinco subitens que, a partir dos quais, são apresentados alguns dos estudiosos brasileiros do campo da Vigilância Sanitária, as ações e as competências da Vigilância Sanitária e um pouco do seu transcurso no setor da saúde no estado do Rio Grande do Sul e no país. No segundo capítulo, são apresentadas definições, características, vantagens e limitações acerca dos indicadores. Dividido em três subitens, nesse capítulo, Indicador e Índice são diferenciados conceitualmente também. No capítulo seguinte, a organização regional no âmbito da saúde no estado do Rio Grande do Sul é apresentada até a sua conformação dada pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, bem como as características das regiões de saúde. O quarto capítulo descreve como o trabalho foi realizado – contem as fontes consultadas, os dados necessários e a descrição das etapas para a criação de um índice. No penúltimo capítulo, são apresentados os resultados encontrados após a organização dos dados coletados conforme descrito nos métodos empregados. Ao final do capítulo, além de discussões acerca dos resultados encontrados, para os anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, está disposto o Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal. Por fim, no sexto capítulo, conclusões e sugestões para estudos futuros fecham essa dissertação.

² Para mensurar a capacidade econômica do município, foi utilizado como referência a Receita Corrente Líquida, que segundo o art. 2º da Lei de Responsabilidade Fiscal, corresponde ao somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos principalmente, os valores transferidos, por determinação constitucional ou legal, aos Estados e Municípios, no caso da União, e aos Municípios, no caso dos Estados, consideradas ainda as demais deduções previstas na Lei. Alternativamente, para medir a capacidade econômica do município, pensou-se em utilizar o Produto Interno Bruto (PIB) municipal, mas em razão da indisponibilidade dos dados para o período em análise, essa possibilidade se mostrou inviável.

1. A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

1.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA SOB OS OLHOS DE ESTUDIOSOS BRASILEIROS

Apesar de Eduardo e Miranda (1998, p. 3) afirmarem que a Vigilância Sanitária (VISA) originou-se na Europa dos séculos XVII e XVIII e, posteriormente, no Brasil dos séculos XVIII e XIX, com o surgimento da noção de “polícia sanitária”, encontrar este marco inicial não é tarefa fácil. Nesse esforço, foi possível encontrar até mesmo autores que citam passagens bíblicas na tentativa de encontrar alguma referência mais remota sobre ações ou cuidados relacionados à VISA, mas tais aproximações não receberão espaço nesse texto.

Para Eduardo e Miranda (1998, p. 3), em seu princípio a VISA tinha o objetivo de vigiar a cidade para evitar a propagação das doenças, com responsabilidades de combater o charlatanismo, exercer o saneamento da cidade, fiscalizar as embarcações, os cemitérios e o comércio de alimentos, entre outras. Já para Kornis et al. (2011), o resgate histórico da experiência mundial da VISA permite relacionar as ações de saúde pública, os estudos epidemiológicos e os estudos quanto à mesma. Para estes autores, a regulação sanitária apresentou os seguintes marcos na América Latina:

- a) na Venezuela, a modernização do Instituto Nacional de Higiene, que passou a ser denominado Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” (INHRR) em 1977;
- b) no Chile, a criação do Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) em 1980;
- c) em Cuba, o surgimento do Centro para El Control Estatal de La Calidad de los Medicamentos (CECMED) em 1989;
- d) na Argentina, a criação da Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) em 1992;
- e) na Colômbia, a criação do Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) em 1995; e,
- f) no México, a criação da Comisión Federal para La Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) em 2001.

No APÊNDICE 1, a partir de levantamentos realizados por Piovesan (2002) e Kornis et al. (2011), atualizados pelo autor, é possível verificar os fatos político-institucionais mais relevantes acerca da VISA no Brasil.

No Brasil, segundo Souza (2007, p. 122), a VISA foi se conformando por diversas áreas do conhecimento e pode ser considerada como uma herdeira da Saúde Pública. Desse modo, 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 à produtos, serviços e ambientes) e não sobre pessoas, já que cabe ao setor da saúde o papel operativo específico de proteção às pessoas e às populações, por meio de ações com base normativa e jurídica, técnica e científica (SOUZA, 2007, p. 21). Para Battesini (2008, p. 30),

“a Vigilância Sanitária pode ser caracterizada como um direito social, um dever do Estado ou como uma política pública estabelecida como resposta institucional frente aos riscos associados a produtos e a serviços objeto de sua atuação. A singularidade de seus objetos impõe a necessidade de ações trans-disciplinares, que interferem nas relações sociais nas quais o Estado exerce uma função protetora, apoiada pelo uso do poder de polícia administrativa, expondo a natureza jurídica da Vigilância Sanitária”.

A VISA, para Lucchese (2001, p. 53), deve ser vista como um espaço de intervenção do Estado, com a propriedade de trabalhar no sentido de adequar o sistema produtivo de bens e serviços de interesse sanitário, bem como os ambientes, as demandas sociais de saúde e as necessidades do sistema de saúde. Acrescenta, ainda, que ela pode ser concebida igualmente como espaço de exercício da cidadania e do controle social, que, por sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais, exige ação interdisciplinar e interinstitucional, além de requerer a mediação de diferentes instâncias e setores do Estado e da Sociedade. Na mesma linha, Ferraro et al. (2009) disseram que a VISA compreende um conjunto de instituições do setor da saúde cuja finalidade é controlar riscos provenientes dos processos produtivos ou, conforme De Seta e Dain (2010), ao integrar o setor da saúde, intervir sobre tecnologias e atividades econômicas que repercutem nesse setor. Dessa forma, ao atuar na proteção e na promoção da saúde da população, e intervir nas atividades de particulares, disciplinando-as quando implicarem em risco à saúde pública, a VISA se constitui um dever do Estado e um direito inalienável do cidadão (PIOVESAN, 2002; LUCCHESI, 2001).

Tendo em vista sua amplitude e a abrangência de atuação, bem como a complexidade da determinação dos processos saúde-doença e das relações sociais produção-consumo, as intervenções nesse espaço tendem a ter um caráter multidisciplinar e intersetorial (Ferraro et al. 2009), além de apresentar distintas racionalidades – econômica, sanitária e política – que interagem ou competem entre si nas ações regulatórias dessa área (SOUZA e COSTA, 2010). Ao atuar sobre fatores de risco associados a produtos e serviços relacionados à saúde, a VISA se encontra no âmbito das relações sociais de produção e consumo (MAIA et al. 2010), se

configurando em um instrumento de defesa da vida das pessoas (CAMPOS, 2001). No mesmo sentido, Battesini (2008, p. 48) entende que a VISA interfere nas relações entre os atores presentes no seu campo de ação (consumidores, cidadãos, governantes, políticos, legisladores, administradores, gestores, provedores, profissionais), assumindo uma condição de mediadora de interesses em uma prática típica de Estado, que implica em avaliar dimensões técnicas, jurídicas, econômicas, ideológicas, éticas e políticas.

De forma complementar, Piovesan (2002, p. 23) afirmou que, devido à heterogeneidade dos campos nos quais a VISA deve intervir, o seu domínio de conhecimento é constituído por saberes coordenados que fundamentam e instrumentalizam ações. Por se tratar de uma atividade inerente ao Estado, de primazia do interesse público, conhecimento transdisciplinar e ação intersetorial, ela instrumentaliza princípios e políticas em uma dada conjuntura. Tais princípios e políticas são definidos mediante uma dinâmica de interações sociais, econômicas e políticas, feitas de escolhas e constrangimentos, os quais possibilitam, também, mudanças (PIOVESAN, 2002, p. 23). Ao intervir em relações de produção e consumo marcadas por contradições e conflitos, a VISA deixa de ser apenas uma atividade técnica e se torna também uma atividade política (VAN STRALEN, 2001, p.122).

Como se sabe, o sistema público de saúde brasileiro pode ser caracterizado como um “mix público-privado”, já que envolve prestadores de serviços e produtores de bens privados e públicos, regulação governamental, além da atuação de instituições filantrópicas e organizações não governamentais (CONASS, 2007). Como Eduardo e Miranda (1998, p. 250) alertavam, o mercado brasileiro de bens e serviços de saúde apresenta falhas e distorções a ponto de ameaçar a harmonia das relações entre produção e consumo, que frequentemente privilegia interesses econômicos hegemônicos em detrimento das necessidades de saúde. O espectro de atuação pelas leis brasileiras para as práticas sanitárias define a essência de sua função, mas a abrangência desse espectro faz da Vigilância Sanitária uma expressão de várias políticas públicas, ligadas a agricultura, ambiente, comércio, entre outras (SOUZA, 2007, p. 21). Os interesses são de uma variedade de atores econômicos que não se restringem à saúde – produtores, importadores e distribuidores de alimentos, de fármacos, de equipamentos, instrumentos, aparelhos e acessórios utilizados na prevenção, tratamento e recuperação do estado de saúde, de cosméticos e produtos de higiene pessoal, de saneantes domissanitários, de agrotóxicos e outros produtos nocivos, entre outros (VAN STRALEN, 2001, p. 122).

Nesse contexto, a VISA se constitui em um instrumento de redução da morbimortalidade e de melhoria da qualidade de vida da população ao produzir um conjunto de ações no campo da Saúde Coletiva, apoiada em variadas áreas do conhecimento técnico-

científico e em bases jurídicas que conferem à VISA o poder e o dever de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, assim como de intervir em problemas sanitários, com o objetivo de controlar e garantir a segurança de produtos e serviços capazes de afetar a saúde humana (BATTESINI, 2008, p. 31). Vista por esse ângulo, a VISA é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o SUS na busca da concretização do direito social à saúde (LUCCHESI, 2001, p. 54) e se sedimenta em três pilares:

- a) o tecnológico, que diz respeito ao conhecimento científico, métodos e técnicas de várias áreas para a sua realização;
- b) o jurídico, que se refere às implicações legais advindas do exercício de normalizar, fiscalizar e punir e no dever-poder de proteger a saúde, com base no direito sanitário e no direito administrativo; e,
- c) o ideológico, que permeia os outros e determina a maneira pela qual a VISA se propõe ao enfrentamento dos diferentes projetos e interesses presentes na sociedade, a fim de satisfazer as necessidades da população (PIOVESAN et al. 2005).

1.2 AÇÕES E COMPETÊNCIAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Para Costa (2004, p. 415), as ações de VISA sempre existiram, mas com pouca visibilidade para a população, ou mesmo para os profissionais e gestores da saúde, que se acostumaram a identificar esse campo com a atuação policial ou burocrático-cartorial. Kornis et al. (2011) observaram que as ações da VISA possuíam caráter fiscalizatório e punitivo até a década de 1980, pautadas pelo poder de polícia, pela fiscalização e pela baixa visibilidade pública. Lucchese (2001, p. 54), contudo, entende que as ações da VISA têm exatamente o propósito de implementar concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Em razão disso, entende que a VISA tem potencial importantíssimo, tanto para a reversão de nosso antigo modelo assistencial de saúde, quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania no país, a qual deve refletir na saúde e na qualidade de vida dos cidadãos.

Piovesan (2002, p. 1-2) disse que as atividades de VISA são influenciadas pela dinâmica do processo de desenvolvimento do país e dos intercâmbios com outras sociedades pelos acontecimentos, cenários, atores sociais, políticos e institucionais e seus recursos e interações, de confronto e cooperação. Diante disso, é preciso conhecer os diferentes contextos social, econômico e político do país, buscando evitar o senso comum que, por um

lado, focaliza e reduz seus problemas e, por outro, os amplia como fossem somente seus. Dessas características decorre a observação de que não existe uma VISA desvinculada de políticas local, regional, nacional e internacional (PIOVESAN, 2002, p. 1-2).

Lucchese (2001, p. 47-48) correlacionou a VISA com os três modelos econômicos que marcaram a história do desenvolvimento do país: o agroexportador, o de substituição das importações e o de abertura ao mercado global com os modelos de intervenção do Estado no campo sanitário. Para o autor, durante o período do modelo agroexportador (até 1945), como o país era totalmente dependente das importações, o controle sanitário voltava-se especialmente para o combate às epidemias e endemias e o saneamento dos portos se constituía na preocupação central do governo. No período de 1945 a 1990, no modelo econômico de substituição das importações, crescia a preocupação com o controle de produtos e as ações sanitárias voltavam-se especialmente sobre a produção interna. Já no modelo de abertura ao mercado internacional, devido à aceleração do comércio internacional e da formação de mercados comuns, as exigências sanitárias passaram a ser vistas como barreiras não alfandegárias à livre circulação de produtos (LUCCHESE, 2001, p. 47-48).

De forma similar, Souza (2007, p. 25-26) disse que a prática da VISA deve ser considerada em relação aos vários contextos do desenvolvimento do capitalismo. Das práticas pré-industriais do Brasil Colônia e da República Velha às práticas contemporâneas da globalização, esses contextos alteram instrumentos das ações operativas de proteção à saúde de pessoas. Prova disso é o fato de que a internacionalização da economia – que transforma o mundo, alterando as relações entre países não só no setor econômico, mas também no da tecnologia, da política, da comunicação e do direito – tem condicionado um ambiente ainda mais tenso para a VISA, que agora a contrapõe aos interesses da governabilidade nacional, além das tensões anteriores, ligadas ao controle sanitário.

No final do século XX e nos primeiros anos do século XXI, o intenso desenvolvimento tecnológico aumentou os riscos sanitários devido à globalização dos mercados e ao conseqüente aumento na circulação de mercadorias e pessoas, o que tornou necessária a construção de ações de VISA capazes de atender de forma ágil aos mercados sem o prejuízo da proteção da saúde da população (LUCCHESE, 2001; LEAL e TEIXEIRA, 2009). Para Piovesan (2002, p. 23), a concepção de VISA foi sendo ampliada no decorrer do tempo, de forma que abrangesse a multiplicidade de objetos e instrumentos cada vez mais complexos.

Pode-se melhor compreender a VISA como um conjunto integrado de ações legais, técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização, que exerce a normatização

e o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando a proteção e a promoção da saúde da população (PIOVESAN, 2002; COSTA, 2003). Nesse sentido, segundo Costa (1999, p. 334), as ações de VISA constituem tanto uma ação de saúde quanto um instrumento da organização econômica da sociedade, pois a função protetora abarca não apenas cidadãos e consumidores, mas também os produtores.

De forma semelhante, as ações de VISA podem ser caracterizadas como:

- a) um direito dos cidadãos, constitucionalmente estabelecido;
- b) uma política, responsável pela construção de acesso seguro a bens e serviços;
- c) um conjunto de ações de promoção e prevenção de Saúde Coletiva dedicado a um objeto específico, que envolve um processo sistemático de identificação, gerenciamento e comunicação de riscos à saúde presentes em produtos e serviços; e,
- d) uma atividade de regulação de relações de consumo, típica de Estado e dotada de poder de polícia administrativa (BATTESINI, 2008, p. 16).

Assim sendo, a VISA exerce papel importante para a estruturação do SUS, principalmente em vista da:

- a) ação regulatória sobre produtos e insumos terapêuticos de interesse para a saúde;
- b) ação normativa e fiscalizatória sobre os serviços prestados; e,
- c) permanente avaliação e prevenção do risco à saúde (LUCCHESI, 2001, p. 54).

De forma mais específica e detalhada, as principais ações de VISA são:

- a) a normatização, o registro, o cadastramento, a autorização de funcionamento, o licenciamento e a revalidação, a fiscalização, o monitoramento de produtos e serviços, de mercado, de publicidade e propaganda, a investigação de surtos e agravos, as ações educativas e o atendimento de denúncias (CONASS, 2007);
- b) o controle sanitário sobre medicamentos, alimentos e bebidas, resíduos de agrotóxicos, cosméticos, produtos de higiene e perfumes, saneantes, equipamentos e materiais médico-odonto-hospitalares, hemoterápicos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, órgãos e tecidos humanos para uso em transplante, radioisótopos, radiofármacos, cigarros, assim como sobre produtos que envolvem risco à saúde, obtidos por engenharia genética, os serviços de saúde, os portos, aeroportos e fronteiras, as instalações físicas, os

equipamentos, as tecnologias, os ambientes e os processos envolvidos em todas as fases de produção destes bens e produtos e o controle da destinação dos seus resíduos, do transporte e da distribuição dos produtos acima referidos (PIOVESAN, 2002, p. 23); e,

- c) a autorização de funcionamento de empresa, o registro de produtos e o cadastro de estabelecimentos (BATTESINI, 2008, p. 57).

Ou ainda, consideradas pela sua complexidade – baixa, média e alta – conforme dispostas nos quadro abaixo:

Quadro 1 – Ações de Vigilância Sanitária segundo níveis de complexidade

Baixa Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade
<p>Mapeamento de todos os estabelecimentos e locais possíveis de atuação de Vigilância Sanitária; Atendimento ao público, orientando e informando quanto a documentações, andamento de processos administrativos e outras informações técnico-administrativos e legais; Cadastramento, licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos de serviços tais como: Barbearias, salão de beleza e congêneres, estabelecimentos esportivos, creches, estabelecimentos que comercializem e/ou distribuam gêneros alimentícios, bem como micro empresas que manipulem alimentos, exceto com processo industrial e outros serviços que possam vir a ser alvo de atuação de Vigilância Sanitária; Recebimento, triagem e encaminhamento das demandas alusivas a área de Vigilância Sanitária; Fiscalização das condições sanitárias de água e esgoto, de piscinas de uso coletivo, das condições sanitárias dos criadouros de animais da zona urbana e dos sistemas individuais de abastecimento de água, disposição de resíduos sólidos e criação de animais nas zonas rurais.</p>	<p>Investigação de surtos de toxinfecção alimentar; Cadastramento, licenciamento e fiscalização de estabelecimentos que fabricam gêneros alimentícios, engarrafadoras de água mineral que não recebem tratamento industrial, de estabelecimentos que comercializam e/ou distribuam no varejo medicamentos, cosméticos, domissanitários e correlatos, exceto medicamentos controlados, de aplicadoras de produtos saneantes e domissanitários (dedetizadoras e semelhantes), de institutos e clínicas de beleza, de serviços de saúde, tais como: consultório médico, odontológico, veterinário, psicológico, laboratório de prótese dentária, clínica médicas, instituto de fisioterapia, casa de repouso, clínica geriátrica, unidades básicas de saúde, exceto as que empreguem serviço de radiação ionizante.</p>	<p>Aprovação de projetos, cadastramento, licenciamento e fiscalização de indústrias que produzem medicamentos, drogas e insumos farmacêuticos, saneantes, domissanitários, cosméticos, perfumes, produtos de higiene, produtos para diagnósticos e farmácias de manipulação, de estabelecimentos hospitalares, serviços ambulatoriais e de assistência médica de urgência, de laboratórios de análises clínicas, de patologia clínica e de laboratórios ópticos; Controle de receita de entorpecentes e de substâncias sob controle especial previsto na legislação federal; Vigilância Sanitária de serviços de radiações ionizantes, hemoterapia, banco de tecidos, banco de órgãos, hospitais de alta complexidade, hemodiálise, hemodinâmica, diagnóstico por imagem que agregam alta tecnologia; Análises clínicas que agregam alta tecnologia, tais como: radioimuno ensaio e técnicas sorológicas complicadas; Registro de produtos (alimentar, domissanitários, medicamentos, saneantes, etc), sob controle federal.</p>

Diante do exposto, as ações de VISA, em grande parte, são exercidas sobre coisas, produtos, tecnologias, processos, estabelecimentos, meios de transportes e ambientes, e uma fração menor, mas igualmente importante, sobre pessoas, principalmente os viajantes, incluindo os trabalhadores dos meios de transporte sob a vigilância sanitária (COSTA, 2009

p. 18-19). A autora completa, ainda, que as ações de VISA abrangem objetos de grande diversidade e de forma cada vez mais ampliada à medida que se amplia a produção de bens e serviços, quer sejam destinados à satisfação de necessidades fundamentais ou supérfluos.

No âmbito municipal, nesse texto, as ações de VISA consideradas para a criação do índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal foram as 7 ações³ acompanhadas pelo Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no Estado do Rio Grande do Sul e a “*Visita de Inspeção Sanitária*”.

1.3 CENÁRIO POLÍTICO-ECONÔMICO NACIONAL PÓS-CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, uma nova fase para o setor da saúde pública brasileira foi inaugurada. Desde a criação do SUS, persiste o esforço para a construção de um sistema público de saúde universal que garanta o acesso e a atenção adequada para as necessidades de saúde da população brasileira. Para isso, recursos financeiros e físicos adequados, bem como recursos humanos devidamente preparados, são necessários para que as políticas públicas tenham o retorno e o impacto positivo nas mais diversas interfaces com o setor da saúde.

Marques e Mendes (2005) caracterizaram os anos que seguiram a criação do SUS como uma permanente situação de “cabo de guerra” entre os defensores do SUS e os responsáveis pela política econômica do país. As mudanças na política social do país, especialmente no setor da saúde a partir de 1990, introduziram desafios quanto à forma de planejar, gerir e avaliar as políticas de saúde em contextos descentralizados e autônomos, os quais exigem articulação intersetorial e intergovernamental e o incremento da participação da comunidade nas decisões (PIOVESAN et al. 2005). Em particular, a esfera municipal passou a ter papel central na organização de serviços públicos voltados ao atendimento de especificidades de sua população. Desta forma, serviços públicos antes executados pela União e Estados foram repassados ao âmbito municipal, incluindo relativa autonomia, descentralização administrativa e tributária, vinculadas a mecanismos redistributivos.

³ As ações acompanhadas pelo Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 são: Atendimento a Denúncias e Reclamações, Atividade Educativa para a População, Atividades Educativas para o Setor Regulado, Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Instauração de Processo Administrativo Sanitário e Recebimento de Denúncias e Reclamações.

A partir dos anos 1990 foram implementadas medidas voltadas ao ajustamento e equilíbrio macroeconômico do país, usualmente formuladas por economistas de instituições financeiras internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Naquele momento, foi elaborada pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE), sob o comando do então ministro Luiz Carlos Bresser Pereira, a proposta de reforma do aparelho de Estado, explicitada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Esta proposta visava criar condições para a reconstrução da Administração Pública em bases modernas e racionais que avançassem para além da Administração Pública formal, baseada em princípios racional-burocráticos, e voltada para o controle dos resultados (BRASIL, 1995).

A reforma do aparelho de Estado era parte de um projeto amplo no que diz respeito às várias áreas do governo e ao conjunto da sociedade brasileira, devendo ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento (BRASIL, 1995). Vista de outra forma, tal proposta fez parte da disseminação do paradigma neoliberal e provocou profundas rupturas e transformações que atingiram praticamente todos os elementos constitutivos das organizações sociais e das relações que entre elas se estabeleciam. Como se sabe, as rupturas ocorridas nesse período abrangem desde o modo de produção, até a organização e divisão do trabalho. Enquanto o receituário neoliberal, no plano estritamente econômico, prega a retirada do Estado da economia por meio da total desregulamentação do sistema e privatização do setor estatal, no plano social, a igualdade e a solidariedade social cedem lugar à diferenciação e ao individualismo, visto como a responsabilidade individual na alocação dos recursos pessoais (UGÁ, 1997).

Entre as ações consideradas necessárias para a implantação da proposta estavam:

- a) o ajustamento fiscal duradouro;
- b) as reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional;
- c) a reforma da previdência social;
- d) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e,

- e) a reforma do aparelho de Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas (BRASIL, 1995).

Nesse contexto, a criação das agências reguladoras – Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), Agência Nacional de Petróleo (ANP), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Agência Nacional de Águas (ANA), Agência Nacional de Transportes Aquaviários (ANTAQ), Agência Nacional de Transportes Terrestres (ANTT) no governo Fernando Henrique Cardoso e a Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) no governo Luiz Inácio Lula da Silva – é tida como um modelo institucional de intervenção no mercado e na sociedade dado por dois modelos de agências autônomas, as reguladoras e as executivas. As agências reguladoras teriam como principal diferencial sua maior autonomia em relação ao núcleo do governo (KORNIS et al. 2011).

Uma característica deste processo de reforma foram as alterações efetuadas no campo da Seguridade Social – saúde, previdência e a assistência social, entre as quais:

- a) a utilização de parte dos recursos da seguridade social para fins alheios nos dois primeiros anos após a promulgação da Constituição, quando recursos do então Fundo de Investimento Social e da Contribuição sobre o Lucro Líquido foram alocados para financiar os Encargos Previdenciários da União;
- b) a especialização das contribuições de empregados e empregadores para a previdência social ao não repassar para o setor da saúde os 15,5% da receita de contribuições de empregados e empregadores previstos na Lei de Diretrizes Orçamentárias; e,
- c) as alterações nos critérios de acesso aos benefícios previdenciários com a série de alterações principalmente nos critérios para aposentadoria (MARQUES e MENDES, 2004).

No mesmo sentido das medidas implementadas para a reforma do aparelho de Estado, a Lei Complementar nº 101/2000, também conhecida com a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), estabeleceu normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e pode ser considerada um mecanismo de fiscalização, transparência e maior controle nas contas públicas. No parágrafo primeiro do art. 1º da referida Lei,

“A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar”.

Com o objetivo de manter o equilíbrio das contas públicas, a LRF trouxe instrumentos para o planejamento do gasto público – o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual –, e previu limites da dívida pública, de gastos com pessoal, entre outros.

No setor da saúde, Marques e Mendes (2005) afirmaram que a primazia de tratamento concedido à previdência social e a austeridade fiscal do governo federal em relação ao conjunto das políticas sociais condicionaram o financiamento do setor da saúde naqueles últimos anos. Desse modo, a previsão de recursos vindos de várias fontes – contribuições de empregados, empregadores e sobre o faturamento e o lucro líquido das empresas, a receita de concursos e prognósticos e os recursos de impostos da União, dos estados e dos municípios – não foi suficiente para tornar o financiamento menos dependente das variações cíclicas da economia.

Desde os primeiros anos depois da criação do SUS, fontes alternativas de recursos foram buscadas. Em 1993, depois que o Ministério da Previdência Social deixou de repassar recursos da previdência social e que as contribuições previdenciárias deixaram de ser consideradas solidárias ao financiamento da saúde (PIOLA et al. 2012), o sistema recém criado passou por grandes dificuldades para honrar os compromissos no setor da saúde. A ação imediata encontrada pelo governo federal àquela época para honrar com os compromissos no setor da saúde foi emitir títulos do tesouro público e financiar o SUS com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Os títulos vendidos ao FAT tiveram seu pagamento concluído apenas em 2002 (informação verbal) (ROSA, 2011).

Nesse contexto, surgiu o Projeto de Emenda Constitucional nº 169, que tinha como objetivo vincular receitas à saúde, da mesma forma como acontecia na Educação. Conforme a proposta, a União deveria aplicar pelo menos 30% das receitas de contribuições sociais, que compunham o orçamento da seguridade social e dez por cento da receita resultante dos impostos. Para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, o percentual mínimo de aplicação não poderia ser inferior a 10% da receita resultante dos impostos. No mesmo ano, com o objetivo de angariar recursos para a Seguridade Social, foi criado o Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF) com vigência até o fim de 1994, mas que retornou

em meados de 1996 como Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira⁴ (CPMF). Este, com vinculação às ações e serviços de saúde como um instrumento universal para uma política universalista (ROSA e BORDIN, 2011). No entanto, o aporte de novos recursos ao MS foi compensado em parte pela redução da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) (MARQUES e MENDES, 2005).

Fruto, em parte, do Projeto de Emenda Constitucional n° 169/93, a Emenda Constitucional n° 29/2000 e a Resolução n° 322/2003, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), fazem referência à vinculação de recursos e à base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde nas três esferas, bem como à evolução da aplicação desses recursos. Além disso, discorrem acerca das despesas que deveriam ser ou não consideradas como gastos públicos de saúde e da composição das ações e serviços públicos de saúde e dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

Campelli e Calvo (2007) mostraram que, após a Emenda Constitucional n° 29/2000, os gastos públicos apresentaram uma tendência crescente nas aplicações dos recursos em saúde. A despesa por habitante, que era de R\$ 201,20 em 2000, aumentou para R\$ 304,18 em 2003. No mesmo período, a União reduziu sua participação relativa no financiamento da saúde, de 59,8% para 48%, respectivamente. Mesmo com a relevância dos recursos federais, o avanço da implementação das políticas de saúde resultou na queda relativa dos recursos da União e maior participação dos municípios no financiamento (LEITE et al. 2010). Apesar da estabilidade e crescente aplicação de recursos no setor da saúde, em 2007, com o fim da CPMF, as principais fontes de financiamento das ações e serviços de saúde passaram a ser a Cofins e a Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas (CSLPJ). Diante disso, fica evidente que o setor da saúde tem dificuldades para encontrar fontes mínimas e duradouras de financiamento.

1.4 TRANSCURSO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

A descentralização das ações e serviços de VISA teve início na década de 1970 nas capitais de alguns estados do país (LIMA e REIS, 2002), depois de a expressão “Vigilância Sanitária” ter se consolidado institucionalmente em 1976, com a criação da Secretaria

⁴ A CPMF foi criada inicialmente para vigorar por 13 meses com alíquota máxima de 0,25% sobre transações financeiras cujo destino da arrecadação era o Fundo Nacional de Saúde. O tributo, entretanto, foi prorrogado até dezembro de 2007 por meio de Emendas Constitucionais, com variações de alíquotas e de financiamento de ações.

Nacional de Vigilância Sanitária (MAGALHÃES e FREITAS, 2001) e com a Lei nº 6.360/76, a chamada Lei de Vigilância Sanitária que continua em vigência (COSTA et al. 2008). Como áreas isoladas e sem interrelação desde a discussão do Código Nacional de Saúde, em 1961, a Vigilância Epidemiológica (VE) e a VISA, a partir dos anos 1970, cristalizaram tal distinção – a primeira voltada para o controle de “casos” e “contatos” e a segunda voltada para o controle de “ambientes”, “produtos” e “serviços” (TEIXEIRA et al. 1998).

Souza (2007, p. 73) afirmou que “o campo do conhecimento da Saúde Pública foi fragmentado quando a epidemiologia não pôde sustentar como ciência um modelo de intervenção para a doença no âmbito do coletivo”, fragmentando também a forma de organização do trabalho em vigilâncias adjetivadas – sanitária, epidemiológica, ambiental, entre outras. Battesini (2008, p. 34) considerou que a VISA iniciou com uma concepção de polícia sanitária, mas que principalmente depois de 1988 pode ser considerada como resultado de um processo de construção social, que a distinguiu institucionalmente da VE.

Para Piovesan et al. (2005), no campo da VISA, a descentralização está estreitamente ligada à articulação entre as instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVISA) – antiga demanda reivindicada por técnicos e organizações da sociedade civil relacionados ao campo da VISA, que foi criado sob as diretrizes da Portaria nº 1.565/94 (Juliano e Assis, 2004) – que, apesar de autônomas, são interdependentes, e por isso, necessariamente cooperativas. Concluem afirmando que autonomia e interdependência na construção de um sistema descentralizado imprimiam e requeriam novas estratégias ao planejamento, à gestão e à avaliação das políticas de VISA.

Segundo Dallari (2006), o SNVISA foi instituído com o objetivo definir os objetos de ação e as estruturas institucionais da VISA, de modo a viabilizar a prestação de suas ações por parte do Estado bastante enfatizadas na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/90. As diretrizes e os princípios, contudo, não integraram a agenda de prioridades da VISA, que permaneceu à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor da saúde (DE SETA e SILVA, 2006, p. 195). Na configuração dada pela Portaria nº 1.565/94, as vigilâncias epidemiológica e sanitária ficaram mantidas, sendo que a sanitária ficou com a atribuição de conduzir as ações de Vigilância Ambiental e de Vigilância de Saúde do Trabalhador, o que na prática pouco se viu na institucionalização dos serviços de vigilância nos Estados e Municípios (BATTESINI, 2008, p. 61).

A tão esperada descentralização das ações de VISA foi, contudo, implementada de forma abrangente somente após a edição das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB SUS) de 1993 e de 1996 (LEVCOVITZ et al. 2001), sendo que a última

estabeleceu algumas bases para a gestão descentralizada da VISA, determinou os critérios gerais para habilitação e criou mecanismos de financiamento específicos, na qual o gestor estadual seria responsável pela coordenação e execução, em alguns casos, das atividades de VISA, além de ter a responsabilidade de cooperar técnica e financeiramente com o conjunto de municípios (O'DWYER et al. 2010).

A NOB SUS de 1996 previu duas condições de gestão para os municípios: plena da atenção básica e plena do sistema municipal, sendo que esta previa a responsabilidade pela execução das ações básicas, de média e alta complexidade em VISA (BRASIL, 1996). Desse modo, a implantação da gestão plena do sistema municipal, como uma etapa do processo de descentralização das ações de saúde, representava a concretização da municipalização da saúde e constituía subsídio importante para o planejamento, gerenciamento e qualidade dos serviços de assistência em saúde, e para o controle de qualidade de produtos e serviços de saúde (ARRETCHE e MARQUES, 2001; ARRETCHE, 2003). Assim, os compromissos em VISA variavam de acordo com a forma de gestão, grau de desenvolvimento e interesses municipais e se referiam à execução de atividades que exigiam estruturas de regulação e fiscalização organizadas (FERRARO et al. 2009).

No que tange ao financiamento da VISA, a NOB SUS de 1996 regulamentou o repasse de recursos federais para os estados, Distrito Federal e municípios e acarretou a primeira grande mudança no financiamento do SUS e, por consequência, da própria VISA (BRASIL, 2003a). O Piso de Atenção Básica de Vigilância Sanitária (PAB-VISA) foi regulamentado pela Portaria nº 1.882/97 com um valor *per capita* destinado a financiar as ações básicas de VISA previstas no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) a ser repassado fundo a fundo para os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica (BRASIL, 2003a). Segundo De Seta e Silva (2006), contudo, os recursos advindos do PAB-VISA, na maioria dos casos, sempre foram utilizados para custear despesas estranhas à VISA.

Viana et al. (2002) ressaltaram que o panorama mais geral do processo de descentralização dos anos 1990 no Brasil foi acompanhado de uma crescente fragmentação da gestão do social e de uma frágil base de sustentação fiscal dos Estados da Federação. Soares⁵ (2000 *apud* JULIANO e ASSIS, 2004) comentou que a descentralização pode ser denominada como “destrutiva”, já que delega aos municípios as competências sem os recursos correspondentes ou necessários.

⁵ SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 117p.

Como resultado da fragilidade, da desarticulação e da fragmentação das ações e serviços de VISA (COSTA, 2003; O'DWYER et al. 2010; MARANGON et al. 2010), citaram alguns escândalos sanitários do Brasil – expressos em fraudes de medicamentos, mortes em serviços de saúde, pela hemodiálise em Pernambuco e de idosos na Clínica Santa Geneveva, no Rio de Janeiro, além de acusações de corrupção em nível federal – ocorridos nos anos 1990 como evidência de um sistema sanitário ineficiente, frágil e suscetível a várias ações criminosas, ou ainda, o vazamento de uma fonte de Césio 147 em Goiânia em 1987 (CONASS, 2007).

A baixa capacidade de regulação e a fragilidade do sistema sanitário existente durante os anos 1990 contribuíram para ampliar a discussão sobre a necessidade de reformulação do modelo organizacional (MARANGON et al. 2010), que teve como desfecho a criação da Anvisa, em 1999, com a edição da Lei nº 9.782/99 – a primeira agência de regulação social do país (O'DWYER et al. 2010).

A criação da Anvisa favoreceu a descentralização já em andamento com a edição das NOB's SUS no processo de construção do SUS (COHEN et al. 2004) e demonstrou que o processo de regulação seguiu os moldes preconizados em 1931 pelo *Food and Drug Administration* (FDA) nos Estados Unidos (KORNIS et al. 2011). A agência reguladora deveria substituir a estrutura burocrática e ultrapassada da secretaria ministerial de VISA, combater os graves e históricos problemas sanitários nacionais relacionados a produtos e serviços e fornecer respostas mais ágeis ao mercado globalizado (PIOVESAN, 2009; MOREIRA e COSTA, 2010) e coordenar o SNVISA (COSTA et al. 2008; DE SETA e DAIN, 2010).

O novo modelo organizacional, caracterizado pela independência administrativa, estabilidade de dirigentes e autonomia financeira, concedeu maior autonomia para a realização de ações e estabeleceu o acompanhamento e a avaliação do seu desempenho pelo MS, por meio de um contrato de gestão (BRASIL, 1999a; KORNIS et al. 2011; OLIVEIRA e DALLARI, 2011). Em agosto de 1999 tal contrato foi formalizado entre Anvisa e MS com o objetivo fomentar e executar atividades de VISA e promover a proteção da saúde da população (BRASIL, 1999b).

O clima, na época, era de profunda desconfiança, visto que o modelo de agência reguladora recebia críticas de segmentos sociais que identificavam nele uma forma de recentralização – portanto, retrocesso no processo de construção do SNVISA, segundo a diretriz de descentralização do SUS (MOREIRA e COSTA, 2010). Para os mesmos autores, a elaboração do contrato de gestão não foi um processo democrático, pois se restringiu à alta

cúpula do MS e à Diretoria Colegiada da Anvisa. Com a instituição da Anvisa e de seu modelo de gestão, a rotatividade dos postos de direção do órgão federal cessou e a arrecadação das taxas de fiscalização, que tiveram seu escopo e valores majorados, aumentaram a capacidade financeira da Anvisa (DE SETA e DAIN, 2010).

Com a criação da agência e de forma tardia em relação aos demais componentes do SUS, o processo de descentralização político-administrativo das ações e serviços de VISA então foi impulsionado (OLIVEIRA e DALLARI, 2011). Solla e Costa (2007), por sua vez, concordaram que o processo da descentralização envolveu um processo mais tardio, mais complexo e menos vigoroso que o da atenção à saúde, mas ressaltam que ela envolve especificidades, pois um conjunto de ações permaneceu sob competência da esfera federal. Battesini (2008 p. 17), contudo, afirmou que em razão das legítimas e sistemáticas redefinições no SUS e das variações nas prioridades de governo, as ações de VISA ainda são incipientes em muitos municípios do país (BATTESINI, 2008 p. 17). No mesmo sentido, Garibotti et al. (2006) afirmaram que, mesmo depois da criação da Anvisa, a maioria das administrações locais acabou incorporando a VISA em um conceito limitado ao organizar os serviços de forma fragmentada, não promover a integração das áreas de atuação e muito menos o planejamento sobre as prioridades e necessidades de saúde. Diante disso, Maia et al. (2010) disseram que um grande desafio à aplicação prática da integralidade na saúde é a superação do modelo de atuação centralizador e segregado da VISA.

Ferraro et al. (2009) e De Seta e Dain (2010) afirmaram que os componentes do SNVISA – no nível federal, a Anvisa e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e tecnicamente à Anvisa, no nível estadual, os 27 órgãos de VISA das secretarias estaduais de saúde, que contam com os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen's) e no nível municipal, os serviços de VISA, que variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa (FERRARO et al. 2009; O'DWYER et al. 2010; ARAÚJO et al. 2013) – têm atuado de forma centralizada, restando aos municípios a execução de ações de forma desarticulada. De forma mais detalhada, os componentes do SNVISA estão dispostos na Figura 1.

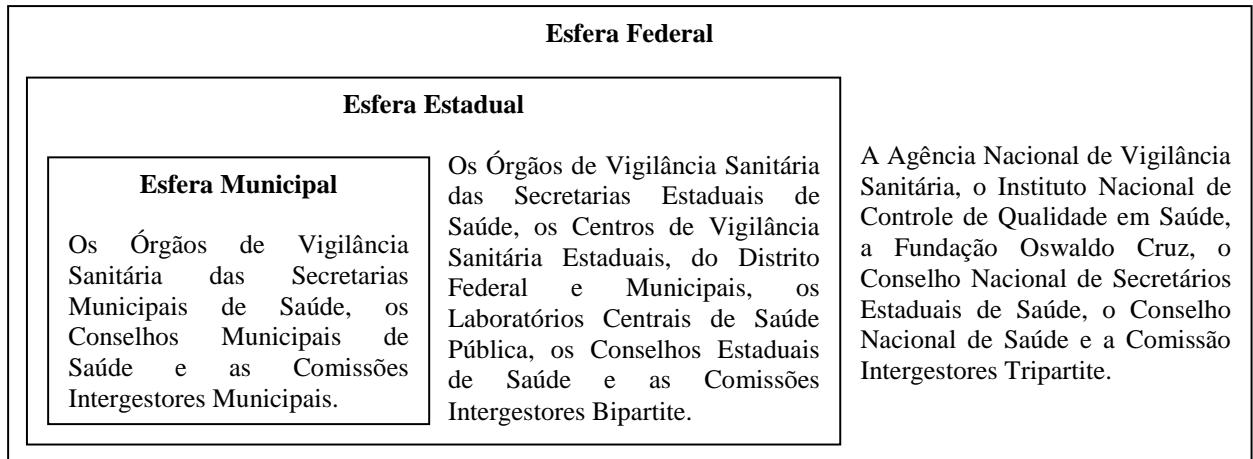


Figura 1 – Componentes do SNVISA em cada esfera de governo.

Entre os problemas relacionados ao SNVISA relatados por gestores, coordenadores e trabalhadores das vigilâncias municipais tem-se:

- a) a ausência de projeto político que levasse em conta a estrutura organizacional dos municípios e favorecesse o controle social (LIMA e REIS, 2002; JULIANO e ASSIS, 2004);
- b) falta de clareza das competências, por esferas de governo (FERRARO et al. 2009);
- c) pouca articulação intra e interinstitucional (LIMA e REIS, 2002; JULIANO e ASSIS, 2004; PIOVESAN et al. 2005);
- d) desarticulação com o nível regional e interferência político-partidária (FERRARO et al. 2009);
- e) falta de apoio político (LIMA e REIS, 2002; JULIANO e ASSIS, 2004; PIOVESAN et al. 2005); e,
- f) desmobilização e desinformação da sociedade (LIMA e REIS, 2002).

De Seta e Dain (2010) afirmaram que parte dos desafios se deve aos altos requerimentos – técnicos, funcionais e políticos – para muitas de suas ações. Entre os requerimentos de ordem funcional e política, há a necessidade de várias ações serem executadas por agentes públicos – profissionais concursados ou comissionados – relativamente protegidos em razão do nível potencialmente alto de conflitos de interesse (DE SETA, 2007). Além disso, no longo processo de desenvolvimento da VISA, predominaram certa concentração do processo decisório na esfera federal e uma quase total ausência das outras esferas de governo, inclusive no seu financiamento, visto que há gastos realizados nas

esferas subnacionais com a folha de pagamento do pessoal da vigilância – geralmente escasso e mal remunerado – e da estrutura – quase sempre precária (DE SETA e DAIN, 2010).

Para além dos desafios próprios da VISA, há constrangimentos para a construção do SNVISA situados na estrutura da federação e nas relações intergovernamentais (DE SETA e DAIN, 2010):

- a) na esfera federal, uma agência com crescente capacidade administrativa e condições institucionais invejáveis – mandato e estabilidade de dirigentes, capacidade de formação de receitas próprias, quadro de pessoal concursado e carreira diferenciada;
- b) nos estados – diversidade nas atividades executadas e na estrutura, e elas geram distintas capacidades, competências e responsabilidades; e,
- c) os municípios costumam apresentar dificuldades na gestão e provisão de bens públicos a seus munícipes, e muitos somente criaram Secretarias e Conselhos de Saúde a partir da NOB SUS de 1996 (DE SETA e DAIN, 2010).

Para Battesini (2008, p. 17), o desafio de implantar, implementar e efetivar o SNVISA perpassa pelo estabelecimento de um sistema constituído pelos níveis federal, estadual e municipal, todos dotados de autonomia de gestão, descentralizado, hierarquizado, integrado ao SUS, capaz de ofertar aos cidadãos brasileiros acesso universal e equânime a ações integrais e integradas de VISA, pela redefinição dos papéis dos entes federados (SOUZA 2007, p. 25), ou ainda, pela superação de uma gama de dificuldades, dentre as quais:

- a) recursos humanos insuficientes e sem especialização ou acesso à educação permanente;
- b) espaço físico inadequado ou insuficiente;
- c) deficiência de equipamentos, de veículos ou transportes e de recursos para a realização das fiscalizações;
- d) baixos índices de informatização e insuficiência de sistemas de informação;
- e) organização administrativa deficiente; e,
- f) códigos sanitários desatualizados (CONASS, 2007).

Depois de definidos os critérios de financiamento das ações básicas de VISA, a regulamentação do financiamento das ações de média e alta complexidade deu-se em setembro de 2000, como resultado da pactuação do Termo de Ajuste e Metas (TAM). O TAM de VISA, criado pela Anvisa em 2000, previu a descentralização de recursos em troca do

compromisso dos gestores no cumprimento de metas (FERRARO et al. 2009). Para efetivar tal adesão, os municípios deveriam comprovar capacidade gerencial e técnica para executar ações de média e alta complexidade de VISA (BRASIL, 2003b). Os recursos financeiros provenientes do TAM, embora escassos, possuíam grande flexibilidade de aplicação, tornando-se um incentivo para que os gestores municipais passassem a assumir e estruturar as ações de VISA (FERRARO et al. 2009).

Em 2001, após a realização das Conferências Estaduais, a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária foi um espaço de discussão acerca das dificuldades e necessidades no campo da VISA. Conforme disposto no relatório Final da Conferência, p. 28-29, a cobertura das ações de VISA eram desiguais em todo território brasileiro devido, entre outras questões, à diversidade e às limitações das estruturas e recursos dos serviços de VISA, a organização da VISA era dissociada do SUS, das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e de Saúde do Trabalhador e sua atuação era isolada dos demais setores da sociedade, a VISA atuava sem articulação entre os três níveis do SNVISA, não havia um projeto político de descentralização de suas ações, as questões de VISA tinham pouca prioridade junto aos Conselhos de Saúde e a falta de prioridade e indefinição de uma política de VISA compatível com os interesses da população eram fatores que dificultavam uma participação mais efetiva da VISA na construção da consciência sanitária e o conseqüente exercício da cidadania.

Com o intuito de encontrar soluções às dificuldades encontradas no âmbito da VISA, de dar efetividade às suas ações e de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária teve, entre outras propostas, a criação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, o PDVISA (DE SETA e DAIN, 2010). Segundo Araújo et al. (2013), até o lançamento do PDVISA – aprovado pela Portaria nº 1.052/2007 –, fez-se necessário a realização de debates para a adoção de estratégias e para a construção participativa entre os diversos atores envolvidos, além dos preceitos centrados meramente na fiscalização, em um movimento de construção ascendente de participação (BRASIL, 2003a).

A função do PDVISA era estabelecer diretrizes para a solução de problemas inerentes à atuação da VISA com o objetivo de fortalecer o SNVISA e garantir um plano de integração das ações de VISA com os princípios e demais ações de saúde desenvolvidas no SUS (DE SETA e DAIN, 2010; MAIA et al. 2010; ARAÚJO et al. 2013) para a concretização do processo de descentralização das ações de VISA, com ênfase na regulação do risco (LEAL e TEIXEIRA, 2009). Com o PDVISA, ficou definido que os municípios assumiriam a função de elaborar, a partir de suas realidades – características de extensão territorial, diversidade

social, econômica e cultural –, Planos de Ação em Vigilância Sanitária (PAVISA) específicos e articulados ao planejamento do setor da saúde no âmbito municipal (ARAÚJO et al. 2013) organizados em cinco eixos – Organização e gestão do SNVISA, no âmbito do SUS, Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de Ambientes, A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde, Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

Em 2003, a VISA teve seu arranjo institucional nacional modificado, com o Decreto nº 4.726/2003, e no ano seguinte com a Portaria nº 1.172/2004. O Decreto redesenhou a estrutura do MS e criou a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), enquanto a Portaria regulamentou as atribuições da Vigilância em Saúde (VS) e atribuiu à SVS a formulação de políticas e o acompanhamento do contrato de gestão do firmado entre o MS e a Anvisa, submetendo assim as ações de VISA às políticas formuladas pela SVS. Nessa nova configuração, as ações de VE e de Vigilância Ambiental passaram a ser caracterizadas e financiadas distintamente daquelas de VISA, enquanto as ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador não receberam qualquer menção. As ações de baixa complexidade em VISA passaram a ter como fonte de financiamento, além do PAB-VISA, recursos da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde, enquanto que as ações de média e alta complexidade em VISA e seu financiamento permaneceram sob a responsabilidade da Anvisa (BATTESINI, 2008, p. 62).

O Decreto nº 4.726/2003, contudo, foi revogado pelo Decreto nº 5.678/2006, que foi igualmente revogado pelo Decreto nº 5.841/2006, também revogado pelo Decreto nº 5.974/2006, revogado pelo Decreto nº 6.860/2009, parcialmente revogado pelo Decreto nº 7.135/2010, revogado pelo Decreto nº 7.336/2010, revogado pelo Decreto nº 7.530/2011, revogado pelo Decreto nº 7.797/2012 que, por fim, foi revogado pelo Decreto nº 8.065/2013. Este, ampliou o número de departamentos da SVS, que passou a ter a responsabilidade de coordenar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Em 2006, com a edição das Portarias nº 399/2006 e nº 699/2006 e criação do Pacto pela Saúde, a forma de transferência de recursos federais passou a ser efetuada por meio de blocos de financiamento. A partir da Portaria nº 204/2007, foram definidos cinco blocos – Atenção básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS – que, a partir da Portaria nº 837/2009, recebeu mais um, o de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Com o Pacto pela Saúde, os recursos financeiros federais de VISA iriam compor o Bloco de Vigilância em Saúde, como forma de repasse fundo a fundo, constituído pelos componentes de Vigilância Epidemiológica e

Ambiental em Saúde e o componente de Vigilância Sanitária em Saúde, sendo o Teto Financeiro de VISA, composto pelo TAM, pelo PAB-VISA e, ainda, pelos incentivos específicos, por meio de taxas de fiscalização de VISA arrecadadas pela Anvisa.

Os recursos destinados às ações de VISA passaram, então, a serem transferidos para esse bloco, sendo que a utilização deles é compartilhada com a Vigilância Epidemiológica e Ambiental (BRASIL, 2007). Segundo Paim e Teixeira (2007), a partir do Pacto pela Saúde, o MS tentou substituir a estratégia de induzir decisões com base em incentivos financeiros para estados e municípios pela estratégia da negociação permanente entre gestores centrada no compromisso político. Os gestores municipais deveriam pactuar as ações de VISA com os gestores estaduais e estes com a Anvisa, conforme as ações planejadas e programadas nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. A estratégia indutora a partir de compromissos estabelecidos é mais consistente porque exige negociações e produção de pactos, só que em cenários de subfinanciamento a indução financeira tende a prevalecer (O'DWYER et al. 2010).

A Portaria nº 2.473/2003, além de estabelecer o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA), definiu o teto financeiro de cada Estado e do Distrito Federal como um somatório de uma parcela referente ao valor *per capita* e outra referente ao valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS) por fato gerador. Tal Portaria, contudo, foi revogada pela Portaria nº 1.998/2007, que definiu que os recursos federais de referentes ao Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA) seriam constituídos pelos Pisos Estruturante e Estratégico. Portaria esta que foi igualmente revogada pela Portaria nº 1.106/2010, que passou a definir que os recursos referentes ao Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) de cada Município passaria a ser composto pelo Piso Estruturante, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária (PMVISA), no valor de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais)/ano para Municípios cujo total *per capita* configurar um valor abaixo desse Piso e pelo Piso Estratégico, calculado pelo valor *per capita* à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano abatido dos valores já pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). No Rio Grande do Sul, a Resolução nº 250/2007 ainda vigente, aprovou o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações estratégicas de VISA no Estado e tratou do financiamento, da adesão, das competências e das responsabilidades.

Em 2013, contudo, a Portaria nº 1.378/2013 definiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e

Municípios. Com a referida Portaria, o componente “Vigilância Sanitária” passou a receber recursos federais destinados às ações de VISA a partir do PFVISA, que são destinados aos entes federados visando o fortalecimento do processo de descentralização, a execução das ações de VISA e para a qualificação das análises laboratoriais de interesse para a VISA e do Piso Variável de Vigilância Sanitária (PVVISA), que são destinados aos entes federados na forma de incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à VISA. Enquanto o primeiro é composto por valor *per capita* municipal destinado às ações estruturantes e estratégicas de VISA, o segundo é constituído por incentivos financeiros específicos para implementação de estratégias nacionais de interesse da VISA, relativas à necessidade de saúde da população, definidas de forma tripartite. Além disso, as Secretarias Estaduais de Saúde ficaram com a responsabilidade do monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos municípios situados no âmbito de seu Estado, enquanto que aos municípios coube a

“coordenação e alimentação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da vigilância, incluindo: a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, de interesse da vigilância, de acordo com normalização técnica; b) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual; e c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras” (Portaria nº 1.378/2013, art. 11, inciso V).

Complementarmente, a Portaria nº 475/2014, considerando a Portaria nº 85/2010, estabeleceu 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. Conforme o texto da Portaria, é preciso que o ente federado mantenha regular a alimentação mensal dos dados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) – o cadastramento e as atualizações referentes aos serviços especializados de VISA – e no SIA/SUS – a alimentação mensal dos procedimentos de VISA. O acompanhamento do preenchimento dos relatórios ficou a cargo da Anvisa, com periodicidade mensal, mas com apresentação de Relatórios de Monitoramento nos meses de janeiro, maio e setembro.

No Rio Grande do Sul (RS), o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS) desenvolve políticas de VS e tem suas competências e atribuições descritas no Decreto nº 44.050/2005. Entre outras competências, o CEVS:

- a) formula a Política da Vigilância em Saúde - Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Sanitária - de acordo com a Política de Saúde do Estado e os

- pressupostos do Sistema Único de Saúde;
- b) coordena o sistema de Vigilância em Saúde no âmbito estadual;
 - c) regionaliza as ações de vigilância em saúde através dos Núcleos Regionais de Vigilância em Saúde (NUREVS) das Coordenadorias Regionais de Saúde;
 - d) define, desenvolve e mantém a operação dos sistemas de informação em vigilância;
 - e) constrói parâmetros e indicadores das condições de saúde;
 - f) estabelece diretrizes e normas técnicas para as ações de vigilância em saúde no estado;
 - g) identifica, detecta, monitora e controla os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, os riscos e agravos à saúde;
 - h) executa de forma suplementar ou complementar as ações de vigilância em saúde no Estado;
 - i) elabora normas e padrões e mantém atualizado o Código Sanitário do Estado, compatibilizando, de forma complementar ou suplementar, a Legislação Estadual e Federal;
 - j) coordena e articula o assessoramento técnico, prestado aos municípios pelas Coordenadorias Regionais de Saúde para a descentralização das atividades;
 - k) articula-se com o Departamento de Recursos Humanos e a Escola de Saúde Pública para a realização de programas e eventos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos envolvidos em vigilância em saúde; e,
 - l) atende ao cidadão em suas dúvidas, inquietudes e reclamações sobre o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde, mantendo, para isto, estrutura para receber, encaminhar e acompanhar as demandas (Decreto nº 44.050/2005, art. 57).

Assim, o CEVS se propõe a integrar as vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Sanitária para o desenvolvimento de novas práticas de sanitárias na gestão do SUS ao fomentar a intersetorialidade e a integração das atividades e dos sistemas de informação.

1.5 DISCUSSÕES ACERCA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL

Teixeira et al. (1998) defenderam que, apesar das especificidades do ponto de vista técnico-operacional, a existência da VE e da VISA não se justifica como órgãos separados, particularmente nos municípios. Da mesma forma, para Luchese (2001), na maioria dos municípios não precisa, necessariamente, existir um órgão específico de VISA, devendo suas

ações serem executadas conjuntamente com as demais ações de saúde, de modo a compor novas práticas sanitárias. Da Silva (2004) não considerou como ações de VS as práticas de VISA, já que teria como núcleo central de suas ações um conjunto de atividades de normatização e de inspeção sobre produtos e serviços. Essa reflexão excludente reflete a desagregação da VISA em nível federal (BATTESINI, 2008, p. 67).

Para Lucchese (2010), a VE e a VISA têm missões, objetos, métodos e instrumentos de intervenção muito diferentes, que determinaram histórias e estruturas no SUS também diferentes. Além disso, a VISA não tem propostas para uma ação mais articulada à VE e ao SUS para que se caminhe no sentido de uma organização sistêmica. Na prática haveria um debate incipiente sobre descentralização que contemple a singularidade de cada área da promoção da saúde. Sem uma discussão quanto ao controle sanitário necessário para cada objeto da VISA não haverá avanço, pois fundamentalmente as ações de VISA serão as mesmas de sempre e ainda inexistem propostas de organização de suas ações dentro do SUS diferentes das praticadas até os anos 1990. Assim, o município assumiu o papel de ator e passou a realizar a VISA da mesma forma que os Estados realizavam (LUCCHESE, 2010).

Para De Seta e Dain (2010), a descentralização como municipalização propiciou a expansão da rede de serviços de atenção à saúde das pessoas, mas recebeu numerosas críticas como o 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 (PESTANA e MENDES, 2004). Ainda que De Seta e Dain (2010) questionem a possibilidade de um caminho diferente do trilhado pelas ações de cuidado no âmbito da descentralização.

De Seta (2007) sugeriu um pacto que leve em conta as características estruturais e funcionais dos entes federados e valorize a necessidade de ação ágil, coordenada e abrangente territorialmente. Complementa dizendo que para esse tipo de ação, a cooperação e a coordenação da esfera estadual são imprescindíveis, e que tal esfera deve assegurar a execução de ações de controle sanitário nos municípios não tenham condição técnica, organizacional ou política em dado momento. Com isso, defendia que a cooperação entre o estado e os municípios aumentaria o benefício da população.

Para Souza e Costa (2010), a organização necessária para a VISA tem natureza sistêmica, de interdependência entre os órgãos das administrações federal, estadual e municipal. Tal organização deve dar conta, por exemplo, de medicamentos e alimentos, instrumentos diagnósticos e terapêuticos, que são produzidos em um território local. Contudo, além de não haver limite territorial para a circulação, o controle sanitário é de competência

concorrente entre o setor da saúde e os diversos outros setores da administração pública, o que obriga o aparato estatal a absorver as necessidades de controle e configurar modelos de organização de serviços entre distintos âmbitos institucionais, espaços técnicos e político-administrativos dos entes federados (SOUZA e COSTA, 2010).

Segundo Battesini (2008, p. 69), na maioria dos estados, o progresso de ações estratégicas em VISA pactuadas atendia apenas a demandas pontuais e não a um processo organizado e institucionalmente estabelecido por um programa elaborado que contemple ações de curto, médio e longo prazo. A dificuldade dos níveis municipais e estaduais era resultado de uma estrutura organizacional incapaz de dar conta da demanda legal e social, como já caracterizado em Luchese (2001), Anvisa (2001) e Beloni (2002), que referiram:

- a) a falta de recursos humanos especializados;
- b) a insuficiência ou inadequação de espaço físico;
- c) a falta de transporte para realização de ações;
- d) os baixos salários dos agentes;
- e) a inadequação dos sistemas de informação;
- f) a inexistência de um plano de carreira;
- g) a falta de recursos para inspeções; e,
- h) os conflitos sociais originados da divergência com interesses privados.

A estas, se soma a dificuldade no uso de recursos, uma vez que foram aplicados no biênio 2000-2001, apenas 5,25% do total repassado pelo nível federal aos estados (Anvisa, 2001). Na tentativa encontrar soluções, a responsabilização sanitária foi ponto central no Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria nº 399/2006, que modificou a estrutura de financiamento do SUS e teve como pano de fundo uma disputa pelo aumento da fatia de recursos e a divisão do trabalho a ser desenvolvido pelos diferentes níveis do SNVISA (BATTESINI, 2008, p. 69-70). Além disso, a delimitação das ações de VS em um bloco de financiamento específico permitiu, segundo Battesini e Sperb (2007), vislumbrar sua consolidação no âmbito do SUS apesar da falta de consenso em relação à estrutura organizacional para a condução das ações da vigilância no país, que variam conforme as tensões internas ao setor da saúde e o poder discricionário dos gestores.

Para Leal e Teixeira (2009), dentre os inúmeros aspectos abordados no campo da VISA com a intensificação do seu processo de descentralização, destacam-se a capacitação e o desenvolvimento dos seus recursos humanos. A organização dos serviços municipais de VISA é muito diversa nos municípios brasileiros. As equipes têm constituição diferenciada

em relação ao nível de escolaridade do profissional (nível médio e superior) e em relação ao tipo de graduação (O'DWYER et al. 2007).

O Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária de 2004 mostrou que 80,4% dos municípios tinham trabalhadores de VISA, sendo que em 23,7% havia apenas um trabalhador e, do total, apenas 32,5% tinham nível superior de escolaridade. Em relação ao tipo de graduação, 18% eram veterinários, 13% administradores, 12% farmacêuticos, 8% enfermeiros, 6% odontólogos e 5% médicos. Com base na pesquisa, foram considerados desafios para recursos humanos em VISA: formar os trabalhadores com escolaridade de ensino médio, ajustar o quadro de trabalhadores às necessidades e atribuições dos serviços, formular e implantar programa de educação permanente e criar mecanismos de fixação e de valorização dos trabalhadores (REIS et al. 2005).

Leal e Teixeira (2009) disseram que a questão dos recursos humanos reveste-se de maior complexidade no campo da VISA por não haver cursos de graduação e pelo fato de que as disciplinas que dão suporte ao campo da VISA não oferecerem qualificação específica, ficando a formação profissional sujeita a capacitações em cursos de pós-graduação. Desse modo, os recursos humanos se constituem como um ponto crítico da área, seja pela formação muito diversificada dos profissionais, seja pela variabilidade quanto ao vínculo de trabalho e carga horária. Uma estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para o setor possibilitaria a redução da alta rotatividade dos trabalhadores (CONASS, 2007).

Entre os requisitos esperados para os trabalhadores de VISA estão a capacidade gerencial e técnica nas diferentes áreas de atuação para a regulação do risco sanitário, em sociedades de riscos crescentes, movida pelo consumo de produtos, serviços e tecnologias, que muitas vezes produzem iatrogenias (BRASIL, 2003; LEAL e TEIXEIRA 2009). Mais do que isto, o trabalho em VISA apresenta especificidades que o distinguem do trabalho em saúde em geral, em relação ao objeto, aos meios de trabalho e elementos que compõem os seus processos de trabalho, e se insere no espaço regulatório do Estado, como serviço público estatal, com atribuições indelegáveis de controle sanitário de processos, ambientes e da produção e consumo de bens e serviços de interesse da saúde (SOUZA e COSTA, 2010).

Quando não monitoradas adequadamente, as inovações tecnológicas podem gerar danos à saúde. Nesse sentido, a VISA de serviços de saúde estabelece práticas direcionadas à melhoria da qualidade da atenção à saúde, seja normalizando os procedimentos, seja adotando medidas de inspeções, de monitoramento e de avaliações, além de fazer com que os prestadores cumpram condições técnicas minimamente necessárias ao funcionamento dos

serviços (BRASIL, 2003; MAIA et al. 2011). Logo, a qualidade dos serviços de saúde configura-se hoje em um imperativo técnico e social (BRASIL, 2007).

Ao levar em conta a baixa demanda social por ações coletivas de promoção e proteção da saúde, um dos principais desafios é garantir que as ações educativas cheguem à população e que recursos de proteção à saúde sejam utilizados na prática de todos os profissionais de saúde. Assim, uma forma legítima de buscar essa aproximação é por meio da parceria com as equipes de saúde da família, que são os agentes de saúde mais próximos da população. Partindo das proposições da promoção da saúde, tem-se a VISA enquanto corresponsável no desenvolvimento de ações promocionais, contribuindo para o reforço da consciência sanitária por intermédio da informação e comunicação (O'DWYER et al. 2007).

No mesmo sentido, Piovesan et al. (2005) verificaram em seu estudo que atribuições pouco definidas das instâncias de governo, abordagem fragmentada do campo de atuação, pouca articulação intra e interinstitucional, insuficiência de recursos humanos, baixa qualificação técnica dos profissionais, sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes, assim como desmobilização e desinformação da sociedade, são alguns dos fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário.

Apesar de O'Dwyer et al. (2010) afirmarem que tradicionalmente a VISA trabalha com o conceito de território como divisão político-administrativa e que geralmente existe a ocorrência simultânea de ações das três esferas de governo numa mesma localidade, em muitos municípios há o desconhecimento das prioridades dos seus próprios territórios. Sem tal conhecimento, há a potencialização da desvinculação entre prioridades locais e metas pactuadas, ignorando que, no campo da VISA, os fatores de risco, as relações sociais e as políticas desenham os territórios e, em consequência disso, a efetividade dos serviços (O'DWYER et al. 2007; PIOVESAN et al. 2005).

Nesse sentido, a aproximação entre território, fatores de risco e planejamento constitui uma alternativa de planejamento que parte de problemas concretos, em territórios determinados e numa perspectiva intersetorial. Segundo Lucchese (2001), a identificação destes fatores possibilita minimizar os problemas sanitários a que estão expostos indivíduos, grupos sociais e objetos, e agir sobre os fatores que determinam e condicionam a ocorrência de agravos e danos. A análise das informações produzidas sobre um território subsidia o planejamento, que constitui importante instrumento de definição de prioridades, direcionamento de estratégias e efetivação das ações necessárias para a integralidade e

equidade das políticas sociais, inclusive as de VISA (TEIXEIRA e PAIM, 2000; JUNQUEIRA, 2000).

Para Costa (2009, p. 24), o modo de produção capitalista coloca os produtores em permanente tensão, já que a livre iniciativa é um princípio da ordem econômica que se defronta continuamente com as leis da concorrência. Diante disso, as empresas enfrentam o constante desafio de se manterem no mercado – devem incorporar inovação, expandir seus mercados e assim avançar para outros territórios e diversificar a produção. Nesse cenário, para atrair as empresas, os municípios oferecem incentivos fiscais, mão-de-obra barata, leis ambientais e sanitárias menos exigentes e aparatos regulatórios mais frouxos (COSTA, 2009, p. 25). Em um ambiente social de disputas de sentido como esse, a ideologia do consumo encarrega-se de transformar todos em iguais, apresenta o universo de consumo como algo essencialmente democrático e desempenha sua função voltada à realização da produção, mediante o estímulo ao consumo. No entanto, a produção, a distribuição e o consumo se dão numa totalidade social e como há desigualdade na distribuição dos bens e na capacidade de compra (GIOVANNI, 1980), também há desigualdade na exposição aos riscos à saúde (COSTA, 2009 p. 25).

No mesmo sentido, Costa Marques (2005) afirmaram que os avanços médicos da VISA no Brasil são resultado da crônica desigualdade social refletida pela grande iniquidade de acesso aos serviços e ações de saúde, ao que se soma o agravamento da exposição aos novos riscos sanitários decorrentes dos processos de globalização. A autora acrescenta que um dos desafios à consolidação do SUS como política de direito social está nas atividades de regulação, controle e fiscalização da área de VISA, com negociações de proteção ao risco sanitário entre o Estado, a sociedade e o processo produtivo. Já para Siqueira (2001) e Van Stralen (2001), historicamente, a VISA foi marginalizada em termos de políticas públicas de saúde brasileira e pouco instrumentalizada em relação à sua importância para a saúde dos indivíduos e para a coletividade.

2. INDICADORES E SEU USO

2.1 DEFINIÇÃO

Indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado, cuja principal finalidade é traduzir, de forma mensurável, um aspecto da realidade dada ou construída, de maneira a tornar operacional sua observação e avaliação (BRASIL, 2012b). Desta forma, os indicadores são:

- a) medidas que expressam ou quantificam um insumo, um resultado, uma característica ou o desempenho de um processo, serviço, produto ou organização (RUA, 2004);
- b) ferramentas constituídas de variáveis que, associadas a partir de diferentes configurações, expressam significados mais amplos sobre os fenômenos a que se referem. São abstrações ou parâmetros representativos, concisos, fáceis de interpretar e de serem obtidos, usados para ilustrar as características principais de determinado objeto de análise (IBGE, 2013); ou,
- c) um dispositivo que, além de indicar alguma qualidade, mudança de uma situação ou de um sistema, pode chamar a atenção ou dar avisos (RANTANEN et al. 2001; COSTA e SOUTO, 2011).

A caracterização dos indicadores pode receber diversos adjetivos como econômicos, sociais, gerenciais, de desempenho, processo, produto, impacto (GIROTO et al. 2007) ou de demografia, educação, saúde, qualidade de vida, habitação, segurança, justiça, renda e pobreza, meio ambiente, entre outros (JANNUZZI, 2001). Eles podem também ser agrupados conforme a sua composição – simples (um aspecto do fenômeno em estudo) ou composto (um resumo das informações de indicadores simples). Estes, geralmente são apresentados como um índice resultante da soma dos indicadores individuais que podem ter semelhantes ou diferentes fatores de ponderação. Ao condensar os dados, o índice fornece um resumo geral do estado daquilo que se mede (RANTANEN et al. 2001).

Siche et al. (2007) afirmaram que existe certa confusão sobre o significado de índice e indicador e que muitas vezes são erroneamente utilizados como sinônimos. A diferença está

em que um índice é o valor agregado final de todo um procedimento de cálculo onde se utilizam, inclusive, indicadores como variáveis que o compõem e que um índice pode se transformar num componente de outro índice. O termo “índice” significa um valor numérico que representa a correta interpretação da realidade de um sistema simples ou complexo, utilizando, em seu cálculo, bases científicas e métodos adequados, enquanto o termo “indicador” significa um parâmetro selecionado e considerado isoladamente ou em combinação com outros para refletir sobre as condições do sistema em análise (SICHE et al. 2007).

Os indicadores também podem ser divididos em indicadores objetivos e subjetivos. Os indicadores objetivos representam fatos que são independentes das avaliações pessoais, enquanto que os subjetivos são baseados na percepção do indivíduo e avaliação das condições. Uma categorização com fronteira não tão clara, uma vez que, antes de se converter em um registro administrativo, os dados podem ser coletados e transferidos em várias fases que envolvem elementos subjetivos, como a decisão sobre a inclusão/exclusão, fazendo com que os dados se tornem semi-objetivos (RANTANEN et al. 2001). Desta forma, se os indicadores não forem elaborados adequadamente, corre-se o risco de ignorar ou encobrir as projeções ideológicas e as ambições políticas subjacentes a muitos tipos de planejamento (Giroto et al. 2007) e que sua criação e utilização dependerá da compreensão e do interesse dos atores que irão operacionalizá-los (COSTA e SOUTO, 2011).

O aparecimento e o desenvolvimento de indicadores está intimamente ligado à consolidação das atividades de planejamento do setor público a partir dos anos de 1920 e 1930, mas apenas depois dos anos 1960 ganhou corpo como parte das tentativas de organização de sistemas mais abrangentes de acompanhamento das transformações sociais e aferição do impacto das políticas sociais nas sociedades desenvolvidas e subdesenvolvidas (JANNUZZI, 2002). De forma semelhante, Gremaud et al. (2004) afirmaram que os indicadores surgiram a partir dos anos 1920 e estão atrelados com a consolidação das atividades de planejamento do setor público para a aferição do impacto das políticas sociais. Nessa linha, os indicadores sociais fornecem informações que dizem respeito à qualidade de vida da população de um país, como a esperança de vida da população ao nascer, médicos e leitos hospitalares por habitante, acesso a água potável, entre outros.

Indicadores de natureza restrita como o PIB e o PIB *per capita*, também chamados de indicadores de primeira geração, estavam essencialmente voltados para as quantificações de natureza econômica, com destaque para os sistemas de contas nacionais e mensuração dos agregados macroeconômicos (Kayano e Caldas, 2002) e se constituíam em uma variável de

fácil entendimento, de comparabilidade factível e integrante do processo de desenvolvimento, como o crescimento econômico e a dinâmica demográfica (GUIMARÃES e JANNUZZI, 2005).

O indicador PIB *per capita*, até então usado como *proxy* de nível de desenvolvimento socioeconômico pelos países, passou a ser considerado cada vez menos apropriado como medida representativa do bem-estar social, devido ao seu caráter unidimensional e incapacidade de refletir a distribuição da renda interna em cada unidade territorial. Como resultado, surgiram os indicadores de segunda geração, os indicadores compostos ou sintéticos, que agregam capacidade de síntese em situações onde se precisa ter uma avaliação geral das condições de vida ou nível socioeconômico de diferentes grupos sociais. Entre estes se salienta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o mais popular e destacado substituto do PIB *per capita*, voltado a mensurar o nível de desenvolvimento de um país a partir de indicadores mais simples, relacionados à saúde, educação e renda, combinados mediante um procedimento aritmético referidos a uma mesma ou diferentes dimensões de realidade social (JANNUZZI, 2001, 2002; GUIMARÃES e JANNUZZI, 2005; SILVA e FRACOLLI, 2009).

Na gestão pública, indicadores são instrumentos que contribuem para identificar e medir aspectos relacionados a um determinado fenômeno decorrente da ação ou da omissão do Estado (BRASIL, 2012b). No campo aplicado das políticas públicas, os indicadores sociais são medidas usadas para permitir a operacionalização de um conceito abstrato ou de uma demanda de interesse programático. Em outros termos, os indicadores sociais (JANNUZZI, 2005):

- a) traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse, definidas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente;
- b) subsidiam as atividades de planejamento público e a formulação de políticas sociais nas diferentes esferas de governo;
- c) possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população;
- e,
- d) permitem o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social.

No setor da saúde, os indicadores são medidas-síntese que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (RIPSA, 2008). Assim, além

de prover matéria-prima essencial para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores:

- a) tende a facilitar o monitoramento de objetivos e metas em saúde;
- b) estimular o fortalecimento da capacidade analítica das equipes; e,
- c) promover o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (RIPSA, 2008).

Para Cruz et al. (2011, p. 16-17), de forma semelhante, a construção de índices tem por finalidade facilitar a compreensão da medição de certos fenômenos, bem como a avaliação e a comparação de sua evolução no tempo ou entre diferentes unidades. Os índices compostos são uma derivação dos simples, usados como medidas destinadas a refletir características que vão além de uma dimensão e podem servir como um instrumento de tomada de decisão e previsão, sendo considerado um nível superior da junção de um jogo de indicadores ou variáveis (SICHE et al. 2007).

Nesse sentido, a utilização de indicadores compostos pode permitir que a obtenção de um quadro das condições de vida de determinados grupos sociais e servir como ponto e partida para a análise da situação de saúde desses grupos e consequente descrição dos perfis epidemiológicos. Em síntese, os indicadores sociais são um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação das políticas sociais (GIROTO et al. 2007).

2.2 CONSTRUÇÃO E CARACTERÍSTICAS DE UM INDICADOR

No que diz respeito ao processo de desenvolvimento de um indicador, é necessário definir as características daquilo que será medido, identificar o público-alvo e o objetivo do indicador, desenvolver um quadro que conste os objetivos, problemas, setores, etc, definir os critérios para a seleção, identificar e avaliar seu potencial, realizar um teste piloto e revisar periodicamente o indicador (WHO, 2002).

Para Jannuzzi (2005), o processo de construção de um indicador social ou de um sistema de indicadores sociais inicia-se com a explicitação de uma demanda de interesse programática, como a proposição de um programa para ampliação do atendimento à saúde ou a redução do déficit habitacional. Para o acompanhamento dessas ações em termos da eficiência no uso dos recursos, da eficácia no cumprimento de metas e da efetividade dos seus desdobramentos sociais mais abrangentes e perenes, buscam-se dados gerados no âmbito dos

programas e em estatísticas públicas produzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e outras instituições. Tais dados, depois de coletados, são reorganizados na forma de taxas, proporções, índices ou mesmo em valores absolutos e transformam-se em indicadores sociais.

A escolha de indicadores sociais para uso no processo de formulação e avaliação de políticas públicas deve ser pautada pela aderência deles a um conjunto de propriedades desejáveis e pela lógica estruturante da aplicação, que definirá a tipologia de indicadores mais adequada (JANNUZZI, 2001). Assim, a construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer. A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados – registro, coleta e transmissão dos dados (RIPSA, 2008).

Depois de definidas as variáveis de medição, as fontes de dados podem ser mais facilmente determinadas. Geralmente, as circunstâncias locais irão ditar o que é viável em termos de coleta de dados, já que os dados podem estar disponíveis apenas para períodos ou intervalos inadequados e não ser suficiente para determinar as tendências espaciais ou temporais (WHO, 2002). Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) alertava que a obtenção de dados nacionais relevantes continuava a ser um problema significativo, particularmente nos países pobres, onde muitas vezes a cobertura é insuficiente e problemas, como falhas de classificação de doenças e de controle de qualidade nas medições, ocorrem com frequência, mas que com os avanços dos sistemas de informação, a qualidade e a quantidade de informações de saúde tenderão a melhorar (WHO, 2002).

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

No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre a saúde se processam em um contexto complexo de relações institucionais, compreendendo variados mecanismos de gestão e financiamento. Além das estruturas governamentais nos três níveis de gestão do SUS, estão envolvidos outros setores de governo que produzem informações relativas à saúde, instituições de ensino e pesquisa, associações técnico-científicas, agências não governamentais, organismos internacionais e instancias de controle social (RIPSA, 2008).

No setor da saúde, a partir dos anos 1990, no Brasil, a criação e disponibilização dos sistemas de informação em saúde possibilitaram importantes avanços (COSTA e SOUTO, 2011). Nesse sentido, nas últimas décadas o MS desenvolveu sistemas nacionais de informação sobre nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde e outros. A estes se somam outras fontes relevantes para a saúde, como os censos e pesquisas de base populacional do IBGE (que cobrem aspectos demográficos e socioeconômicos), os estudos e análises do IPEA, as grandes bases de informação científica e técnica acessíveis a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), etc. (RIPSA, 2008).

A VISA, no entanto, não foi incluída entre suas prioridades, práticas de planejamento e avaliação, para as quais as informações e os indicadores são ferramentas fundamentais. Tais ferramentas são necessárias no diagnóstico e avaliação da área, além de contribuir também para um planejamento mais consistente baseado em dados específicos, que demonstrem a realidade e a integração entre os diversos bancos de dados dos sistemas de informações existentes no país é uma medida que geraria um impacto positivo na forma como as decisões em VISA são tomadas, potencializando a defesa da vida (COSTA e SOUTO, 2011).

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (RIPSA, 2008). A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com os avanços no controle das doenças infecciosas e a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes sociais, passou-se a analisar outras dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros (RIPSA, 2008).

As diferenças nos métodos de amostragem e medição dos indicadores podem afetar os resultados e que os dados podem não ser representativos. Em razão disso, devem ser realizados procedimentos para verificar a precisão, a consistência e a comparabilidade, de modo que inconsistências e valores atípicos sejam verificados. As definições e as fontes de dados utilizadas, bem como os métodos utilizados devem ser cuidadosamente documentadas, de modo que o processo de coleta de informações seja o mais transparente possível e permita que terceiros verifiquem sua validade. Ao identificar o tipo de dados que será necessário para um determinado indicador, o mesmo deve ser claramente definido e as unidades de medida, bem como as variáveis especificadas (WHO, 2002). Além disso, segundo Cruz et al. (2011, p.

16-17), se um indicador composto é construído a partir de pressupostos inadequados para sua elaboração, pode gerar interpretações erradas sobre o fenômeno em questão e a adoção de políticas equivocadas.

Nesse sentido, Nardo et al. (2008) é uma referência importante para um bom entendimento da metodologia de construção de índices compostos e sua correta interpretação. Segundo os autores, o primeiro passo metodológico refere-se à estrutura teórica destes para fornecer elementos para seleção e combinação de indicadores simples em indicador composto que tenha um significado e se ajuste ao propósito específico. Nesse processo, o uso de *proxy* não é recomendado, a não ser quando as informações forem escassas e a natureza dos dados se mostrar é um fator essencial para a decisão da escolha das variáveis que compõem o indicador composto. O segundo passo refere-se ao emprego de técnicas estatísticas, tais como análises de componentes principais, fatorial ou de agrupamento para evitar um procedimento arbitrário de escolha das variáveis ou subíndices. As análises de componentes principais e fatorial apresentam a vantagem de sumarizar o conjunto de variáveis, mas preservando, o máximo possível, a proporção da variação do conjunto original. Por sua vez, a análise de agrupamento oferece uma forma de agrupar unidades, e não mais variáveis (Nardo et al. 2008).

Estudos como os desenvolvidos por Jannuzzi (2001), WHO (2002), Rua (2004), RIPSAs (2008) e Ferreira et al. (2009), entre outros, enumeraram uma série de atributos necessários a um indicador. A OMS estabelece como critérios gerais para os indicadores a sensibilidade às mudanças nas condições em questão, a imparcialidade e a representatividade das condições em questão, ser cientificamente credível, viável e válido, ser robusto e afetado por pequenas alterações no método ou escala utilizadas na sua construção, ser consistente e comparável ao longo do tempo e do espaço, ser relevante para a política e gestão, ser transparente, ser o mais específico possível em relação a um determinado assunto, entre outras (WHO, 2002).

Para Rantanen et al. (2001), indicadores relevantes são aqueles diretamente relacionados a uma questão específica de preocupação, de fácil compreensão e aplicável pelos potenciais utilizadores, disponíveis logo após o evento ou período a que se refere, com base em dados que estão disponíveis em uma relação custo-benefício aceitável, entre outros. Acrescentam ainda:

- a) validade, que está relacionada com a capacidade que um indicador tem para descrever com precisão os fenômenos de preocupação;

- b) objetividade, que garante que o mesmo indicador utilizado por pessoas diferentes, em momentos diferentes e sob circunstâncias diferentes fornecerá os mesmos resultados;
- c) sensibilidade, que espera que o indicador seja sensível a alterações na situação ou fenômeno em questão;
- d) especificidade, que espera que o indicador reflita as mudanças apenas na situação ou fenômeno em causa; e,
- e) disponibilidade, que está relacionada com a possibilidade de obtenção dos dados necessários sem muita dificuldade.

A Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSa (2008), ao definir o grau de excelência de um indicador, termina por qualificar os acima descritos e acrescenta dois novos:

- a) relevância – responder a prioridades de saúde; e,
- b) custo-efetividade – os resultados justificam o investimento de tempo e recursos.

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

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

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

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

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

No processo de escolha dos indicadores deve-se observar aspectos como (RUA, 2004; FERREIRA et al. 2009):

- a) publicidade – devem ser públicos e acessíveis a todos os níveis da instituição, bem como à sociedade;
- b) temporalidade – deve considerar o momento em que deve começar a medição; e,
- c) factibilidade – a proposta de elaboração de indicadores deverá permitir dispor de indicadores de medição factível, em momentos adequados e com uma periodicidade que equilibre as necessidades de informação com os recursos técnicos e financeiros.

Jannuzzi (2001) agregou às propriedades desejáveis dos indicadores sociais, além das apontadas acima, as de:

- a) relevância social – é um atributo fundamental para justificar sua produção e legitimar seu emprego no processo de análise, formulação e implementação de políticas;
- b) grau de cobertura – é importante que tenham boa cobertura espacial ou populacional para que sejam representativos da realidade empírica em análise;
- c) especificidade – tem a propriedade de refletir alterações ligadas somente às mudanças relacionadas à dimensão social em estudo;

- d) inteligibilidade – se refere à transparência da metodologia de construção do indicador; e,
- e) comunicabilidade – se refere à facilidade de compreensão aos demais (JANNUZZI, 2001).

Para comparações entre as regiões de um país, geralmente mais fáceis do que entre distintos países, torna-se necessário um bom conjunto básico de indicadores. Da mesma forma, a OMS estabeleceu critérios para os indicadores de uso para fins locais ao colocar que eles devem ser relevantes tanto para os cidadãos quanto para o governo local, refletir as circunstâncias locais, se basear em informações que podem ser facilmente coletadas, mostrar as tendências ao longo de um período de tempo razoável, ser significativo, claro e fácil de entender, a fim de educar e informar e levar à definição de metas (WHO, 2002).

Em suma, se espera que os indicadores apresentem 4 características básicas (RANTANEN, 2001):

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

2.3 VANTAGENS E LIMITAÇÕES

Vantagens, méritos e aspectos positivos encontrados em índices criados a partir de mais de um indicador foram citados por Guimarães e Jannuzzi (2005). Tomado como exemplo, os autores afirmaram que o IDH teve o mérito de sinalizar aos gestores públicos que o alcance do progresso não é sinônimo exclusivo de crescimento econômico. Nesse contexto, foi possível introduzir o debate de que a melhoria das condições de saúde e educação da população deve também ser considerada como integrante do processo de desenvolvimento.

Uma vantagem proporcionada pelo IDH, diz respeito ao reduzido número de dimensões utilizados na construção do índice, o que tem servido para manter a simplicidade de entendimento do mesmo, bem como sua transparência e de simplicidade para transmitir seu significado a um público amplo e diversificado. Além disso, o IDH permite a construção de modelos visuais que facilitam a comparação entre diferentes regiões ou diferentes momentos no tempo (GUIMARÃES e JANNUZZI, 2005). No mesmo sentido, Cruz et al. (2011, p. 16-

17) afirmaram que os índices compostos apresentam uma série de vantagens que podem ser aproveitadas pelos formuladores de política, pelos pesquisadores, pelos jornalistas ou pelo público em geral. Eles resumem, em alto grau, informações complexas, compilam um variado número de informações em um indicador e, assim, contribuem para um melhor entendimento por parte do público em geral do fenômeno que está sendo descrito pelo indicador.

Já entre as limitações e deficiências do IDH, estaria o fato dele estabelecer padrões mínimos universais de qualidade de vida, válidos para todos os países e culturas, desrespeitando, portanto, as particularidades regionais, além de desconsiderar certa relatividade concernente aos hábitos de consumo e satisfação, e o de o índice resultar de uma ponderação simétrica entre os três índices mais específicos que captam renda, escolaridade e longevidade (GUIMARÃES e JANNUZZI, 2005). Os mesmos autores questionaram ainda sobre qual racionalidade esperança de vida e alfabetização são somadas; dizem que o conjunto das transformações matemáticas aplicadas aos indicadores para torná-los algebricamente manipuláveis e permitir a construção do índice, retira-lhe uma de suas mais importantes características, que é a comensurabilidade de suas variações e que, durante o processo de construção do índice, são misturados indicadores de estoque (alfabetização e esperança de vida) com indicadores de fluxo (escolaridade bruta e PIB *per capita*). Kayano e Caldas (2002) complementam dizendo que as análises associadas ao debate sobre desenvolvimento humano tendem a desconsiderar a importância das relações de poder internacionais, na produção da desigualdade de acesso à riqueza entre os países pobres.

Rantanen et al. (2001) apontaram desvantagens, especificamente em indicadores compostos, quais sejam: não podem ser calculados se os dados de um ou mais dos seus componentes estão em falta e sua construção faz parte de um julgamento dependente do valor. Ou seja, esses processos são subjetivos, e fazem com que os indicadores compostos sejam discutíveis a partir do momento que alguém seleciona os componentes a serem incluídos e define os pesos.

No caso brasileiro, é relativamente recente o uso de indicadores sociais como instrumento de planejamento. Com a divulgação do IDH pela Organização das Nações Unidas, desde 1990, vários pesquisadores brasileiros elaboraram estudos utilizando como referência métodos iguais ou similares. Por exemplo, entre outros:

- a) Índice de Desenvolvimento Relativo (IDR) e Índice do Nível de Vida (INV) (ALBUQUERQUE e VILLELA, 1991);
- b) Índice de Desenvolvimento Social (IDS) (RODRIGUES, 1994);
- c) Índice de Oferta de Serviços Públicos (IOSP) (MÉDICI e AGUNE, 1994);

- d) Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) (IBGE, 1994);
- e) Índice Social Municipal Ampliado (ISMA) da Fundação de Economia e Estatística do RS (BENSUSSAN, 2000; BARBIERI et al. 2001); e,
- f) Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) da Fundação de Economia e Estatística do RS.

3. RIO GRANDE DO SUL E SUA ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL

3.1 REGIONALIZAÇÃO: BREVE DESCRIÇÃO ATÉ O CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP)

A regionalização possui importância fundamental para o desenvolvimento de um sistema público de saúde capaz de corrigir as desigualdades existentes entre estados e municípios. Segundo Lucchese (2003, p. 440),

As diferentes condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras nos estados e regiões geram distintos perfis de problemas, dificuldades e prioridades no espaço local e regional de intervenção setorial e produzem desigualdades relevantes na capacidade de o Sistema Único de Saúde responder às necessidades locais.

Anterior ao surgimento do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), outras propostas já haviam sido lançadas com a intenção de organizar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada. Entre elas, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde nº 01/2001 e nº 01/2002 (NOAS nº 01/2001 e NOAS nº 01/2002 respectivamente) e o Pacto pela Saúde em 2006. O Pacto pela Saúde era composto por outros três pactos – Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida – que definiam responsabilidades sanitárias e inovavam nos processos e instrumentos de gestão nas três esferas.

As NOAS nº 01/2001 e NOAS nº 01/2002 tinham a organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços como necessária para evitar pulverização de esforços e investimento, e atender os requisitos de eficiência e economias de escala que estão associados ao nível de qualidade dos serviços (NOAS nº 01/2001). No mesmo sentido, Oliveira (2005) complementa afirmando que a proposta da hierarquização, por meio da organização de redes articuladas e efetivas de serviços via referências intermunicipais, pretendia garantir aos cidadãos o acesso a todos os níveis de atenção de saúde o mais próximo possível de suas residências. Para isso, a NOAS nº 01/2001 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional e ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreendia as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar.

No âmbito do planejamento regional, para Viana et al. (2010), a NOAS nº 01/2001 estimulou na esfera estadual, mas que não trouxe avanços significativos para adequação

regional dos processos de descentralização em curso, em função da excessiva normatividade técnica e rigidez embutida na proposta de conformação das microrregiões e regiões de saúde. No sentido de adequar a proposta anterior, a NOAS nº 01/2002 deu autonomia a cada unidade da federação para a definição de sua divisão regional, base necessária para a elaboração do plano diretor da assistência à saúde. Guimarães (2005), contudo, indagou se foram alcançados avanços na forma de organização dos serviços de saúde ou se simplesmente reforçou-se a estrutura existente. O autor conclui dizendo que os Planos Diretores de Regionalização não conseguiram oferecer referenciais seguros para orientar o perfil e a distribuição das unidades prestadoras de serviços de saúde, desde as mais simples Unidades Básicas de Saúde até as unidades hospitalares e laboratoriais mais complexas. Além disso, gerou grande diversidade de situações, uma vez que cada estado adotou o seu próprio critério.

Em 2006, a regionalização era o eixo estruturante da implantação do Pacto pela Saúde e o elemento fundamental para obtenção da integralidade do sistema. Ao atribuir aos municípios um papel central no planejamento e na execução das ações e serviços de saúde, contribuía para que cada espaço regional pudesse diagnosticar e responder às suas necessidades. Silva (2011), contudo, disse que o Pacto pela Saúde, que tinha a integração regional como um de seus principais objetivos, não apresentou mudanças substantivas de integração regional decorrentes das pactuações entre gestores. Entre os motivos, ele destaca a desarticulação do planejamento nas regiões de saúde em função da não incorporação da agenda da regionalização do Pacto pela Saúde pelas secretarias estaduais de saúde. Na mesma linha, Schneider et al. (2009) disseram que no RS existem os Conselhos Regionais há muitos anos, mas mesmo que tenham dado uma rica contribuição histórica na organização do SUS, os conflitos de competência dos Conselhos Regionais com os Conselhos Municipais e o Conselho Estadual impedem avanços mais expressivos.

Surgido em 2011 como uma proposta de integração dos serviços de saúde dos entes federativos e de organização da rede de serviços de saúde na Região de Saúde, o COAP pode ser visto como um aperfeiçoamento do que já vinha sendo proposto desde as NOAS: um acordo de colaboração entre os entes federativos para garantir a integralidade da assistência à saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011 que, além de avançar no sentido organizativo do SUS, insere e define uma série de conceitos como: Região de Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. Segundo Tamaki et al. (2012), o desafio era inovar nos processos e

instrumentos de gestão, superar a fragmentação das políticas de saúde, garantir o acesso com qualidade, fortalecendo os vínculos interfederativos ao agregar mais um instrumento.

Para que ocorra a transição das metas pactuadas no Pacto pela Saúde para o COAP, a Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) n° 04/2012 estabeleceu as regras e determinou que, a partir de 2012, todos os municípios passariam a assumir as diretrizes descritas na Portaria n° 399/2006, as quais seriam revisadas a partir das diretrizes de implantação do Decreto e pactuadas na CIT. Outra informação importante trazida pela Resolução, em seu anexo II, revela que o Rio Grande do Sul, ao longo dos quase 6 anos de existência do Pacto pela Saúde, teve apenas 156 dos 496 municípios signatários de tal Pacto.

3.2 AS REGIÕES DE SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Em 1999, o RS formalizou a descentralização político-administrativa do SUS no estado ao instituir 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) por meio do Decreto n° 39.691, de 30 de agosto de 1999 (Rio Grande do Sul, 2002), as quais substituíram as antigas Delegacias Regionais de Saúde (DRS). As CRS ficaram responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços com objetivo político de organizar os sistemas locais e regionais de saúde, segundo os princípios do SUS.

Com a edição da NOAS n° 01/2001, foram criados novos conceitos e divisões territoriais para ir ao encontro do processo de regionalização. Entre elas, ficaram definidas Microrregiões e Macrorregiões de Saúde e Módulos Assistenciais (Rio Grande do Sul, 2002).

A criação do COAP trouxe novas regras de definição de territórios de saúde e, em consequência, o RS passou por um processo de reorganização municipal para atender a essas regras. Diferente da divisão territorial formalizada pelo Decreto n° 39.691/99, os municípios foram reagrupados em 30 Regiões de Saúde conforme a Resolução da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul n° 555/2012. No RS, esta divisão foi dada a partir dos seguintes critérios:

- a) população de cada Região deveria variar entre 100.000 até 500.000 habitantes;
- b) estar circunscrita em um raio de aproximadamente 100 Km de distância considerando a disponibilidade de acesso;
- c) potencializar o processo de planejamento e gestão regional a partir das Comissões Intergestores Regionais (CIR); e,
- d) respeitar critérios de ponto de corte da Região de Saúde descritos na Imagem Situação criada (estrutura física de serviços e ações de saúde mínima).

A reorganização municipal de 2012 não suprimiu a antiga (de 1999), já que as 19 CRS permaneceram como unidades descentralizadas da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e com funções como articular o contato descentralizado entre os atores do SUS na Região e coordenar as 30 Comissões Intergestores Regionais (CIR), em conjunto com os municípios de cada Região de Saúde. Com o novo agrupamento, ou agrupamento adicional ao das 19 CRS, oito regiões permaneceram iguais às CRS – (Região de Saúde 21 é igual a 3ª CRS, Região de Saúde 22 é igual a 7ª CRS, Região de Saúde 27 é igual a 8ª CRS, Região de Saúde 12 é igual a 9ª CRS, Região de Saúde 3 é igual a 10ª CRS, Região de Saúde 28 é igual a 13ª CRS, Região de Saúde 14 é igual a 14ª CRS e a Região de Saúde 13 é igual a 17ª CRS). Outras duas CRS – a 11ª e a 12ª permaneceram praticamente iguais às Regiões de Saúde 16 e 11, respectivamente. As exceções são os municípios de Nonoai e Rio dos Índios, que foram acrescentados aos outros municípios das 11ª CRS na definição da Região de Saúde 16, e Itacurrubi, que não consta na Região de Saúde 11, mas constava na 12ª CRS. A distribuição geográfica das Regiões pode ser observada na figura a seguir.

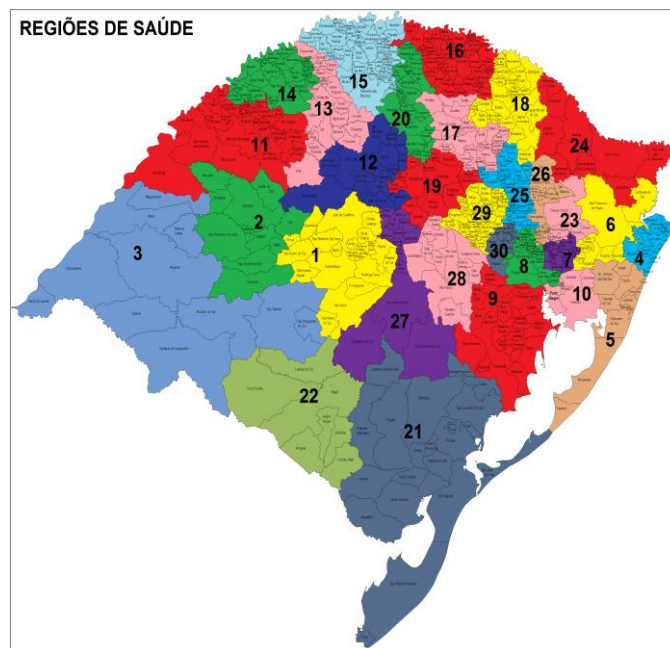


Figura 2 – Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul.

Fonte: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul. Disponível em:

http://www.saude.rs.gov.br/lista/521/Comiss%C3%B5es_Intergestores_Regionais_%28CIR%29. Acesso em: mar/2014.

A Tabela 1 foi organizada de modo que nas linhas estão as Regiões de Saúde e, em sete colunas, o número das Regiões, o nome, o número de municípios que as compõem, a área total em km², a densidade demográfica, a população segundo o Censo de 2010 e o percentual da população da Região sobre o total. A densidade demográfica foi calculada ao dividir a

população pela área total e o percentual da população sobre o total foi obtido ao dividir a população da Região pela população do Estado.

Tabela 1 – Dados demográficos segundo Regiões de Saúde, RS, 2010

Região de Saúde	Nome da Região	Número de Municípios	Área territorial (Km ²)	Densidade demográfica (hab/Km ²)	População 2010	% População da Região
1	Verdes Campos	21	13.302,6	31,4	416.995	3,9
2	Entre Rios	11	13.231,5	9,4	124.301	1,2
3	Fronteira Oeste	11	41.500,4	11,2	465.323	4,4
4	Belas Praias	12	2.279,4	60,6	138.100	1,3
5	Bons Ventos	11	6.490,4	31,3	203.106	1,9
6	Vale do Paranhana/Costa Serra	8	5.909,7	36,0	212.560	2,0
7	Vale dos Sinos	15	1.337,4	565,1	756.036	7,1
8	Vale do Caí/Metropolitana	18	2.436,1	262,4	718.099	6,7
9	Carbonífera Costa Doce	19	11.095,4	34,6	384.271	3,6
10	Vale do Gravataí*	6	2.896,2	768,3	2.225.832	20,8
11	Sete Povos das Missões	24	15.391,8	18,6	286.278	2,7
12	Portal das Missões	13	8.804,2	17,3	152.083	1,4
13	Diversidade	20	7.264,4	30,7	222.788	2,1
14	Fronteira Noroeste	22	5.768,8	39,3	226.973	2,1
15	Caminho das Águas	40	8.259,4	33,0	272.417	2,5
16	Alto Uruguai Gaúcho	33	6.629,9	34,8	230.848	2,2
17	Planalto	21	5.433,9	54,5	296.074	2,8
18	Araucárias	20	6.599,0	19,4	128.100	1,2
19	Botucaraí	14	5.374,5	21,5	115.624	1,1
20	Rota da Produção	19	4.946,5	32,9	162.608	1,5
21	Sul	22	35.015,8	24,1	844.738	7,9
22	Pampa	6	15.194,4	12,0	182.595	1,7
23	Caxias e Hortênsias	6	2.576,1	206,9	532.884	5,0
24	Campos de Cima da Serra	9	10.387,0	9,1	94.989	0,9
25	Vinhedos e Basalto	22	3.476,7	80,3	279.357	2,6
26	Uva Vale	12	2.429,5	69,8	169.651	1,6
27	Jacuí Centro	12	12.065,6	16,6	200.284	1,9
28	Vinte e Oito	13	7.467,0	43,8	327.111	3,1
29	Vales e Montanhas	27	3.586,2	58,0	208.008	1,9
30	Vale da Luz	10	1.332,6	88,1	117.499	1,1
TOTAL	-	497	268.781,9	39,8	10.695.532	100,0

Fonte: Elaborado a partir de dados coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). * Região de Saúde à qual Porto Alegre pertence.

O RS apresenta área territorial de 268.781,9 Km², população de 10.695.532 habitantes e densidade demográfica de 39,8 hab/Km². Os 497 municípios que o compõem estão distribuídos em 30 Regiões de Saúde de modo que o número de municípios em cada Região

varia de 6 (três Regiões) até 40 (uma Região). A maior área territorial em Km² é encontrada na Região 3 – Fronteira Oeste e a menor na Região 7 – Vale dos Sinos. A Região de Saúde Vale do Gravataí é a Região que apresenta a maior população e densidade demográfica, enquanto que a Região Campos de Cima da Serra tem a menor população e densidade demográfica.

4. MÉTODOS EMPREGADOS

Para a construção do estudo foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre financiamento público, funções do Estado, construção de indicadores, Vigilância Sanitária, descentralização, regionalização e Sistema Único de Saúde em documentos de origem governamental, na base de dados do Sistema de Automação de Bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SABi UFRGS), do *Scielo* e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a utilização dos descritores *Sistema Único de Saúde, Vigilância Sanitária, Indicadores, Indicadores de Saúde, Descentralização, Regionalização e Financiamento em Saúde*, selecionados a partir do sítio eletrônico <http://decs.bvs.br/>, e em sítios relacionados com a saúde, como da Organização Mundial da Saúde, da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde.

Para a consecução dos objetivos do estudo, foram coletados dados anuais a partir das bases de dados públicas, *on-line*, relativos aos 496 municípios que compõem o Rio Grande do Sul com informações disponíveis para a série histórica estudada. O município de Pinto Bandeira foi excluído do estudo em razão de sua breve emancipação – consumada com as eleições municipais de 2012. As fontes de dados seguem abaixo discriminadas:

Quadro 2 – Descrição dos sítios eletrônicos que foram consultadas como fonte de dados

Local	Sítio Eletrônico	Informações fornecidas
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária	http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home	Informações gerais sobre a Vigilância Sanitária, bem como a legislação de referência.
CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde	http://www.saude.rs.gov.br/lista/180/Centro_Estadual_de_Vigil%C3%A2ncia_em_Sa%C3%BAde	Informações gerais acerca da Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul.
DATASUS – Departamento de Informática do SUS	http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php	Principal fonte de dados do Sistema Único de Saúde.
FEE – Fundação de Economia e Estatística	http://feedados.fee.tche.br/consulta/sel_modulo_pesquisa.asp	Dados e informações sobre pesquisas socioeconômicas dos municípios do Rio Grande do Sul.
FNS – Fundo Nacional de Saúde	http://www.fns.saude.gov.br/	Dispõe de dados sobre transferências de recursos em saúde.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	http://www.ibge.gov.br/home/	Fornecer dados e informações amplas e gerais sobre demografia e economia do País.
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica	http://189.28.128.178/sage/#	Disponibiliza informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a gestão de conhecimento.
SARG-SUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS	http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action	Fornecer os Relatórios Anuais de Gestão dos municípios.
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde	http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/siops	Disponibiliza relatórios sobre os valores declarados pelas três esferas de governo.
SISPACTO – Aplicativo do Pacto pela Saúde	http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/default.asp	Oferece informações acerca do Pacto pela Saúde na esfera municipal.

Em um primeiro momento foram coletados dados acerca da capacidade econômica municipal, do financiamento da função orçamentária Saúde e da subfunção orçamentária Vigilância Sanitária a partir das bases de dados *on-line* do SIOPS e FEE para os anos 2010-2013, bem como das ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41⁶ da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no Estado do Rio Grande do Sul, para os anos 2010-2014 a partir da base de dados *on-line* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Destaca-se que os dados referentes à capacidade econômica municipal, ao financiamento da função orçamentária saúde, à subfunção orçamentária Vigilância Sanitária e às Receitas de Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária não foram corrigidos pela inflação acumulada no período.

Inicialmente, desejava-se analisar uma série histórica mais extensa, anterior a 2010, mas os dados de todas as ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41 só estão disponíveis a partir de 2010. Os dados acerca da capacidade econômica municipal, do

⁶ Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 acompanha o percentual de municípios que executam as ações de VISA consideradas necessárias a todos os municípios. Esse indicador tem como meta a realização de 100% das ações de VISA por parte dos municípios.

financiamento da função orçamentária saúde e da subfunção orçamentária Vigilância Sanitária ficaram limitados ao ano de 2013 em razão da indisponibilidade dos relatórios financeiros dentro de um tempo viável para coleta, organização e análise.

Os relatórios financeiros dos municípios forneceram dados sobre as Receitas Correntes Líquidas, as receitas advindas das Taxas de Fiscalização de VISA e as despesas em saúde, enquanto os relatórios acerca da produção ambulatorial presentes no SIA/SUS forneceram os dados sobre as ações de VISA. Adicionalmente, foram coletados dados sobre as Visitas de Inspeção Sanitária, disponíveis em Produção e Marcadores da Atenção Básica – Saúde da Família e os recursos humanos em VISA, disponíveis em Rede Assistencial no DATASUS, e os Pagamentos de Ações Estruturantes de Vigilância Sanitária, disponíveis no Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Os dados foram organizados de forma que possibilitassem análises estatísticas descritivas (frequência e média), a realização de testes estatísticos, a normalização pela população, bem como a atribuição de valores em uma escala adimensional por município/ações. Depois normalizados pela população, ano-a-ano, cada um dos indicadores utilizados na criação do índice tiveram seus valores para cada município reajustados dentro do intervalo compreendido entre 0 e 1, no qual o valor resultante da normalização mais alto recebeu “valor” 1 e o mais baixo, “valor” 0.

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

- a) Municípios com até 5.000 habitantes – Grupo A;
- b) Municípios com 5.001 até 10.000 habitantes – Grupo B;
- c) Municípios com 10.001 até 20.000 habitantes – Grupo C;
- d) Municípios com 20.001 até 50.000 habitantes – Grupo D;
- e) Municípios com 50.001 até 100.000 habitantes – Grupo E;
- f) Municípios com 100.001 até 500.000 habitantes – Grupo F; e,
- g) Municípios com 500.001 e mais habitantes – Grupo G.

Em um segundo momento, esses dados foram divididos segundo as dimensões “Recursos” e “Ações”. A dimensão Recursos refere-se aos recursos físicos, financeiros e humanos, enquanto que a dimensão Ações diz respeito às ações em VISA realizadas e necessárias para o alcance dos resultados.

Nesta parte do trabalho foi dada ênfase a informações que dizem respeito à VISA para a construção de indicadores sobre a Vigilância Sanitária Municipal. Os indicadores foram construídos de forma que seja possível a criação de um índice, doravante denominado Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal (IVSM), estabelecido a partir da aglutinação de tais indicadores nas dimensões definidas.

A construção de cada indicador seguiu, basicamente, cinco etapas:

- a) análise exploratória dos dados municipais disponíveis de forma a avaliar a disponibilidade para sua construção;
- b) seleção de um conjunto de municípios para testar a proposta;
- c) aplicação de um teste piloto com o conjunto de indicadores selecionados – os valores de cada indicador foram padronizados em uma escala adimensional de 0 a 1, na qual os valores mais altos receberam “valor” 1 e os mais baixos “valor” 0;
- d) construção propriamente dita do índice; e,
- e) revisão do processo com o propósito de consolidar a construção do índice.

Na dimensão “Recursos”, receberam valores mais próximos de 1 na escala aqueles municípios que apresentaram maiores valores de despesas, receitas, ou quantitativos de recursos humanos.

Os dados da dimensão “Ações”, por conta de sua incompletude para muitos municípios e para a série estudada, sofreram o procedimento de imputação de dados. A ocorrência de dados faltantes ou dados perdidos é uma complicação comum quando se trabalha com bases de dados e a substituição desses dados se dá por estimativas de valores plausíveis a serem imputados aos dados faltantes. Esse procedimento tem por objetivo “completar” os bancos de dados e possibilitar a análise com todos os dados em estudo. Para isso, foi utilizado o método da substituição dos dados faltantes pela média dos dados existentes de cada município/ação de VISA. Ainda, nessa dimensão, receberam valores mais próximos de 1 na escala aqueles municípios que apresentaram os maiores quantitativos de ações, mesmo que maiores quantitativos de *Instaurações de Processos Administrativos Sanitários*, por exemplo, possam representar uma situação ou um cenário ruim de VISA. Assim, considerou-se melhor aquele município que mais ações produz ou que mais “trabalha”.

O IVSM foi dado pela média das dimensões, na qual 1 representou o maior nível de IVSM e 0 o menor. A figura abaixo demonstra uma simulação acerca da disposição dos indicadores e seus desdobramentos.

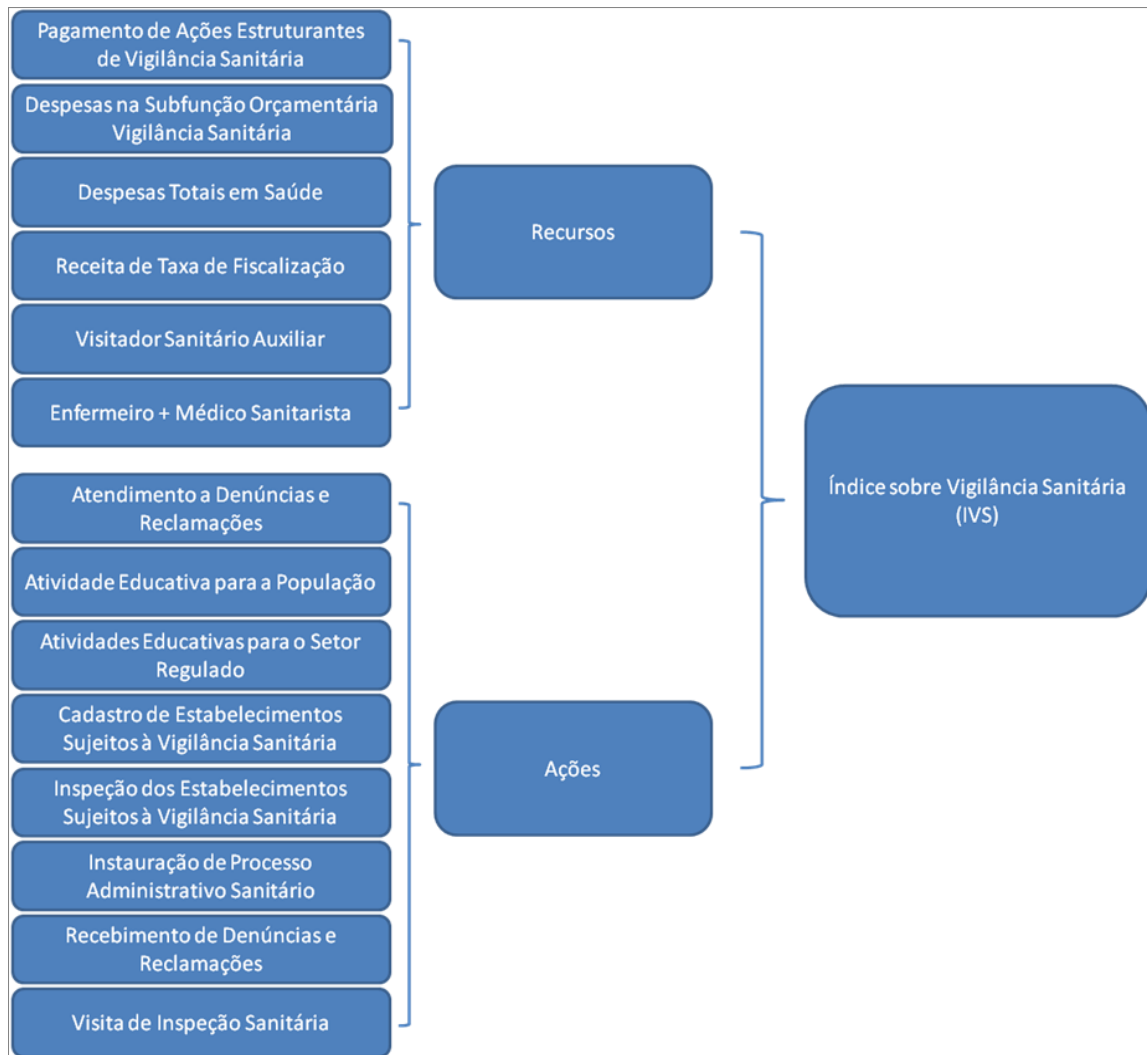


Figura 3 – Variáveis utilizadas no processo de construção do IVSM.

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

Nos dois momentos, além da análise municipal individual, a divisão regional dada pelo COAP também foi utilizada, com o objetivo de fornecer informações sobre as Regiões de Saúde do RS para a Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária.

Por se tratar de estudo que não envolve seres humanos e que emprega dados secundários provenientes de bases de dados *on-line* de acesso público, não existiu a necessidade de encaminhamento e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram organizados, analisados e apresentados a partir dos recursos disponíveis nos programas Excel[®] e Stata 13[®].

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentados os dados sistematizados acerca da capacidade econômica municipal, do financiamento da função orçamentária saúde, das despesas na subfunção orçamentária Vigilância Sanitária, das receitas de taxas de fiscalização em Vigilância Sanitária e das ações de VISA acompanhadas pelo Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no Estado do Rio Grande do Sul e a ação *Visita de Inspeção Sanitária*. Para todos os anos, a meta municipal do Indicador 41 é realizar 100% das ações de VISA consideradas necessárias para os municípios, enquanto que a meta estadual é ter 100% dos municípios realizando as 7 ações acompanhadas. Para consulta, no APÊNDICE 3 estão disponíveis as tabelas com os valores referentes ao que está disposto nos gráficos que seguem.

O RS, com a emancipação de Pinto Bandeira em 2013, é composto por 497 municípios, dos quais 227 (45,8%) com até 5.000 habitantes (Grupo A), mas apenas 6,3% da população total do Estado. Porto Alegre, único município com mais de 500.001 habitantes (Grupo G), é o local de residência de 13,2% da população do RS. A disposição populacional do Estado mostra que municípios com populações maiores de 20.001 habitantes (Grupos D, E, F e G) representam apenas 20,1% do total dos municípios, mas concentram maior parte da população (78,6%), já que 79,9% são municípios com populações menores de 20.000 habitantes (Grupos A, B e C), mas concentram apenas 21,4% da população. Maiores detalhes da distribuição da população do RS encontram-se abaixo, na Tabela 2.

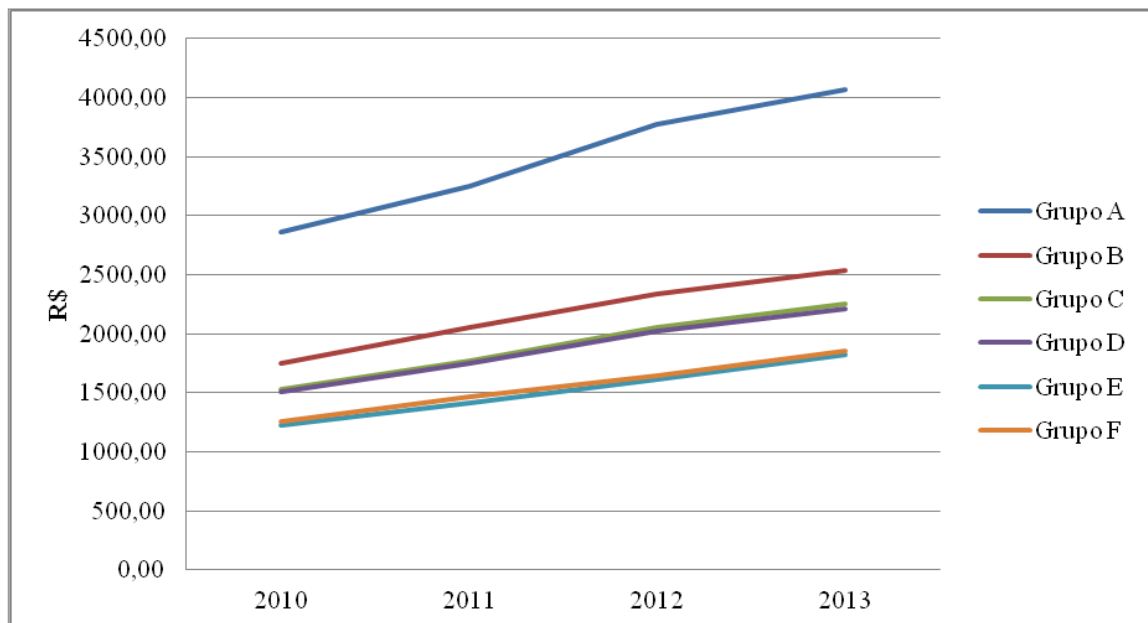
Tabela 2 – Disposição Populacional nos Municípios, RS, 2010

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

Fonte: DATASUS e IBGE

O Gráfico 1 mostra a variação *per capita* das *Receitas Correntes Líquidas* conforme os grupos populacionais dos municípios. É possível verificar que os Grupos E e F foram aqueles que tiveram maior incremento *per capita* das Receitas Correntes Líquidas (50,2% e 48,1%, respectivamente), enquanto Porto Alegre o menor (38,1%). Ao considerar o valor nominal, o Grupo A foi o que apresentou maior diferença, com R\$ 1.209,53 de aumento. Ao considerar o Estado, a variação percentual foi de 45,6% e a nominal de R\$ 690,28.

Gráfico 1 – Receitas Correntes Líquidas per capita, Municípios, RS, 2010-2013

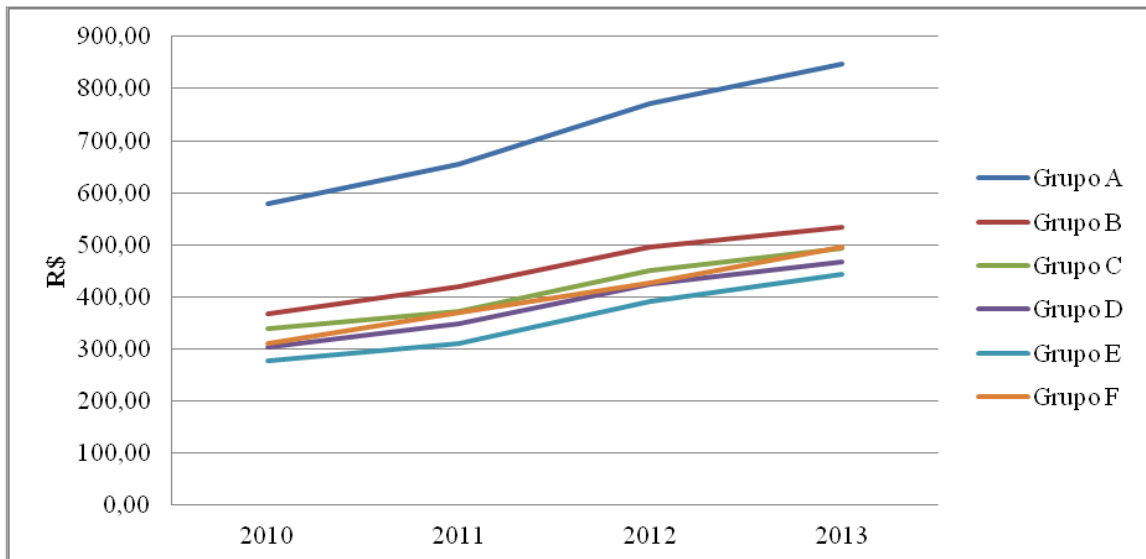


Fonte: FEE

O Gráfico 2, mostra a evolução das *Despesas Totais em Saúde* para o período 2010-2013. Os Grupos de municípios E e F também foram aqueles que apresentaram maior diferença percentual de despesas (60,6% e 60,1%, respectivamente), enquanto o Grupo B teve

apenas 45,2% de variação. Porto Alegre, nominalmente, foi quem teve maior variação (R\$ 272,70) entre as despesas em saúde. O Grupo A dispndia em 2010, por habitante, 57% a mais que o Grupo B em saúde, e essa diferença aumentou para 58,9% em 2013. A variação percentual foi de 53,8% para a totalidade dos municípios do RS.

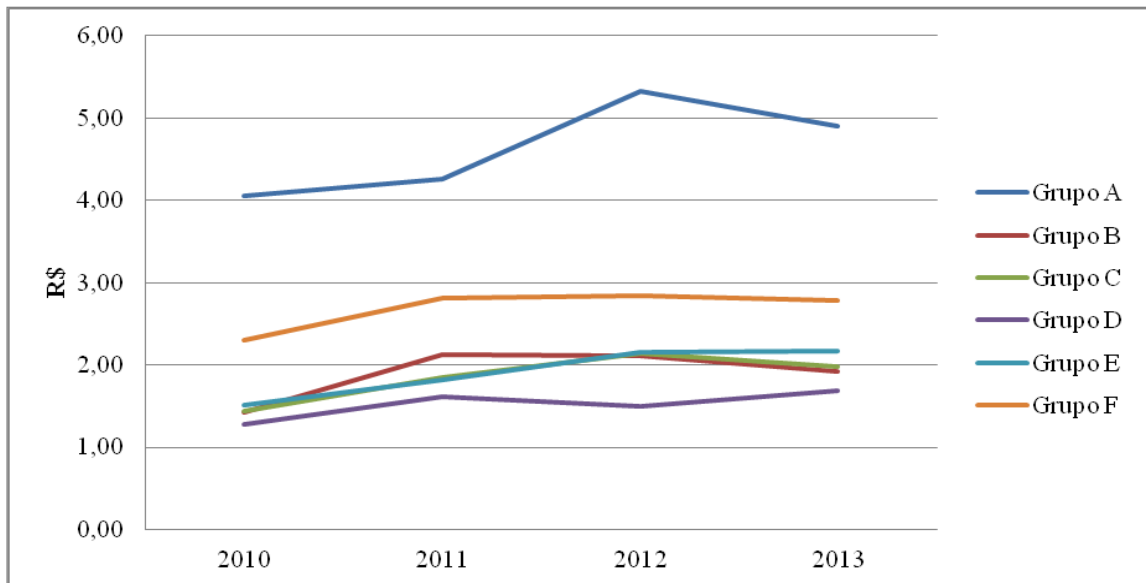
Gráfico 2 – Despesas Totais em Saúde per capita, Municípios, RS, 2010-2013



Fonte: SIOPS

O gráfico 3 corresponde às *Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária*. O Grupo A, ao mesmo tempo que apresenta os maiores percentuais de municípios com valores nulos para despesas nessa subfunção para o período (40,1% em 2010; 42,3% em 2011; 43,2% em 2012 e 40,5% em 2013), tem as maiores despesas *per capita* na subfunção orçamentária VISA (R\$ 4,05 em 2010; R\$ 4,26 em 2011; R\$ 5,33 em 2012 e R\$ 4,91 em 2013). A maior variação percentual, contudo, foi no Grupo E, com 43,8%, enquanto que a nominal em Porto Alegre, com R\$ 1,62 *per capita*. Em média, o RS apresentou uma variação percentual de despesa na Subfunção VISA de 33,8% e nominal de R\$ 0,68 (de R\$ 2,01 em 2010 para R\$ 2,69 em 2013).

Gráfico 3 – Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2013

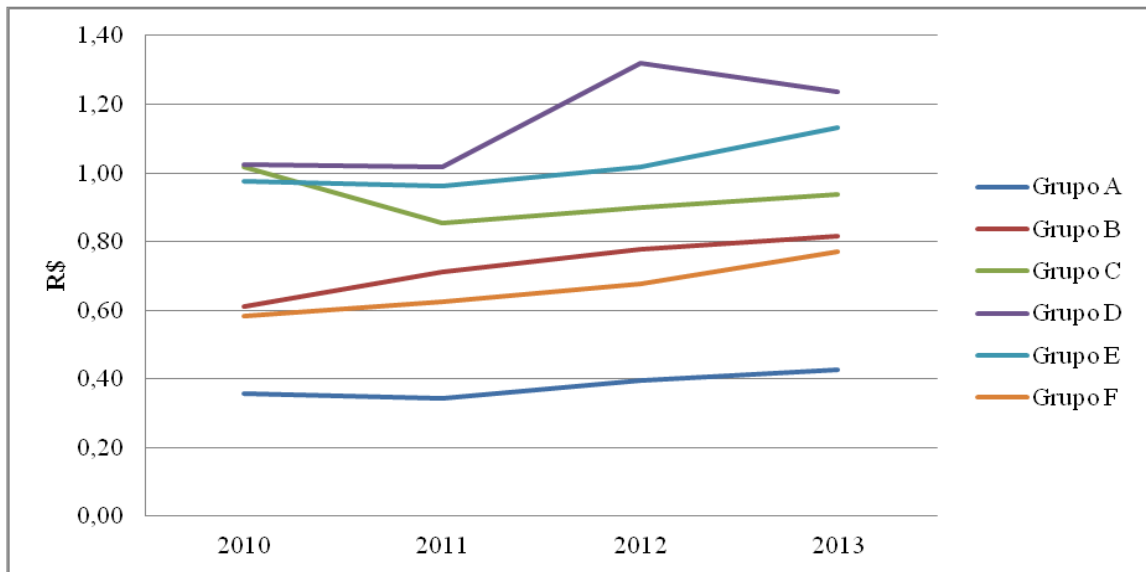


Fonte: SIOPS

Conforme demonstra o Gráfico 4, em termos *per capita*, as receitas advindas da arrecadação de Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária são mínimas. No que tange à gestão descentralizada da VISA, contudo, a arrecadação de taxas de fiscalização de VISA decorre do exercício do “poder de polícia” tipicamente atribuído à autoridade sanitária local (ROSA et al. 2014). O Grupo B e o Grupo F foram aqueles que apresentaram os maiores incrementos percentuais e nominais de arrecadação (33,9% e 32,2%; R\$ 0,21 e R\$ 0,19, respectivamente), enquanto o Grupo C apresentou uma variação negativa de 7,8%. O Grupo D, por sua vez, é o que apresentou os maiores valores nominais durante o período (R\$, 1,02 em 2010 e em 2011; R\$ 1,32 em 2012 e R\$ 1,24 em 2013) e, em termos percentuais, o que tem o menor número de municípios com valores nulos em seus relatórios financeiros. Porto Alegre, capital do Estado e único município componente do Grupo G, arrecadou apenas R\$ 461,50 em 2010 o que, em termos *per capita*, representa R\$ 0,0003.

O Grupo A, que apresentou os maiores valores nominais *per capita* para Receitas Correntes Líquidas, Despesas Totais em Saúde e Despesas na Subfunção Orçamentária VISA, para as Receitas de Taxas de Fiscalização em VISA foi o que apresentou os menores valores e os maiores percentuais de municípios com valores nulos em seus relatórios financeiros.

Gráfico 4 – Receitas de Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2013



Fonte: FEE

Conforme disposto na Tabela 3, as Receitas Correntes Líquidas apresentam grande fator de correlação com as Despesas Totais em Saúde e com as Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária – na medida em que as Receitas aumentam, as Despesas Totais e na Subfunção Orçamentária VISA também aumentam. Por outro lado, as Receitas Correntes Líquidas apresentam baixo fator de correlação com as Receitas de Taxas Fiscalização de VISA (entre $r=0,22$ e $r=0,25$), de forma muito semelhante com a encontrada por Rosa et al. (2014).

Diferentemente das Receitas Correntes Líquidas e das Despesas Totais em Saúde, as Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária e as Receitas de Taxas de Fiscalização de VISA são os dados que apresentam o maior número de registros zerados nos relatórios municipais. A primeira com 37,9% em 2010, 35,1% em 2011; 36,7% em 2012 e 34,9% em 2013 dos municípios sem registros, enquanto que a segunda com 36,5% em 2010; 35,5% em 2011; 29,6% em 2012; e 31,4% em 2013 dos municípios, o que pode decorrer de má classificação orçamentária, de ausência de fato gerador ou de efetiva falta de estrutura organizativa para tal tipo de arrecadação (ROSA et al. 2014). As Despesas Totais em Saúde e as Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária, por sua vez, apresentam também alta correlação, variando entre $r=0,80$ e $r=0,82$ entre 2010 e 2013.

Tabela 3 – Valores resultantes das correlações entre a Capacidade Econômica Municipal e Despesas em Saúde

	2010	2011	2012	2013
Receitas Correntes Líquidas e Despesas Totais em Saúde	0,99	0,99	0,99	0,99
Receitas Correntes Líquidas e Despesas na Subfunção Orçamentária VISA	0,83	0,83	0,82	0,81
Receitas Correntes Líquidas e Receitas de Fiscalização de VISA	0,22	0,24	0,22	0,25
Despesas Totais em Saúde e Despesas na Subfunção Orçamentária VISA	0,82	0,82	0,81	0,80

Fonte: SIOPS e FEE

O Instrutivo para preenchimento das ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS (APÊNDICE 2), que tem como objetivo orientar os serviços de VISA Estaduais e Municipais no preenchimento dos procedimentos de VISA no Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) para alimentação do SIA/SUS, conforme Portarias nº 3.252/2009 e nº 1.106/2010, trata da descrição dos procedimentos e das instruções para correta alimentação da base de dados. Entre as 43 ações dispostas no instrutivo, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RS elencou 7 ações para acompanhar por serem consideradas necessárias a todos os municípios e criou o Indicador 41 para tanto.

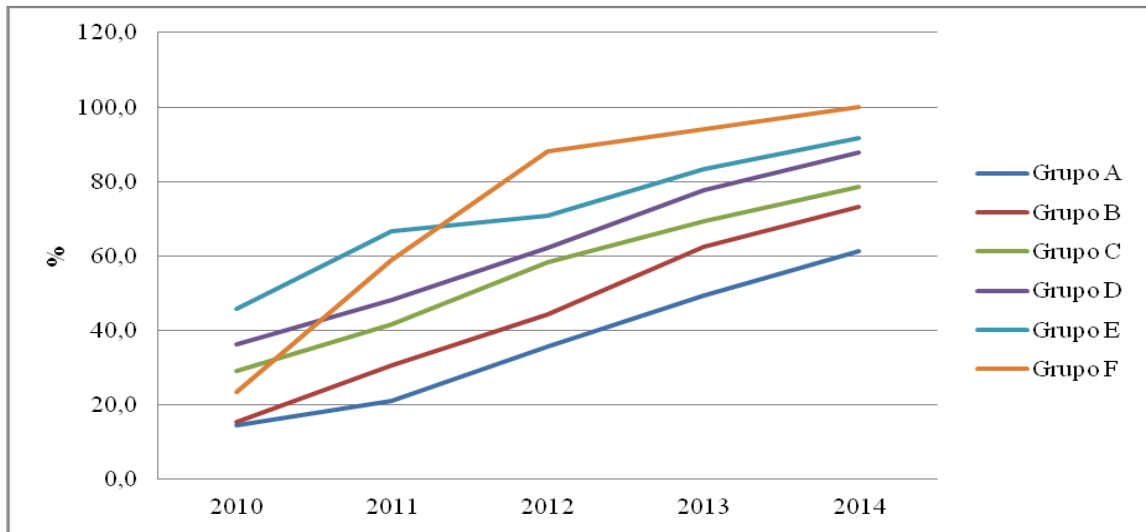
As ações acompanhadas pelo Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 são:

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

A seguir, tais ações serão apresentadas juntamente com a ação *Visita de Inspeção Sanitária* e com o percentual de municípios que as realizou ano-a-ano.

Durante o período 2010-2014, conforme pode ser visto no Gráfico 5, o número de municípios do RS que realizam a ação de *Atendimento a Denúncias e Reclamações* aumentou. Em 2010, 392 municípios não apresentaram registros nessa atividade, reduzidos a 139 em 2014. O Grupo F foi o único que atingiu 100% de seus municípios realizando a atividade, enquanto que o Grupo A é o que contém o maior número percentual de municípios sem registros, com 38,8%. Porto Alegre não apresentou registro dessa ação em 2010; apenas 1 em 2011; 2.892 em 2012; 8.851 em 2013 e 5.848 em 2014.

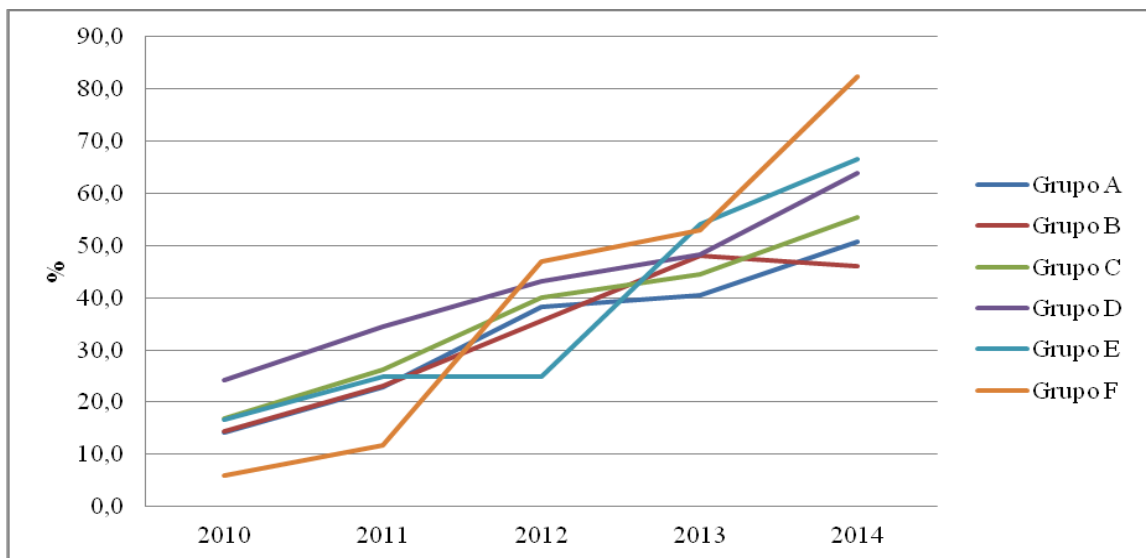
Gráfico 5 – Atendimento a Denúncias e Reclamações, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

A exemplo da ação anterior, durante o período, mais municípios passaram a ter em seus registros no BPA ações de *Atividade Educativa para a População*. O Grupo F é aquele que tem o maior percentual de municípios que realizam tal atividade (82,4%), ao passo que o Grupo B é o que tem o menor (46,2%). Ao considerar o total de municípios, 419 não realizavam ações em 2010, mas reduziu-se a 229 municípios em 2014. Em Porto Alegre nenhuma atividade foi realizada em 2010 e 2011; 124 em 2012; 110 em 2013 e 1.214 em 2014.

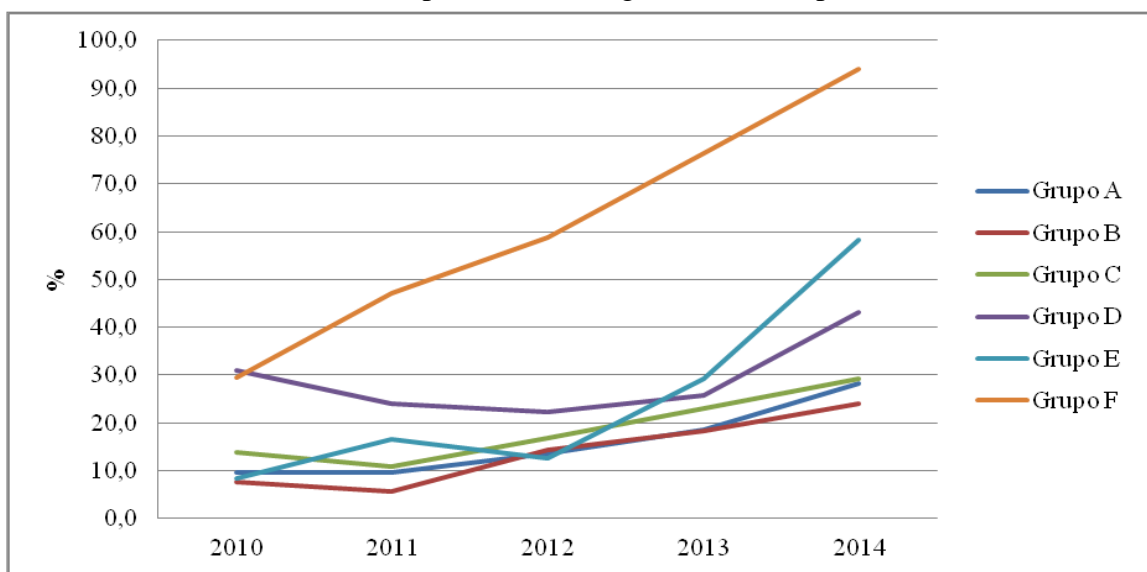
Gráfico 6 – Atividade Educativa para a População, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

No que tange às *Atividades Educativas para o Setor Regulado*, ao final do período, o Grupo B apresenta o menor percentual de municípios com registros (24%), e o Grupo F o maior (94,1%). Em 2010 eram 432 municípios sem esse tipo de ação, passando a 332 em 2014. Nos últimos 2 anos, o Grupo E teve uma queda percentual bastante acentuada, restando 41,7% dos municípios ainda sem o registro de tal ação. Porto Alegre, por sua vez, não apresentou registros para os anos de 2010 e 2011, aumentando progressivamente no triênio seguinte: 148 em 2012, 337 em 2013 e 637 em 2014.

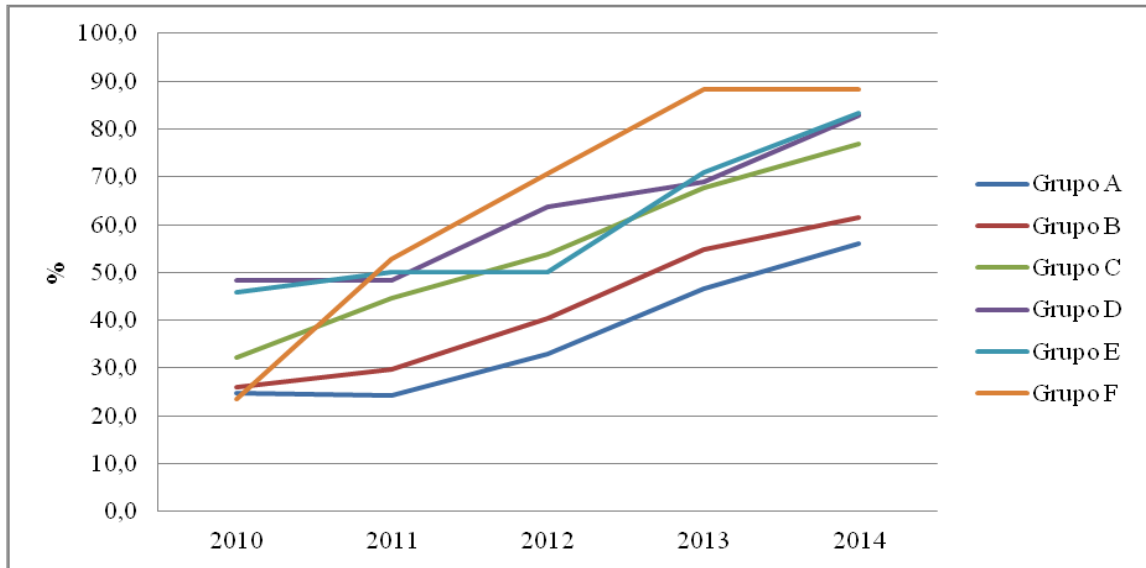
Gráfico 7 – Atividades Educativas para o Setor Regulado, Municípios, RS 2010-2014



Fonte: DATASUS

O Grupo F, que em 2010 era aquele que tinha o menor percentual de municípios com a prática da ação de *Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária*, em 2014 foi o que apresentou o maior percentual (88,2%). Os Grupo D e E tem percentuais semelhantes (82,8% e 83,3% respectivamente), de municípios que realizam a ação, enquanto que os Grupos A e B tem os menores percentuais de municípios que a realizam (55,9% e 61,5%, respectivamente). Em 2010, 349 municípios não realizavam essa ação, reduzidos para 171 municípios em 2014. A capital estadual apresentou registros dessa atividade apenas para os anos do triênio 2012-2014.

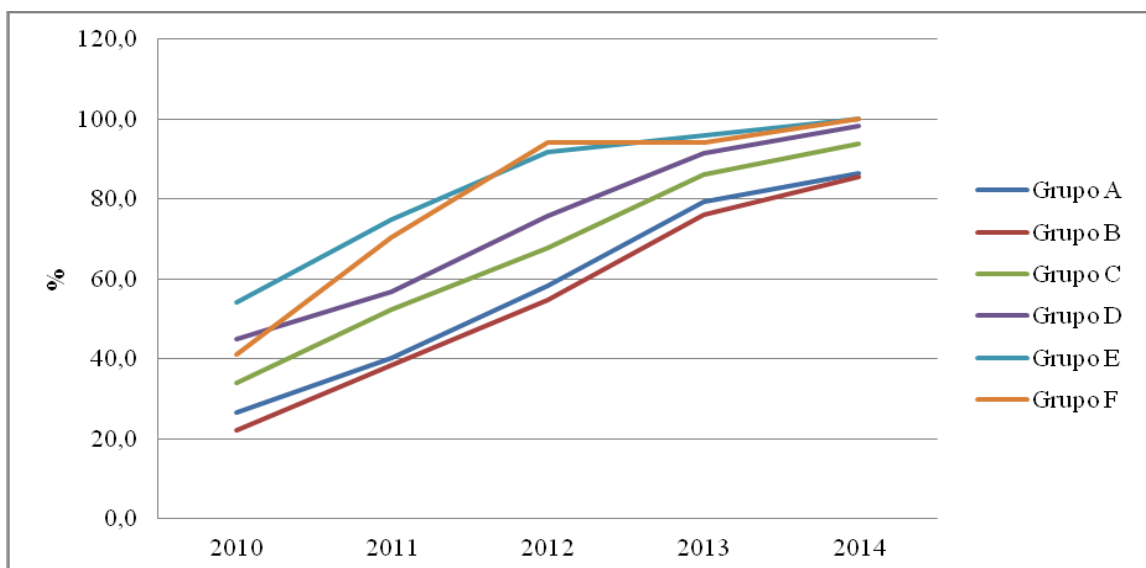
Gráfico 8 – Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

A ação de *Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária* é realizada pelo maior número de municípios – apenas 151 em 2010, passando a 445 (89,7% do total) em 2014. Os Grupos E e F tem 100% dos municípios com registros dessa ação em 2014, em contraste aos Grupos A e B, com 86,3% e 85,6%, respectivamente, dos municípios com a realização de inspeções. O município de Porto Alegre não teve registros de inspeções apenas em 2010.

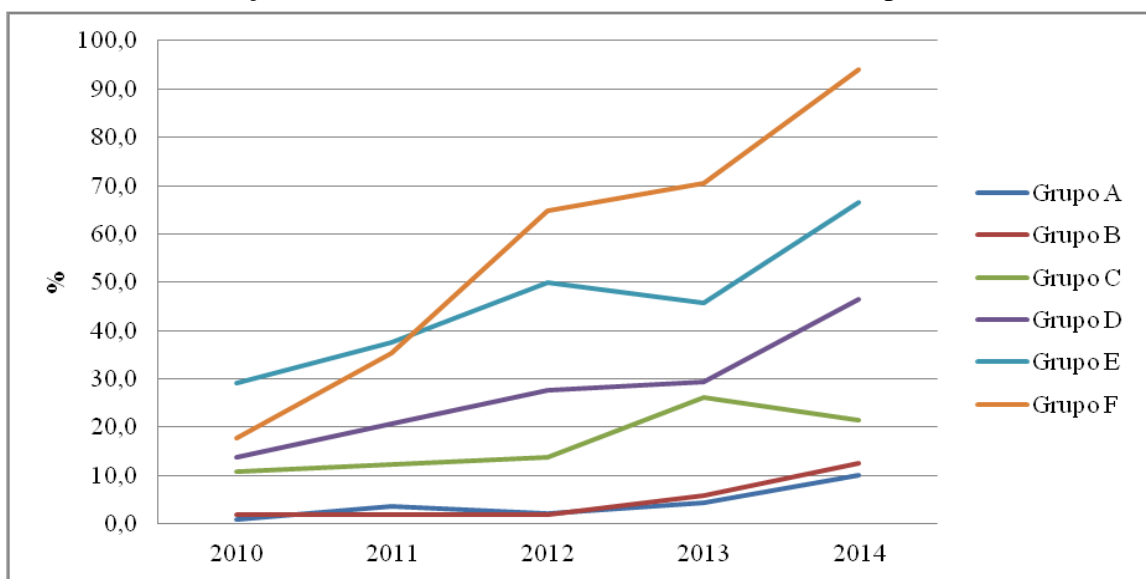
Gráfico 9 – Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

A ação de *Instauração de Processo Administrativo Sanitário* é a que tem o maior quantitativo de municípios que ainda não a realizam – eram 467 em 2010, reduzidos a 386 em 2014. Mais uma vez, o Grupo F é o que apresenta o maior percentual de municípios com essa ação (94,1%), enquanto os Grupos A e B apresentam os menores percentuais (10,1% e 12,5%, respectivamente). Aqui, caberia uma questão: esses municípios com até 10.000 habitantes não instauram processos administrativos sanitários pela falta de estrutura organizativa ou pela falta de fator gerador? Porto Alegre registrou esta ação apenas no triênio 2012-2014.

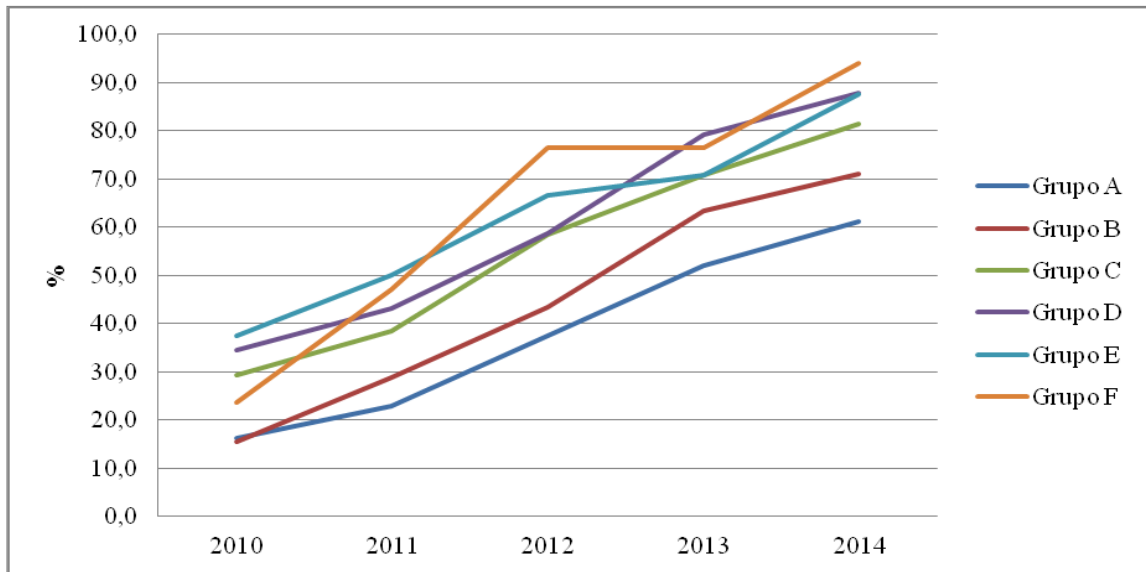
Gráfico 10 – Instauração de Processo Administrativo Sanitário, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

Por fim, a sétima ação acompanhada pelo Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no RS, o *Recebimento de Denúncias e Reclamações*. Em 2010, 391 municípios não registraram ações nessa ação, reduzidos a 141 em 2014. O Grupo F, da mesma forma como ocorreu com as ações anteriores, tem o maior percentual de municípios que realizam essa ação (94,1%), enquanto que o Grupo A tem apenas 61,2% dos municípios com registros. Para essa ação Porto Alegre não contou com registros apenas em 2010.

Gráfico 11 – Recebimento de Denúncias e Reclamações, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

Se acompanhado desde 2010, o Indicador 41 teria nesse ano apenas 4 municípios com 100% das ações realizadas – Canela, Jaguarão, Porto Xavier e Taquara – e outros 22 com 6 das 7 ações. No triênio 2011-2013 seriam respectivamente 8, 12 e 24 municípios com 100% das ações realizadas, subindo para 53 municípios em 2014 e outros 76 com 6 das 7 ações realizadas.

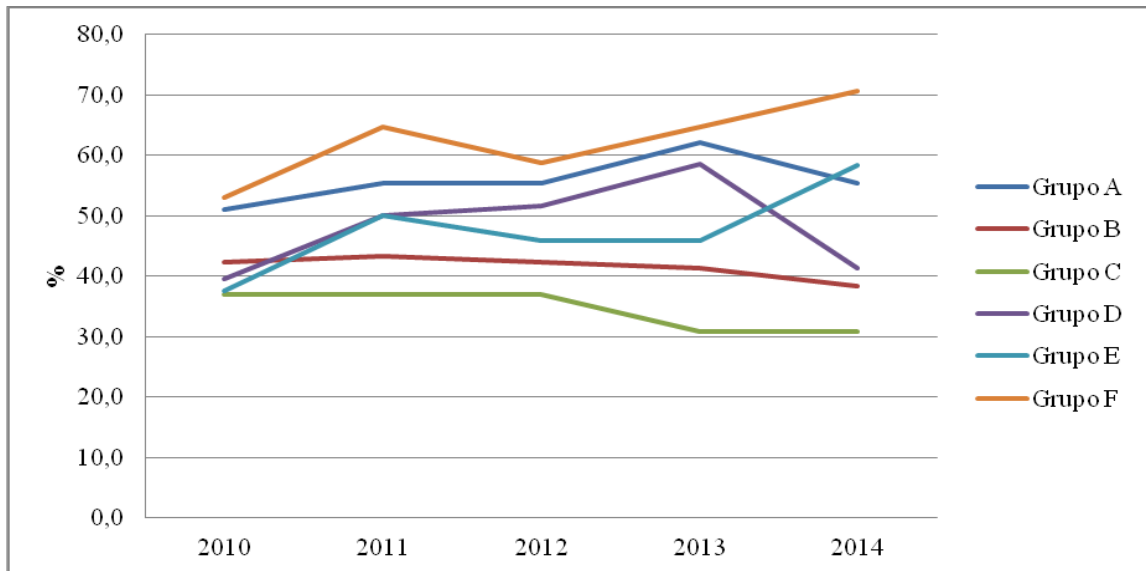
No âmbito das Regiões de Saúde, no ano de 2013, as Regiões Vale do Gravataí, Caxias e Hortênsias e Uva e Vale, com 33,3%, 33,3% e 25% dos municípios com 100% das ações, respectivamente, foram aquelas com melhores percentuais. Em 2014, as Regiões Vale do Gravataí, Caxias e Hortênsias e Vale dos Sinos, com 50%, 50% e 46,7% dos municípios realizando todas as ações acompanhadas, respectivamente, obtiveram os melhores resultados, enquanto que as Regiões Entre Rios, Sete Povos das Missões, Portal das Missões, Alto Uruguai Gaúcho e Campos de Cima da Serra não apresentam qualquer município que realiza 100% das 7 ações.

Os municípios Aceguá, Anta Gorda, Araíba, Arroio do Sal, Barão do Triunfo, Barra do Quaraí, Boa Vista do Sul, Boqueirão do Leão, Butiá, Chuí, Chuvisca, Dois Lajeados, Hulha Negra, Lagoa Bonita do Sul, Lavras do Sul, Maçambará, Mariana Pimentel, Paraíso do Sul, Piratini, São Sebastião do Caí e Sertão Santana não apresentaram registros para nenhuma das 7 ações de VISA em nenhum dos anos acompanhados.

A ação de *Visita de Inspeção Sanitária* não é definida e descrita no Instrutivo para preenchimento das ações de Vigilância Sanitária no SIA/SUS. Em busca de uma definição ou

dos objetivos específicos de tal ação, nada foi encontrado. Apenas em CONASS (2007, p. 42) há uma definição para a Inspeção Sanitária – atividade de avaliação que consiste em observar uma realidade, comparar com o ideal estabelecido, emitir um julgamento sobre o que foi observado e adotar medidas a partir desse julgamento. Nota-se que essa ação, ao contrário das anteriores, seja por alguma especificidade sua, seja por não estar no grupo de ações acompanhadas, apresentou menor redução de municípios que não realizavam tais ações durante o período – passou de 270 em 2010 para 259 em 2014. Porto Alegre apresenta registros de Visitas de Inspeção Sanitária para todos os anos, enquanto que apenas 30,8% dos municípios do Grupo C e 38,5% do Grupo B realizam tais visitas. O Grupo F, por sua vez, é aquele que tem o maior percentual, com 70,6% dos municípios com registros.

Gráfico 12 – Visita de Inspeção Sanitária, Municípios, RS, 2010-2014

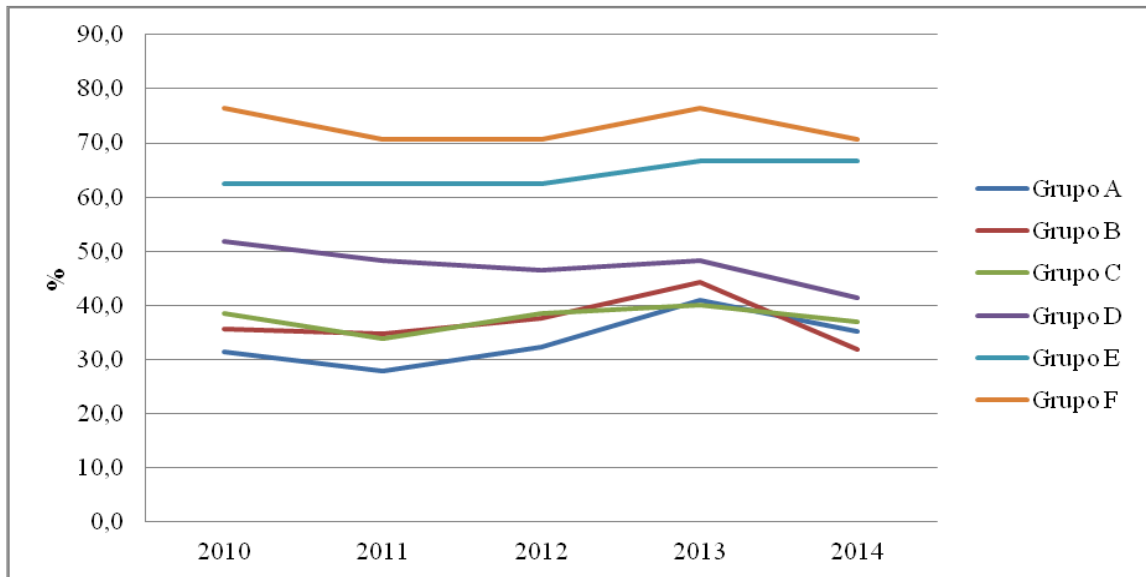


Fonte: DATASUS

Como forma de verificar a *existência de recursos humanos na atuação da VISA*, foram coletados dados sobre Visitador Sanitário Auxiliar, Enfermeiro e Médico Sanitário no sítio eletrônico do DATASUS. A busca pelo cargo de Fiscal Sanitário não encontrou registros.

Com exceção dos Grupos A e E, conforme o Gráfico 13, os demais grupos tiveram seus percentuais de municípios sem o trabalhador *Visitador Sanitário Auxiliar* aumentados. Os Grupos E e F são aqueles que apresentam os maiores percentuais de municípios com esse trabalhador (66,7% e 70,6%, respectivamente), enquanto que o Grupo B o menor, com 31,7%.

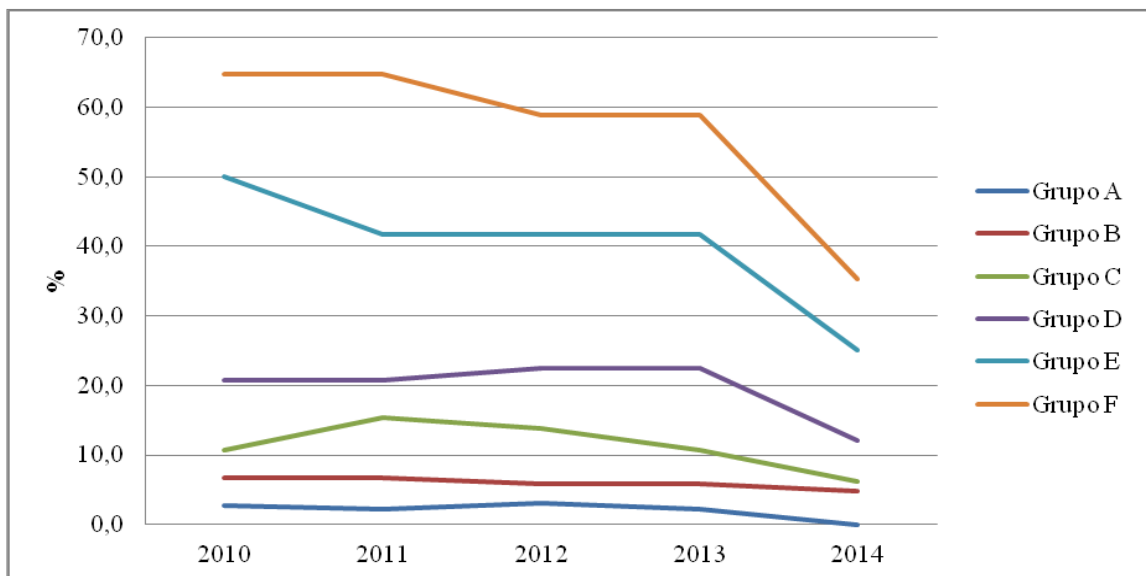
Gráfico 13 – Visitador Sanitário Auxiliar, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

Quando são contabilizados os municípios que contam com enfermeiro e médico ou enfermeiro ou médico nos seus quadros de funcionários, são encontrados apenas 56 municípios em 2014. Todos os grupos de municípios tiveram seus percentuais diminuídos principalmente em 2014. O Grupo A, em 2014, não apresentou nenhum município com qualquer um desses profissionais por pelo menos 1 mês em seu quadro de trabalhadores. O Grupo F, por sua vez tem 35,3% dos seus municípios sem esses profissionais, enquanto que Porto Alegre teve em seu quadro médicos e enfermeiros para os 5 anos analisados.

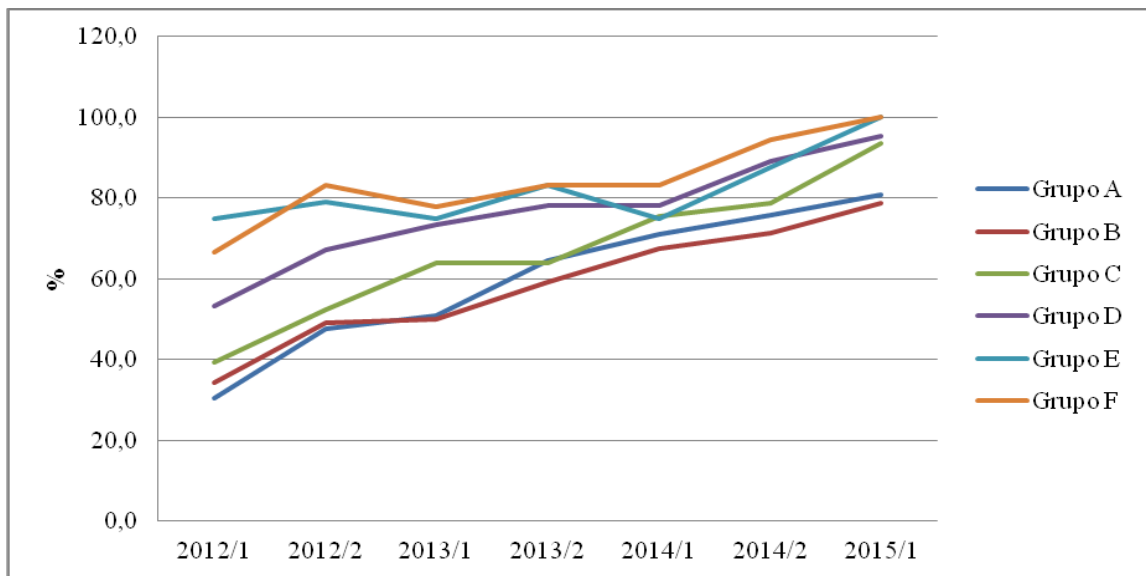
Gráfico 14 – Enfermeiro + Médico Sanitarista, Municípios, RS, 2010-2014



Fonte: DATASUS

O Gráfico 15 dispõe do percentual de municípios que receberam os *recursos financeiros do componente Vigilância Sanitária por regular envio de dados* para o SIA/SUS a cada semestre. É possível verificar que ao longo do período estudado, os municípios do RS, de modo geral estão, cada vez mais, enviando de forma regular os dados da produção de ações e serviços para o SIA/SUS. Os Grupos E e F conseguiram que 100% dos seus municípios mantivessem regulares os envios de dados para o SIA/SUS no último levantamento. Os Grupos A e B são aqueles que ainda apresentam muitos municípios com suspensão de recursos (19,1% e 21,3%, respectivamente), enquanto que os Grupos C e D, segundo a Portaria nº 179/2015 ainda apresentam 4 e 3 municípios, respectivamente, em situação irregular de registro. Porto Alegre teve recursos suspensos apenas nos dois primeiros levantamentos.

Gráfico 15 – Municípios que recebem Recursos Financeiros do Componente Vigilância Sanitária por regular envio de dados para o SIA/SUS, Municípios, RS, 2012-2015



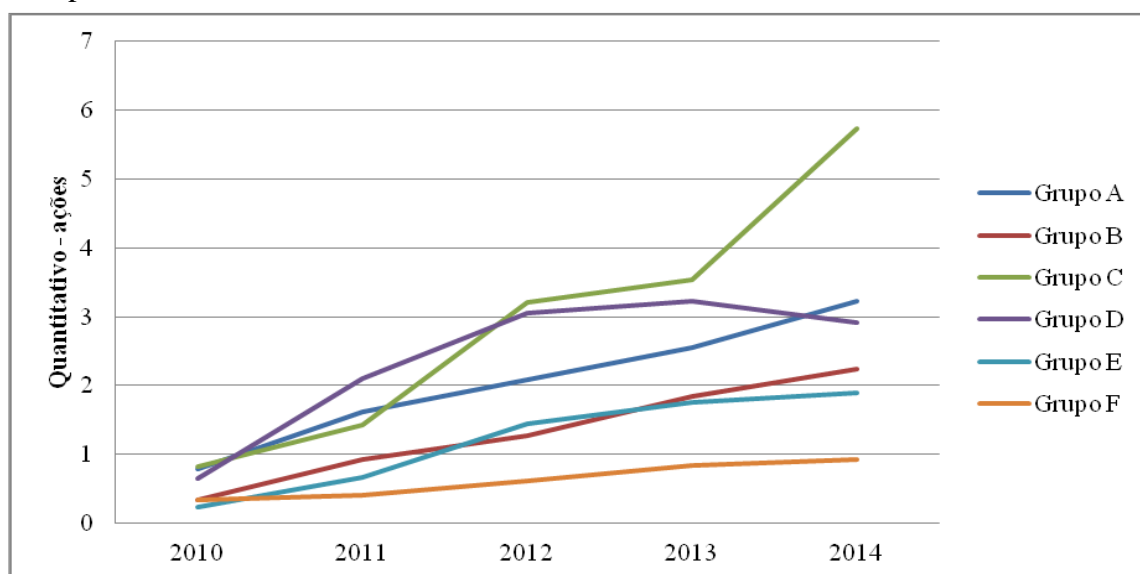
Fonte: FNS

Ressalta-se que tanto o Ministério da Saúde, a partir da suspensão da transferência de recursos, como a SES do RS, a partir da verificação do Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, acompanham apenas o preenchimento ou não dos relatórios das ações de VISA. Tal acompanhamento é uma atividade muito limitada, pois não alcança aspectos da qualidade do preenchimento da base de dados, da situação ou das ações de VISA. É preciso ainda, considerar que 66,8% dos municípios do RS tem até 10.000 habitantes e que nesses municípios, muito provavelmente, não exista demanda mensal para todas as 7 ações elencadas.

Em um esforço de ultrapassar o simples exercício de acompanhamento do preenchimento ou não dos relatórios de VISA, a seguir serão apresentadas as médias *per capita* – por 1.000 habitantes – das ações de VISA de cada grupo de municípios agrupados conforme seus portes populacionais.

O Gráfico 16 contém a *média de ações Atendimentos a Denúncias e Reclamações per capita* para cada grupo de municípios. Os Grupos C e A são aqueles que têm as maiores médias de ações (5,74 e 3,22 ações por 1.000 habitantes, respectivamente). Os Grupos F e E, por sua vez, foram aqueles com as menores médias, 0,93 e 1,89 ações. Porto Alegre, em 2014, apresentou 3,97 Atendimentos a Denúncias e Reclamações por 1.000 habitantes.

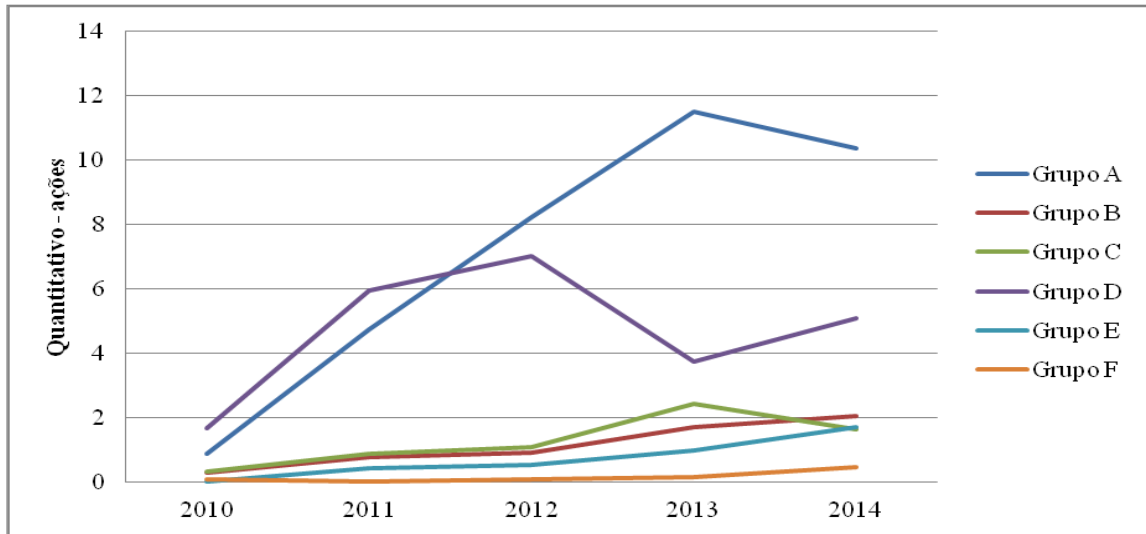
Gráfico 16 – Média de ações Atendimentos a Denúncias e Reclamações *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

A *média de ações Atividade Educativa para a População* é apresentada no Gráfico 17 e mostra que o Grupo A, à exceção do último ano, teve aumento constante ao longo dos anos nessa ação. Ao final do período analisado, o Grupo A efetuou, em média, 10,39 ações por 1.000 habitantes, enquanto que o Grupo D, com a segunda maior média, efetuou 5,08 ações. Os Grupos F, C e E, foram aqueles com as menores médias, 0,45, 1,64 e 1,70 ações por 1.000 habitantes. A capital do Estado do RS registrou ações apenas no último triênio e, em 2014, realizou 0,82 ações de Atividade Educativa para a População para cada 1.000 habitantes.

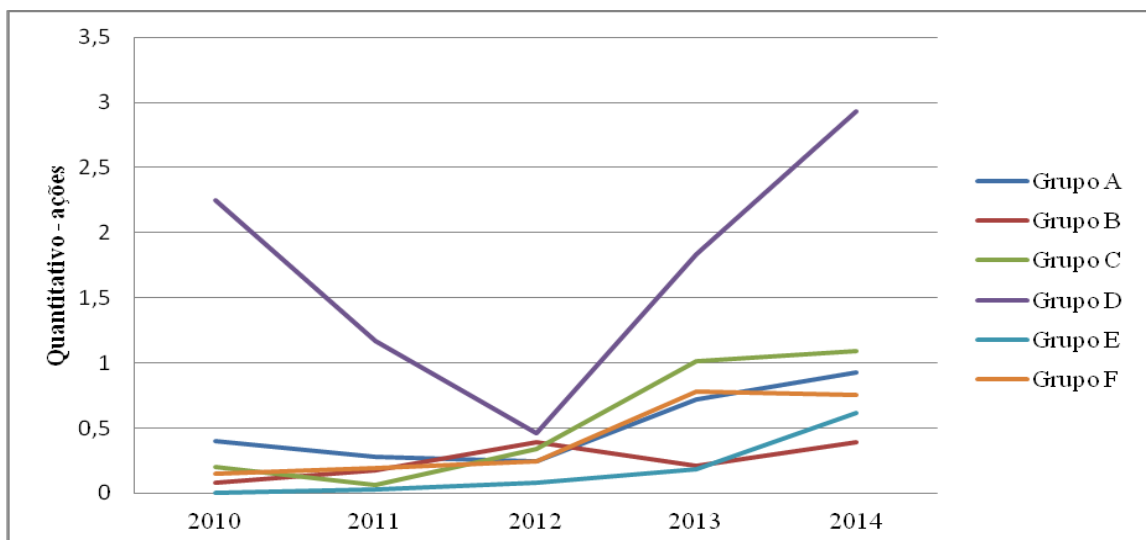
Gráfico 17 – Média de ações Atividade Educativa para a População *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

No que tange à *média de ações Atividades Educativas para o Setor Regulado*, o Grupo D apresenta médias inconstantes e valores médios discrepantes quando comparados com os outros Grupos. Teve queda da média durante dois anos, seguido de dois anos de elevação da média, quando em 2014 efetuou 2,93 ações. O segundo Grupo com maior média para essa ação é o C, com quase um terço de ações, 1,09 por 1.000 habitantes. Os Grupos B, E e F, são com as menores médias, com 0,39, 0,62 e 0,75 ações. Porto Alegre apresentou elevação constante no último triênio, variando de 0,10 ações em 2012 para 0,43 em 2014.

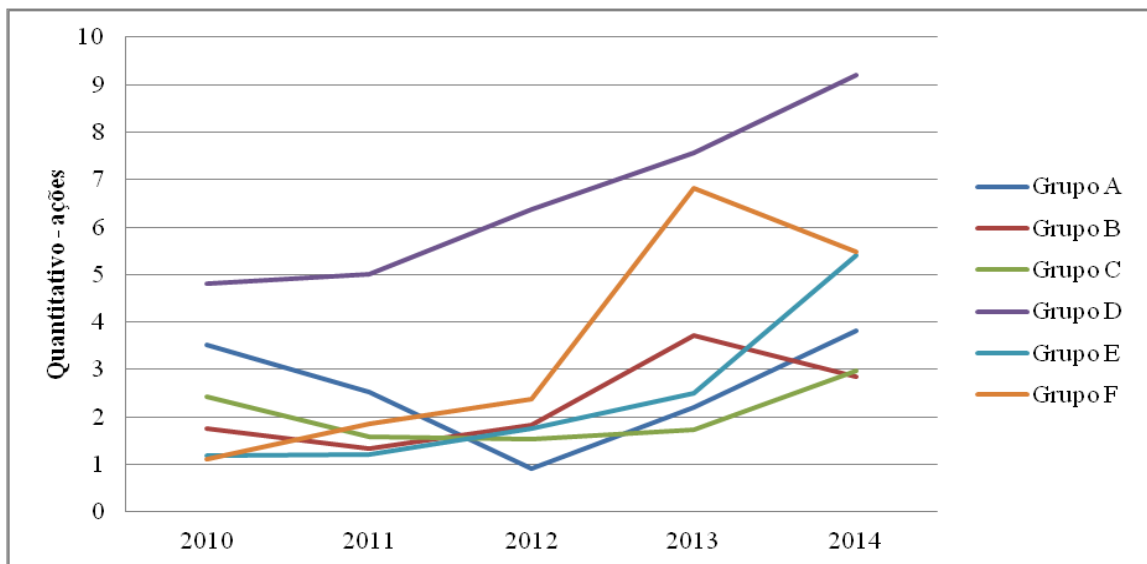
Gráfico 18 – Média de ações Atividades Educativas para o Setor Regulado *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

O Gráfico 19 dispõe dos dados que fazem referência à *média de ações Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária*. O Grupo D é aquele com a maior média para essa ação, com 9,20 Cadastros de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária para cada 1.000 habitantes em 2014. Os Grupos F e E, com médias praticamente iguais, realizaram 5,49 e 5,42 ações desse tipo respectivamente, enquanto que os Grupos B e C apresentaram 2,84 e 2,97, respectivamente. Com 0,60 ações por 1.000 habitantes no último ano do período acompanhado, Porto Alegre apresenta um quantitativo de Cadastros de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária bastante inferior quando comparado com os demais Grupos.

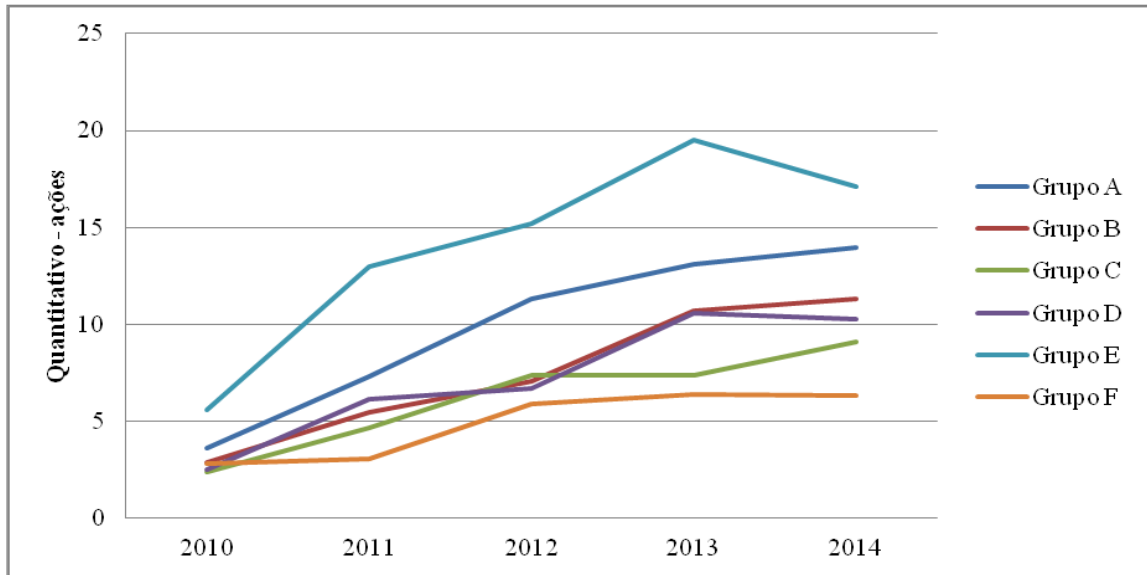
Gráfico 19 – Média de ações Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

No que tange à *média de ações Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária*, a partir do Gráfico 20, é possível verificar que todos os Grupos elevaram seus quantitativos médios dessa ação durante o período estudado. O Grupo E, seguido pelo Grupo A, com 17,13 e 13,93 ações por 1.000 habitantes, respectivamente, tiveram os maiores quantitativos médios em 2014, enquanto os Grupos F e C os menores, com 6,30 e 9,09 ações respectivamente. Porto Alegre registrou, em média, 2,18 ações de Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária por 1.000 habitantes em 2014.

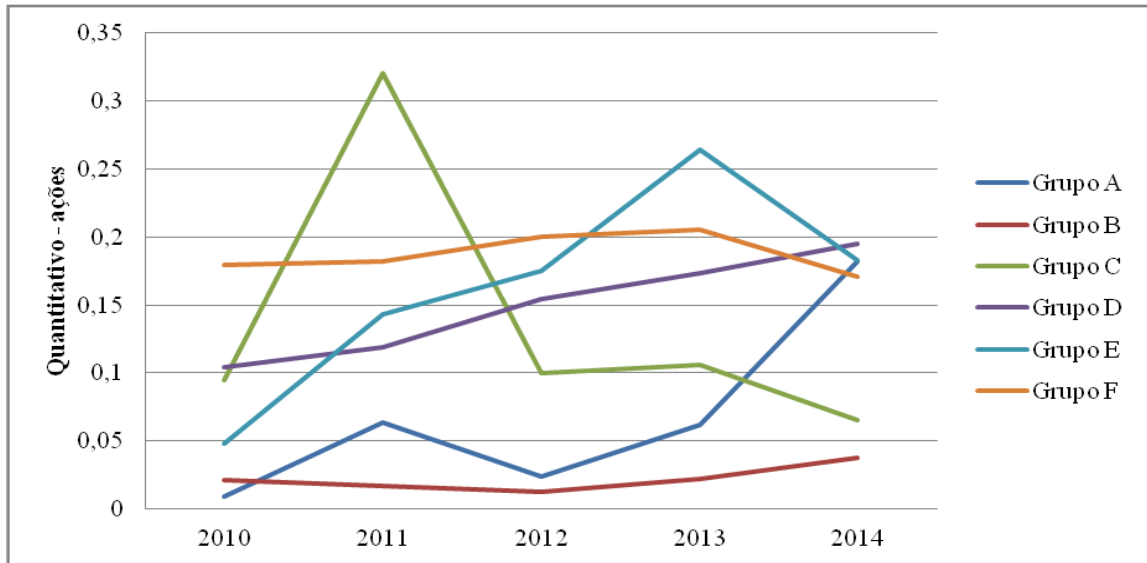
Gráfico 20 – Média de ações Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

As médias de ações *Instauração de Processo Administrativo Sanitário* por 1.000 habitantes foram as menores quando comparadas com as outras ações. A partir do Gráfico 21, é possível verificar que o Grupo C apresenta certa inconstância nas médias durante o período e que os Grupos D, A, E e F tem valores médios muito próximos (0,19, 0,18, 0,18 e 0,17 ações respectivamente). Os Grupos B e C, com 0,04 e 0,07, respectivamente, são aqueles com as menores médias. Essa é única ação em que Porto Alegre apresenta um quantitativo médio superior aos outros Grupos, com 0,54 ações de *Instauração de Processo Administrativo Sanitário* por 1.000 habitantes.

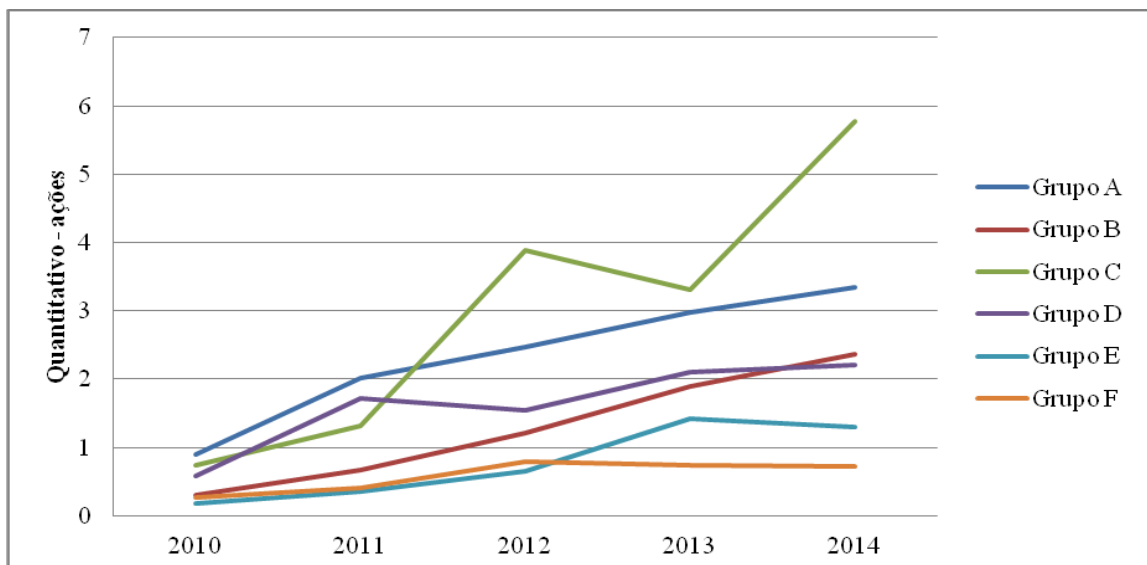
Gráfico 21 – Média de ações Instauração de Processo Administrativo Sanitário *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

O Gráfico 22 contém dados sobre as *médias de ações Recebimento de Denúncias e Reclamações* e mostra que o Grupo C, a partir de 2012, apresentou quantitativos médios dessa ação superiores aos dos outros Grupos. Em 2014, o Grupo C, seguido do Grupo A foram aqueles com as maiores médias (5,78 e 3,35 ações por 1.000 habitantes, respectivamente), enquanto que os Grupos F e E, com 0,72 e 1,30 ações, as menores. Porto Alegre, com 4,14 ações desse tipo ficou com uma média de ações por 1.000 habitantes próxima ao do Grupo C.

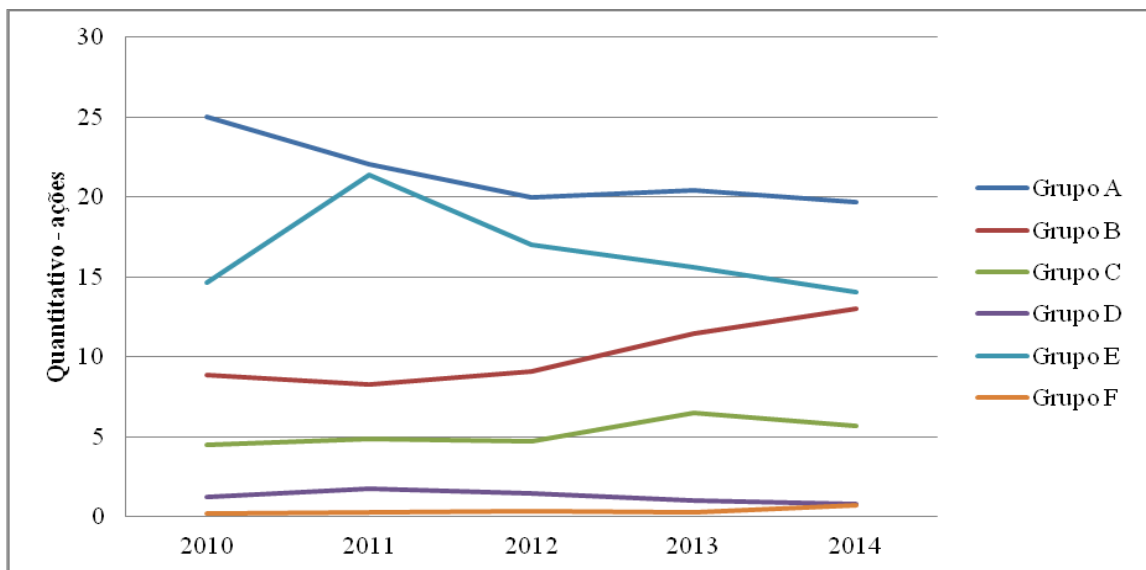
Gráfico 22 – Média de ações Recebimento de Denúncias e Reclamações *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Por fim, a *média de ações Visita de Inspeção Sanitária* teve os Grupos A e E com os maiores quantitativos por 1.000 habitantes (19,70 e 14,02, respectivamente) em 2014. Com apenas 0,70 e 0,74 ações médias de Visita de Inspeção Sanitária por 1.000 habitantes, os Grupos F e D, respectivamente, foram aqueles com os menores quantitativos ao final do período analisado. Com uma média ainda menor, Porto Alegre apresentou 0,62 ações de Visita de Inspeção Sanitária por 1.000 habitantes em 2014.

Gráfico 23 – Média de ações Visita de Inspeção Sanitária *per capita*, Municípios, RS, 2010-2014



Quantitativo de ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

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

A seguir, nas Tabelas 4, 5, 6 e 7 serão apresentados os municípios ordenados conforme o índice acumulado para cada ano a partir da média ponderada das dimensões Recursos e Ações. No APÊNDICE 4, está disponível um correlograma das variáveis utilizadas para a confecção do IVSM. A partir do correlograma, é possível verificar que as variáveis, com exceção das “*Recebimento de Denúncias e Reclamações*” e “*Atendimento a Denúncias e Reclamações*”, e das “*Pagamento de Ações Estruturantes*” e “*Despesas Totais em Saúde*”, das dimensões Ações e Recursos respectivamente, apresentam baixas correlações entre si.

Na Tabela 4, são apresentados os 15 primeiros e últimos municípios classificados conforme as variáveis utilizadas para a composição do IVSM para o ano de 2010. Na Tabela 19 do APÊNDICE 3, é possível conferir a classificação de todos os municípios do estado do RS.

Com um índice acumulado de 0,304, Muliterno foi o município que alcançou o maior valor. Montauri e Alto Alegre, com 0,232 e 0,214 respectivamente, foram os municípios que chegaram mais próximos de Muliterno. Muliterno e Montauri, contudo, apresentaram índices na dimensão Ações baixos (0,050 e 0,077, respectivamente), que os deixa nas posições 87º e 44º nessa dimensão. Camaquã, Viamão e Capão do Leão, com índices acumulados de 0,009, 0,010 e 0,010 respectivamente, foram os municípios que alcançaram os menores índices. Porto Alegre, por sua vez, ocupou a 242º, com o índice acumulado de 0,059 – 0,087 na dimensão Recursos e 0,031 na Ações.

Ao analisar as dimensões separadamente, Muliterno, Montauri e Vanini, com 0,558, 0,388 e 0,317 (1º, 2º e 7º colocados na classificação geral) respectivamente, foram os municípios com os maiores valores na dimensão Recursos, enquanto Imbé, Colorado e Água Santa, com 0,244, 0,229 e 0,228 (15º, 9º e 4º colocados na classificação geral) respectivamente, foram apresentaram os maiores valores na dimensão Ações. Entre os 15 primeiros municípios, apenas Imbé (Grupo C) não pertence ao Grupo A, enquanto que entre os 15 últimos municípios, nenhum pertence aos Grupos A e B, 4 são do Grupo C, 4 do Grupo D, 4 do Grupo E e 3 do Grupo F.

Tabela 4 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2010

Classificação	Município	Índice Acumulado 2010	Dimensões	
			Recursos 2010	Ações 2010
1º	Muliterno	0,304	0,558	0,050
2º	Montauri	0,232	0,388	0,077
3º	Alto Alegre	0,214	0,266	0,163
4º	Água Santa	0,188	0,148	0,228
5º	Ponte Preta	0,186	0,309	0,063
6º	Dom Pedro de Alcântara	0,184	0,150	0,218
7º	Vanini	0,177	0,317	0,036
8º	Florianópolis	0,176	0,193	0,159
9º	Colorado	0,174	0,120	0,229
10º	Novo Tiradentes	0,172	0,180	0,164
11º	Vila Lângaro	0,171	0,282	0,059
12º	Sede Nova	0,170	0,116	0,224
13º	Gramado dos Loureiros	0,164	0,179	0,150
14º	Coqueiros do Sul	0,161	0,136	0,187
15º	Imbé	0,160	0,076	0,244
.
.
.
242º	Porto Alegre	0,059	0,087	0,031
.
.
.
482º	São Lourenço do Sul	0,016	0,029	0,004
483º	Nova Hartz	0,016	0,024	0,008
484º	Portão	0,015	0,029	0,002
485º	Capela de Santana	0,015	0,028	0,002
486º	São Francisco de Paula	0,015	0,029	0,001
487º	Agudo	0,015	0,028	0,002
488º	Alvorada	0,014	0,013	0,015
489º	Taquara	0,014	0,023	0,004
490º	Rio Grande	0,013	0,017	0,009
491º	São Gabriel	0,013	0,018	0,008
492º	Piratini	0,013	0,025	0,000
493º	Guafba	0,011	0,022	0,001
494º	Capão do Leão	0,010	0,016	0,004
495º	Viamão	0,010	0,017	0,003
496º	Camaquã	0,009	0,014	0,004

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Muliterno, Montauri e Dom Pedro de Alcântara, com índices acumulados de 0,295, 0,285 e 0,251 respectivamente, são os municípios que alcançaram os maiores valores (Tabela 5). Na dimensão Ações, contudo, Muliterno apresentou um valor que o deixou na 89ª

colocação. As três últimas colocações tiveram os mesmos municípios de 2010 – Camaquã (0,009), Viamão (0,009) e Capão do Leão (0,011). A capital do RS, com o índice acumulado de 0,061, ocupou a 282ª.

Muliterno, Montauri e Vanini (1º, 2º e 6º colocados na classificação geral), foram os municípios que obtiveram os maiores valores na dimensão Recursos, com 0,545, 0,394 e 0,383 respectivamente. Ao verificar a dimensão Ações, Dom Pedro de Alcântara, Água Santa e Imbé (3º, 5º e 19º colocados na classificação geral), foram os municípios com os maiores valores, 0,304, 0,276 e 0,228 respectivamente. Todos os 15 municípios melhores colocados fazem parte do Grupo A, enquanto que entre os 15 piores IVSM, temos 4 do Grupo C, 3 do Grupo D, 5 do Grupo E e 3 do Grupo F.

Tabela 5 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2011

Classificação	Município	Índice Acumulado 2011	Dimensões	
			Recursos 2011	Ações 2011
1º	Muliterno	0,295	0,545	0,046
2º	Montauri	0,285	0,394	0,176
3º	Dom Pedro de Alcântara	0,251	0,198	0,304
4º	Ponte Preta	0,214	0,376	0,051
5º	Água Santa	0,210	0,145	0,276
6º	Vanini	0,207	0,383	0,032
7º	Relvado	0,207	0,347	0,068
8º	Florianópolis	0,206	0,267	0,145
9º	Coqueiros do Sul	0,189	0,168	0,210
10º	Gramado dos Loureiros	0,189	0,217	0,161
11º	Alto Alegre	0,186	0,219	0,154
12º	Carlos Gomes	0,186	0,352	0,021
13º	Vista Alegre do Prata	0,184	0,289	0,079
14º	Engenho Velho	0,184	0,359	0,009
15º	Taquaruçu do Sul	0,182	0,176	0,189
.
.
.
282º	Porto Alegre	0,061	0,094	0,028
.
.
.
482º	Frederico Westphalen	0,018	0,030	0,006
483º	Nova Hartz	0,018	0,029	0,007
484º	Piratini	0,017	0,034	0,000
485º	Butiá	0,017	0,034	0,000
486º	Capela de Santana	0,017	0,031	0,003
487º	Canguçu	0,016	0,021	0,011
488º	Rio Grande	0,015	0,026	0,005
489º	Arroio do Meio	0,015	0,027	0,004
490º	Alvorada	0,015	0,019	0,010
491º	Taquara	0,014	0,020	0,008
492º	São Gabriel	0,014	0,024	0,005
493º	Guaíba	0,012	0,023	0,002
494º	Capão do Leão	0,011	0,018	0,004
495º	Viamão	0,009	0,017	0,001
496º	Camaquã	0,009	0,016	0,002

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

No ano de 2012, Vanini, Montauri e Muliterno foram os municípios com os maiores IVSM, com um índice acumulado de 0,268, 0,242 e 0,234 respectivamente. Na dimensão

Ações, contudo, esses municípios ocupam as modestas posições (104º, 43º e 82º respectivamente). A partir da Tabela 6, que pode ser vista de forma completa na Tabela 21 do APÊNDICE 3, os municípios com os menores IVSM foram Viamão, Sertão Santana e Capão do Leão (0,011, 0,011 e 0,012 respectivamente). Na posição 273º, Porto Alegre alcançou o índice acumulado de 0,053.

A dimensão Recursos teve os municípios Vanini, Muliterno e Montauri com os maiores índices, com 0,501, 0,424 e 0,420 respectivamente. Já Dom Pedro de Alcântara, Sede Nova e Nova Bréscia – 4º, 11º e 20º colocados na classificação geral –, em 2012, foram os municípios com os maiores índices da dimensão Ações, com 0,292, 0,273 e 0,216 respectivamente. Entre os municípios de maior IVSM, apenas um não compõe o Grupo A – Quaraí, Grupo D, enquanto 3 municípios do Grupo B, 2 do Grupo C, 3 do Grupo D, 5 do Grupo E e 2 do Grupo F estão entre aqueles de menor IVSM.

Tabela 6 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2012

Classificação	Município	Índice Acumulado 2012	Dimensões	
			Recursos 2012	Ações 2012
1º	Vanini	0,268	0,501	0,036
2º	Montauri	0,242	0,420	0,065
3º	Muliterno	0,234	0,424	0,045
4º	Dom Pedro de Alcântara	0,232	0,172	0,292
5º	Relvado	0,214	0,316	0,111
6º	Floriano Peixoto	0,206	0,231	0,181
7º	Gramado dos Loureiros	0,205	0,210	0,201
8º	Ponte Preta	0,199	0,365	0,033
9º	Quaraí	0,198	0,232	0,165
10º	Guabiju	0,198	0,389	0,008
11º	Sede Nova	0,198	0,122	0,273
12º	Engenho Velho	0,197	0,383	0,010
13º	André da Rocha	0,192	0,312	0,072
14º	Santo Antônio do Planalto	0,183	0,300	0,065
15º	Alto Alegre	0,179	0,239	0,119
.
.
.
273º	Porto Alegre	0,053	0,097	0,010
.
.
.
482º	Taquara	0,017	0,031	0,004
483º	São Francisco de Paula	0,017	0,034	0,001
484º	Caraá	0,017	0,027	0,007
485º	Guaíba	0,017	0,032	0,001
486º	Canguçu	0,017	0,023	0,010
487º	Capela de Santana	0,016	0,029	0,003
488º	São Gabriel	0,016	0,028	0,004
489º	Pedro Osório	0,016	0,030	0,001
490º	Butiá	0,015	0,030	0,000
491º	Sapucaia do Sul	0,014	0,021	0,007
492º	Camaquã	0,014	0,026	0,002
493º	Piratini	0,013	0,027	0,000
494º	Viamão	0,012	0,021	0,003
495º	Sertão Santana	0,011	0,022	0,000
496º	Capão do Leão	0,011	0,020	0,001

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Por último, na Tabela 7, que pode ser visualizada de forma completa na Tabela 22 do APÊNDICE 3, Mato Queimado, Dom Pedro de Alcântara e Montauri aparecem como os

municípios com maior IVSM (0,262, 0,252 e 0,247 respectivamente) e Capão do Leão, Pedro Osório e Viamão com menor IVSM (0,006, 0,009 e 0,010, respectivamente). Ao comparar os anos anteriores, em 2013 Porto Alegre atingiu o maior índice acumulado e a melhor colocação (0,071 e 199º respectivamente).

Ao analisar cada dimensão, Mato Queimado, Vanini e Guabiju apresentaram os maiores índices Organizacionais, com 0,454, 0,449 e 0,439 respectivamente. Na dimensão Ações, Dom Pedro de Alcântara, Imbé e Gramado (2º, 25º e 13º colocados na classificação final) alcançaram índices de 0,314, 0,248 e 0,247 respectivamente nessa dimensão. Cidreira (Grupo C) e Gramado (Grupo D) são os únicos municípios fora do Grupo A que compõem os 15 melhores colocados no ano de 2013. Entre os piores colocados, 6 municípios são do Grupo B, 3 do Grupo C, 2 do Grupo D, 2 do Grupo E e 2 do Grupo F.

Tabela 7 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, classificação dos primeiros e últimos 15 Municípios, RS, 2013

Classificação	Município	Índice Acumulado 2013	Dimensões	
			Recursos 2013	Ações 2013
1º	Mato Queimado	0,262	0,454	0,070
2º	Dom Pedro de Alcântara	0,252	0,190	0,314
3º	Montauri	0,247	0,425	0,068
4º	Vanini	0,240	0,449	0,031
5º	Novo Tiradentes	0,239	0,245	0,233
6º	Guabiju	0,225	0,439	0,011
7º	Alto Alegre	0,206	0,202	0,209
8º	Nicolau Vergueiro	0,203	0,219	0,186
9º	André da Rocha	0,201	0,304	0,099
10º	Pedras Altas	0,198	0,262	0,133
11º	Vista Alegre do Prata	0,189	0,299	0,080
12º	Cidreira	0,186	0,134	0,238
13º	Gramado	0,182	0,116	0,247
14º	Colorado	0,179	0,151	0,207
15º	Engenho Velho	0,176	0,340	0,012
.
.
.
199º	Porto Alegre	0,071	0,100	0,043
.
.
.
482º	Barão do Triunfo	0,017	0,035	0,000
483º	Caraá	0,017	0,020	0,013
484º	Guaiíba	0,016	0,031	0,001
485º	Capela de Santana	0,016	0,024	0,007
486º	Sertão Santana	0,016	0,031	0,000
487º	Butiá	0,015	0,030	0,000
488º	Bom Retiro do Sul	0,015	0,029	0,000
489º	Paraíso do Sul	0,013	0,026	0,000
490º	Camaquã	0,013	0,023	0,003
491º	Piratini	0,013	0,025	0,000
492º	Sapucaia do Sul	0,012	0,023	0,002
493º	Chuí	0,010	0,020	0,000
494º	Capão do Leão	0,010	0,016	0,004
495º	Pedro Osório	0,009	0,017	0,001
496º	Viamão	0,006	0,009	0,003

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Após apresentação dos índices ano-a-ano, os municípios Montauri, Dom Pedro de Alcântara, Vanini e Alto Alegre foram os únicos que figuraram entre os 15 primeiros

colocados em todos os anos analisados. Muliterno, que chegou a ficar na primeira colocação em 2010 e 2011, em 2013 não apareceu entre os primeiros, da mesma forma que Ponte Preta, Floriano Peixoto e Gramado dos Loureiros. Entre aqueles de menor ISVM, Piratini, Guaíba, Capão do Leão, Viamão e Camaquã apareceram nas últimas colocações durante todo o período estudado.

Se somados os índices anuais individuais dos municípios, por meio de um cálculo de média simples, podemos chegar a um IVSM acumulado para o quadriênio, o qual teria Montauri, Muliterno, Dom Pedro de Alcântara, Vanini e Alto Alegre com os maiores índices (0,252, 0,249, 0,230, 0,223 e 0,196 respectivamente). Da mesma forma, chegaríamos aos municípios com os menores índices – Guaíba, Piratini, Camaquã, Capão do Leão e Viamão –, com 0,014, 0,013, 0,011, 0,010 e 0,009 respectivamente.

Entre os municípios de maiores IVSM, Montauri é o que tem menor população estimada (1.562 habitantes) e, junto com Muliterno e Vanini, fazem parte da Região de Saúde Planalto, vizinha da Região de Saúde Botucaraí que contém o município de Alto Alegre. Dom Pedro de Alcântara é, entre os melhores colocados, o município com maior população estimada para o ano de 2014, com 2.621 habitantes. Entre os cinco municípios com os piores índices, Guaíba e Camaquã fazem parte da Região de Saúde Carbonífera Costa Doce, enquanto que Capão do Leão e Piratini fazem parte da Região de Saúde Sul.

O fato de o município possuir ou não um código de VISA próprio foi um aspecto cogitado para integrar a dimensão Recursos, porém a indisponibilidade desse dado em sistemas de informação inviabilizou tal cogitação. Mesmo assim, de forma extraoficial e a partir das CRS, descobriu-se que Bagé, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Camaquã, Camargo, Ciríaco, Dilermando de Aguiar, Feliz, Gramado, Marau, Pelotas, Porto Alegre, Santa Maria, Santo Augusto e Três Palmeiras possuem um Código de Vigilância Sanitária próprio. Já Cruz Alta, elaborou um Código de Vigilância em Saúde e todos os municípios que compõem a 18ª CRS estão em processo de regulamentação de seus códigos de VISA próprios – o mesmo ocorre com Seberi, da 19ª CRS.

Diante dos dados apresentados, foi possível verificar que o RS é composto principalmente por municípios com até 10.000 habitantes (332 municípios ou 66,9% do total, com 12,9% da população total do estado – percentual menor que a população da capital, Porto Alegre, que comporta 13,2% da população do RS). Ao analisar as *Receitas Correntes Líquidas*, as *Despesas Totais em Saúde* e as *Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária*, os municípios dos Grupos A e B foram aqueles com os maiores valores *per capita*. O mesmo, contudo, não ocorreu naqueles itens que exigiam maior estrutura organizacional –

existência de *recursos humanos na atuação da VISA e Receitas de Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária*. Nesses casos, aqueles grupos de municípios de maior população apresentaram as maiores médias. Tais verificações podem denunciar a inexistência ou a precária existência de estrutura específica de VISA nos pequenos municípios, com até 10.000 habitantes.

Quando são acompanhadas as ações que compõem o Indicador 41, é possível verificar que para todas elas, o Grupo A ou o Grupo B são aqueles que apresentam o maior número de municípios que não realizaram a ação em questão. Por outro lado, o Grupo F é aquele que mais se aproxima dos 100% dos municípios que realizam a ação. Durante o período analisado, todas as ações apresentaram aumento no número de municípios que realizam determinada atividade. Os Grupos E e F tem os maiores percentuais de municípios que enviam os dados de forma regular, enquanto que os Grupos A e B os menores percentuais. O mesmo não se pode dizer quando se trata de recursos humanos, já que o número de municípios sem os cargos de Visitador Sanitário Auxiliar, Enfermeiro e/ou Médico Sanitarista aumentou no período. Por trás da redução de recursos humanos, a limitação de gastos com pessoal imposta pela LRF pode ser determinante nesse processo, já que a necessidade de equacionar as contas públicas, além de restringir a contratação ou reposição de pessoal, muitas vezes não permite que os municípios remunerem seus funcionários conforme o setor privado remunera.

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

O fato de os municípios dos Grupos E e F apresentarem, aparentemente, melhores condições organizacionais e possuírem em seus grupos maior número municípios que realizam as ações de VISA, não refletiu maior número de ações por 1.000 habitantes. Os Grupos A, C e D foram aqueles que apresentaram as maiores médias de ações por 1.000 habitantes, enquanto que o Grupo F, ficou com a pior média em 5 das 8 ações verificadas. Até aqui, as diferenças regionais e locais existentes no RS, que contribuem para que as ações de VISA aconteçam de forma desarticulada, aparece nas Tabelas 23 e 24 do APÊNDICE 3.

Depois de análises mais detalhadas acerca dos quantitativos de ações realizadas pelos municípios, ficou evidente que há fragilidades no preenchimento dos relatórios que são enviados para publicação via SIA/SUS. Inconstâncias na informação do dado, bem como o grande número de ações zeradas durante o período estudado colocam em cheque a qualidade

do dado fornecido. A dificuldade na obtenção de dados é problema recorrente, tanto no que se refere à mera disponibilidade dos mesmos, quanto à sua qualidade (BRAGA et al. 2004). Nesse sentido, Nahas (2002) disse que indicadores que tomam como área de abrangência o município como um todo são úteis ao planejamento em nível estadual e regional, contudo, são enormes as dificuldades para a obtenção de informações sobre os municípios entre elas:

- a) interposição de obstáculos para a sua utilização;
- b) descontinuidade temporal na coleta da informação;
- c) confiabilidade no registro das informações;
- d) precisão dos dados (NAHAS, 2002, p. 36-37).

De forma complementar, para Braga et al. (2004), a carência de informações sistemáticas e a dificuldade de comparação de dados produzidos a partir de diferentes fontes/metodologias são um problema sempre presente para aqueles que trabalham com indicadores ambientais, e parece que para a VISA também.

No que tange à construção do IVSM, foram criadas 2 dimensões, a “Recursos” e a “Ações” e, dessa forma, indicadores que fazem referência a recursos e a processos, respectivamente, foram agregados com o objetivo de mensurar a atividade de VISA no município. Assim, o IVSM classifica os municípios quantitativamente conforme a aglutinação dos indicadores escolhidos de forma *per capita*. Após a organização dos dados e análise dos resultados encontrados, é possível afirmar que o índice apresenta validade imprecisa na dimensão “Ações”, é sensível às alterações, conta com disponibilidade de dados, tem estabilidade dos registros discutível e é desagregável.

A dimensão Recursos foi determinante para que Muliterno e Montauri em 2010, Muliterno em 2011, Vanini, Montauri e Muliterno em 2012 e Mato Queimado, Montauri e Vanini em 2013 ficassem entre as primeiras posições. Durante o período, em comparação com a dimensão Ações, a Recursos ficou com os maiores índices, pois seus indicadores internos tem maior regularidade de preenchimento e menor quantidade de zeros em seus relatórios. Nessa dimensão, os itens que dizem respeito aos recursos humanos e às Receitas de Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária foram os responsáveis pelo índice próximo a 0,5 dada a quantidade de registros nulos nas bases de dados pesquisadas.

A dimensão Ações, por sua vez, dispõe de indicadores internos com grande quantidade de zeros em seus relatórios. A saber, apenas 11%, ou 53 municípios realizaram todas as 7 ações de VISA em 2014, enquanto que outros 34 não realizaram qualquer ação. Entre os primeiros colocados, em 2014, Vanini apresentou registros sobre a realização de apenas 2

ações, Dom Pedro de Alcântara e Muliterno de apenas 4, Alto Alegre de 5 e Montauri de 6 das 7 ações. Entre os últimos, Piratini não apresentou qualquer registro de realização de ações de VISA durante o período estudado. A existência de valores nulos, na composição da média da dimensão reduz o índice, conforme pode ser visto nas Tabelas 4, 5, 6 e 7.

Para os 4 anos de dados apresentados, os municípios do Grupo A dominaram as primeiras posições do índice e não figuraram entre os últimos colocados. Esse domínio pode se dar em função do bom desempenho desses municípios em indicadores que compõem a dimensão Recursos. Vale destacar que a diferença no índice entre o 1º e o 15º diminuiu com o passar dos anos.

6. CONCLUSÕES

O principal objetivo dessa dissertação foi o de estruturar o IVSM e, como objetivos específicos, no âmbito municipal, de correlacionar a capacidade econômica do poder público municipal com o volume de recursos da subfunção orçamentária Vigilância Sanitária, 2010-2013, analisar o Indicador 41 da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015 no Estado do Rio Grande do Sul, 2010-2014 e construir indicadores de VISA.

Para tanto, em um primeiro momento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, na qual se buscou maior entendimento acerca do termo “Vigilância Sanitária”, contar um pouco da história da VISA no Brasil, descrever como a VISA se insere e se relaciona com o SUS, bem como caracterizar seu trabalho e ações. A revisão abarcou ainda conteúdos sobre a definição, construção, características, vantagens e limitações dos indicadores e, sobre o RS, a organização regional no âmbito da saúde municipal e o perfil dos municípios que compõem o RS. Em um segundo momento, os dados foram coletados a partir de bases de dados públicas *on-line*, organizados, analisados e apresentados a partir dos recursos disponíveis nos programas Excel[®] e Stata 13[®].

Conforme foi visto ao longo do texto, a VISA se caracteriza como um conjunto de ações de essencial importância tanto para a população como para o sistema público de saúde, e que podem interferir no sistema produtivo da sociedade. Desde a criação do SUS, contudo, a organização dos serviços de VISA nos âmbitos estadual e municipal não conseguiu avançar na mesma intensidade que outras atividades que fazem parte do SUS.

Diante da necessidade de ultrapassar as intenções normativas e de migrar para o estabelecimento de metas de cobertura e de definição de indicadores de desempenho permanentemente avaliados, o MS e a SES do RS criaram mecanismos de acompanhamento do preenchimento dos relatórios do SIA/SUS e de cessação do repasse de recursos para os serviços de VISA municipais. Após tais ações, a partir do acompanhamento dos dados disponíveis nas bases de dados do DATASUS, foi possível verificar que maior número de municípios enviou os dados regularmente e que os números de ações, na maioria dos casos, aumentaram. Mesmo que tais mecanismos não consigam avaliar a qualidade da ação ou do dado enviado, parecem estar induzindo e/ou exigindo maior e melhor organização dos serviços de VISA municipais.

Ao atingir os objetivos propostos, tornou-se necessário responder à pergunta: **um índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal consegue diferenciar as ações de Vigilância Sanitária nos diferentes municípios do Estado do Rio Grande do Sul?**

A partir do exposto até aqui, a pergunta recebe uma resposta negativa.

Negativa, pois:

- a) os indicadores da dimensão Ações apresentaram validade imprecisa e estabilidade dos registros discutível;
- b) é necessário reavaliar se considerar melhor aquele município que mais ações produz ou que mais “trabalha” – dimensão “Ações” – é plausível. Um município que apresenta elevado número de ações de Instauração de Processo Administrativo Sanitário e/ou de Recebimento de Denúncias e Reclamações, em um primeiro momento, faz pensar que a sua situação sanitária deve ser revista;
- c) é necessário reavaliar se o emprego do mesmo método de cálculo do índice para municípios de diferentes portes populacionais pode ser falho, mesmo que todos os dados sejam normalizados pela população. Esperar que todos os municípios apresentem demandas para todas as ações pode ser um erro;
- d) é necessário reavaliar a atribuição de diferentes pesos para as diferentes dimensões; e,
- e) é necessário “validar” *in loco* o resultado fornecido depois do emprego do método de cálculo do índice a partir dos dados disponíveis – observar se o índice (valor) alcançado corresponde à realidade.

Como sugestão para estudos futuros e/ou para o aperfeiçoamento do método de cálculo do IVSM, sugere-se:

- a) acompanhar os dados e o método durante os próximos anos para verificar se a qualidade do dado da dimensão “Ações” fornecido pelos municípios alterará de alguma forma o “perfil” dessa dimensão encontrada até o momento;
- b) inserir outras dimensões, como uma que mensure as relações comerciais internas e externas, e seus riscos para a população, chamada de “Mercado” e/ou uma que mensure os resultados, chamada de “Resultados”; e,
- c) verificar a possibilidade de aplicação de testes estatísticos mais sofisticados, bem como outros agrupamentos de dados.

A inexistência de estudos semelhantes inviabilizou comparações.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. C.; VILLELA, R. A situação social do Brasil: um balanço de duas décadas. In: SANTAGADA, S. Indicadores Sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Pensamento Plural**, Pelotas, v. 1, p. 113-142, jul/dez., 2007. Disponível em: <<http://pensamentoplural.ufpel.edu.br/edicoes/01/06.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

ARAÚJO, D. G.; MELO, M. B.; BRANT, L.; VIANA, F. C.; SANTOS, M. A. Os desafios da implantação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária em um contexto municipal. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1154-1166, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/17.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidades e autonomia. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 331-345, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. La municipalización de La salud en Brasil: Diferencias regionales, poder de voto y estrategias del gobierno. **Série de Informes Técnicos**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2001. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/centrodametropole/upload/aaa/93-MuniciplzSaudBR_2001.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

BARBIERI, C. D.; GONZALEZ, H. P.; COUTO, R. R. S.; SANTAGRADA, S.; MEDEIROS, A. L. **Índice social municipal ampliado para o Rio Grande do Sul - 1991-1998**. Porto Alegre: FEE, 2001. 72 p. Disponível em: <http://cdn.fee.tche.br/documentos/documentos_fee_48.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

BATTESINI, M. **Método multidimensional para avaliação de desempenho da Vigilância Sanitária: uma aplicação em nível municipal**. 2008. 210 f. Tese (Doutorado em Engenharia da Produção), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BATTESINI, M.; SPERB, A. A Vigilância Contemporânea no Brasil: contribuições para uma discussão. In: **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 7-22, jan/jun., 2007.

BELONI, M. **Municipalização das ações de Vigilância Sanitária em Marília**. 2002. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual Paulista, Araraquara.

BENSUSSAN, J. A. Índice Social Municipal Ampliado para o Rio Grande do Sul (1991-1996). In: SANTAGADA, S. Indicadores Sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Pensamento Plural**, Pelotas, v. 1, p. 113-142, jul/dez., 2007. Disponível em: <<http://pensamentoplural.ufpel.edu.br/edicoes/01/06.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

BOURDIEU, P. F.; WACQUANT, L. El propósito de la sociología reflexiva (Seminário de Chicago). In: BOURDIEU, P. F.; WACQUANT, L. **Una invitación a la sociología reflexiva**. 1. ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005. Cap. 2, p. 101-284.

BRAGA, T. M.; FREITAS, A. P. G.; DUARTE, G. S.; CAREPA-SOUSA, J. Índices de sustentabilidade municipal: o desafio de mensurar. Nova Economia, Belo Horizonte, v. 14 n. 3, p. 11-33 set/dez. 2004.

BRASIL. **Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976.** Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: fev. 2014.

_____. **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.

_____. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

_____. **Projeto de Emenda Constitucional nº 169, de 10 de setembro de 1993.** Altera o inciso IV do artigo 167 e o artigo 198 da Constituição Federal e prevê recursos orçamentários a nível da União, Estados e Municípios para a manutenção do Sistema Único de Saúde com o financiamento das redes públicas, filantrópicas e conveniadas.

_____. **Portaria nº 1.565, de 26 de agosto de 1994.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília, 1995. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: mai. 2014.

_____. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS 01/96.

_____. **A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais: síntese & respostas a dúvidas mais comuns.** Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno06.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

_____. **Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997.** Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.

_____. **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. 1999a.

_____. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Contrato de gestão que entre si celebram o Ministério da Saúde/MS e a Agência Nacional de Vigilância**

Sanitária/Anvisa. 1999. Brasília, 1999b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/contrato/contrato_consolidado.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

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

_____. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

_____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Direito sanitário e saúde pública.** Brasília, v. 2, p. 288, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_sanitarioVol2.pdf>.

_____. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003.** Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, 2003a. 248 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

_____. **Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003.** Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. 2003b.

_____. **Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004.** Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

_____. **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.

_____. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

_____. **Portaria nº 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.

_____. **Portaria nº 1.052, de 8 de maio de 2007.** Aprova e divulga o Plano Diretor de Vigilância Sanitária. 2007a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: resultado do processo avaliativo 2004-2006.** Brasília, 85 p., 2007b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

_____. **Portaria nº 1.998, de 21 de agosto de 2007.** Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Vigilância em Saúde.** (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, 6, II). Brasília: CONASS, 2007. 132 p. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/livro-6-tomo-2-vigilancia-em-saude.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

_____. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.** Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Instrutivo para preenchimento das ações de Vigilância Sanitária no SAI/SUS.** NADAV, jun. 2010. 23 p.

_____. **Portaria nº 85, de 26 de fevereiro de 2010.** Estabelece a programação mensal para envio das bases de dados dos Sistemas SCNES, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e Sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) pelos gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais, para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais.

_____. **Portaria nº 1.106, de 12 de maio de 2010.** Atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

_____. **Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Documentação e Informação. Brasília, 2012b. 64 p. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/121003_orient_indic_triangular.pdf>. Acesso em: mai. 2014.

_____. **Portaria nº 1.135, de 31 de maio de 2012.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios e Estados que não cadastraram os serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNCES) e/ou não alimentaram regularmente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

_____. Comissão Intergestores Tripartite (CIT). **Resolução nº 04, de 19 de julho de 2012.** Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

_____. **Portaria nº 2.601, de 14 de novembro de 2012.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios e Estados que não cadastraram os serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNCES) e/ou não alimentaram regularmente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

_____. **Portaria nº 1.201, de 17 de junho de 2013.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios e Estados que não cadastraram os serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNCES) e/ou não alimentaram regularmente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

_____. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013.** Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

_____. **Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão.

_____. **Portaria nº 2.309, de 7 de outubro de 2013.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios e Estados que não cadastraram os serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SNCES) e/ou não alimentaram regularmente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

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

_____. **Portaria nº 705, de 29 de abril de 2014.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios e Estados que não cadastraram os serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e não alimentaram regularmente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

_____. **Portaria nº 2.126, de 29 de setembro de 2014.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Vigilância em Saúde de que trata a Portaria nº 475/GM/MS, de 31 de março de 2014.

_____. **Lei nº 13.098, de 27 de janeiro de 2015.** Institui o Dia Nacional da Vigilância Sanitária.

_____. **Portaria nº 179, de 13 de fevereiro de 2015.** Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde dos Estados e Municípios irregulares quanto ao cadastro dos serviços de vigilância sanitária no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e não alimentaram regularmente o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

CAMPELLI, M. G. R; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº. 29 no Brasil. **Caderno de Saúde de Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/12.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

CAMPOS, G. W. S. Vigilância sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde. In: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001 – caderno de textos.** 10 f. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto01.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

COHEN, M. M.; MOURA, M. L. O.; TOMAZELLI, J. G. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, estado do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol** [versão on-line], v. 7, n. 3, p. 290-301, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v7n3/07.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

COSTA, E. A. A vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. Cap. 14, p. 327-352.

COSTA, E. A. A vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. Cap. 12, p. 357-387.

COSTA, E. A. **A vigilância sanitária:** proteção e defesa da saúde. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 494 p.

COSTA, E. A. Fundamentos da vigilância sanitária. In: COSTA, E. A. (org.). **Vigilância Sanitária:** temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 11-36.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 995-1004, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/21.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 15-40.

COSTA, I. C. S.; SOUTO, A. C. Indicadores em vigilância sanitária de alimentos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 4, p. 826-844 out./dez, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2811.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

CRUZ, B. O.; OLIVEIRA, C. W. A.; CASTRO, P. F. ALBUQUERQUE, P. H. M. **Ampliando as Dimensões de Indicadores Compostos Municipais**: a inclusão da dinâmica econômica. 1684, TEXTO PARA DISCUSSÃO. Brasília, dezembro de 2011. 53 p.

DALLARI, S. G. O Direito Sanitário com Campo Fundamental para a Vigilância Sanitária. In: MARQUES, M. C.; CARVALHO, M. L.; SILVEIRA, D.; CASTRO, P. C.; IBÁÑEZ, N. (org.). **Vigilância Sanitária: Teoria e Prática**. São Carlos: RiMa, 2006. p. 15-32.

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

DE SETA, M. H.; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3307-3317, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a02.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. Á. A Gestão da Vigilância Sanitária. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. (org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 195-217.

EDUARDO, M. B. P.; MIRANDA, I. C. S. **Vigilância Sanitária**. Série Saúde & Cidadania volume 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 465 p.

FERRARO, A. H. A.; COSTA, E. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2201-2217, out, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n10/11.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas**: o modelo lógico do programa segundo tempo. Texto para discussão 1369. Brasília, IPEA, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/123456789/136/texto%20avalia%E7%E3o%20pst.pdf?sequence=3>>. Acesso em: abr. 2014.

GARIBOTTI, V.; HENNINGTON, E. A. SELLI, L. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1043-1051, mai, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/17.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

GIOVANNI, G. **A questão dos remédios no Brasil**: produção e consumo. São Paulo: Polis, 1980. 148 p.

GIROTO, A. P. S.; ROCHA, S. T.; YWATA, S. Y.; ROMERA, V. M. **Indicadores Sociais**: um imperativo no cotidiano dos assistentes sociais atuantes no processo de gestão. ETIC -

ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, v. 3, n. 3, 2007. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/view/1355/1294>>. Acesso em: abr. 2014.

GREMAUD, A. P.; VASCONCELLOS, M. A. S.; TONERO JR, R. **Economia Brasileira Contemporânea**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 430 p.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n 4, p. 1017-1025, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/04.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

GUIMARÃES, J. R. S.; JANNUZZI, P. M. IDH, Indicadores Sintéticos e suas aplicações em políticas públicas. **R. B. Estudos Urbanos e Regionais**, v. 7, n. 1, p. 73-90, mai, 2005. Disponível em: <<http://anpur.org.br/revista/rbeur/index.php/rbeur/article/viewFile/136/120>>. Acesso em: mar. 2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: mar. 2014.

_____. **Síntese dos indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2013. 266 p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Comunicados do IPEA, nº 75**. Brasília 2011. 17 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110203_comunicadoipea75.pdf>. Acesso em: fev. 2014.

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

JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev, 2002. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427/5011>>. Acesso em: abr. 2014.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160 Abr/Jun, 2005. Disponível em: <<http://www.conei.sp.gov.br/ind/ind-sociais-revista-serv-publico.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

JULIANO, I. A.; ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 493-505, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20403.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, São Paulo, v. 34, p. 35-45, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>>. Acesso em: abr. 2014.

KAYANO, J.; CALDAS, E. L. Indicadores para o diálogo. **Pólis**, Programa Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, 2002. 11 p. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/aceso-a-informacao/servidores/processo-seletivo-simplificado-pss-2008/arquivosold/conteudo-especifico/avaliacao-e-gestao-da-informacao/Indicadores%20para%20o%20Dialogo.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; FAGUNDES, M.; DE PAULA, P. A. B. A regulação em saúde no Brasil: um breve exame das décadas de 1999 a 2008. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1077-1101, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/17.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

LEAL, C. O. B. S.; TEIXEIRA, C. F. Análise de situação dos recursos humanos da vigilância sanitária em Salvador - BA, Brasil. **Comunicação Saúde Educação**, Salvador, v. 13, n. 30, p. 167-79, jul./set., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300014&script=sci_arttext>. Acesso em: fev. 2014.

LEITE, V. R.; LIMA, K. C.; VASCONCELOS, C. M. Financiamento, gasto público e gestão dos recursos em saúde: o cenário de um estado brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17 n. 7, p. 1849-1856, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/24.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

LIMA, M.; REIS, L. **Levantamento da situação dos serviços de vigilância sanitária no país**. Brasília, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/paf/levanta_vig_pais/material/introducao.htm>. Acesso em: mar. 2014.

LUCCHESI, G. **Globalização e Regulação Sanitária**: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. 2001. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

_____. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [versão on line], v. 15, p. 3318-3328, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a03.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

LUCCHESI, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a09v08n2.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

MAGALHÃES, M. C. C.; FREITAS, R. M. Apontamentos para a discussão da vigilância sanitária no modelo de vigilância à Saúde. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. **Vigilância Sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 29-38.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 682-692, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/11.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

MAIA, C. S.; FREITAS, D. R. C.; GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2567-2574, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a27v16n5.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

MARANGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E. A. Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3587-3601, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63017302034.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. O governo Lula e a contra-reforma previdenciária. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 3-15, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24774.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. SUS e Seguridade Social: em busca do Elo Perdido. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 39-49, maio-ago 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/05.pdf>>. Acesso em: mai. 2014.

MARSDEN, R.; TOWNLEY, B. Introdução: A coruja de Minerva: reflexões sobre a teoria na prática. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. **Handbook de Estudos Organizacionais**. v. 1. São Paulo: Atlas, 2001. p. 31-54.

MÉDICI, A. C.; AGUNE, A. C. Desigualdades sociais e desenvolvimento no Brasil: uma análise dos anos 80 ao nível regional. In: SANTAGADA, S. Indicadores Sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Pensamento Plural**, Pelotas, v. 1, p. 458-488, jul/dez., 2007. Disponível em: <<http://pensamentoplural.ufpel.edu.br/edicoes/01/06.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

MOREIRA, E. M. M.; COSTA, E. A. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3381-3391, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a13.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

NAHAS, M. I. P. **Bases teóricas, metodologia de elaboração e aplicabilidade de indicadores intra-urbanos na gestão municipal da qualidade de vida urbana em grandes cidades: o caso de Belo Horizonte**. 2002. 375 f. Tese (Doutorado em Ecologia e Recursos Naturais), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

NARDO, M.; SAISANA, M.; SALTELLI, A.; TARANTOLA, S.; HOFFMANN, A.; GIOVANNINI, E. **Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide**, OECD Statistics working paper series, 2008. 162 p. Disponível em: <<http://www.oecd.org/std/42495745.pdf>>. Acesso em: dez. 2014.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no lócus saúde da família. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-84, set/dez., 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115440006>>. Acesso em: mar. 2014.

O'DWYER, G.; REIS, D. C. S.; SILVA, L. L. G. Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3351-3360, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a10.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

OLIVEIRA, E. X. G. **A Multiplicidade do Único**: Territórios do SUS. 2005. 106 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 617-624, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29746/31624>>. Acesso em: mar. 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do SUS: problemas e desafios. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1819-1829, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004. 80 f. Disponível em: <<http://educacaominassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/pacto-de-gestao-da-municipa-5102e2e841128.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M.; DE SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, n. especial, p. 9-33, set., 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/viewFile/25261/21530>>. Acesso em: fev. 2015.

PIOVESAN, M. F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância sanitária**. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

PIOVESAN, M. F. **A trajetória da implementação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999-2008)**. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Ciências), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

PIOVESAN, M. F.; PADRÃO, M. V. V.; DUMONT, M. U.; GONDIM, G. M.; FLORES, O.; PEDROSA, J. I.; LIMA, L. F. M. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev Bras Epidemiol**, [versão on-line], v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/10.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

RANTANEN, J.; KAUPPINEN, T.; TOIKKANEN, J.; KURPPA, K.; LEHTINEN, S.; LEINO, T. **Work and health country profiles**: Country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurcountryprofiles.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

REIS, L. G. C.; GONDIM, M. M. G.; LIMA, L. C. W. **Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária**. 2005. 74 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/publicacao.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_rs_completo.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

_____. **Decreto nº 44.050, de 5 de outubro de 2005**. Aprova o Regimento Interno da Secretaria da Saúde.

_____. **Resolução nº 250, de 5 de dezembro de 2007**. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a responsabilidade sanitária de municípios em relação às ações de Vigilância Sanitária, e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização, e descentralização dos Serviços do Sistema de Vigilância Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul.

_____. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). **Resolução nº 555, de 19 de setembro de 2012**. Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSA. 2. ed. – Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2008. 349 p. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

RODRIGUES, P. Indicadores Sociais: uma análise da década de 1980. Rio de Janeiro, 1994. 365 p. In: SANTAGADA, S. Indicadores Sociais: uma primeira abordagem social e histórica. **Pensamento Plural**, Pelotas v. 1, p. 143 – 162, jul/dez., 2007. Disponível em: <<http://pensamentoplural.ufpel.edu.br/edicoes/01/06.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

ROSA, R. S. Políticas de Saúde e Reformas de Estado – Curso de Especialização em Saúde Pública. Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2011 (Comunicação Oral).

ROSA, R. S.; BORDIN, R. Aspectos da Reforma do Estado e de Setores da Seguridade Social. In: **Apostila da Disciplina de Políticas de Saúde e Reformas de Estado**. Porto Alegre, 2011. 124 f. (Impresso).

ROSA, R. S.; KRANZ, L. F.; BORDIN, R.; BALDEZ, G. S.; NUGEM, R. C.; NEVES, T. B. Receita de Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária nos municípios do Rio Grande do Sul, 2008-2012. **XI Encontro Nacional de Economia da Saúde & VI Encontro Latino Americano de Economia da Saúde**. São Paulo, 2014.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J. A. G.; BOTH, V.; BRUTSCHER V. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** 2. ed. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

SICHE, R.; AGOSTINHO, F.; ORTEGA, E.; ROMEIRO, A. Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países. **Ambiente & Sociedade**, Campinas, v. X, n. 2. p. 137-148 – jul/dez. 2007.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 6, p. 2753–2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

SILVA, R. M. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização de indicadores sociais na operacionalização do modelo de Vigilância da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 168-77, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/22.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

SIOPS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>>. Acesso mar. 2014.

SIQUEIRA, J. C. M. Gestão em vigilância sanitária. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. **Vigilância Sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 53-62.

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, 2007. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/1547/1/artigo%20repositorio12.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

SOUTO, A. C. **Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004. 227 p.

SOUZA, A. M. A. F. **Vigilância Sanitária na Saúde Pública Brasileira e sua aproximação com o caso Mexicano: Proteger, Vigiar e Regular**. 2007. 292 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo.

SOUZA, G. S.; COSTA, E. A. Considerações teóricas e conceituais acerca do trabalho em Vigilância sanitária, campo específico do trabalho em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3329-3340, 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a08.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

RUA, M. G. **Desmistificando o problema: uma rápida introdução ao estudo dos indicadores**. Brasília: ENAP, 2004. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fUFAM-MariadasGraEstudoIndicadores-novo.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

TAMAKI, M.; TANAKA, O. Y.; FELISBERTO, E. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a07.pdf>>. Acesso em: Acesso em: abr. 2014.

TEIXEIRA, C.; PAIM J. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, p. 63-80, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: mar. 2014.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IESUS, VII (2), 1998. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

UGÁ, M. A. D. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In GERSCHMAN, S.; VIANNA, M.L.W. (org.). **A miragem da pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização [on-line]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 81-99. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/8fmv5/pdf/gerschman-9788575413975-07.pdf>>. Acesso em: mai. 2014.

VAN STRALEN, C. J. Controle social sobre ações de recuperação, proteção e defesa da saúde. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TONON, L. M. **Vigilância Sanitária**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 115-129.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13027.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2316, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>. Acesso em: mar. 2014.

WHO. **Health in Sustainable Development Planning**: The Role of Indicators. 148 p. World Health Organization Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_HDE_HID_02.11.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS FATOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS MAIS RELEVANTES ACERCA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL (SÉCULOS XIX, XX E XXI)

Período	Fases de Governo	Fatos institucionais
1808 – 1889	Império	O controle sanitário dos portos é a mais destacada preocupação do Império; 1810 – Regimento da Provedoria conforma modelo da polícia médica; 1820 – Criação da Inspeção de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro. Os demais serviços de saúde pública são descentralizados para municípios e recentralizados em 1849, devido a ineficiente organização sanitária municipal; 1885 – Reforma dos Serviços Sanitários do Império, divididos em serviço sanitário terrestre e serviço sanitário marítimo. Instituído o Conselho Superior de Saúde Pública com funções normativas.
1889 – 1930	Primeira República	1890 – Conselho de Saúde Pública e Inspeção Geral de Higiene; 1891 – São criadas unidades com funções normativas, consultivas e executivas assumindo tarefas do poder municipal. Instituída a notificação compulsória de moléstias transmissíveis: febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina, sarampo; 1892 – Laboratórios de Saúde Pública em São Paulo; 1893 – Serviço Sanitário dos Portos da República e Inspeção Geral de Saúde dos Portos; 1894 – Instituto Sanitário Federal no Rio de Janeiro; 1897 – Diretoria Geral de Saúde Pública e início da organização dos serviços estaduais de higiene; 1900 – Criação do Instituto Soroterápico Federal; 1902 – Notificação compulsória de doenças contagiosas sob os rigores do Código Penal; 1903-1908 – Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) com o primeiro objetivo de eliminar a febre amarela e a peste, em contexto de amplo programa de saneamento do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro; 1904 – Vacinação obrigatória contra a varíola e reorganização dos Serviços de Higiene Administrativa; 1920 – Criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em substituição à DGSP; 1920-1926 – Reforma Carlos Chagas; 1923 – Regulamento Sanitário Federal incorpora a expressão Vigilância Sanitária em referência ao controle sanitário de pessoas doentes ou suspeitas de doenças transmissíveis, estabelecimentos e locais públicos.
1930 – 1945	Período Vargas	1937 – Ministério da Educação e Saúde. Início da definição do espaço institucional dos campos de ação da Vigilância Sanitária. Intensa produção normativa nunca cumprida. Controle sanitário da circulação de mercadorias unificado no Serviço de Saúde dos Portos, incorporando as recomendações dos acordos sanitários internacionais.
1946 – 1963	República Democrática	1953 – Criação do Ministério da Saúde; 1954 – Criação do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos (LCCDM); 1961 – Regulamentado o Código Nacional de Saúde LCCDM da análise laboratorial prévia e do registro de alimentos, transformando-se no Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA).
1964 – 1982	Regime Militar e Transição à Democracia	1967 – Decreto nº 200/67 atribui ao Ministério da Saúde a formulação e coordenação da política nacional de saúde. Vigilância Sanitária passa a denominar as ações de controle sanitário nas áreas de portos e fronteiras, estendida na década de 70 ao controle sanitário de produtos e serviços; 1969 – Decreto nº 986/67 institui normas básicas sobre o controle sanitário de alimentos; 1973 – Edição da Lei nº 5.991, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, correlatos e de outras providências; 1976 – Edição da Lei nº 6.360, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos; 1976-1977 – Reestruturação do Ministério da Saúde - Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), organizada por divisões: Portos, Aeroportos e Fronteiras (DIPAF), Medicamentos (DIMED), Alimentos (DINAL), Saneantes e Domissanitários (DISAD),

		<p>Cosméticos e Produtos de Higiene (DICOP);</p> <p>1977 – Edição da Lei nº 6.437, que configura as infrações à legislação sanitária federal e estabelece sanções respectivas;</p> <p>1981 – LCCDMA é transferido para a Fundação Oswaldo Cruz, transformando-se no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS);</p> <p>Promulgadas importantes leis de controle sanitário de vigência até hoje (Leis nº 5.991/73, 6.360/76, 6.437/77 e Decreto-lei nº 986/69).</p>
1985 – 1994	Restauração Democrática	<p>1986 – I Conferência Nacional de Saúde do Consumidor;</p> <p>1988 – Constituição Federal de 1988 estabelece o direito social à saúde;</p> <p>1990 – Instituído o Sistema Único de Saúde - SUS (Lei nº 8.080/90) e o Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 8.078/90);</p> <p>1990 – Incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social ao Ministério da Saúde;</p> <p>1992 – Edição da Lei nº 8.490/92, na qual a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) passa a ser denominada Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) e o conceito de Vigilância em Saúde é instituído;</p> <p>1993 – Aprova Regulamento Técnico para Inspeção Sanitária de Alimentos, as diretrizes para o estabelecimento de Boas Práticas de Produção e Prestação de Serviços na Área de Alimentos;</p> <p>1993 – Edição da Lei nº 8.078, que dispõe sobre a defesa e proteção de direitos do consumidor;</p> <p>1994 – Portaria MS/GM nº 1.565/94 estabelece as diretrizes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).</p>
1995 – 2014	Brasil Contemporâneo	<p>1997 – Portaria GM MS nº 1.882/97 regulamenta o PAB-VISA;</p> <p>1999 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (Lei nº 9.782/99);</p> <p>1999 – Estados pactuam execução de média e alta complexidade;</p> <p>2000 – Portaria nº 1.461 - Anvisa assume a secretaria executiva da Câmara de Medicamentos (CAMED);</p> <p>2000 – Criação do Termo de Ajuste e Metas (TAM) de Vigilância Sanitária;</p> <p>2000 – Aprovação da Norma de Qualidade da Água para o consumo humano;</p> <p>2001 – I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (I CNVS);</p> <p>2001 – Regulamentação sobre a coleta, estocagem, processamento de sangue e seus hemoderivados;</p> <p>2003 – Estados e Municípios pactuam execução de ações de média e alta complexidade;</p> <p>2006 – Pacto pela Saúde – estabelece as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal, estadual, Distrito Federal e município;</p> <p>2007 – Portaria nº 3.271/2007, que institui o repasse de recursos financeiros para os Laboratórios de Saúde Pública da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária – FINLACEN-VISA no Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde;</p> <p>2007 – Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA);</p> <p>2008 – Instituição do Programa de Melhoria de Regulamentação da Anvisa (PMR);</p> <p>2008 – Anvisa recebe pré-qualificação para comercializar vacinas para a Organização Mundial da Saúde;</p> <p>2009 – Instituição de Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (Nats);</p> <p>2009 – Portaria GM MS nº 3.252/2009, que prova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências;</p> <p>2010 – Portaria GM MS nº 1.106/2010, que atualiza a regulamentação das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de Vigilância Sanitária, contemplando as alterações instituídas pela Portaria GM MS nº 3.252/2009, e instituindo o novo Elenco Norteador das Ações de VISA.</p> <p>2010 – Regulamentação do uso de plantas medicinais de tradição popular;</p> <p>2014 – Portaria nº 475/2014, que 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, além de revogar as Portarias MS GM 1.106/2010 e 2.227/2011.</p>

Fonte: Piovesan (2002), Kornis et al. (2011), atualizado pelo autor.

APÊNDICE 2 – INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA O SIA/SUS

Procedimento	Atendimento à denúncias e reclamações
Descrição do Procedimento	Realizar investigação das denúncias e das reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas ao desvio de qualidade de produtos e/ou serviços.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar o número de investigação das denúncias e das reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços no mês. Excepcionalmente em 2010, o total acumulado de atendimentos a denúncias/reclamações, no período de Janeiro a Julho, deve ser informado no BPA referente ao mês de Julho/2010. A partir dos meses subsequentes de alimentação, deve-se informar apenas o número de atendimentos de denúncias e reclamações do mês de competência.
Procedimento	Atividade educativa para a população
Descrição do Procedimento	Promover e/ou realizar atividades de divulgação de temas e legislação relacionados à vigilância sanitária para a população por meio de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais, dentre outros.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar o número de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária realizados no mês. Excepcionalmente em 2010, o total acumulado de atividades educativas para a população, no período de Janeiro a Julho, deve ser informado no BPA referente ao mês de Julho/2010. A partir dos meses subsequentes de alimentação, deve-se informar apenas o número de atividades educativas do mês de competência.
Procedimento	Atividade educativa para o setor regulado
Descrição do Procedimento	Promover e/ou realizar atividades de divulgação de temas e legislação relacionados à vigilância sanitária para o setor regulado por meio de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais, dentre outros.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar o número de eventos, palestras, reuniões, aulas, oficinas, peças teatrais e demais atividades de divulgação de temas relacionados à vigilância sanitária realizados no mês. Excepcionalmente em 2010, o total acumulado de atividades educativas para a população, no período de Janeiro a Julho, deve ser informado no BPA referente ao mês de Julho/2010. A partir dos meses subsequentes de alimentação, deve-se informar apenas o número de atividades educativas do mês de competência.
Procedimento	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária
Descrição do Procedimento	Cadastrar os estabelecimentos sujeitos às ações de Vigilância Sanitária. Considera-se cadastro o processo de registro inicial do estabelecimento, por meio físico ou eletrônico, na Vigilância Sanitária. Deve conter informações como nome, localização, CNPJ, tipo de

	atividade, entre outras.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar mensalmente o número de novos cadastros de estabelecimentos sujeitos à ação de vigilância sanitária, conforme legislação local. As atualizações cadastrais não devem ser consideradas. No BPA referente ao mês de janeiro, ou ao primeiro mês de alimentação, deve ser informado o total de estabelecimentos cadastrados em atividade. A partir do segundo mês de alimentação, deve-se informar apenas o número de novos cadastros realizados no mês de competência. Excepcionalmente, em 2010, o primeiro mês de registro do BPA refere-se à competência Julho, quando deverá ser informado o total atualizado de estabelecimentos cadastrados sujeitos à vigilância sanitária.
Procedimento	Inspeção dos estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária
Descrição do Procedimento	Verificar as condições físicas e sanitárias de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, fazendo cumprir a legislação federal, estadual e municipal. Entende-se por inspeção sanitária: “conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, de competência das autoridades sanitárias, que visam à verificação <i>in loco</i> do cumprimento da legislação sanitária ao longo de todas as atividades desenvolvidas pelos estabelecimentos submetidos ao regime de vigilância sanitária”.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar mensalmente o número de inspeções e reinspeções sanitárias realizadas nos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária. Excepcionalmente em 2010, o total acumulado de inspeções em estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, realizadas no período de Janeiro a Julho, deve ser informado no BPA referente ao mês de Julho/2010. Considerar as inspeções realizadas, independente do número de técnicos que participaram da atividade.
Procedimento	Instauração de processo administrativo sanitário
Descrição do Procedimento	Instaurar processo administrativo sanitário a partir da constatação de irregularidade identificada pelo serviço de vigilância sanitária local, que represente uma desobediência ou inobservância aos dispositivos legais e regulamentos.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar mensalmente o número de processos administrativos sanitários instaurados. Aplicar a legislação sanitária local que trata especificamente do Processo Administrativo Sanitário (Código Sanitário Local ou na ausência deste, aplicar a Lei 6.437/77). Excepcionalmente em 2010, o total acumulado de processos administrativos sanitários instaurados, no período de Janeiro a Julho, deve ser informado no BPA referente ao mês de Julho/2010. A partir dos meses subsequentes de alimentação, deve-se informar apenas o número de processos administrativos sanitários instaurados no mês de competência.
Procedimento	Recebimento de denúncias e reclamações

Descrição do Procedimento	Receber denúncias e reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços.
Instruções	Para correta alimentação, deve-se registrar o número denúncias e reclamações apresentadas ao serviço local de vigilância sanitária relativas a desvio de qualidade de produtos e/ou serviços, no mês. Excepcionalmente em 2010, o total acumulado de recebimento de denúncias e reclamações, no período de Janeiro a Julho, deve ser informado no BPA referente ao mês de Julho/2010. A partir dos meses subsequentes de alimentação, deve-se informar apenas o número de recebimentos de denúncias e reclamações do mês de competência.

APÊNDICE 3 – TABELAS

Tabela 1 – Receitas Correntes Líquidas per capita, Municípios, RS, 2010-2013

Grupos	2010	2011	2012	2013
Grupo A	2.861,44	3.254,65	3.773,91	4.070,97
Grupo B	1.751,55	2.058,20	2.334,51	2.539,82
Grupo C	1.530,42	1.770,03	2.051,20	2.248,20
Grupo D	1.528,05	1.766,22	2.025,25	2.242,11
Grupo E	1.224,62	1.416,64	1.641,33	1.839,30
Grupo F	1.254,28	1.467,16	1.642,71	1.857,73
Grupo G	1.720,96	1.919,17	2.201,01	2.376,18
TOTAL	1.513,97	1.745,60	1.993,82	2.204,25

Fonte: FEE

Tabela 2 – Despesas Totais em Saúde per capita, Municípios, RS, 2010-2013

Grupos	2010	2011	2012	2013
Grupo A	577,79	655,20	772,51	848,18
Grupo B	367,55	419,56	496,85	533,62
Grupo C	319,61	371,25	449,60	494,53
Grupo D	303,25	347,99	424,01	467,81
Grupo E	276,73	310,40	392,31	444,38
Grupo F	310,19	370,89	436,41	496,46
Grupo G	580,35	652,74	810,73	853,06
TOTAL	361,02	416,18	503,30	555,31

Fonte: SIOPS

Tabela 3 – Despesas na Subfunção Orçamentária Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2013

Grupos	2010	2011	2012	2013
Grupo A	4,05	4,26	5,33	4,91
Grupo B	1,43	2,12	2,12	1,92
Grupo C	1,43	1,85	2,14	1,98
Grupo D	1,28	1,62	1,50	1,68
Grupo E	1,51	1,83	2,15	2,17
Grupo F	2,31	2,81	2,85	2,78
Grupo G	2,47	3,79	4,01	4,09
TOTAL	2,01	2,56	2,72	2,69

Fonte: SIOPS

Tabela 4 – Receita de Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2013

Grupos	2010	2011	2012	2013
Grupo A	0,36	0,35	0,40	0,43
Grupo B	0,61	0,71	0,78	0,82
Grupo C	1,02	0,85	0,90	0,94
Grupo D	1,02	1,02	1,32	1,24
Grupo E	0,98	0,96	1,02	1,13
Grupo F	0,58	0,63	0,68	0,77
Grupo G	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	0,66	0,67	0,75	0,80

Fonte: FEE

Tabela 5 – Municípios com até 5.000 habitantes – percentual de municípios com valores nulos por ano por atividade, RS, 2010 – 2014

Atividades	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento à Denúncias e Reclamações	14,5	21,1	35,7	49,3	61,2
Atividade Educativa para a População	14,1	22,9	38,3	40,5	50,7
Atividades Educativas para o Setor Regulado	9,7	9,7	13,7	18,5	28,2
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	24,7	24,2	33,0	46,7	55,9
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	26,4	40,1	58,1	79,3	86,3
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	0,9	3,5	2,2	4,4	10,1
Recebimento de Denúncias e Reclamações	16,3	22,9	37,4	52,0	61,2
Visita de Inspeção Sanitária	51,1	55,5	55,5	62,1	55,5

Fonte: DATASUS

Tabela 6 – Municípios entre 5.001 e 10.000 habitantes – percentual de municípios com valores nulos por ano por atividade, RS, 2010 – 2014

Atividades	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento à Denúncias e Reclamações	15,4	30,8	44,2	62,5	73,1
Atividade Educativa para a População	14,4	23,1	35,6	48,1	46,2
Atividades Educativas para o Setor Regulado	7,7	5,8	14,4	18,3	24,0
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	26,0	29,8	40,4	54,8	61,5
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	22,1	38,5	54,8	76,0	85,6
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	1,9	1,9	1,9	5,8	12,5
Recebimento de Denúncias e Reclamações	15,4	28,8	43,3	63,5	71,2
Visita de Inspeção Sanitária	42,3	43,3	42,3	41,3	38,5

Fonte: DATASUS

Tabela 7 – Municípios entre 10.001 e 20.000 habitantes – percentual de municípios com valores nulos por ano por atividade, RS, 2010 – 2014

Atividades	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento à Denúncias e Reclamações	29,2	41,5	58,5	69,2	78,5
Atividade Educativa para a População	16,9	26,2	40,0	44,6	55,4
Atividades Educativas para o Setor Regulado	13,8	10,8	16,9	23,1	29,2
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	32,3	44,6	53,8	67,7	76,9
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	33,8	52,3	67,7	86,2	93,8
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	10,8	12,3	13,8	26,2	21,5
Recebimento de Denúncias e Reclamações	29,2	38,5	58,5	70,8	81,5
Visita de Inspeção Sanitária	36,9	36,9	36,9	30,8	30,8

Fonte: DATASUS

Tabela 8 – Municípios entre 20.001 e 50.000 habitantes – percentual de municípios com valores nulos por ano por atividade, RS, 2010 – 2014

Atividades	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento à Denúncias e Reclamações	36,2	48,3	62,1	77,6	87,9
Atividade Educativa para a População	24,1	34,5	43,1	48,3	63,8
Atividades Educativas para o Setor Regulado	31,0	24,1	22,4	25,9	43,1
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	48,3	48,3	63,8	69,0	82,8
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	44,8	56,9	75,9	91,4	98,3
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	13,8	20,7	27,6	29,3	46,6
Recebimento de Denúncias e Reclamações	34,5	43,1	58,6	79,3	87,9
Visita de Inspeção Sanitária	39,7	50,0	51,7	58,6	41,4

Fonte: DATASUS

Tabela 9 – Municípios entre 50.001 e 100.000 habitantes – percentual de municípios com valores nulos por ano por atividade, RS, 2010 – 2014

Atividades	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento à Denúncias e Reclamações	45,8	66,7	70,8	83,3	91,7
Atividade Educativa para a População	16,7	25,0	25,0	54,2	66,7
Atividades Educativas para o Setor Regulado	8,3	16,7	12,5	29,2	58,3
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	45,8	50,0	50,0	70,8	83,3
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	54,2	75,0	91,7	95,8	100,0
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	29,2	37,5	50,0	45,8	66,7
Recebimento de Denúncias e Reclamações	37,5	50,0	66,7	70,8	87,5
Visita de Inspeção Sanitária	37,5	50,0	45,8	45,8	58,3

Fonte: DATASUS

Tabela 10 – Municípios entre 100.001 e 500.000 habitantes – percentual de municípios com valores nulos por ano por atividade, RS, 2010 – 2014

Atividades	2010	2011	2012	2013	2014
Atendimento à Denúncias e Reclamações	23,5	58,8	88,2	94,1	100,0
Atividade Educativa para a População	5,9	11,8	47,1	52,9	82,4
Atividades Educativas para o Setor Regulado	29,4	47,1	58,8	76,5	94,1
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	23,5	52,9	70,6	88,2	88,2
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária	41,2	70,6	94,1	94,1	100,0
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	17,6	35,3	64,7	70,6	94,1
Recebimento de Denúncias e Reclamações	23,5	47,1	76,5	76,5	94,1
Visita de Inspeção Sanitária	52,9	64,7	58,8	64,7	70,6

Fonte: DATASUS

Tabela 11 – Média de ações Atendimento a Denúncias e Reclamações per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	0,78	1,61	2,08	2,55	3,22
Grupo B	0,33	0,93	1,27	1,84	2,24
Grupo C	0,82	1,44	3,20	3,55	5,74
Grupo D	0,64	2,10	3,06	3,23	2,91
Grupo E	0,24	0,67	1,45	1,75	1,89
Grupo F	0,33	0,41	0,61	0,84	0,93

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 12 – Média de ações Atividade Educativa para a População per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	0,89	4,76	8,23	11,50	10,39
Grupo B	0,30	0,77	0,91	1,70	2,05
Grupo C	0,33	0,87	1,08	2,43	1,64
Grupo D	1,65	5,95	7,01	3,74	5,08
Grupo E	0,02	0,42	0,53	0,97	1,70
Grupo F	0,08	0,00	0,07	0,14	0,45

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 13 – Média de ações Atividade Educativa para o Setor Regulado per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	0,40	0,28	0,25	0,72	0,93
Grupo B	0,08	0,18	0,40	0,21	0,39
Grupo C	0,20	0,06	0,34	1,02	1,09
Grupo D	2,25	1,17	0,46	1,83	2,93
Grupo E	0,00	0,03	0,08	0,18	0,62
Grupo F	0,15	0,19	0,25	0,78	0,75

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 14 – Média de ações Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	3,52	2,52	0,90	2,19	3,82
Grupo B	1,75	1,34	1,84	3,73	2,84
Grupo C	2,43	1,58	1,54	1,74	2,97
Grupo D	4,82	5,01	6,38	7,58	9,20
Grupo E	1,19	1,21	1,76	2,51	5,42
Grupo F	1,12	1,87	2,38	6,81	5,49

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 15 – Média de ações Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à Vigilância Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	3,58	7,27	11,32	13,07	13,93
Grupo B	2,88	5,43	7,03	10,68	11,28
Grupo C	2,39	4,62	7,34	7,38	9,09
Grupo D	2,47	6,11	6,67	10,57	10,28
Grupo E	5,59	13,00	15,18	19,51	17,13
Grupo F	2,78	3,02	5,88	6,36	6,30

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 16 – Média de ações Instauração de Processo Administrativo Sanitário per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	0,01	0,06	0,02	0,06	0,18
Grupo B	0,02	0,02	0,01	0,02	0,04
Grupo C	0,09	0,32	0,10	0,11	0,07
Grupo D	0,10	0,12	0,15	0,17	0,19
Grupo E	0,05	0,14	0,18	0,26	0,18
Grupo F	0,18	0,18	0,20	0,21	0,17

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 17 – Média de ações Recebimento de Denúncias e Reclamações per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	0,90	2,01	2,47	2,98	3,35
Grupo B	0,30	0,67	1,20	1,89	2,37
Grupo C	0,74	1,32	3,89	3,31	5,78
Grupo D	0,58	1,73	1,55	2,10	2,21
Grupo E	0,18	0,35	0,64	1,42	1,30
Grupo F	0,26	0,40	0,79	0,75	0,72

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 18 – Média de ações Visita de Inspeção Sanitária per capita, Municípios, RS, 2010-2014

Grupos	2010	2011	2012	2013	2014
Grupo A	25,01	22,06	20,02	20,42	19,70
Grupo B	8,90	8,28	9,08	11,48	13,01
Grupo C	4,47	4,82	4,69	6,46	5,65
Grupo D	1,20	1,76	1,47	0,97	0,74
Grupo E	14,68	21,42	17,05	15,60	14,02
Grupo F	0,16	0,25	0,32	0,27	0,70

Ações por 1.000 habitantes. Fonte: DATASUS

Tabela 19 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, Municípios, RS, 2010

Classificação	Município	Índice Acumulado 2010	Dimensões	
			Recursos 2010	Ações 2010
1º	Muliterno	0,304	0,558	0,050
2º	Montauri	0,232	0,388	0,077
3º	Alto Alegre	0,214	0,266	0,163
4º	Água Santa	0,188	0,148	0,228
5º	Ponte Preta	0,186	0,309	0,063
6º	Dom Pedro de Alcântara	0,184	0,150	0,218
7º	Vanini	0,177	0,317	0,036
8º	Florianópolis	0,176	0,193	0,159
9º	Colorado	0,174	0,120	0,229
10º	Novo Tiradentes	0,172	0,180	0,164
11º	Vila Lângaro	0,171	0,282	0,059
12º	Sede Nova	0,170	0,116	0,224
13º	Gramado dos Loureiros	0,164	0,179	0,150
14º	Coqueiros do Sul	0,161	0,136	0,187
15º	Imbé	0,160	0,076	0,244
16º	Santa Tereza	0,158	0,217	0,100
17º	Nova Bréscia	0,158	0,167	0,150
18º	Santa Cecília do Sul	0,158	0,299	0,016
19º	Linha Nova	0,157	0,275	0,038
20º	Nova Boa Vista	0,157	0,225	0,088
21º	Relvado	0,156	0,225	0,087
22º	André da Rocha	0,154	0,261	0,048
23º	Tio Hugo	0,154	0,133	0,175
24º	Engenho Velho	0,152	0,292	0,012
25º	Inhacorá	0,152	0,242	0,062
26º	Eugênio de Castro	0,152	0,133	0,170
27º	Ernestina	0,151	0,132	0,170
28º	Presidente Lucena	0,146	0,282	0,010
29º	Novo Xingu	0,144	0,194	0,095
30º	Gentil	0,144	0,231	0,058
31º	Nicolau Vergueiro	0,143	0,205	0,082
32º	Vista Alegre do Prata	0,139	0,240	0,039
33º	Derrubadas	0,139	0,117	0,160
34º	Coxilha	0,138	0,191	0,085
35º	São José do Inhacorá	0,137	0,152	0,121
36º	Sete de Setembro	0,134	0,256	0,013
37º	Pedras Altas	0,134	0,184	0,084
38º	Balneário Pinhal	0,134	0,246	0,022
39º	Pinhal da Serra	0,134	0,258	0,009
40º	Santo Antônio do Palma	0,131	0,239	0,022
41º	Coqueiro Baixo	0,130	0,234	0,026
42º	Maratá	0,130	0,203	0,057

43°	Almirante Tamandaré do Sul	0,128	0,243	0,014
44°	Sagrada Família	0,128	0,131	0,125
45°	Palmares do Sul	0,127	0,086	0,168
46°	Santo Antônio do Planalto	0,126	0,216	0,037
47°	São João da Urtiga	0,125	0,060	0,190
48°	Faxinalzinho	0,125	0,171	0,079
49°	Lagoa Bonita do Sul	0,125	0,250	0,000
50°	Barra do Rio Azul	0,125	0,247	0,002
51°	Cerro Grande	0,124	0,156	0,092
52°	São Jorge	0,124	0,135	0,113
53°	Itapuca	0,124	0,208	0,039
54°	Protásio Alves	0,123	0,197	0,050
55°	Mato Queimado	0,123	0,217	0,029
56°	Muitos Capões	0,120	0,164	0,076
57°	Rolador	0,119	0,235	0,003
58°	Taquaruçu do Sul	0,119	0,170	0,068
59°	Ipiranga do Sul	0,118	0,237	0,000
60°	Guabiju	0,118	0,226	0,011
61°	Carlos Gomes	0,117	0,232	0,003
62°	Fagundes Varela	0,116	0,215	0,016
63°	União da Serra	0,115	0,229	0,000
64°	Sério	0,115	0,219	0,011
65°	Pouso Novo	0,114	0,228	0,001
66°	Benjamin Constant do Sul	0,114	0,198	0,030
67°	Barra Funda	0,114	0,182	0,046
68°	Tupanci do Sul	0,114	0,200	0,028
69°	Lagoa dos Três Cantos	0,113	0,222	0,005
70°	Quaraí	0,113	0,052	0,175
71°	Nova Alvorada	0,113	0,189	0,037
72°	Bozano	0,113	0,171	0,055
73°	Nova Araçá	0,111	0,093	0,130
74°	Capão Bonito do Sul	0,111	0,201	0,022
75°	São José do Herval	0,111	0,187	0,036
76°	Alto Feliz	0,111	0,162	0,060
77°	Salvador das Missões	0,110	0,203	0,018
78°	Dezesseis de Novembro	0,110	0,116	0,104
79°	Dois Irmãos das Missões	0,110	0,190	0,029
80°	Sertão	0,109	0,073	0,146
81°	Quatro Irmãos	0,108	0,214	0,001
82°	São José dos Ausentes	0,107	0,193	0,020
83°	Esmeralda	0,107	0,155	0,058
84°	Nova Pádua	0,106	0,139	0,074
85°	Barra do Guarita	0,105	0,183	0,028
86°	Pirapó	0,105	0,156	0,055
87°	Cotiporã	0,105	0,143	0,068
88°	Coronel Barros	0,105	0,205	0,006

89°	Vespasiano Correa	0,105	0,176	0,033
90°	São Vendelino	0,104	0,200	0,009
91°	Camargo	0,104	0,161	0,048
92°	São Pedro das Missões	0,104	0,171	0,038
93°	Boa Vista do Cadeado	0,104	0,178	0,030
94°	Poço das Antas	0,103	0,184	0,021
95°	Ubiretama	0,102	0,197	0,007
96°	Porto Mauá	0,102	0,201	0,002
97°	São Valentim	0,100	0,152	0,049
98°	Dona Francisca	0,100	0,198	0,002
99°	Porto Xavier	0,099	0,094	0,104
100°	Coronel Pilar	0,099	0,197	0,001
101°	Pinhal	0,098	0,192	0,004
102°	São José do Sul	0,097	0,172	0,023
103°	São Domingos do Sul	0,097	0,147	0,048
104°	Mampituba	0,097	0,168	0,026
105°	Canudos do Vale	0,096	0,180	0,012
106°	Tabaí	0,096	0,086	0,105
107°	Trindade do Sul	0,095	0,174	0,017
108°	Rodeio Bonito	0,095	0,076	0,113
109°	Mariano Moro	0,095	0,186	0,003
110°	Santo Expedito do Sul	0,094	0,179	0,009
111°	Caseiros	0,094	0,158	0,030
112°	Monte Belo do Sul	0,094	0,142	0,045
113°	Vila Flores	0,094	0,147	0,040
114°	Colinas	0,093	0,169	0,018
115°	Bom Progresso	0,091	0,148	0,035
116°	Áurea	0,091	0,139	0,043
117°	Porto Vera Cruz	0,091	0,179	0,003
118°	Boa Vista das Missões	0,091	0,181	0,000
119°	São Valentim do Sul	0,090	0,176	0,005
120°	Nova Roma do Sul	0,090	0,112	0,068
121°	Senador Salgado Filho	0,089	0,137	0,042
122°	Doutor Ricardo	0,089	0,177	0,001
123°	Quevedos	0,088	0,134	0,043
124°	Victor Graeff	0,088	0,132	0,044
125°	Vista Gaúcha	0,088	0,144	0,032
126°	Gramado	0,088	0,060	0,115
127°	São Martinho da Serra	0,088	0,132	0,043
128°	Morrinhos do Sul	0,087	0,100	0,075
129°	Cidreira	0,087	0,098	0,077
130°	Paulo Bento	0,087	0,159	0,015
131°	Mostardas	0,086	0,052	0,120
132°	Sinimbu	0,086	0,158	0,014
133°	Nova Ramada	0,086	0,159	0,013
134°	Putinga	0,086	0,158	0,014

135°	Cruzaltense	0,086	0,171	0,001
136°	Silveira Martins	0,085	0,157	0,013
137°	Imigrante	0,085	0,162	0,008
138°	Três Palmeiras	0,085	0,094	0,075
139°	Barros Cassal	0,084	0,037	0,131
140°	Dois Lajeados	0,084	0,168	0,000
141°	Travesseiro	0,084	0,154	0,013
142°	Saldanha Marinho	0,083	0,129	0,037
143°	Novo Cabrais	0,083	0,096	0,070
144°	Boa Vista do Incra	0,082	0,157	0,007
145°	Nova Candelária	0,082	0,132	0,032
146°	Ciríaco	0,081	0,075	0,088
147°	Pinheirinho do Vale	0,081	0,130	0,031
148°	Capão do Cipó	0,080	0,127	0,034
149°	Westfalia	0,080	0,148	0,011
150°	Arambaré	0,079	0,157	0,001
151°	Paraí	0,079	0,063	0,095
152°	Santa Margarida do Sul	0,079	0,154	0,003
153°	Mormaço	0,079	0,138	0,020
154°	Mato Castelhano	0,079	0,147	0,010
155°	Nova Esperança do Sul	0,078	0,126	0,031
156°	Ivorá	0,078	0,153	0,004
157°	Caiçara	0,078	0,073	0,084
158°	Ilópolis	0,077	0,101	0,053
159°	Vale Real	0,076	0,120	0,032
160°	Lajeado do Bugre	0,076	0,136	0,017
161°	Severiano de Almeida	0,076	0,135	0,017
162°	Vista Alegre	0,076	0,120	0,032
163°	Vale Verde	0,076	0,128	0,024
164°	Campinas do Sul	0,075	0,110	0,041
165°	Turuçu	0,075	0,146	0,004
166°	Salvador do Sul	0,075	0,115	0,034
167°	Caibaté	0,075	0,103	0,046
168°	Jacuzinho	0,074	0,134	0,015
169°	Estrela Velha	0,074	0,140	0,009
170°	Cacique Doble	0,074	0,123	0,026
171°	Quinze de Novembro	0,074	0,109	0,038
172°	Fortaleza dos Valos	0,074	0,104	0,043
173°	Unistalda	0,074	0,139	0,009
174°	Marques de Souza	0,074	0,100	0,047
175°	Três Forquilhas	0,073	0,141	0,004
176°	Pinhal Grande	0,073	0,145	0,001
177°	Erval Grande	0,072	0,103	0,041
178°	Erechim	0,071	0,125	0,018
179°	Guaporé	0,071	0,059	0,084
180°	Araricá	0,071	0,076	0,066

181°	Osório	0,071	0,065	0,077
182°	Cândido Godói	0,071	0,072	0,069
183°	Pareci Novo	0,070	0,108	0,033
184°	São João do Polêsine	0,070	0,134	0,007
185°	Campos Borges	0,070	0,103	0,036
186°	Itati	0,069	0,137	0,002
187°	Tapera	0,069	0,065	0,074
188°	Itacurubi	0,069	0,131	0,007
189°	Toropi	0,069	0,114	0,024
190°	Barracão	0,069	0,087	0,051
191°	Arroio do Padre	0,068	0,135	0,002
192°	Esperança do Sul	0,068	0,112	0,025
193°	São Nicolau	0,068	0,077	0,060
194°	Capitão	0,068	0,134	0,002
195°	São José das Missões	0,068	0,130	0,006
196°	Forquetinha	0,068	0,129	0,007
197°	Entre Rios do Sul	0,068	0,129	0,006
198°	Chiapetta	0,067	0,099	0,035
199°	Viadutos	0,067	0,096	0,038
200°	Cristal do Sul	0,067	0,133	0,000
201°	São Valério do Sul	0,066	0,129	0,004
202°	Dilermando de Aguiar	0,066	0,111	0,022
203°	Garruchos	0,066	0,127	0,006
204°	Campestre da Serra	0,066	0,112	0,021
205°	Pontão	0,066	0,095	0,037
206°	Três Arroios	0,066	0,126	0,007
207°	Mato Leitão	0,066	0,099	0,033
208°	Novo Machado	0,066	0,110	0,022
209°	São Pedro do Butiá	0,066	0,118	0,013
210°	Braga	0,065	0,110	0,021
211°	Centenário	0,065	0,105	0,026
212°	Independência	0,065	0,112	0,017
213°	Riozinho	0,065	0,082	0,047
214°	Capivari do Sul	0,064	0,109	0,020
215°	Tupandi	0,064	0,113	0,015
216°	São Pedro da Serra	0,064	0,114	0,014
217°	Machadinho	0,064	0,082	0,045
218°	Jaquirana	0,064	0,121	0,006
219°	Condor	0,063	0,107	0,019
220°	Santa Maria do Herval	0,063	0,084	0,041
221°	Vitória das Missões	0,062	0,094	0,031
222°	Ibiaçá	0,062	0,083	0,042
223°	Boa Vista do Sul	0,062	0,124	0,000
224°	Vila Maria	0,062	0,103	0,021
225°	Cambará do Sul	0,062	0,117	0,006
226°	Porto Lucena	0,062	0,103	0,020

227°	Vicente Dutra	0,061	0,086	0,036
228°	Erebango	0,061	0,117	0,005
229°	Entre-Ijuís	0,061	0,102	0,020
230°	Terra de Areia	0,061	0,067	0,055
231°	Doutor Maurício Cardoso	0,061	0,096	0,026
232°	Ibirapuitã	0,061	0,089	0,033
233°	Aceguá	0,061	0,121	0,000
234°	Fazenda Vilanova	0,061	0,103	0,018
235°	Santana da Boa Vista	0,061	0,049	0,072
236°	Picada Café	0,060	0,095	0,026
237°	Arroio do Sal	0,060	0,121	0,000
238°	Coronel Bicaco	0,060	0,055	0,066
239°	Tapejara	0,059	0,056	0,063
240°	Jacutinga	0,059	0,117	0,002
241°	Mata	0,059	0,090	0,028
242°	Porto Alegre	0,059	0,087	0,031
243°	Alegrete	0,059	0,068	0,050
244°	Monte Alegre dos Campos	0,059	0,097	0,021
245°	Júlio de Castilhos	0,059	0,064	0,053
246°	Ipê	0,059	0,081	0,036
247°	Tunas	0,058	0,114	0,002
248°	São Miguel das Missões	0,057	0,108	0,007
249°	Alegria	0,057	0,091	0,023
250°	Herveiras	0,057	0,114	0,000
251°	Pejuçara	0,057	0,099	0,015
252°	Faxinal do Soturno	0,057	0,082	0,031
253°	Triunfo	0,056	0,107	0,006
254°	Santa Clara do Sul	0,056	0,075	0,037
255°	Harmonia	0,056	0,079	0,033
256°	Serafina Corrêa	0,056	0,070	0,042
257°	Rondinha	0,056	0,102	0,010
258°	Miraguaí	0,056	0,067	0,044
259°	Gaurama	0,055	0,069	0,042
260°	Xangri-lá	0,055	0,094	0,017
261°	Pelotas	0,055	0,090	0,020
262°	Tavares	0,055	0,070	0,040
263°	Aratiba	0,055	0,109	0,000
264°	Não-Me-Toque	0,055	0,060	0,049
265°	Tuparendi	0,054	0,084	0,025
266°	Progresso	0,054	0,054	0,054
267°	Ibarama	0,054	0,089	0,019
268°	Jari	0,054	0,100	0,007
269°	Casca	0,054	0,062	0,045
270°	Maximiliano de Almeida	0,054	0,067	0,040
271°	Torres	0,054	0,073	0,034
272°	Boa Vista do Buricá	0,053	0,073	0,033

273°	Cachoeira do Sul	0,053	0,088	0,018
274°	São Borja	0,053	0,049	0,057
275°	Tramandaí	0,053	0,059	0,047
276°	Itatiba do Sul	0,053	0,097	0,008
277°	Panambi	0,052	0,094	0,011
278°	Manoel Viana	0,052	0,101	0,003
279°	Muçum	0,052	0,103	0,000
280°	Nova Petrópolis	0,051	0,061	0,041
281°	Nonoai	0,051	0,046	0,056
282°	Morro Reuter	0,051	0,099	0,003
283°	Barão	0,051	0,067	0,034
284°	Tenente Portela	0,051	0,056	0,046
285°	Nova Prata	0,050	0,078	0,023
286°	Novo Barreiro	0,050	0,079	0,022
287°	Liberato Salzano	0,050	0,084	0,016
288°	Selbach	0,050	0,079	0,021
289°	Giruá	0,050	0,076	0,023
290°	Charrua	0,049	0,095	0,004
291°	Jaboticaba	0,049	0,093	0,005
292°	Sarandi	0,049	0,024	0,074
293°	São Martinho	0,049	0,093	0,005
294°	Mariana Pimentel	0,049	0,098	0,000
295°	Parobé	0,049	0,032	0,066
296°	Marau	0,049	0,057	0,041
297°	Paim Filho	0,049	0,091	0,007
298°	Tucunduva	0,049	0,072	0,025
299°	São Marcos	0,049	0,039	0,058
300°	São José do Ouro	0,048	0,070	0,026
301°	Rio dos Índios	0,048	0,091	0,006
302°	Santa Cruz do Sul	0,048	0,054	0,042
303°	Augusto Pestana	0,048	0,086	0,010
304°	Passa Sete	0,048	0,085	0,011
305°	Candelária	0,048	0,086	0,009
306°	São José do Hortêncio	0,048	0,095	0,000
307°	Lindolfo Collor	0,047	0,066	0,029
308°	Maquiné	0,047	0,088	0,007
309°	David Canabarro	0,047	0,083	0,011
310°	São Pedro do Sul	0,047	0,079	0,015
311°	Tiradentes do Sul	0,047	0,084	0,009
312°	Estação	0,047	0,077	0,016
313°	Lagoa Vermelha	0,047	0,031	0,062
314°	Barra do Quaraí	0,046	0,093	0,000
315°	Bossoroca	0,046	0,058	0,035
316°	Pantano Grande	0,046	0,038	0,055
317°	Palmitinho	0,046	0,056	0,036
318°	Canela	0,045	0,080	0,011

319°	Sobradinho	0,045	0,058	0,033
320°	Salto do Jacuí	0,045	0,090	0,000
321°	Dois Irmãos	0,045	0,051	0,038
322°	Jaguarão	0,045	0,059	0,030
323°	Candiota	0,045	0,082	0,007
324°	Estância Velha	0,044	0,041	0,048
325°	Três de Maio	0,044	0,059	0,030
326°	Guarani das Missões	0,044	0,068	0,020
327°	Gramado Xavier	0,043	0,083	0,004
328°	Catuípe	0,043	0,055	0,032
329°	Teutônia	0,043	0,058	0,028
330°	Iraí	0,043	0,046	0,041
331°	Alpestre	0,043	0,070	0,016
332°	Venâncio Aires	0,043	0,067	0,019
333°	Gravataí	0,043	0,073	0,013
334°	Nova Palma	0,043	0,070	0,015
335°	Crissiumal	0,043	0,035	0,050
336°	Santa Rosa	0,043	0,073	0,012
337°	Vila Nova do Sul	0,042	0,076	0,008
338°	Nova Bassano	0,042	0,078	0,006
339°	Ivoti	0,042	0,054	0,030
340°	Maçambará	0,041	0,083	0,000
341°	Lavras do Sul	0,041	0,083	0,000
342°	Campo Novo	0,041	0,081	0,002
343°	Amaral Ferrador	0,041	0,073	0,009
344°	Roca Sales	0,041	0,065	0,017
345°	Jaguari	0,041	0,030	0,051
346°	Igrejinha	0,041	0,056	0,025
347°	Cerro Branco	0,040	0,074	0,006
348°	Glorinha	0,040	0,074	0,006
349°	Marcelino Ramos	0,040	0,070	0,011
350°	Redentora	0,040	0,070	0,009
351°	Ajuricaba	0,040	0,062	0,017
352°	Rosário do Sul	0,039	0,059	0,020
353°	Veranópolis	0,039	0,035	0,044
354°	Brochier	0,038	0,076	0,001
355°	Minas do Leão	0,038	0,044	0,032
356°	Garibaldi	0,038	0,059	0,017
357°	Lagoão	0,038	0,054	0,022
358°	Bento Gonçalves	0,038	0,067	0,009
359°	Carazinho	0,038	0,070	0,005
360°	São Vicente do Sul	0,038	0,052	0,023
361°	Chuívisca	0,037	0,075	0,000
362°	Caxias do Sul	0,037	0,060	0,015
363°	São Sepé	0,037	0,030	0,044
364°	Cerrito	0,037	0,067	0,007

365°	Jóia	0,037	0,061	0,012
366°	Ibiraiaras	0,037	0,050	0,023
367°	Bagé	0,037	0,053	0,020
368°	Passo do Sobrado	0,036	0,056	0,017
369°	Três Passos	0,036	0,038	0,035
370°	Herval	0,036	0,058	0,013
371°	Três Cachoeiras	0,035	0,058	0,013
372°	Esteio	0,035	0,064	0,007
373°	Santa Bárbara do Sul	0,035	0,050	0,021
374°	Sapiranga	0,035	0,028	0,042
375°	Humaitá	0,035	0,064	0,006
376°	Roque Gonzales	0,035	0,068	0,002
377°	Itaara	0,035	0,059	0,011
378°	Bom Princípio	0,035	0,054	0,015
379°	Passo Fundo	0,034	0,019	0,049
380°	Seberi	0,034	0,054	0,014
381°	Cerro Grande do Sul	0,034	0,063	0,005
382°	São Francisco de Assis	0,034	0,021	0,047
383°	Ronda Alta	0,034	0,048	0,019
384°	Campina das Missões	0,033	0,061	0,006
385°	Erval Seco	0,033	0,066	0,001
386°	Restinga Seca	0,033	0,056	0,010
387°	Sananduva	0,033	0,034	0,032
388°	Sentinela do Sul	0,033	0,059	0,007
389°	Charqueadas	0,033	0,057	0,008
390°	Anta Gorda	0,033	0,065	0,000
391°	Alecrim	0,033	0,057	0,009
392°	Carlos Barbosa	0,032	0,056	0,009
393°	Barão de Cotegipe	0,032	0,065	0,000
394°	Caçapava do Sul	0,032	0,054	0,011
395°	Ametista do Sul	0,032	0,047	0,018
396°	Segredo	0,032	0,056	0,008
397°	Formigueiro	0,032	0,051	0,013
398°	Rolante	0,032	0,040	0,024
399°	Feliz	0,032	0,047	0,017
400°	General Câmara	0,032	0,041	0,023
401°	Chapada	0,032	0,050	0,014
402°	Canoas	0,031	0,056	0,007
403°	Santo Antônio das Missões	0,031	0,038	0,023
404°	Lajeado	0,031	0,046	0,015
405°	São Paulo das Missões	0,031	0,054	0,007
406°	Hulha Negra	0,030	0,061	0,000
407°	Cristal	0,030	0,055	0,005
408°	Morro Redondo	0,030	0,055	0,004
409°	Capão da Canoa	0,030	0,035	0,025
410°	Nova Santa Rita	0,030	0,025	0,034

411°	Antônio Prado	0,029	0,046	0,013
412°	Farroupilha	0,029	0,043	0,016
413°	Paverama	0,029	0,046	0,013
414°	Ibirubá	0,029	0,033	0,025
415°	Uruguaiana	0,029	0,035	0,022
416°	Palmeira das Missões	0,028	0,023	0,034
417°	Cerro Largo	0,028	0,039	0,018
418°	Dom Feliciano	0,028	0,039	0,017
419°	Cacequi	0,028	0,035	0,021
420°	Flores da Cunha	0,028	0,036	0,020
421°	Constantina	0,027	0,045	0,010
422°	Santo Augusto	0,027	0,049	0,005
423°	Espumoso	0,027	0,050	0,004
424°	Encantado	0,027	0,046	0,008
425°	Cruzeiro do Sul	0,026	0,040	0,013
426°	Vale do Sol	0,026	0,049	0,004
427°	Barra do Ribeiro	0,026	0,053	0,000
428°	Estrela	0,026	0,036	0,016
429°	Caraá	0,026	0,041	0,011
430°	Vera Cruz	0,026	0,026	0,026
431°	Sertão Santana	0,026	0,052	0,000
432°	São Sebastião do Caí	0,025	0,051	0,000
433°	Soledade	0,025	0,041	0,010
434°	São Luiz Gonzaga	0,025	0,024	0,027
435°	Cruz Alta	0,025	0,035	0,015
436°	Tapes	0,025	0,039	0,011
437°	Três Coroas	0,025	0,024	0,025
438°	Campo Bom	0,025	0,032	0,017
439°	Ijuí	0,025	0,046	0,003
440°	Arroio dos Ratos	0,024	0,042	0,006
441°	Fontoura Xavier	0,024	0,035	0,013
442°	Santo Cristo	0,024	0,040	0,008
443°	São Leopoldo	0,024	0,047	0,001
444°	São Jerônimo	0,024	0,046	0,002
445°	Chuí	0,024	0,047	0,000
446°	Paraíso do Sul	0,023	0,046	0,000
447°	Horizontalina	0,023	0,042	0,004
448°	Cachoeirinha	0,023	0,041	0,005
449°	Santa Maria	0,023	0,041	0,004
450°	Barão do Triunfo	0,022	0,044	0,000
451°	Tupanciretã	0,022	0,044	0,000
452°	Getúlio Vargas	0,022	0,034	0,010
453°	Pinheiro Machado	0,021	0,042	0,000
454°	Arroio do Tigre	0,021	0,041	0,002
455°	Planalto	0,021	0,041	0,002
456°	Novo Hamburgo	0,021	0,034	0,008

457°	Santa Vitória do Palmar	0,021	0,035	0,007
458°	Bom Jesus	0,021	0,037	0,005
459°	Taquari	0,021	0,023	0,018
460°	Rio Pardo	0,020	0,030	0,011
461°	Arroio Grande	0,020	0,028	0,013
462°	Arroio do Meio	0,020	0,036	0,004
463°	Eldorado do Sul	0,020	0,028	0,012
464°	Butiá	0,020	0,040	0,000
465°	Sapucaia do Sul	0,020	0,037	0,003
466°	Santana do Livramento	0,019	0,018	0,021
467°	Santo Antônio da Patrulha	0,019	0,035	0,004
468°	Dom Pedrito	0,019	0,034	0,003
469°	Santo Ângelo	0,019	0,027	0,010
470°	Arvorezinha	0,019	0,031	0,007
471°	Santiago	0,019	0,030	0,007
472°	Pedro Osório	0,019	0,036	0,001
473°	Encruzilhada do Sul	0,018	0,031	0,005
474°	Boqueirão do Leão	0,018	0,036	0,000
475°	Itaqui	0,017	0,025	0,009
476°	São José do Norte	0,017	0,021	0,013
477°	Canguçu	0,017	0,019	0,014
478°	Montenegro	0,017	0,033	0,000
479°	Bom Retiro do Sul	0,017	0,033	0,000
480°	Vacaria	0,016	0,026	0,007
481°	Frederico Westphalen	0,016	0,026	0,007
482°	São Lourenço do Sul	0,016	0,029	0,004
483°	Nova Hartz	0,016	0,024	0,008
484°	Portão	0,015	0,029	0,002
485°	Capela de Santana	0,015	0,028	0,002
486°	São Francisco de Paula	0,015	0,029	0,001
487°	Agudo	0,015	0,028	0,002
488°	Alvorada	0,014	0,013	0,015
489°	Taquara	0,014	0,023	0,004
490°	Rio Grande	0,013	0,017	0,009
491°	São Gabriel	0,013	0,018	0,008
492°	Piratini	0,013	0,025	0,000
493°	Guaíba	0,011	0,022	0,001
494°	Capão do Leão	0,010	0,016	0,004
495°	Viamão	0,010	0,017	0,003
496°	Camaquã	0,009	0,014	0,004

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Tabela 20 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, Municípios, RS, 2011

Classificação	Município	Índice Acumulado 2011	Dimensões	
			Recursos 2011	Ações 2011
1º	Muliterno	0,295	0,545	0,046
2º	Montauri	0,285	0,394	0,176
3º	Dom Pedro de Alcântara	0,251	0,198	0,304
4º	Ponte Preta	0,214	0,376	0,051
5º	Água Santa	0,210	0,145	0,276
6º	Vanini	0,207	0,383	0,032
7º	Relvado	0,207	0,347	0,068
8º	Florianópolis	0,206	0,267	0,145
9º	Coqueiros do Sul	0,189	0,168	0,210
10º	Gramado dos Loureiros	0,189	0,217	0,161
11º	Alto Alegre	0,186	0,219	0,154
12º	Carlos Gomes	0,186	0,352	0,021
13º	Vista Alegre do Prata	0,184	0,289	0,079
14º	Engenho Velho	0,184	0,359	0,009
15º	Taquaruçu do Sul	0,182	0,176	0,189
16º	Colorado	0,180	0,138	0,222
17º	Santo Antônio do Planalto	0,177	0,295	0,059
18º	Santa Tereza	0,175	0,245	0,105
19º	Imbé	0,168	0,109	0,228
20º	Sede Nova	0,168	0,136	0,200
21º	Santa Cecília do Sul	0,166	0,313	0,018
22º	Novo Tiradentes	0,163	0,172	0,153
23º	Linha Nova	0,162	0,290	0,034
24º	Coqueiro Baixo	0,162	0,293	0,031
25º	André da Rocha	0,160	0,284	0,036
26º	Presidente Lucena	0,159	0,309	0,009
27º	São José do Inhacorá	0,151	0,175	0,127
28º	Inhacorá	0,150	0,241	0,058
29º	Guabiju	0,149	0,283	0,014
30º	São Vendelino	0,148	0,287	0,009
31º	Palmares do Sul	0,148	0,133	0,163
32º	Gentil	0,146	0,229	0,063
33º	Novo Xingu	0,144	0,201	0,088
34º	Pedras Altas	0,143	0,205	0,081
35º	Tio Hugo	0,143	0,134	0,151
36º	Vale Real	0,142	0,241	0,044
37º	Pouso Novo	0,142	0,283	0,001
38º	Nicolau Vergueiro	0,142	0,212	0,072
39º	Ernestina	0,141	0,110	0,171
40º	São João da Urtiga	0,141	0,078	0,203
41º	Quaraí	0,140	0,085	0,194
42º	Muitos Capões	0,139	0,223	0,055

43°	Cidreira	0,139	0,161	0,117
44°	Pirapó	0,138	0,202	0,073
45°	Nova Boa Vista	0,137	0,227	0,047
46°	Nova Bréscea	0,137	0,131	0,142
47°	Boa Vista do Cadeado	0,136	0,245	0,027
48°	Santo Antônio do Palma	0,136	0,257	0,014
49°	Pinhal da Serra	0,135	0,260	0,011
50°	Rolador	0,135	0,267	0,004
51°	Barra do Rio Azul	0,135	0,266	0,004
52°	Fagundes Varela	0,134	0,262	0,007
53°	Sério	0,134	0,256	0,012
54°	Sete de Setembro	0,133	0,254	0,012
55°	Nova Pádua	0,133	0,173	0,093
56°	Almirante Tamandaré do Sul	0,133	0,252	0,013
57°	São José do Herval	0,132	0,229	0,036
58°	Derrubadas	0,132	0,124	0,141
59°	Canudos do Vale	0,132	0,219	0,046
60°	Dezesseis de Novembro	0,132	0,102	0,161
61°	Mato Queimado	0,131	0,235	0,028
62°	União da Serra	0,130	0,260	0,000
63°	Itapuca	0,129	0,217	0,040
64°	Eugênio de Castro	0,128	0,208	0,047
65°	Quatro Irmãos	0,128	0,254	0,001
66°	Guaporé	0,126	0,097	0,155
67°	Protásio Alves	0,125	0,201	0,049
68°	Sagrada Família	0,125	0,138	0,112
69°	Pinheirinho do Vale	0,124	0,206	0,043
70°	Tupanci do Sul	0,124	0,219	0,029
71°	Lagoa dos Três Cantos	0,123	0,242	0,005
72°	Coronel Barros	0,123	0,234	0,012
73°	Vila Lângaro	0,122	0,200	0,045
74°	Capão Bonito do Sul	0,122	0,226	0,017
75°	Poço das Antas	0,121	0,224	0,019
76°	Benjamin Constant do Sul	0,121	0,220	0,021
77°	São Pedro das Missões	0,119	0,180	0,058
78°	Faxinalzinho	0,119	0,155	0,082
79°	São José do Sul	0,119	0,212	0,025
80°	Cerro Grande	0,118	0,153	0,083
81°	São Martinho da Serra	0,118	0,191	0,045
82°	Gramado	0,118	0,096	0,140
83°	Nova Alvorada	0,117	0,146	0,089
84°	Maratá	0,117	0,177	0,057
85°	Vespasiano Correa	0,117	0,200	0,033
86°	Chapada	0,117	0,219	0,014
87°	São Valentim	0,116	0,188	0,044
88°	Barra Funda	0,116	0,191	0,041

89°	Cotiporã	0,116	0,192	0,040
90°	Coxilha	0,115	0,146	0,084
91°	Três Arroios	0,115	0,223	0,007
92°	Dona Francisca	0,114	0,225	0,002
93°	Trindade do Sul	0,113	0,207	0,018
94°	Mato Leitão	0,113	0,191	0,035
95°	Camargo	0,112	0,198	0,026
96°	Mariano Moro	0,112	0,220	0,004
97°	Lagoa Bonita do Sul	0,112	0,224	0,000
98°	Sertão	0,112	0,074	0,149
99°	Doutor Ricardo	0,110	0,220	0,001
100°	Coronel Pilar	0,110	0,220	0,001
101°	Monte Belo do Sul	0,110	0,176	0,044
102°	Dois Irmãos das Missões	0,110	0,187	0,033
103°	Erechim	0,110	0,196	0,024
104°	São Jorge	0,108	0,158	0,059
105°	Áurea	0,108	0,141	0,075
106°	Bozano	0,107	0,193	0,020
107°	Salvador das Missões	0,106	0,194	0,019
108°	São Domingos do Sul	0,105	0,174	0,037
109°	Nova Araçá	0,105	0,117	0,092
110°	Barra do Guarita	0,104	0,178	0,031
111°	Ilópolis	0,102	0,133	0,071
112°	Torres	0,102	0,133	0,071
113°	Boa Vista das Missões	0,101	0,202	0,000
114°	Alto Feliz	0,100	0,143	0,057
115°	Rodeio Bonito	0,099	0,084	0,115
116°	Cacique Doble	0,099	0,175	0,022
117°	Ipiranga do Sul	0,098	0,196	0,000
118°	Pinhal	0,098	0,195	0,002
119°	Quevedos	0,098	0,147	0,049
120°	Boa Vista do Inca	0,098	0,186	0,010
121°	Erval Grande	0,097	0,153	0,042
122°	Porto Xavier	0,097	0,111	0,084
123°	Paulo Bento	0,097	0,182	0,012
124°	Esmeralda	0,097	0,143	0,051
125°	Campinas do Sul	0,097	0,137	0,057
126°	Bom Progresso	0,097	0,158	0,036
127°	Vila Flores	0,097	0,165	0,028
128°	Cruzaltense	0,097	0,191	0,003
129°	Imigrante	0,096	0,186	0,007
130°	Arvorezinha	0,096	0,187	0,005
131°	Porto Vera Cruz	0,096	0,191	0,000
132°	Arroio do Sal	0,095	0,191	0,000
133°	Sinimbu	0,095	0,178	0,012
134°	São Valentim do Sul	0,095	0,186	0,004

135°	Mampituba	0,094	0,178	0,010
136°	Cachoeira do Sul	0,094	0,160	0,027
137°	Lajeado do Bugre	0,094	0,165	0,023
138°	Paraí	0,093	0,088	0,098
139°	Santana da Boa Vista	0,093	0,095	0,091
140°	Santa Margarida do Sul	0,093	0,184	0,001
141°	São José dos Ausentes	0,093	0,161	0,024
142°	Mostardas	0,092	0,075	0,109
143°	Três Palmeiras	0,092	0,098	0,087
144°	Nova Ramada	0,092	0,172	0,012
145°	Igrejinha	0,091	0,160	0,022
146°	Nova Roma do Sul	0,091	0,130	0,051
147°	Westfalia	0,090	0,160	0,021
148°	Nova Esperança do Sul	0,089	0,150	0,029
149°	Porto Mauá	0,089	0,176	0,002
150°	Candiota	0,089	0,161	0,017
151°	Mormaço	0,089	0,168	0,009
152°	Marques de Souza	0,089	0,133	0,044
153°	Barros Cassal	0,088	0,046	0,131
154°	Turuçu	0,088	0,173	0,004
155°	Colinas	0,088	0,165	0,012
156°	Dois Lajeados	0,088	0,176	0,000
157°	Saldanha Marinho	0,087	0,142	0,033
158°	Fortaleza dos Valos	0,087	0,133	0,041
159°	Travesseiro	0,087	0,162	0,012
160°	Estrela Velha	0,087	0,159	0,014
161°	Condor	0,086	0,158	0,015
162°	Novo Machado	0,086	0,135	0,038
163°	Caiçara	0,086	0,081	0,092
164°	Victor Graeff	0,086	0,134	0,037
165°	Garruchos	0,086	0,163	0,008
166°	Estância Velha	0,086	0,056	0,116
167°	Itati	0,086	0,160	0,011
168°	Entre Rios do Sul	0,085	0,160	0,010
169°	Viadutos	0,085	0,102	0,068
170°	Vista Gaúcha	0,085	0,147	0,023
171°	Chiapetta	0,084	0,139	0,029
172°	Mato Castelhano	0,084	0,160	0,008
173°	Santo Expedito do Sul	0,084	0,160	0,008
174°	Riozinho	0,084	0,123	0,045
175°	Monte Alegre dos Campos	0,084	0,139	0,028
176°	Vale Verde	0,083	0,145	0,021
177°	Jaquirana	0,082	0,157	0,008
178°	Xangri-lá	0,082	0,147	0,017
179°	Novo Cabrais	0,082	0,114	0,051
180°	Cândido Godói	0,082	0,093	0,070

181°	Barracão	0,082	0,137	0,026
182°	Tabaí	0,082	0,094	0,070
183°	Pontão	0,082	0,113	0,050
184°	Morrinhos do Sul	0,081	0,105	0,057
185°	Caibaté	0,081	0,108	0,054
186°	Campos Borges	0,081	0,119	0,042
187°	Quinze de Novembro	0,080	0,146	0,014
188°	Nova Candelária	0,080	0,132	0,028
189°	Muçum	0,080	0,160	0,000
190°	Machadinho	0,080	0,096	0,064
191°	Tupandi	0,080	0,153	0,006
192°	Vista Alegre	0,079	0,132	0,027
193°	Terra de Areia	0,079	0,125	0,034
194°	Capitão	0,079	0,157	0,001
195°	Ibiaçá	0,079	0,114	0,044
196°	São João do Polêsine	0,079	0,152	0,006
197°	Dilermando de Aguiar	0,079	0,125	0,033
198°	Silveira Martins	0,079	0,145	0,012
199°	Venâncio Aires	0,078	0,139	0,018
200°	Araricá	0,078	0,088	0,067
201°	Jacutinga	0,078	0,153	0,002
202°	Senador Salgado Filho	0,077	0,129	0,025
203°	Jacuizinho	0,077	0,140	0,014
204°	Três Forquilhas	0,077	0,149	0,005
205°	Unistalda	0,077	0,146	0,007
206°	Ciríaco	0,077	0,083	0,071
207°	Serafina Corrêa	0,076	0,103	0,049
208°	Mata	0,076	0,123	0,030
209°	Caseiros	0,075	0,116	0,035
210°	Nova Petrópolis	0,075	0,096	0,054
211°	São José do Ouro	0,075	0,111	0,039
212°	Fazenda Vilanova	0,075	0,127	0,022
213°	Ubiretama	0,075	0,145	0,005
214°	São Borja	0,075	0,124	0,025
215°	Osório	0,075	0,103	0,047
216°	Ivorá	0,075	0,141	0,008
217°	Centenário	0,074	0,121	0,027
218°	Erebango	0,074	0,132	0,016
219°	Capão do Cipó	0,074	0,123	0,024
220°	Capivari do Sul	0,073	0,111	0,035
221°	Garibaldi	0,073	0,123	0,023
222°	Teutônia	0,073	0,121	0,025
223°	Cambará do Sul	0,073	0,128	0,018
224°	Picada Café	0,073	0,124	0,021
225°	Alegria	0,073	0,110	0,036
226°	Giruá	0,073	0,110	0,036

227°	Santa Clara do Sul	0,073	0,108	0,037
228°	Campestre da Serra	0,072	0,128	0,016
229°	Doutor Maurício Cardoso	0,072	0,118	0,026
230°	Esperança do Sul	0,072	0,117	0,026
231°	Arroio do Padre	0,072	0,139	0,004
232°	Severiano de Almeida	0,071	0,126	0,017
233°	Maximiliano de Almeida	0,071	0,076	0,065
234°	Pareci Novo	0,071	0,116	0,026
235°	Herveiras	0,071	0,141	0,000
236°	São Pedro do Butiá	0,070	0,127	0,014
237°	Forquetinha	0,070	0,137	0,004
238°	Faxinal do Soturno	0,070	0,110	0,031
239°	Arambaré	0,070	0,139	0,001
240°	Bento Gonçalves	0,069	0,131	0,007
241°	Tunas	0,069	0,136	0,002
242°	Cristal do Sul	0,068	0,136	0,000
243°	Panambi	0,068	0,129	0,007
244°	Vitória das Missões	0,068	0,110	0,026
245°	Independência	0,067	0,117	0,018
246°	São José das Missões	0,067	0,129	0,005
247°	Liberato Salzano	0,067	0,112	0,021
248°	São Pedro da Serra	0,067	0,122	0,011
249°	Toropi	0,066	0,123	0,010
250°	Tuparendi	0,066	0,108	0,024
251°	São Nicolau	0,066	0,101	0,031
252°	Santa Maria do Herval	0,066	0,115	0,017
253°	Vicente Dutra	0,066	0,098	0,034
254°	Salvador do Sul	0,066	0,101	0,031
255°	Itatiba do Sul	0,065	0,114	0,017
256°	Ibirapuitã	0,065	0,098	0,032
257°	Rolante	0,065	0,108	0,022
258°	Charqueadas	0,065	0,107	0,022
259°	Putinga	0,065	0,103	0,026
260°	Tapera	0,064	0,096	0,033
261°	Boa Vista do Buricá	0,064	0,102	0,027
262°	Três de Maio	0,064	0,109	0,019
263°	Selbach	0,064	0,106	0,022
264°	Pejuçara	0,064	0,113	0,014
265°	Miraguaí	0,064	0,084	0,044
266°	Aratiba	0,064	0,127	0,000
267°	Herval	0,064	0,115	0,013
268°	Triunfo	0,063	0,119	0,007
269°	Salto do Jacuí	0,063	0,126	0,000
270°	Santa Cruz do Sul	0,063	0,090	0,035
271°	Catuípe	0,062	0,097	0,028
272°	Tucunduva	0,062	0,107	0,018

273°	Barão	0,062	0,092	0,033
274°	Roque Gonzales	0,062	0,123	0,001
275°	Entre-Ijuís	0,062	0,105	0,019
276°	Alegrete	0,062	0,088	0,036
277°	Braga	0,062	0,108	0,016
278°	Rosário do Sul	0,062	0,100	0,023
279°	Bom Princípio	0,062	0,110	0,013
280°	Jaguarão	0,062	0,082	0,041
281°	Guarani das Missões	0,061	0,099	0,023
282°	Porto Alegre	0,061	0,094	0,028
283°	Boa Vista do Sul	0,061	0,122	0,000
284°	São Valério do Sul	0,061	0,119	0,002
285°	Novo Barreiro	0,061	0,099	0,023
286°	Carlos Barbosa	0,060	0,103	0,017
287°	Manoel Viana	0,060	0,118	0,002
288°	Vila Maria	0,060	0,107	0,012
289°	Lagoa Vermelha	0,059	0,053	0,066
290°	Ivoti	0,059	0,082	0,035
291°	Marau	0,059	0,083	0,035
292°	São Miguel das Missões	0,059	0,110	0,007
293°	Ibarama	0,059	0,105	0,013
294°	Sobradinho	0,059	0,086	0,031
295°	Harmonia	0,059	0,091	0,026
296°	Jari	0,059	0,110	0,007
297°	Ipê	0,058	0,088	0,028
298°	Progresso	0,058	0,064	0,053
299°	Morro Reuter	0,058	0,112	0,005
300°	Itacurubi	0,058	0,106	0,010
301°	Charrua	0,058	0,111	0,004
302°	Nova Palma	0,057	0,103	0,011
303°	São Pedro do Sul	0,057	0,098	0,016
304°	David Canabarro	0,057	0,097	0,017
305°	Arroio Grande	0,057	0,097	0,017
306°	Tavares	0,056	0,084	0,029
307°	Porto Lucena	0,056	0,101	0,012
308°	Coronel Bicaco	0,056	0,056	0,056
309°	Campo Novo	0,056	0,107	0,005
310°	São Marcos	0,056	0,070	0,042
311°	São Martinho	0,056	0,108	0,003
312°	Santa Rosa	0,056	0,097	0,014
313°	Ronda Alta	0,055	0,066	0,044
314°	Encantado	0,054	0,097	0,012
315°	Maquiné	0,054	0,100	0,008
316°	Gaurama	0,053	0,070	0,037
317°	Palmitinho	0,053	0,072	0,034
318°	Santa Maria	0,053	0,101	0,005

319°	Vila Nova do Sul	0,052	0,097	0,007
320°	Júlio de Castilhos	0,051	0,059	0,043
321°	Rio dos Índios	0,051	0,097	0,004
322°	Paim Filho	0,051	0,094	0,008
323°	Aceguá	0,051	0,102	0,000
324°	Gravataí	0,051	0,081	0,020
325°	Jaboticaba	0,051	0,098	0,003
326°	Ajuricaba	0,051	0,085	0,016
327°	Lindolfo Collor	0,050	0,074	0,027
328°	Tramandaí	0,050	0,095	0,005
329°	Carazinho	0,050	0,098	0,003
330°	Augusto Pestana	0,049	0,091	0,008
331°	São José do Hortêncio	0,049	0,099	0,000
332°	Gramado Xavier	0,049	0,097	0,002
333°	Anta Gorda	0,049	0,099	0,000
334°	Nova Bassano	0,049	0,093	0,005
335°	Tenente Portela	0,049	0,058	0,041
336°	Casca	0,049	0,089	0,010
337°	Canela	0,049	0,082	0,016
338°	Maçambará	0,049	0,097	0,000
339°	Pantano Grande	0,048	0,043	0,054
340°	Pelotas	0,048	0,082	0,014
341°	Pinhal Grande	0,048	0,094	0,001
342°	Passa Sete	0,048	0,074	0,021
343°	Nova Prata	0,048	0,075	0,020
344°	Cerro Branco	0,047	0,091	0,003
345°	Santo Augusto	0,047	0,074	0,020
346°	Dois Irmãos	0,047	0,059	0,035
347°	Nonoai	0,047	0,037	0,056
348°	Crissiumal	0,046	0,052	0,040
349°	Marcelino Ramos	0,046	0,083	0,009
350°	Capão da Canoa	0,046	0,076	0,016
351°	Caçapava do Sul	0,046	0,081	0,010
352°	Tapejara	0,045	0,069	0,021
353°	Santa Bárbara do Sul	0,045	0,072	0,018
354°	Três Cachoeiras	0,045	0,075	0,015
355°	Sapiranga	0,045	0,051	0,039
356°	Redentora	0,045	0,082	0,008
357°	Tiradentes do Sul	0,045	0,088	0,002
358°	Jóia	0,045	0,079	0,011
359°	Rondinha	0,045	0,081	0,009
360°	Não-Me-Toque	0,045	0,068	0,021
361°	Lajeado	0,044	0,076	0,013
362°	Barão de Cotegipe	0,044	0,088	0,000
363°	Três Passos	0,044	0,054	0,034
364°	Glorinha	0,044	0,083	0,005

365°	General Câmara	0,044	0,059	0,029
366°	Balneário Pinhal	0,044	0,072	0,016
367°	Bossoroca	0,044	0,069	0,019
368°	Brochier	0,043	0,086	0,001
369°	São Francisco de Assis	0,043	0,030	0,057
370°	Ibirubá	0,043	0,056	0,031
371°	Feliz	0,043	0,075	0,011
372°	Barra do Quaraí	0,043	0,085	0,000
373°	Passo do Sobrado	0,043	0,069	0,016
374°	Cerrito	0,042	0,079	0,006
375°	São Sepé	0,042	0,042	0,042
376°	Cerro Grande do Sul	0,042	0,081	0,003
377°	Vale do Sol	0,042	0,079	0,004
378°	Itaqui	0,042	0,075	0,009
379°	Caxias do Sul	0,042	0,073	0,011
380°	Jaguari	0,041	0,038	0,045
381°	Morro Redondo	0,041	0,079	0,003
382°	Santo Antônio das Missões	0,041	0,052	0,030
383°	Lavras do Sul	0,041	0,082	0,000
384°	Humaitá	0,041	0,080	0,002
385°	Estação	0,040	0,067	0,014
386°	Barra do Ribeiro	0,040	0,080	0,000
387°	Cristal	0,040	0,065	0,015
388°	Arroio dos Ratos	0,039	0,076	0,002
389°	Bagé	0,039	0,062	0,017
390°	Farroupilha	0,039	0,063	0,015
391°	Minas do Leão	0,039	0,047	0,031
392°	Mariana Pimentel	0,039	0,078	0,000
393°	São Jerônimo	0,039	0,076	0,001
394°	Lagoão	0,038	0,061	0,015
395°	Boqueirão do Leão	0,038	0,077	0,000
396°	Roca Sales	0,038	0,062	0,014
397°	Alecrim	0,038	0,068	0,008
398°	Campo Bom	0,038	0,049	0,027
399°	Constantina	0,038	0,065	0,011
400°	Erval Seco	0,038	0,074	0,002
401°	Antônio Prado	0,038	0,058	0,017
402°	Campina das Missões	0,038	0,068	0,007
403°	Paverama	0,037	0,062	0,013
404°	Arroio do Tigre	0,037	0,073	0,002
405°	Iraí	0,037	0,050	0,024
406°	Itaara	0,037	0,063	0,011
407°	Santo Cristo	0,037	0,063	0,011
408°	Santo Ângelo	0,037	0,051	0,023
409°	Chувиска	0,037	0,074	0,000
410°	Segredo	0,037	0,068	0,005

411°	Canoas	0,036	0,068	0,005
412°	São Vicente do Sul	0,036	0,051	0,021
413°	São Leopoldo	0,036	0,070	0,001
414°	Restinga Seca	0,036	0,062	0,009
415°	Cruzeiro do Sul	0,036	0,059	0,012
416°	São Paulo das Missões	0,035	0,065	0,006
417°	Chuí	0,035	0,070	0,000
418°	Estrela	0,035	0,055	0,015
419°	Ametista do Sul	0,035	0,053	0,016
420°	Amaral Ferrador	0,035	0,066	0,004
421°	Sarandi	0,035	0,028	0,041
422°	Vera Cruz	0,035	0,046	0,023
423°	Cerro Largo	0,034	0,056	0,012
424°	Alpestre	0,034	0,057	0,011
425°	Ibiraiaras	0,034	0,058	0,010
426°	Santa Vitória do Palmar	0,034	0,062	0,006
427°	Esteio	0,034	0,062	0,006
428°	Formigueiro	0,034	0,057	0,011
429°	Candelária	0,034	0,048	0,020
430°	Uruguaiana	0,034	0,052	0,015
431°	São Luiz Gonzaga	0,033	0,028	0,038
432°	Seberi	0,033	0,053	0,012
433°	Getúlio Vargas	0,033	0,061	0,004
434°	Parobé	0,033	0,036	0,029
435°	Novo Hamburgo	0,032	0,056	0,008
436°	Vacaria	0,032	0,059	0,005
437°	Ijuí	0,032	0,057	0,008
438°	Flores da Cunha	0,032	0,054	0,010
439°	Cachoeirinha	0,032	0,059	0,004
440°	Cacequi	0,032	0,045	0,018
441°	Três Coroas	0,031	0,040	0,023
442°	Dom Feliciano	0,030	0,038	0,023
443°	Palmeira das Missões	0,030	0,028	0,032
444°	Encruzilhada do Sul	0,030	0,055	0,005
445°	Sananduva	0,030	0,048	0,011
446°	Sentinela do Sul	0,030	0,056	0,003
447°	Nova Santa Rita	0,029	0,033	0,026
448°	Tapes	0,029	0,048	0,009
449°	Fontoura Xavier	0,029	0,047	0,010
450°	Horizontina	0,028	0,053	0,003
451°	Veranópolis	0,028	0,036	0,020
452°	Barão do Triunfo	0,027	0,053	0,000
453°	Tupanciretã	0,027	0,053	0,000
454°	Soledade	0,027	0,045	0,008
455°	Agudo	0,026	0,050	0,002
456°	Taquari	0,026	0,038	0,013

457°	Espumoso	0,025	0,047	0,003
458°	Santo Antônio da Patrulha	0,025	0,044	0,006
459°	Sapucaia do Sul	0,025	0,048	0,002
460°	Hulha Negra	0,025	0,050	0,000
461°	Pinheiro Machado	0,025	0,050	0,000
462°	Bom Jesus	0,024	0,046	0,003
463°	São Lourenço do Sul	0,024	0,048	0,001
464°	Rio Pardo	0,024	0,040	0,009
465°	São Sebastião do Caí	0,024	0,048	0,000
466°	Dom Pedrito	0,024	0,046	0,002
467°	Cruz Alta	0,023	0,032	0,014
468°	Bom Retiro do Sul	0,023	0,046	0,000
469°	Montenegro	0,022	0,044	0,000
470°	Portão	0,022	0,043	0,002
471°	Passo Fundo	0,022	0,023	0,022
472°	Planalto	0,021	0,042	0,001
473°	Sertão Santana	0,021	0,043	0,000
474°	Eldorado do Sul	0,021	0,033	0,009
475°	São José do Norte	0,021	0,037	0,005
476°	Caraá	0,021	0,033	0,009
477°	Santiago	0,021	0,039	0,003
478°	Pedro Osório	0,020	0,040	0,001
479°	Paraíso do Sul	0,018	0,037	0,000
480°	Santana do Livramento	0,018	0,018	0,019
481°	São Francisco de Paula	0,018	0,035	0,001
482°	Frederico Westphalen	0,018	0,030	0,006
483°	Nova Hartz	0,018	0,029	0,007
484°	Piratini	0,017	0,034	0,000
485°	Butiá	0,017	0,034	0,000
486°	Capela de Santana	0,017	0,031	0,003
487°	Canguçu	0,016	0,021	0,011
488°	Rio Grande	0,015	0,026	0,005
489°	Arroio do Meio	0,015	0,027	0,004
490°	Alvorada	0,015	0,019	0,010
491°	Taquara	0,014	0,020	0,008
492°	São Gabriel	0,014	0,024	0,005
493°	Guaíba	0,012	0,023	0,002
494°	Capão do Leão	0,011	0,018	0,004
495°	Viamão	0,009	0,017	0,001
496°	Camaquã	0,009	0,016	0,002

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Tabela 21 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, Municípios, RS, 2012

Classificação	Município	Índice Acumulado 2012	Dimensões	
			Recursos 2012	Ações 2012
1º	Vanini	0,268	0,501	0,036
2º	Montauri	0,242	0,420	0,065
3º	Muliterno	0,234	0,424	0,045
4º	Dom Pedro de Alcântara	0,232	0,172	0,292
5º	Relvado	0,214	0,316	0,111
6º	Florianópolis	0,206	0,231	0,181
7º	Gramado dos Loureiros	0,205	0,210	0,201
8º	Ponte Preta	0,199	0,365	0,033
9º	Quaraí	0,198	0,232	0,165
10º	Guabiju	0,198	0,389	0,008
11º	Sede Nova	0,198	0,122	0,273
12º	Engenho Velho	0,197	0,383	0,010
13º	André da Rocha	0,192	0,312	0,072
14º	Santo Antônio do Planalto	0,183	0,300	0,065
15º	Alto Alegre	0,179	0,239	0,119
16º	Derrubadas	0,174	0,153	0,195
17º	Novo Tiradentes	0,171	0,219	0,123
18º	Presidente Lucena	0,169	0,334	0,004
19º	Carlos Gomes	0,169	0,329	0,009
20º	Nova Bréscia	0,169	0,122	0,216
21º	São Jorge	0,167	0,253	0,081
22º	Santa Tereza	0,162	0,222	0,103
23º	Novo Xingu	0,162	0,246	0,079
24º	Santa Cecília do Sul	0,162	0,304	0,020
25º	Gentil	0,153	0,249	0,057
26º	Tio Hugo	0,148	0,145	0,151
27º	Taquaruçu do Sul	0,147	0,208	0,085
28º	Mato Queimado	0,146	0,264	0,027
29º	Toropi	0,146	0,281	0,010
30º	Pinhal da Serra	0,142	0,275	0,010
31º	Maratá	0,142	0,207	0,077
32º	Nicolau Vergueiro	0,142	0,182	0,102
33º	Colorado	0,139	0,117	0,162
34º	Tupanci do Sul	0,138	0,235	0,040
35º	São José do Inhacorá	0,137	0,179	0,094
36º	Nova Boa Vista	0,134	0,218	0,050
37º	Bozano	0,134	0,204	0,063
38º	Água Santa	0,132	0,142	0,123
39º	Vista Alegre do Prata	0,131	0,202	0,059
40º	Santo Antônio do Palma	0,130	0,250	0,011
41º	Boa Vista do Cadeado	0,129	0,244	0,014
42º	Almirante Tamandaré do Sul	0,128	0,243	0,012

43°	Sério	0,127	0,246	0,009
44°	Pirapó	0,127	0,212	0,041
45°	Trindade do Sul	0,126	0,241	0,012
46°	Paráí	0,126	0,087	0,165
47°	Muitos Capões	0,126	0,218	0,034
48°	São José do Sul	0,124	0,217	0,031
49°	São Valentim	0,124	0,198	0,050
50°	Pouso Novo	0,121	0,242	0,001
51°	Cidreira	0,119	0,105	0,134
52°	Coronel Pilar	0,119	0,236	0,002
53°	Protásio Alves	0,118	0,203	0,034
54°	Monte Alegre dos Campos	0,118	0,204	0,033
55°	Inhacorá	0,118	0,199	0,037
56°	Sete de Setembro	0,117	0,224	0,010
57°	Sagrada Família	0,116	0,107	0,125
58°	Rolador	0,116	0,226	0,005
59°	Morrinhos do Sul	0,115	0,115	0,116
60°	Imbé	0,115	0,083	0,147
61°	Itapuca	0,115	0,214	0,016
62°	Ernestina	0,114	0,130	0,098
63°	Dezesseis de Novembro	0,113	0,135	0,091
64°	Linha Nova	0,112	0,197	0,028
65°	Gramado	0,111	0,087	0,136
66°	Áurea	0,110	0,153	0,068
67°	Monte Belo do Sul	0,110	0,168	0,053
68°	Imigrante	0,110	0,213	0,007
69°	Quevedos	0,109	0,156	0,062
70°	Fagundes Varela	0,108	0,208	0,008
71°	Coqueiros do Sul	0,108	0,151	0,066
72°	Porto Xavier	0,108	0,124	0,092
73°	São Vendelino	0,108	0,206	0,009
74°	Canudos do Vale	0,108	0,203	0,012
75°	Forquetinha	0,106	0,208	0,004
76°	Barra Funda	0,105	0,184	0,027
77°	Salvador das Missões	0,105	0,197	0,013
78°	Palmares do Sul	0,105	0,092	0,117
79°	Sertão	0,105	0,077	0,132
80°	Cerro Grande	0,104	0,163	0,045
81°	Nova Alvorada	0,103	0,155	0,052
82°	Bom Progresso	0,103	0,175	0,031
83°	Barra do Rio Azul	0,102	0,200	0,005
84°	Campinas do Sul	0,102	0,142	0,063
85°	Quinze de Novembro	0,101	0,164	0,037
86°	Coqueiro Baixo	0,100	0,174	0,027
87°	Sinimbu	0,100	0,195	0,005
88°	Vespasiano Correa	0,100	0,187	0,013

89°	Vale Real	0,099	0,155	0,043
90°	Barra do Guarita	0,099	0,182	0,016
91°	Benjamin Constant do Sul	0,099	0,176	0,021
92°	Nova Pádua	0,098	0,159	0,038
93°	São João da Urtiga	0,098	0,086	0,110
94°	Eugênio de Castro	0,098	0,152	0,043
95°	Vila Lângaro	0,097	0,145	0,050
96°	Cacique Doble	0,097	0,181	0,013
97°	Coronel Barros	0,097	0,183	0,011
98°	Mostardas	0,096	0,068	0,124
99°	Lajeado do Bugre	0,096	0,172	0,020
100°	Unistalda	0,096	0,174	0,018
101°	Capão do Cipó	0,095	0,158	0,033
102°	Pedras Altas	0,095	0,155	0,035
103°	Esmeralda	0,095	0,146	0,043
104°	Coxilha	0,094	0,131	0,056
105°	Erechim	0,093	0,164	0,022
106°	Três Arroios	0,093	0,182	0,004
107°	Vista Gaúcha	0,092	0,163	0,022
108°	Alto Feliz	0,091	0,139	0,044
109°	São Martinho da Serra	0,091	0,157	0,025
110°	Barracão	0,091	0,154	0,028
111°	Capão Bonito do Sul	0,091	0,161	0,020
112°	Camargo	0,091	0,156	0,026
113°	Cotiporã	0,090	0,140	0,040
114°	Nova Araçá	0,089	0,112	0,066
115°	Jaquirana	0,089	0,174	0,005
116°	Machadinho	0,089	0,104	0,074
117°	Silveira Martins	0,089	0,170	0,008
118°	Lagoa dos Três Cantos	0,089	0,173	0,004
119°	União da Serra	0,089	0,177	0,000
120°	Garruchos	0,088	0,170	0,007
121°	Dona Francisca	0,088	0,175	0,001
122°	São Pedro das Missões	0,088	0,130	0,046
123°	Senador Salgado Filho	0,088	0,138	0,038
124°	São José do Herval	0,088	0,147	0,028
125°	Entre Rios do Sul	0,087	0,155	0,018
126°	Lagoa Bonita do Sul	0,087	0,173	0,000
127°	Nova Esperança do Sul	0,087	0,143	0,030
128°	Arambaré	0,087	0,172	0,001
129°	Turuçu	0,086	0,167	0,006
130°	Mato Castelhano	0,086	0,158	0,014
131°	São José dos Ausentes	0,086	0,157	0,015
132°	Tucunduva	0,086	0,152	0,019
133°	Araricá	0,085	0,099	0,072
134°	Xangri-lá	0,085	0,126	0,044

135°	São Domingos do Sul	0,085	0,143	0,026
136°	Itati	0,085	0,154	0,015
137°	Pinheirinho do Vale	0,084	0,147	0,021
138°	Doutor Maurício Cardoso	0,083	0,148	0,018
139°	Nova Roma do Sul	0,083	0,137	0,028
140°	Pinhal	0,082	0,159	0,006
141°	Dois Irmãos das Missões	0,082	0,136	0,029
142°	Estrela Velha	0,082	0,151	0,013
143°	Três Palmeiras	0,081	0,114	0,049
144°	Westfalia	0,080	0,150	0,010
145°	Mata	0,079	0,148	0,011
146°	Santana da Boa Vista	0,079	0,073	0,085
147°	Quatro Irmãos	0,079	0,157	0,001
148°	Serafina Corrêa	0,078	0,119	0,038
149°	Vila Flores	0,078	0,127	0,029
150°	Estação	0,078	0,143	0,013
151°	Marques de Souza	0,078	0,117	0,039
152°	Novo Machado	0,078	0,134	0,021
153°	Jari	0,077	0,150	0,005
154°	São José do Ouro	0,077	0,130	0,023
155°	São Pedro do Butiá	0,076	0,130	0,022
156°	Pontão	0,076	0,106	0,046
157°	Arroio do Padre	0,076	0,151	0,001
158°	Victor Graeff	0,075	0,124	0,027
159°	Mampituba	0,075	0,130	0,019
160°	Chiapetta	0,075	0,127	0,022
161°	Osório	0,074	0,104	0,045
162°	Novo Cabrais	0,074	0,103	0,045
163°	Nova Ramada	0,073	0,140	0,007
164°	Faxinalzinho	0,073	0,096	0,050
165°	Campestre da Serra	0,073	0,132	0,013
166°	São Borja	0,072	0,121	0,024
167°	Fortaleza dos Valos	0,072	0,100	0,045
168°	Vale Verde	0,072	0,135	0,009
169°	Campos Borges	0,072	0,123	0,021
170°	Salvador do Sul	0,071	0,098	0,045
171°	Boa Vista das Missões	0,071	0,142	0,000
172°	Caseiros	0,071	0,125	0,018
173°	Poço das Antas	0,070	0,124	0,016
174°	São Nicolau	0,070	0,074	0,066
175°	Santo Expedito do Sul	0,070	0,133	0,007
176°	Selbach	0,069	0,101	0,038
177°	Mariano Moro	0,069	0,137	0,002
178°	Santa Margarida do Sul	0,069	0,138	0,001
179°	Vicente Dutra	0,069	0,096	0,042
180°	Boa Vista do Incra	0,069	0,131	0,007

181°	Ilópolis	0,069	0,091	0,047
182°	Cambará do Sul	0,069	0,132	0,005
183°	Mormaço	0,069	0,127	0,010
184°	Guaporé	0,068	0,086	0,051
185°	Morro Reuter	0,068	0,133	0,004
186°	Santa Cruz do Sul	0,068	0,094	0,043
187°	Saldanha Marinho	0,068	0,104	0,033
188°	Ipiranga do Sul	0,068	0,135	0,000
189°	Tabaí	0,068	0,076	0,059
190°	Giruá	0,068	0,120	0,015
191°	Ciríaco	0,068	0,087	0,048
192°	Dois Lajeados	0,067	0,135	0,000
193°	Jaguarão	0,067	0,110	0,024
194°	Muçum	0,067	0,134	0,000
195°	Cruzaltense	0,067	0,131	0,002
196°	Pejuçara	0,066	0,117	0,016
197°	Ibiaçá	0,066	0,097	0,035
198°	São Pedro da Serra	0,066	0,120	0,012
199°	Viadutos	0,066	0,107	0,025
200°	Doutor Ricardo	0,066	0,131	0,001
201°	Caiçara	0,066	0,098	0,033
202°	Travesseiro	0,066	0,120	0,011
203°	Salto do Jacuí	0,065	0,131	0,000
204°	Miraguaí	0,065	0,073	0,058
205°	Capivari do Sul	0,065	0,118	0,012
206°	Cândido Godói	0,065	0,084	0,046
207°	Colinas	0,064	0,122	0,006
208°	Triunfo	0,064	0,123	0,005
209°	Mato Leitão	0,064	0,107	0,021
210°	Candiota	0,064	0,123	0,005
211°	Vila Maria	0,064	0,118	0,009
212°	Tuparendi	0,064	0,111	0,017
213°	Paulo Bento	0,064	0,121	0,007
214°	Nova Candelária	0,063	0,104	0,022
215°	Itatiba do Sul	0,063	0,098	0,028
216°	Cachoeira do Sul	0,063	0,102	0,024
217°	Novo Barreiro	0,063	0,113	0,012
218°	Condor	0,062	0,114	0,011
219°	Rodeio Bonito	0,062	0,060	0,063
220°	Centenário	0,062	0,102	0,021
221°	São Valentim do Sul	0,061	0,119	0,004
222°	David Canabarro	0,061	0,109	0,012
223°	Barão	0,061	0,070	0,051
224°	Tupandi	0,060	0,111	0,010
225°	Boa Vista do Buricá	0,060	0,103	0,018
226°	Esperança do Sul	0,060	0,083	0,037

227°	Rio dos Índios	0,060	0,110	0,010
228°	Arroio do Sal	0,060	0,119	0,000
229°	Santa Maria do Herval	0,059	0,103	0,015
230°	Ibarama	0,059	0,111	0,007
231°	Barros Cassal	0,059	0,036	0,082
232°	Santa Rosa	0,059	0,107	0,011
233°	Jacuizinho	0,059	0,103	0,014
234°	Severiano de Almeida	0,059	0,106	0,011
235°	Braga	0,059	0,105	0,012
236°	Venâncio Aires	0,059	0,099	0,018
237°	Três Forquilhas	0,059	0,110	0,007
238°	Independência	0,058	0,105	0,011
239°	Itacurubi	0,058	0,112	0,004
240°	Alegrete	0,058	0,080	0,036
241°	Campo Novo	0,058	0,103	0,012
242°	Tramandaí	0,058	0,099	0,016
243°	Panambi	0,057	0,107	0,008
244°	Cristal do Sul	0,057	0,114	0,001
245°	Vista Alegre	0,057	0,091	0,024
246°	Caibaté	0,057	0,079	0,036
247°	Nova Palma	0,057	0,104	0,010
248°	Catuípe	0,057	0,087	0,027
249°	Aratiba	0,057	0,113	0,000
250°	São Pedro do Sul	0,056	0,096	0,016
251°	Liberato Salzano	0,056	0,102	0,011
252°	Garibaldi	0,056	0,096	0,016
253°	Bom Princípio	0,056	0,101	0,010
254°	Nova Petrópolis	0,056	0,073	0,039
255°	Jaboticaba	0,055	0,107	0,004
256°	Santa Bárbara do Sul	0,055	0,091	0,019
257°	Dilermando de Aguiar	0,055	0,100	0,009
258°	Terra de Areia	0,055	0,086	0,023
259°	Palmitinho	0,055	0,058	0,051
260°	Coronel Bicaco	0,054	0,052	0,057
261°	Tavares	0,054	0,097	0,012
262°	Porto Lucena	0,054	0,103	0,005
263°	São João do Polésine	0,054	0,103	0,005
264°	Porto Vera Cruz	0,054	0,107	0,001
265°	Tapera	0,054	0,085	0,022
266°	Faxinal do Soturno	0,054	0,094	0,013
267°	Torres	0,054	0,052	0,056
268°	Estância Velha	0,054	0,059	0,048
269°	Alegria	0,054	0,083	0,024
270°	Roque Gonzales	0,054	0,104	0,003
271°	Bossoroca	0,053	0,081	0,026
272°	Maximiliano de Almeida	0,053	0,081	0,026

273°	Porto Alegre	0,053	0,097	0,010
274°	Manoel Viana	0,053	0,104	0,003
275°	Capitão	0,053	0,105	0,001
276°	Bento Gonçalves	0,053	0,101	0,005
277°	Tenente Portela	0,053	0,060	0,046
278°	São Valério do Sul	0,053	0,099	0,006
279°	Picada Café	0,053	0,092	0,013
280°	Ipê	0,053	0,084	0,021
281°	Ubiretama	0,052	0,100	0,005
282°	Charqueadas	0,052	0,087	0,017
283°	Lindolfo Collor	0,052	0,074	0,030
284°	Rosário do Sul	0,052	0,092	0,012
285°	Pareci Novo	0,052	0,084	0,020
286°	Jacutinga	0,052	0,101	0,002
287°	Progresso	0,052	0,043	0,060
288°	Paim Filho	0,052	0,097	0,006
289°	Canela	0,051	0,090	0,012
290°	Riozinho	0,051	0,068	0,034
291°	Casca	0,051	0,084	0,017
292°	Guarani das Missões	0,051	0,092	0,009
293°	Minas do Leão	0,051	0,078	0,023
294°	Veranópolis	0,051	0,063	0,038
295°	Vitória das Missões	0,050	0,077	0,024
296°	Dois Irmãos	0,050	0,074	0,026
297°	Ibirapuitã	0,050	0,075	0,025
298°	Fazenda Vilanova	0,050	0,092	0,009
299°	Porto Mauá	0,050	0,095	0,005
300°	São Miguel das Missões	0,050	0,094	0,005
301°	Não-Me-Toque	0,049	0,084	0,015
302°	Tapejara	0,049	0,079	0,020
303°	Carlos Barbosa	0,049	0,089	0,010
304°	Feliz	0,049	0,087	0,011
305°	Tunas	0,049	0,096	0,002
306°	Carazinho	0,049	0,093	0,004
307°	Três de Maio	0,048	0,081	0,016
308°	Santa Clara do Sul	0,048	0,088	0,008
309°	Erebango	0,048	0,083	0,013
310°	Herval	0,048	0,085	0,010
311°	Alpestre	0,048	0,083	0,012
312°	Nova Santa Rita	0,048	0,034	0,062
313°	Erval Grande	0,048	0,072	0,024
314°	Ivorá	0,048	0,090	0,005
315°	Barão de Cotegipe	0,047	0,094	0,000
316°	Teutônia	0,047	0,085	0,009
317°	Itaara	0,047	0,079	0,015
318°	Arroio Grande	0,047	0,082	0,011

319°	Herveiras	0,047	0,093	0,000
320°	São José das Missões	0,046	0,089	0,004
321°	Itaqui	0,046	0,080	0,012
322°	Rolante	0,046	0,064	0,028
323°	Lagoa Vermelha	0,046	0,051	0,041
324°	Chapada	0,046	0,074	0,018
325°	Pelotas	0,046	0,079	0,013
326°	Jaguari	0,045	0,072	0,019
327°	Entre-Ijuís	0,045	0,079	0,011
328°	Balneário Pinhal	0,045	0,073	0,017
329°	Vacaria	0,045	0,084	0,006
330°	Canoas	0,045	0,083	0,007
331°	Campo Bom	0,045	0,064	0,026
332°	São Marcos	0,045	0,044	0,046
333°	Ivoti	0,044	0,069	0,020
334°	Nonoai	0,044	0,039	0,049
335°	Vila Nova do Sul	0,044	0,084	0,003
336°	Nova Prata	0,044	0,069	0,018
337°	Glorinha	0,043	0,085	0,002
338°	Maçambará	0,043	0,087	0,000
339°	Cerrito	0,043	0,081	0,005
340°	Constantina	0,043	0,073	0,013
341°	Gravataí	0,043	0,068	0,018
342°	Igrejinha	0,043	0,067	0,019
343°	Redentora	0,043	0,078	0,008
344°	São Francisco de Assis	0,043	0,039	0,046
345°	Nova Bassano	0,043	0,080	0,005
346°	Caxias do Sul	0,042	0,074	0,011
347°	Anta Gorda	0,042	0,084	0,000
348°	Putinga	0,042	0,073	0,011
349°	Charrua	0,042	0,081	0,003
350°	Harmonia	0,042	0,063	0,021
351°	Ibiraiaras	0,042	0,071	0,013
352°	Bagé	0,042	0,060	0,023
353°	Sobradinho	0,041	0,061	0,022
354°	Três Passos	0,041	0,054	0,029
355°	Aceguá	0,041	0,082	0,000
356°	Marau	0,041	0,067	0,015
357°	Hulha Negra	0,041	0,081	0,000
358°	Júlio de Castilhos	0,040	0,059	0,022
359°	Santo Antônio das Missões	0,040	0,059	0,020
360°	Jóia	0,040	0,067	0,013
361°	Amaral Ferrador	0,039	0,070	0,008
362°	Antônio Prado	0,039	0,052	0,026
363°	Marcelino Ramos	0,039	0,065	0,013
364°	Ronda Alta	0,039	0,059	0,019

365°	Ibirubá	0,039	0,060	0,018
366°	Segredo	0,039	0,071	0,007
367°	Farroupilha	0,039	0,059	0,018
368°	São José do Hortêncio	0,038	0,076	0,000
369°	Encantado	0,038	0,069	0,006
370°	Uruguaiana	0,037	0,053	0,022
371°	Passa Sete	0,037	0,060	0,014
372°	Caçapava do Sul	0,037	0,067	0,007
373°	Arroio dos Ratos	0,037	0,071	0,004
374°	Cristal	0,037	0,072	0,003
375°	General Câmara	0,037	0,060	0,014
376°	Crissiumal	0,037	0,044	0,030
377°	Alecrim	0,037	0,060	0,013
378°	Rondinha	0,037	0,066	0,007
379°	Ajuricaba	0,037	0,062	0,011
380°	Estrela	0,037	0,051	0,022
381°	Morro Redondo	0,036	0,070	0,003
382°	Cerro Grande do Sul	0,036	0,069	0,003
383°	Capão da Canoa	0,036	0,064	0,008
384°	Vale do Sol	0,036	0,070	0,002
385°	Três Cachoeiras	0,036	0,063	0,008
386°	Vera Cruz	0,036	0,044	0,027
387°	Tiradentes do Sul	0,036	0,066	0,005
388°	Gaurama	0,036	0,060	0,011
389°	Formigueiro	0,035	0,066	0,005
390°	Sananduva	0,035	0,060	0,010
391°	Santa Maria	0,035	0,064	0,006
392°	Arroio do Meio	0,035	0,061	0,010
393°	Três Coroas	0,035	0,044	0,027
394°	Humaitá	0,035	0,058	0,012
395°	Sapiranga	0,035	0,044	0,026
396°	São Sepé	0,035	0,040	0,030
397°	Cerro Branco	0,035	0,068	0,002
398°	Lavras do Sul	0,035	0,069	0,000
399°	Cerro Largo	0,035	0,059	0,010
400°	Sarandi	0,035	0,040	0,030
401°	São Martinho	0,034	0,065	0,003
402°	Passo do Sobrado	0,034	0,056	0,013
403°	Esteio	0,034	0,064	0,004
404°	Santo Cristo	0,034	0,058	0,010
405°	Dom Feliciano	0,034	0,045	0,022
406°	São Leopoldo	0,034	0,066	0,002
407°	Augusto Pestana	0,033	0,062	0,005
408°	Lajeado	0,033	0,053	0,013
409°	Novo Hamburgo	0,033	0,061	0,005
410°	Candelária	0,033	0,058	0,008

411°	Boa Vista do Sul	0,033	0,066	0,000
412°	Cachoeirinha	0,033	0,063	0,002
413°	Pinhal Grande	0,033	0,064	0,001
414°	Barra do Ribeiro	0,032	0,065	0,000
415°	Cruz Alta	0,032	0,047	0,018
416°	Restinga Seca	0,032	0,060	0,005
417°	Ijuí	0,032	0,063	0,001
418°	Roca Sales	0,032	0,058	0,006
419°	Pantano Grande	0,031	0,039	0,024
420°	Parobé	0,031	0,038	0,025
421°	Getúlio Vargas	0,031	0,057	0,006
422°	Barra do Quaraí	0,031	0,063	0,000
423°	São Luiz Gonzaga	0,031	0,041	0,022
424°	São Vicente do Sul	0,031	0,045	0,018
425°	Erval Seco	0,031	0,060	0,001
426°	Gramado Xavier	0,030	0,058	0,002
427°	Maquiné	0,030	0,052	0,009
428°	Santo Ângelo	0,030	0,049	0,012
429°	Ametista do Sul	0,030	0,042	0,018
430°	Cacequi	0,030	0,044	0,016
431°	Tapes	0,030	0,053	0,006
432°	Santo Augusto	0,029	0,053	0,005
433°	Brochier	0,029	0,058	0,001
434°	Lagoão	0,029	0,050	0,008
435°	Seberi	0,029	0,048	0,010
436°	Santa Vitória do Palmar	0,028	0,052	0,005
437°	Cruzeiro do Sul	0,028	0,049	0,008
438°	Paverama	0,028	0,047	0,009
439°	Iraí	0,028	0,044	0,012
440°	Mariana Pimentel	0,028	0,055	0,000
441°	São José do Norte	0,028	0,044	0,011
442°	Flores da Cunha	0,028	0,048	0,008
443°	Horizontalina	0,027	0,054	0,001
444°	Espumoso	0,027	0,049	0,006
445°	Bom Jesus	0,027	0,051	0,003
446°	Encruzilhada do Sul	0,027	0,050	0,005
447°	Tupanciretã	0,026	0,052	0,000
448°	Chувиска	0,026	0,053	0,000
449°	São Sebastião do Caí	0,026	0,052	0,000
450°	Campina das Missões	0,026	0,046	0,006
451°	Santo Antônio da Patrulha	0,026	0,047	0,005
452°	Rio Pardo	0,026	0,044	0,008
453°	Soledade	0,026	0,045	0,006
454°	Boqueirão do Leão	0,026	0,051	0,000
455°	Frederico Westphalen	0,026	0,044	0,007
456°	Taquari	0,025	0,038	0,012

457°	Palmeira das Missões	0,025	0,039	0,011
458°	São Lourenço do Sul	0,025	0,048	0,001
459°	Arroio do Tigre	0,024	0,046	0,003
460°	Arvorezinha	0,024	0,041	0,006
461°	Pinheiro Machado	0,024	0,047	0,000
462°	Barão do Triunfo	0,023	0,047	0,000
463°	Passo Fundo	0,023	0,034	0,013
464°	Alvorada	0,023	0,029	0,017
465°	São Jerônimo	0,023	0,045	0,001
466°	Nova Hartz	0,023	0,043	0,002
467°	Portão	0,022	0,043	0,001
468°	Sentinela do Sul	0,022	0,042	0,002
469°	Eldorado do Sul	0,022	0,034	0,010
470°	Fontoura Xavier	0,021	0,034	0,007
471°	Santana do Livramento	0,020	0,025	0,015
472°	Dom Pedrito	0,020	0,038	0,002
473°	Agudo	0,020	0,039	0,001
474°	Rio Grande	0,020	0,033	0,007
475°	Planalto	0,019	0,037	0,002
476°	Chuí	0,019	0,038	0,000
477°	Paraíso do Sul	0,019	0,038	0,000
478°	Bom Retiro do Sul	0,019	0,038	0,000
479°	Santiago	0,019	0,034	0,003
480°	São Paulo das Missões	0,018	0,030	0,006
481°	Montenegro	0,018	0,035	0,000
482°	Taquara	0,017	0,031	0,004
483°	São Francisco de Paula	0,017	0,034	0,001
484°	Caraá	0,017	0,027	0,007
485°	Guaíba	0,017	0,032	0,001
486°	Canguçu	0,017	0,023	0,010
487°	Capela de Santana	0,016	0,029	0,003
488°	São Gabriel	0,016	0,028	0,004
489°	Pedro Osório	0,016	0,030	0,001
490°	Butiá	0,015	0,030	0,000
491°	Sapucaia do Sul	0,014	0,021	0,007
492°	Camaquã	0,014	0,026	0,002
493°	Piratini	0,013	0,027	0,000
494°	Viamão	0,012	0,021	0,003
495°	Sertão Santana	0,011	0,022	0,000
496°	Capão do Leão	0,011	0,020	0,001

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Tabela 22 – Índice sobre a Vigilância Sanitária Municipal, Municípios, RS, 2013

Classificação	Município	Índice Acumulado 2013	Dimensões	
			Recursos 2013	Ações 2013
1º	Mato Queimado	0,262	0,454	0,070
2º	Dom Pedro de Alcântara	0,252	0,190	0,314
3º	Montauri	0,247	0,425	0,068
4º	Vanini	0,240	0,449	0,031
5º	Novo Tiradentes	0,239	0,245	0,233
6º	Guabiju	0,225	0,439	0,011
7º	Alto Alegre	0,206	0,202	0,209
8º	Nicolau Vergueiro	0,203	0,219	0,186
9º	André da Rocha	0,201	0,304	0,099
10º	Pedras Altas	0,198	0,262	0,133
11º	Vista Alegre do Prata	0,189	0,299	0,080
12º	Cidreira	0,186	0,134	0,238
13º	Gramado	0,182	0,116	0,247
14º	Colorado	0,179	0,151	0,207
15º	Engenho Velho	0,176	0,340	0,012
16º	Ponte Preta	0,176	0,303	0,049
17º	Novo Xingu	0,174	0,231	0,118
18º	Santa Tereza	0,168	0,245	0,092
19º	São José do Inhacorá	0,168	0,184	0,151
20º	Presidente Lucena	0,168	0,326	0,009
21º	São Vendelino	0,165	0,310	0,019
22º	Sede Nova	0,164	0,149	0,180
23º	Muliterno	0,164	0,279	0,049
24º	Florianópolis	0,164	0,125	0,202
25º	Imbé	0,157	0,067	0,248
26º	Nova Bréscia	0,155	0,172	0,138
27º	Santo Antônio do Planalto	0,154	0,265	0,043
28º	Palmares do Sul	0,154	0,128	0,179
29º	Gentil	0,151	0,243	0,060
30º	Taquaruçu do Sul	0,151	0,207	0,095
31º	Gramado dos Loureiros	0,151	0,180	0,121
32º	Canudos do Vale	0,146	0,273	0,019
33º	Boa Vista do Cadeado	0,146	0,262	0,029
34º	Água Santa	0,146	0,132	0,159
35º	Toropi	0,146	0,273	0,018
36º	Coqueiros do Sul	0,145	0,169	0,121
37º	Nova Boa Vista	0,145	0,224	0,067
38º	Relvado	0,143	0,244	0,042
39º	Santa Cecília do Sul	0,140	0,244	0,036
40º	Barra do Rio Azul	0,140	0,268	0,011
41º	Inhacorá	0,138	0,228	0,048
42º	Lagoa dos Três Cantos	0,138	0,267	0,009

43°	São Jorge	0,138	0,219	0,057
44°	Dois Irmãos das Missões	0,137	0,229	0,045
45°	Bom Progresso	0,136	0,249	0,023
46°	São Valentim	0,136	0,212	0,060
47°	Vale Real	0,136	0,247	0,024
48°	Capão Bonito do Sul	0,135	0,250	0,020
49°	Poço das Antas	0,135	0,249	0,020
50°	Santo Antônio do Palma	0,134	0,237	0,031
51°	Tupanci do Sul	0,134	0,241	0,026
52°	Protásio Alves	0,133	0,222	0,044
53°	Ernestina	0,131	0,164	0,099
54°	Campinas do Sul	0,130	0,125	0,135
55°	Linha Nova	0,130	0,244	0,015
56°	Vila Lângaro	0,129	0,200	0,059
57°	Porto Vera Cruz	0,129	0,255	0,004
58°	Sério	0,129	0,238	0,020
59°	Coxilha	0,127	0,168	0,086
60°	Benjamin Constant do Sul	0,127	0,225	0,028
61°	Bozano	0,126	0,195	0,058
62°	Sinimbu	0,126	0,237	0,016
63°	Pinhal da Serra	0,125	0,241	0,010
64°	Pirapó	0,125	0,210	0,040
65°	Sete de Setembro	0,124	0,233	0,016
66°	Rodeio Bonito	0,123	0,112	0,134
67°	Forquetinha	0,123	0,237	0,009
68°	Coronel Pilar	0,123	0,245	0,000
69°	Fagundes Varela	0,123	0,235	0,010
70°	Imigrante	0,122	0,231	0,013
71°	Tio Hugo	0,122	0,156	0,088
72°	Marques de Souza	0,122	0,184	0,060
73°	Eugênio de Castro	0,121	0,195	0,047
74°	Quaraí	0,121	0,061	0,180
75°	Machadinho	0,120	0,123	0,117
76°	Cotiporã	0,120	0,209	0,030
77°	Derrubadas	0,120	0,120	0,119
78°	Almirante Tamandaré do Sul	0,118	0,214	0,021
79°	Carlos Gomes	0,118	0,219	0,016
80°	Cerro Grande	0,117	0,160	0,075
81°	Quevedos	0,116	0,174	0,059
82°	Trindade do Sul	0,116	0,216	0,015
83°	Coronel Barros	0,116	0,212	0,020
84°	Westfalia	0,114	0,185	0,044
85°	Maratá	0,114	0,186	0,043
86°	Centenário	0,113	0,179	0,048
87°	Porto Xavier	0,113	0,121	0,105
88°	Catuípe	0,111	0,190	0,033

89°	Fortaleza dos Valos	0,111	0,166	0,056
90°	Silveira Martins	0,110	0,208	0,013
91°	Muitos Capões	0,109	0,189	0,030
92°	Vista Alegre	0,109	0,170	0,048
93°	São Domingos do Sul	0,109	0,177	0,040
94°	Dezesseis de Novembro	0,108	0,079	0,138
95°	Três Palmeiras	0,108	0,122	0,095
96°	Morrinhos do Sul	0,108	0,120	0,095
97°	Camargo	0,107	0,190	0,024
98°	Três Arroios	0,106	0,200	0,013
99°	Barra Funda	0,106	0,191	0,021
100°	Monte Belo do Sul	0,106	0,176	0,036
101°	Barão de Cotegipe	0,105	0,210	0,001
102°	São José dos Ausentes	0,105	0,175	0,034
103°	Novo Cabrais	0,105	0,130	0,080
104°	Saldanha Marinho	0,104	0,164	0,043
105°	Nova Pádua	0,104	0,165	0,042
106°	Ubiretama	0,103	0,202	0,005
107°	Salvador das Missões	0,102	0,181	0,024
108°	Quinze de Novembro	0,102	0,138	0,066
109°	Chiapetta	0,102	0,177	0,026
110°	Sertão	0,101	0,092	0,111
111°	Pareci Novo	0,101	0,170	0,031
112°	Nova Candelária	0,100	0,180	0,020
113°	Paulo Bento	0,100	0,187	0,013
114°	Nova Roma do Sul	0,100	0,135	0,065
115°	Nova Alvorada	0,100	0,144	0,055
116°	Alto Feliz	0,099	0,126	0,072
117°	Mato Leitão	0,098	0,124	0,072
118°	Caibaté	0,098	0,105	0,091
119°	Braga	0,098	0,167	0,028
120°	São Martinho da Serra	0,097	0,161	0,034
121°	Nova Araçá	0,097	0,126	0,068
122°	Coqueiro Baixo	0,096	0,148	0,044
123°	Vila Flores	0,096	0,156	0,036
124°	Santana da Boa Vista	0,095	0,090	0,100
125°	Esmeralda	0,095	0,148	0,042
126°	São José do Herval	0,095	0,143	0,047
127°	Guaporé	0,095	0,115	0,074
128°	Vista Gaúcha	0,095	0,155	0,035
129°	Monte Alegre dos Campos	0,094	0,154	0,035
130°	Coronel Bicaco	0,094	0,083	0,104
131°	Ilópolis	0,092	0,146	0,038
132°	Barra do Guarita	0,092	0,154	0,029
133°	Itapuca	0,092	0,120	0,063
134°	Cacique Doble	0,091	0,168	0,015

135°	São Borja	0,091	0,127	0,055
136°	Unistalda	0,091	0,168	0,013
137°	Cachoeira do Sul	0,091	0,132	0,049
138°	Estrela Velha	0,090	0,159	0,022
139°	Victor Graeff	0,090	0,155	0,026
140°	Vespasiano Correa	0,090	0,162	0,018
141°	Torres	0,090	0,118	0,061
142°	Tucunduva	0,089	0,137	0,042
143°	Sagrada Família	0,089	0,148	0,031
144°	Novo Machado	0,089	0,152	0,027
145°	Cândido Godói	0,088	0,133	0,044
146°	Charqueadas	0,088	0,166	0,010
147°	Pinheirinho do Vale	0,088	0,143	0,034
148°	Picada Café	0,088	0,138	0,038
149°	Mostardas	0,087	0,083	0,091
150°	Nova Esperança do Sul	0,087	0,129	0,045
151°	Erval Grande	0,086	0,106	0,067
152°	São João da Urtiga	0,086	0,080	0,093
153°	Mato Castelhano	0,086	0,163	0,009
154°	Miraguaí	0,086	0,073	0,099
155°	Putinga	0,086	0,134	0,038
156°	Viadutos	0,085	0,094	0,076
157°	Vale Verde	0,084	0,134	0,034
158°	Entre Rios do Sul	0,084	0,133	0,034
159°	Vila Maria	0,083	0,144	0,022
160°	Jaquirana	0,083	0,157	0,009
161°	São Nicolau	0,083	0,058	0,108
162°	Serafina Corrêa	0,083	0,126	0,039
163°	Três Forquilhas	0,082	0,159	0,005
164°	Ciríaco	0,082	0,091	0,074
165°	Nova Petrópolis	0,082	0,094	0,071
166°	Paráí	0,081	0,103	0,059
167°	Santo Expedito do Sul	0,081	0,153	0,009
168°	Herveiras	0,081	0,161	0,000
169°	Barros Cassal	0,081	0,055	0,106
170°	Campos Borges	0,081	0,133	0,029
171°	Alegrete	0,080	0,085	0,075
172°	Araricá	0,080	0,091	0,069
173°	Mata	0,079	0,132	0,026
174°	Boa Vista do Buricá	0,079	0,124	0,034
175°	São Pedro das Missões	0,078	0,092	0,065
176°	Esperança do Sul	0,078	0,135	0,021
177°	São Pedro do Butiá	0,078	0,142	0,015
178°	Arambaré	0,078	0,155	0,002
179°	Rolador	0,078	0,145	0,011
180°	Santa Maria do Herval	0,078	0,106	0,050

181°	Fazenda Vilanova	0,078	0,143	0,013
182°	Itatiba do Sul	0,078	0,123	0,033
183°	Turuçu	0,078	0,149	0,006
184°	Osório	0,078	0,088	0,067
185°	Tabaí	0,076	0,099	0,053
186°	São Pedro da Serra	0,076	0,139	0,014
187°	Vitória das Missões	0,076	0,062	0,089
188°	São Valério do Sul	0,075	0,145	0,006
189°	Garibaldi	0,075	0,127	0,023
190°	Venâncio Aires	0,074	0,131	0,017
191°	Ibirapuitã	0,073	0,111	0,035
192°	Senador Salgado Filho	0,073	0,115	0,030
193°	Áurea	0,073	0,138	0,007
194°	Santa Bárbara do Sul	0,072	0,130	0,014
195°	Mormaço	0,072	0,135	0,010
196°	Doutor Ricardo	0,072	0,143	0,001
197°	Santa Clara do Sul	0,072	0,107	0,036
198°	São José do Ouro	0,072	0,119	0,024
199°	Porto Alegre	0,071	0,100	0,043
200°	Jari	0,071	0,133	0,009
201°	Teutônia	0,071	0,118	0,023
202°	Campestre da Serra	0,071	0,118	0,024
203°	Itati	0,071	0,137	0,004
204°	Três de Maio	0,071	0,110	0,032
205°	Xangri-lá	0,070	0,128	0,012
206°	Condor	0,070	0,117	0,023
207°	Boa Vista das Missões	0,070	0,139	0,001
208°	Arroio do Sal	0,070	0,139	0,000
209°	Pejuçara	0,070	0,133	0,006
210°	Arroio do Padre	0,069	0,137	0,002
211°	Capivari do Sul	0,069	0,123	0,015
212°	Caseiros	0,069	0,123	0,015
213°	Giruá	0,069	0,101	0,036
214°	Carlos Barbosa	0,068	0,116	0,021
215°	David Canabarro	0,068	0,120	0,016
216°	Pouso Novo	0,068	0,135	0,001
217°	Tuparendi	0,068	0,118	0,017
218°	Mampituba	0,067	0,104	0,031
219°	União da Serra	0,067	0,134	0,001
220°	Bom Princípio	0,067	0,117	0,017
221°	Vicente Dutra	0,067	0,097	0,037
222°	Pontão	0,067	0,115	0,018
223°	Tapera	0,067	0,097	0,037
224°	Jaboticaba	0,067	0,130	0,004
225°	Erechim	0,067	0,110	0,023
226°	Palmitinho	0,067	0,100	0,033

227°	Barracão	0,066	0,113	0,019
228°	Feliz	0,066	0,108	0,025
229°	Gaurama	0,066	0,078	0,054
230°	Terra de Areia	0,066	0,108	0,023
231°	Pinhal	0,065	0,121	0,010
232°	Dona Francisca	0,065	0,129	0,001
233°	Doutor Maurício Cardoso	0,065	0,095	0,036
234°	Campo Bom	0,065	0,062	0,069
235°	Bento Gonçalves	0,065	0,122	0,007
236°	Pantano Grande	0,065	0,055	0,074
237°	Cruz Alta	0,065	0,108	0,022
238°	Selbach	0,064	0,117	0,012
239°	Tupandi	0,064	0,119	0,009
240°	Entre-Ijuís	0,064	0,107	0,020
241°	Barão	0,064	0,102	0,025
242°	Caiçara	0,064	0,088	0,039
243°	Vila Nova do Sul	0,063	0,115	0,010
244°	Itacurubi	0,063	0,118	0,007
245°	Capão do Cipó	0,062	0,095	0,029
246°	Tavares	0,062	0,091	0,034
247°	Harmonia	0,062	0,101	0,023
248°	Tramandaí	0,062	0,104	0,020
249°	Mariano Moro	0,062	0,121	0,003
250°	Alegria	0,062	0,107	0,017
251°	Roque Gonzales	0,062	0,121	0,002
252°	Dois Irmãos	0,062	0,088	0,035
253°	Santa Cruz do Sul	0,062	0,098	0,025
254°	Veranópolis	0,061	0,070	0,053
255°	Estância Velha	0,061	0,066	0,057
256°	Novo Barreiro	0,061	0,103	0,020
257°	Faxinalzinho	0,061	0,066	0,057
258°	Quatro Irmãos	0,061	0,121	0,002
259°	Tapejara	0,061	0,080	0,042
260°	Santa Rosa	0,061	0,106	0,017
261°	São José do Sul	0,061	0,101	0,020
262°	Boa Vista do Incra	0,061	0,113	0,009
263°	Porto Mauá	0,060	0,106	0,015
264°	Candiota	0,060	0,113	0,006
265°	Nova Ramada	0,060	0,105	0,014
266°	São Pedro do Sul	0,059	0,104	0,015
267°	Ibarama	0,059	0,112	0,007
268°	Maximiliano de Almeida	0,059	0,082	0,036
269°	Panambi	0,059	0,110	0,009
270°	Ibiaçá	0,059	0,104	0,014
271°	Cruzaltense	0,059	0,116	0,003
272°	Nonoai	0,059	0,044	0,074

273°	Salvador do Sul	0,058	0,097	0,020
274°	Muçum	0,058	0,116	0,000
275°	Salto do Jacuí	0,058	0,116	0,000
276°	Paim Filho	0,058	0,105	0,011
277°	Marau	0,058	0,082	0,034
278°	Rio dos Índios	0,058	0,111	0,004
279°	São Marcos	0,058	0,085	0,031
280°	Morro Reuter	0,058	0,110	0,005
281°	Independência	0,058	0,096	0,019
282°	Nova Palma	0,057	0,105	0,010
283°	Garruchos	0,057	0,107	0,007
284°	Ivorá	0,056	0,092	0,021
285°	Lajeado	0,056	0,094	0,019
286°	Bossoroca	0,056	0,084	0,029
287°	Cambará do Sul	0,056	0,105	0,007
288°	Nova Prata	0,055	0,090	0,021
289°	Passo do Sobrado	0,055	0,087	0,023
290°	Jaguari	0,055	0,063	0,048
291°	Arroio Grande	0,055	0,098	0,012
292°	Dois Lajeados	0,055	0,110	0,000
293°	Ivoti	0,055	0,083	0,027
294°	Progresso	0,055	0,066	0,044
295°	Canela	0,055	0,096	0,013
296°	Jacutinga	0,054	0,107	0,002
297°	Triunfo	0,054	0,102	0,007
298°	São João do Polêsine	0,054	0,103	0,005
299°	Júlio de Castilhos	0,054	0,058	0,050
300°	Ipiranga do Sul	0,054	0,107	0,000
301°	Casca	0,053	0,098	0,009
302°	Riozinho	0,053	0,064	0,042
303°	Liberato Salzano	0,053	0,091	0,015
304°	Passa Sete	0,053	0,085	0,020
305°	Travesseiro	0,053	0,094	0,011
306°	Lagoa Vermelha	0,052	0,055	0,050
307°	Lajeado do Bugre	0,052	0,073	0,031
308°	Santa Maria	0,051	0,098	0,004
309°	São Miguel das Missões	0,051	0,090	0,011
310°	Canoas	0,050	0,096	0,005
311°	São Valentim do Sul	0,050	0,095	0,005
312°	Três Cachoeiras	0,050	0,092	0,008
313°	Sapiranga	0,050	0,055	0,045
314°	Igrejinha	0,050	0,077	0,022
315°	Crissiumal	0,050	0,040	0,059
316°	Alpestre	0,050	0,089	0,010
317°	Horizontalina	0,049	0,095	0,004
318°	Humaitá	0,049	0,066	0,033

319°	Formigueiro	0,049	0,081	0,017
320°	Vacaria	0,049	0,090	0,007
321°	Guarani das Missões	0,049	0,080	0,018
322°	Não-Me-Toque	0,048	0,086	0,010
323°	Charrua	0,048	0,080	0,017
324°	Ibirubá	0,048	0,074	0,022
325°	Sobradinho	0,048	0,060	0,036
326°	Farroupilha	0,048	0,082	0,014
327°	Herval	0,048	0,080	0,015
328°	Campo Novo	0,048	0,069	0,026
329°	Tunas	0,048	0,091	0,004
330°	Cristal do Sul	0,048	0,089	0,007
331°	Rolante	0,048	0,069	0,026
332°	Marcelino Ramos	0,047	0,075	0,020
333°	Palmeira das Missões	0,047	0,049	0,045
334°	Lindolfo Collor	0,047	0,079	0,014
335°	Erebango	0,047	0,065	0,028
336°	Pelotas	0,047	0,076	0,017
337°	Severiano de Almeida	0,046	0,085	0,008
338°	São Vicente do Sul	0,046	0,076	0,017
339°	General Câmara	0,046	0,065	0,027
340°	Tenente Portela	0,046	0,055	0,037
341°	Constantina	0,046	0,072	0,019
342°	Rondinha	0,046	0,085	0,007
343°	Lagoão	0,046	0,074	0,018
344°	Amaral Ferrador	0,046	0,083	0,008
345°	Passo Fundo	0,045	0,039	0,052
346°	Caçapava do Sul	0,045	0,076	0,015
347°	Cacequi	0,045	0,065	0,026
348°	São Francisco de Assis	0,045	0,041	0,049
349°	Sarandi	0,045	0,038	0,052
350°	Aratiba	0,045	0,090	0,000
351°	Capitão	0,045	0,088	0,001
352°	Capão da Canoa	0,045	0,068	0,022
353°	Arroio do Meio	0,044	0,077	0,011
354°	Chapada	0,044	0,073	0,016
355°	Morro Redondo	0,044	0,085	0,004
356°	Caxias do Sul	0,044	0,077	0,011
357°	Maquiné	0,044	0,075	0,013
358°	Santa Margarida do Sul	0,044	0,087	0,001
359°	Roca Sales	0,044	0,069	0,019
360°	Três Passos	0,044	0,059	0,028
361°	Balneário Pinhal	0,044	0,071	0,016
362°	Ipê	0,044	0,059	0,029
363°	Antônio Prado	0,043	0,075	0,012
364°	Ibiraiaras	0,043	0,065	0,021

365°	Vale do Sol	0,043	0,081	0,005
366°	Arroio dos Ratos	0,042	0,074	0,009
367°	Minas do Leão	0,041	0,058	0,025
368°	Tiradentes do Sul	0,041	0,076	0,007
369°	Segredo	0,041	0,075	0,008
370°	São Sepé	0,041	0,047	0,035
371°	Porto Lucena	0,041	0,068	0,014
372°	Vera Cruz	0,041	0,050	0,032
373°	Estrela	0,041	0,069	0,013
374°	Cruzeiro do Sul	0,041	0,068	0,013
375°	Seberi	0,040	0,063	0,018
376°	Aceguá	0,040	0,081	0,000
377°	Cristal	0,040	0,070	0,010
378°	Cachoeirinha	0,040	0,075	0,005
379°	Rosário do Sul	0,040	0,062	0,018
380°	Faxinal do Soturno	0,039	0,059	0,020
381°	São Leopoldo	0,039	0,078	0,001
382°	Ronda Alta	0,039	0,063	0,016
383°	Glorinha	0,039	0,073	0,006
384°	Ijuí	0,039	0,075	0,004
385°	São Martinho	0,039	0,069	0,009
386°	Ajuricaba	0,039	0,065	0,014
387°	Candelária	0,038	0,068	0,009
388°	Nova Bassano	0,038	0,073	0,004
389°	Jacuizinho	0,038	0,067	0,010
390°	Boa Vista do Sul	0,038	0,076	0,000
391°	Augusto Pestana	0,038	0,066	0,010
392°	São José das Missões	0,038	0,072	0,003
393°	São Jerônimo	0,038	0,075	0,001
394°	Nova Santa Rita	0,038	0,058	0,017
395°	Jaguarão	0,037	0,058	0,017
396°	Cerrito	0,037	0,069	0,005
397°	Bom Jesus	0,037	0,072	0,002
398°	Cerro Grande do Sul	0,037	0,072	0,002
399°	Dilermando de Aguiar	0,037	0,052	0,022
400°	Arroio do Tigre	0,037	0,071	0,003
401°	Novo Hamburgo	0,036	0,070	0,003
402°	Ametista do Sul	0,036	0,062	0,010
403°	Alecrim	0,036	0,067	0,005
404°	Carazinho	0,036	0,067	0,006
405°	Gravataí	0,036	0,060	0,012
406°	Encantado	0,036	0,070	0,003
407°	Colinas	0,036	0,069	0,004
408°	Itaqui	0,036	0,059	0,013
409°	Lagoa Bonita do Sul	0,036	0,072	0,000
410°	Santo Antônio das Missões	0,036	0,050	0,021

411°	Pinhal Grande	0,036	0,070	0,001
412°	Getúlio Vargas	0,035	0,069	0,002
413°	Cerro Largo	0,035	0,058	0,013
414°	Restinga Seca	0,035	0,060	0,011
415°	Taquari	0,035	0,052	0,018
416°	São José do Hortêncio	0,034	0,069	0,000
417°	São Luiz Gonzaga	0,034	0,043	0,026
418°	Santo Cristo	0,033	0,054	0,012
419°	Anta Gorda	0,033	0,067	0,000
420°	Barra do Ribeiro	0,033	0,067	0,000
421°	Manoel Viana	0,033	0,065	0,002
422°	Sananduva	0,033	0,054	0,011
423°	Estação	0,033	0,046	0,020
424°	Redentora	0,032	0,058	0,007
425°	Santo Ângelo	0,032	0,050	0,014
426°	Tapes	0,032	0,056	0,008
427°	Uruguaiana	0,032	0,047	0,017
428°	Encruzilhada do Sul	0,031	0,054	0,008
429°	Tupanciretã	0,031	0,061	0,001
430°	Campina das Missões	0,031	0,052	0,009
431°	Bagé	0,031	0,050	0,012
432°	São José do Norte	0,031	0,046	0,015
433°	Santo Augusto	0,030	0,053	0,008
434°	Boqueirão do Leão	0,030	0,060	0,000
435°	Maçambará	0,030	0,060	0,000
436°	Três Coroas	0,030	0,046	0,014
437°	Portão	0,030	0,059	0,001
438°	Paverama	0,030	0,047	0,013
439°	Mariana Pimentel	0,030	0,060	0,000
440°	Cerro Branco	0,030	0,055	0,005
441°	Espumoso	0,030	0,053	0,007
442°	São Sebastião do Caí	0,029	0,059	0,000
443°	Soledade	0,029	0,045	0,013
444°	São Lourenço do Sul	0,029	0,056	0,001
445°	Santo Antônio da Patrulha	0,029	0,050	0,008
446°	Nova Hartz	0,029	0,051	0,006
447°	Dom Feliciano	0,028	0,041	0,016
448°	Iraí	0,028	0,032	0,025
449°	Santa Vitória do Palmar	0,028	0,052	0,004
450°	Barra do Quaraí	0,028	0,056	0,000
451°	Planalto	0,027	0,049	0,005
452°	Brochier	0,027	0,053	0,001
453°	Agudo	0,027	0,051	0,002
454°	Esteio	0,026	0,050	0,003
455°	Jóia	0,026	0,044	0,009
456°	Itaara	0,026	0,041	0,011

457°	Flores da Cunha	0,025	0,041	0,010
458°	Lavras do Sul	0,025	0,051	0,000
459°	Arvorezinha	0,025	0,047	0,004
460°	Erval Seco	0,025	0,049	0,001
461°	Canguçu	0,025	0,038	0,012
462°	Eldorado do Sul	0,024	0,041	0,007
463°	Parobé	0,024	0,037	0,011
464°	Gramado Xavier	0,023	0,043	0,003
465°	Hulha Negra	0,023	0,045	0,000
466°	Chувиска	0,023	0,045	0,000
467°	Alvorada	0,023	0,032	0,014
468°	Pinheiro Machado	0,022	0,044	0,000
469°	Frederico Westphalen	0,022	0,040	0,004
470°	Dom Pedrito	0,022	0,039	0,005
471°	São Paulo das Missões	0,022	0,034	0,010
472°	Rio Pardo	0,022	0,036	0,007
473°	Santiago	0,021	0,039	0,004
474°	Rio Grande	0,021	0,038	0,004
475°	Montenegro	0,021	0,042	0,000
476°	Sentinela do Sul	0,020	0,039	0,002
477°	São Francisco de Paula	0,019	0,039	0,000
478°	Fontoura Xavier	0,019	0,027	0,012
479°	Taquara	0,019	0,034	0,004
480°	Santana do Livramento	0,018	0,012	0,024
481°	São Gabriel	0,018	0,029	0,007
482°	Barão do Triunfo	0,017	0,035	0,000
483°	Caraá	0,017	0,020	0,013
484°	Guaíba	0,016	0,031	0,001
485°	Capela de Santana	0,016	0,024	0,007
486°	Sertão Santana	0,016	0,031	0,000
487°	Butiá	0,015	0,030	0,000
488°	Bom Retiro do Sul	0,015	0,029	0,000
489°	Paraíso do Sul	0,013	0,026	0,000
490°	Camaquã	0,013	0,023	0,003
491°	Piratini	0,013	0,025	0,000
492°	Sapucaia do Sul	0,012	0,023	0,002
493°	Chuí	0,010	0,020	0,000
494°	Capão do Leão	0,010	0,016	0,004
495°	Pedro Osório	0,009	0,017	0,001
496°	Viamão	0,006	0,009	0,003

Fonte: DATASUS, FNS e SIOPS

Tabela 23 – Indicador 41 por Município/Ano, RS, 2010-2014

Município	2010	2011	2012	2013	Meta 2013	2014	Meta 2014
Aceguá	0,0	0,0	0,0	0,0	100	28,6	100
Água Santa	71,4	71,4	71,4	85,7	100	100,0	100
Agudo	0,0	0,0	42,9	14,3	100	71,4	100
Ajuricaba	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Alecrim	0,0	14,3	28,6	57,1	100	71,4	100
Alegrete	14,3	85,7	85,7	85,7	100	85,7	100
Alegria	0,0	0,0	0,0	42,9	100	42,9	100
Almirante Tamandaré do Sul	0,0	0,0	28,6	42,9	100	57,1	100
Alpestre	14,3	14,3	71,4	85,7	100	85,7	100
Alto Alegre	0,0	28,6	57,1	71,4	100	71,4	100
Alto Feliz	0,0	14,3	14,3	42,9	100	57,1	100
Alvorada	0,0	71,4	71,4	85,7	100	85,7	100
Amaral Ferrador	0,0	28,6	28,6	28,6	100	28,6	100
Ametista do Sul	0,0	0,0	57,1	57,1	100	71,4	100
André da Rocha	0,0	57,1	57,1	28,6	100	71,4	100
Anta Gorda	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Antônio Prado	28,6	42,9	42,9	42,9	100	85,7	100
Arambaré	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Araricá	28,6	42,9	14,3	85,7	100	71,4	100
Aratiba	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Arroio do Meio	42,9	14,3	28,6	28,6	100	28,6	100
Arroio do Padre	0,0	28,6	14,3	14,3	100	14,3	100
Arroio do Sal	14,3	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Arroio do Tigre	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Arroio dos Ratos	28,6	28,6	0,0	28,6	100	57,1	100
Arroio Grande	28,6	28,6	28,6	28,6	100	28,6	100
Arvorezinha	0,0	0,0	0,0	28,6	100	71,4	100
Augusto Pestana	0,0	0,0	0,0	0,0	100	28,6	100
Áurea	28,6	57,1	57,1	57,1	100	71,4	100
Bagé	28,6	0,0	14,3	42,9	100	100,0	100
Balneário Pinhal	0,0	0,0	71,4	71,4	100	85,7	100
Barão	0,0	14,3	71,4	85,7	100	71,4	100
Barão de Cotegipe	14,3	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Barão do Triunfo	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100
Barra do Guarita	0,0	57,1	71,4	71,4	100	71,4	100
Barra do Quaraí	0,0	0,0	0,0	0,0	100	57,1	100
Barra do Ribeiro	0,0	0,0	0,0	14,3	100	0,0	100
Barra do Rio Azul	0,0	0,0	0,0	28,6	100	0,0	100
Barra Funda	0,0	0,0	42,9	57,1	100	71,4	100
Barracão	71,4	71,4	85,7	71,4	100	85,7	100
Barros Cassal	0,0	0,0	100,0	85,7	100	57,1	100
Benjamin Constant do Sul	0,0	0,0	14,3	71,4	100	57,1	100
Bento Gonçalves	0,0	0,0	85,7	100,0	100	100,0	100
Boa Vista das Missões	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Boa Vista do Buricá	0,0	0,0	0,0	71,4	100	57,1	100
Boa Vista do Cadeado	0,0	0,0	28,6	28,6	100	42,9	100
Boa Vista do Incra	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100
Boa Vista do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	28,6	100
Bom Jesus	0,0	0,0	28,6	0,0	100	28,6	100
Bom Princípio	0,0	0,0	85,7	100,0	100	85,7	100
Bom Progresso	42,9	57,1	71,4	71,4	100	85,7	100
Bom Retiro do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	28,6	100
Boqueirão do Leão	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Bossoroca	85,7	85,7	85,7	71,4	100	85,7	100

Bozano	0,0	57,1	71,4	71,4	100	57,1	100
Braga	0,0	0,0	42,9	57,1	100	57,1	100
Brochier	0,0	0,0	0,0	14,3	100	14,3	100
Butiá	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100
Caçapava do Sul	71,4	14,3	14,3	57,1	100	42,9	100
Cacequi	14,3	14,3	85,7	100,0	100	71,4	100
Cachoeira do Sul	14,3	14,3	28,6	28,6	100	100,0	100
Cachoeirinha	0,0	0,0	28,6	71,4	100	100,0	100
Cacique Doble	85,7	85,7	85,7	57,1	100	85,7	100
Caibaté	0,0	0,0	14,3	42,9	100	85,7	100
Caiçara	57,1	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Camaquã	71,4	57,1	14,3	14,3	100	71,4	100
Camargo	85,7	57,1	42,9	57,1	100	57,1	100
Cambará do Sul	0,0	42,9	28,6	28,6	100	85,7	100
Campestre da Serra	57,1	85,7	42,9	42,9	100	57,1	100
Campina das Missões	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Campinas do Sul	42,9	42,9	42,9	57,1	100	57,1	100
Campo Bom	28,6	28,6	42,9	42,9	100	71,4	100
Campo Novo	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Campos Borges	71,4	71,4	71,4	57,1	100	85,7	100
Candelária	71,4	71,4	42,9	14,3	100	42,9	100
Cândido Godói	14,3	28,6	0,0	71,4	100	57,1	100
Candiota	0,0	0,0	14,3	14,3	100	42,9	100
Canela	100,0	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Canguçu	0,0	0,0	71,4	71,4	100	42,9	100
Canoas	0,0	57,1	42,9	85,7	100	71,4	100
Canudos do Vale	0,0	0,0	0,0	28,6	100	28,6	100
Capão Bonito do Sul	0,0	0,0	0,0	42,9	100	85,7	100
Capão da Canoa	0,0	57,1	57,1	71,4	100	85,7	100
Capão do Cipó	0,0	57,1	85,7	57,1	100	57,1	100
Capão do Leão	28,6	0,0	0,0	57,1	100	85,7	100
Capela de Santana	0,0	0,0	0,0	14,3	100	0,0	100
Capitão	0,0	0,0	0,0	28,6	100	28,6	100
Capivari do Sul	71,4	71,4	71,4	57,1	100	57,1	100
Caraá	14,3	28,6	14,3	57,1	100	42,9	100
Carazinho	14,3	14,3	14,3	14,3	100	14,3	100
Carlos Barbosa	71,4	100,0	100,0	85,7	100	85,7	100
Carlos Gomes	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Casca	42,9	42,9	42,9	28,6	100	28,6	100
Caseiros	0,0	42,9	42,9	85,7	100	57,1	100
Catuípe	0,0	71,4	71,4	57,1	100	57,1	100
Caxias do Sul	14,3	85,7	100,0	100,0	100	100,0	100
Centenário	0,0	0,0	28,6	28,6	100	42,9	100
Cerrito	0,0	0,0	0,0	14,3	100	14,3	100
Cerro Branco	0,0	0,0	0,0	14,3	100	14,3	100
Cerro Grande	42,9	57,1	57,1	71,4	100	57,1	100
Cerro Grande do Sul	0,0	0,0	0,0	42,9	100	42,9	100
Cerro Largo	0,0	57,1	57,1	71,4	100	71,4	100
Chapada	85,7	57,1	71,4	57,1	100	71,4	100
Charqueadas	85,7	100,0	100,0	100,0	100	100,0	100
Charrua	0,0	0,0	0,0	71,4	100	28,6	100
Chiapetta	0,0	0,0	57,1	57,1	100	57,1	100
Chuí	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Chuívisca	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100
Cidreira	85,7	71,4	57,1	71,4	100	85,7	100
Ciríaco	14,3	0,0	42,9	71,4	100	71,4	100
Colinas	0,0	0,0	0,0	28,6	100	28,6	100
Colorado	0,0	0,0	57,1	71,4	100	57,1	100

Condor	0,0	0,0	0,0	71,4	100	42,9	100
Constantina	57,1	85,7	71,4	57,1	100	71,4	100
Coqueiro Baixo	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Coqueiros do Sul	0,0	42,9	71,4	71,4	100	85,7	100
Coronel Barros	0,0	0,0	14,3	14,3	100	0,0	100
Coronel Bicaco	0,0	0,0	71,4	71,4	100	71,4	100
Coronel Pilar	0,0	28,6	14,3	14,3	100	57,1	100
Cotiporã	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Coxilha	85,7	57,1	85,7	85,7	100	85,7	100
Crissiumal	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Cristal	42,9	42,9	28,6	71,4	100	42,9	100
Cristal do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	42,9	100
Cruz Alta	57,1	71,4	85,7	71,4	100	85,7	100
Cruzaltense	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Cruzeiro do Sul	71,4	57,1	28,6	71,4	100	100,0	100
David Canabarro	0,0	0,0	14,3	42,9	100	85,7	100
Derrubadas	0,0	0,0	85,7	85,7	100	85,7	100
Dezesseis de Novembro	57,1	71,4	71,4	0,0	100	0,0	100
Dilermando de Aguiar	0,0	57,1	57,1	0,0	100	28,6	100
Dois Irmãos	0,0	0,0	100,0	100,0	100	100,0	100
Dois Irmãos das Missões	0,0	0,0	0,0	28,6	100	42,9	100
Dois Lajeados	0,0	14,3	14,3	0,0	100	71,4	100
Dom Feliciano	71,4	71,4	57,1	85,7	100	71,4	100
Dom Pedrito	14,3	28,6	14,3	28,6	100	42,9	100
Dom Pedro de Alcântara	0,0	57,1	71,4	57,1	100	57,1	100
Dona Francisca	0,0	0,0	0,0	57,1	100	28,6	100
Doutor Maurício Cardoso	0,0	42,9	14,3	42,9	100	42,9	100
Doutor Ricardo	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Eldorado do Sul	14,3	0,0	100,0	100,0	100	100,0	100
Encantado	28,6	0,0	14,3	14,3	100	42,9	100
Encruzilhada do Sul	14,3	0,0	57,1	57,1	100	85,7	100
Engenho Velho	57,1	57,1	57,1	42,9	100	42,9	100
Entre Rios do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	42,9	100
Entre-Ijuís	0,0	0,0	71,4	57,1	100	42,9	100
Erebango	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Erechim	42,9	28,6	42,9	85,7	100	85,7	100
Ernestina	0,0	42,9	42,9	42,9	100	42,9	100
Erval Grande	0,0	0,0	42,9	57,1	100	85,7	100
Erval Seco	0,0	0,0	0,0	28,6	100	71,4	100
Esmeralda	0,0	14,3	14,3	14,3	100	85,7	100
Esperança do Sul	0,0	0,0	0,0	28,6	100	42,9	100
Espumoso	0,0	42,9	42,9	28,6	100	28,6	100
Estação	0,0	0,0	0,0	42,9	100	71,4	100
Estância Velha	57,1	85,7	85,7	85,7	100	85,7	100
Esteio	0,0	0,0	28,6	57,1	100	100,0	100
Estrela	14,3	14,3	71,4	85,7	100	100,0	100
Estrela Velha	42,9	42,9	28,6	42,9	100	57,1	100
Eugênio de Castro	0,0	0,0	71,4	71,4	100	71,4	100
Fagundes Varela	0,0	0,0	28,6	28,6	100	28,6	100
Farroupilha	0,0	57,1	14,3	100,0	100	100,0	100
Faxinal do Soturno	0,0	28,6	42,9	42,9	100	42,9	100
Faxinalzinho	0,0	0,0	0,0	85,7	100	85,7	100
Fazenda Vilanova	0,0	0,0	0,0	28,6	100	85,7	100
Feliz	28,6	57,1	57,1	85,7	100	85,7	100
Flores da Cunha	85,7	71,4	85,7	71,4	100	71,4	100
Floriano Peixoto	0,0	0,0	0,0	57,1	100	42,9	100
Fontoura Xavier	0,0	0,0	0,0	71,4	100	71,4	100
Formigueiro	0,0	0,0	0,0	71,4	100	42,9	100

Forquethina	0,0	0,0	28,6	42,9	100	28,6	100
Fortaleza dos Valos	0,0	0,0	57,1	57,1	100	85,7	100
Frederico Westphalen	0,0	0,0	71,4	57,1	100	85,7	100
Garibaldi	71,4	71,4	71,4	57,1	100	85,7	100
Garruchos	0,0	0,0	71,4	0,0	100	28,6	100
Gaurama	71,4	28,6	71,4	71,4	100	85,7	100
General Câmara	42,9	71,4	57,1	42,9	100	14,3	100
Gentil	85,7	42,9	71,4	42,9	100	28,6	100
Getúlio Vargas	28,6	28,6	14,3	14,3	100	42,9	100
Giruá	57,1	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Glorinha	0,0	14,3	28,6	42,9	100	85,7	100
Gramado	85,7	85,7	100,0	85,7	100	100,0	100
Gramado dos Loureiros	71,4	71,4	42,9	71,4	100	42,9	100
Gramado Xavier	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Gravataí	57,1	14,3	100,0	100,0	100	100,0	100
Guabiju	14,3	14,3	42,9	14,3	100	57,1	100
Guaíba	42,9	57,1	57,1	42,9	100	71,4	100
Guaporé	57,1	57,1	57,1	57,1	100	57,1	100
Guarani das Missões	14,3	28,6	57,1	57,1	100	57,1	100
Harmonia	0,0	0,0	0,0	57,1	100	100,0	100
Herval	0,0	0,0	71,4	100,0	100	85,7	100
Herveiras	0,0	0,0	14,3	28,6	100	0,0	100
Horizontalina	0,0	14,3	14,3	14,3	100	28,6	100
Hulha Negra	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100
Humaitá	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Ibarama	14,3	71,4	71,4	57,1	100	57,1	100
Ibiaçá	57,1	28,6	57,1	57,1	100	71,4	100
Ibiraiaras	71,4	71,4	85,7	85,7	100	71,4	100
Ibirapuitã	57,1	28,6	0,0	57,1	100	57,1	100
Ibirubá	42,9	42,9	42,9	57,1	100	71,4	100
Igrejinha	0,0	0,0	0,0	57,1	100	85,7	100
Ijuí	0,0	42,9	57,1	42,9	100	71,4	100
Itópolis	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Imbé	0,0	0,0	0,0	57,1	100	71,4	100
Imigrante	0,0	0,0	28,6	28,6	100	14,3	100
Independência	0,0	71,4	71,4	57,1	100	57,1	100
Inhacorá	0,0	0,0	14,3	42,9	100	71,4	100
Ipê	28,6	28,6	71,4	42,9	100	71,4	100
Ipiranga do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Iraí	0,0	0,0	0,0	42,9	100	57,1	100
Itaara	0,0	42,9	71,4	57,1	100	71,4	100
Itacurubi	42,9	42,9	42,9	28,6	100	42,9	100
Itapuca	0,0	0,0	0,0	42,9	100	71,4	100
Itaqui	57,1	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Itati	0,0	0,0	0,0	0,0	100	28,6	100
Itatiba do Sul	0,0	0,0	0,0	14,3	100	14,3	100
Ivorá	0,0	0,0	0,0	28,6	100	42,9	100
Ivoti	0,0	85,7	71,4	71,4	100	71,4	100
Jaboticaba	0,0	14,3	42,9	42,9	100	0,0	100
Jacuzinho	0,0	0,0	0,0	57,1	100	85,7	100
Jacutinga	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Jaguarão	100,0	85,7	85,7	71,4	100	71,4	100
Jaguari	0,0	57,1	71,4	71,4	100	71,4	100
Jaquirana	28,6	28,6	42,9	28,6	100	28,6	100
Jari	0,0	42,9	71,4	14,3	100	14,3	100
Jóia	0,0	0,0	0,0	71,4	100	42,9	100
Júlio de Castilhos	14,3	0,0	71,4	71,4	100	71,4	100
Lagoa Bonita do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100

Lagoa dos Três Cantos	0,0	0,0	14,3	14,3	100	28,6	100
Lagoa Vermelha	57,1	100,0	71,4	100,0	100	100,0	100
Lagoão	0,0	28,6	71,4	57,1	100	57,1	100
Lajeado	71,4	0,0	71,4	100,0	100	100,0	100
Lajeado do Bugre	0,0	0,0	14,3	14,3	100	14,3	100
Lavras do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Liberato Salzano	57,1	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Lindolfo Collor	0,0	0,0	85,7	85,7	100	100,0	100
Linha Nova	0,0	0,0	0,0	71,4	100	14,3	100
Maçambará	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Machadinho	42,9	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Mampituba	0,0	0,0	0,0	0,0	100	57,1	100
Manoel Viana	0,0	0,0	0,0	0,0	100	42,9	100
Maquiné	14,3	14,3	14,3	42,9	100	42,9	100
Maratá	0,0	28,6	57,1	71,4	100	85,7	100
Marau	57,1	57,1	57,1	57,1	100	57,1	100
Marcelino Ramos	0,0	0,0	0,0	28,6	100	42,9	100
Mariana Pimentel	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Mariano Moro	0,0	0,0	0,0	0,0	100	71,4	100
Marques de Souza	0,0	0,0	28,6	71,4	100	57,1	100
Mata	14,3	0,0	57,1	57,1	100	0,0	100
Mato Castelhanos	14,3	14,3	57,1	71,4	100	57,1	100
Mato Leitão	0,0	0,0	57,1	42,9	100	57,1	100
Mato Queimado	14,3	14,3	14,3	14,3	100	57,1	100
Maximiliano de Almeida	57,1	57,1	57,1	42,9	100	42,9	100
Minas do Leão	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Miraguá	0,0	0,0	85,7	28,6	100	28,6	100
Montauri	71,4	71,4	85,7	85,7	100	85,7	100
Monte Alegre dos Campos	0,0	0,0	57,1	57,1	100	57,1	100
Monte Belo do Sul	71,4	85,7	57,1	57,1	100	85,7	100
Montenegro	0,0	0,0	0,0	14,3	100	71,4	100
Mormaço	14,3	0,0	28,6	42,9	100	57,1	100
Morrinhos do Sul	42,9	42,9	42,9	42,9	100	42,9	100
Morro Redondo	0,0	0,0	14,3	28,6	100	28,6	100
Morro Reuter	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Mostardas	0,0	0,0	71,4	71,4	100	57,1	100
Muçum	0,0	14,3	0,0	0,0	100	0,0	100
Muitos Capões	0,0	57,1	42,9	42,9	100	57,1	100
Muliterno	0,0	0,0	71,4	71,4	100	57,1	100
Não-Me-Toque	57,1	57,1	85,7	85,7	100	71,4	100
Nicolau Vergueiro	71,4	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Nonoai	42,9	57,1	71,4	71,4	100	71,4	100
Nova Alvorada	71,4	71,4	85,7	71,4	100	71,4	100
Nova Araçá	85,7	85,7	85,7	71,4	100	71,4	100
Nova Bassano	0,0	57,1	71,4	57,1	100	71,4	100
Nova Boa Vista	71,4	85,7	71,4	71,4	100	71,4	100
Nova Bréscia	14,3	0,0	42,9	57,1	100	57,1	100
Nova Candelária	0,0	0,0	42,9	57,1	100	57,1	100
Nova Esperança do Sul	0,0	28,6	28,6	57,1	100	85,7	100
Nova Hartz	0,0	0,0	28,6	42,9	100	71,4	100
Nova Pádua	71,4	71,4	57,1	57,1	100	71,4	100
Nova Palma	42,9	42,9	42,9	42,9	100	57,1	100
Nova Petrópolis	71,4	85,7	85,7	100,0	100	100,0	100
Nova Prata	14,3	71,4	85,7	85,7	100	85,7	100
Nova Ramada	0,0	0,0	0,0	57,1	100	42,9	100
Nova Roma do Sul	28,6	28,6	85,7	85,7	100	71,4	100
Nova Santa Rita	0,0	0,0	57,1	85,7	100	100,0	100
Novo Barreiro	0,0	42,9	28,6	85,7	100	57,1	100

Novo Cabrais	0,0	0,0	71,4	57,1	100	57,1	100
Novo Hamburgo	14,3	57,1	100,0	71,4	100	100,0	100
Novo Machado	0,0	57,1	28,6	42,9	100	57,1	100
Novo Tiradentes	57,1	71,4	57,1	42,9	100	42,9	100
Novo Xingu	0,0	0,0	71,4	57,1	100	71,4	100
Osório	57,1	71,4	28,6	71,4	100	71,4	100
Paim Filho	71,4	14,3	0,0	57,1	100	57,1	100
Palmares do Sul	0,0	0,0	28,6	57,1	100	57,1	100
Palmeira das Missões	0,0	71,4	57,1	57,1	100	71,4	100
Palmitinho	0,0	0,0	85,7	85,7	100	85,7	100
Panambi	85,7	85,7	85,7	85,7	100	100,0	100
Pantano Grande	0,0	0,0	71,4	85,7	100	71,4	100
Paraí	0,0	85,7	85,7	85,7	100	85,7	100
Paraíso do Sul	14,3	0,0	0,0	0,0	100	42,9	100
Pareci Novo	0,0	0,0	28,6	57,1	100	71,4	100
Parobé	0,0	0,0	0,0	85,7	100	85,7	100
Passa Sete	14,3	0,0	28,6	57,1	100	57,1	100
Passo do Sobrado	14,3	14,3	57,1	57,1	100	57,1	100
Passo Fundo	85,7	85,7	85,7	100,0	100	85,7	100
Paulo Bento	0,0	0,0	14,3	14,3	100	14,3	100
Paverama	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
Pedras Altas	14,3	0,0	28,6	42,9	100	0,0	100
Pedro Osório	0,0	0,0	0,0	14,3	100	0,0	100
Pejuçara	57,1	57,1	42,9	28,6	100	28,6	100
Pelotas	71,4	71,4	100,0	85,7	100	85,7	100
Picada Café	14,3	0,0	42,9	42,9	100	42,9	100
Pinhal	0,0	0,0	0,0	0,0	100	42,9	100
Pinhal da Serra	0,0	42,9	28,6	28,6	100	57,1	100
Pinhal Grande	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Pinheirinho do Vale	0,0	57,1	71,4	71,4	100	71,4	100
Pinheiro Machado	0,0	0,0	0,0	42,9	100	42,9	100
Pirapó	42,9	28,6	14,3	14,3	100	14,3	100
Piratini	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Planalto	14,3	28,6	0,0	28,6	100	42,9	100
Poço das Antas	28,6	0,0	0,0	71,4	100	57,1	100
Pontão	57,1	42,9	42,9	42,9	100	85,7	100
Ponte Preta	71,4	42,9	28,6	71,4	100	57,1	100
Portão	0,0	28,6	14,3	14,3	100	14,3	100
Porto Alegre	0,0	42,9	100,0	100,0	100	100,0	100
Porto Lucena	0,0	14,3	0,0	57,1	100	71,4	100
Porto Mauá	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Porto Vera Cruz	28,6	14,3	14,3	28,6	100	14,3	100
Porto Xavier	100,0	71,4	42,9	57,1	100	28,6	100
Pouso Novo	0,0	0,0	0,0	28,6	100	71,4	100
Presidente Lucena	0,0	0,0	14,3	14,3	100	100,0	100
Progresso	0,0	0,0	0,0	85,7	100	100,0	100
Protásio Alves	0,0	28,6	28,6	71,4	100	71,4	100
Putinga	0,0	0,0	0,0	14,3	100	28,6	100
Quaraí	71,4	85,7	71,4	71,4	100	71,4	100
Quatro Irmãos	0,0	0,0	0,0	14,3	100	28,6	100
Quevedos	0,0	85,7	57,1	71,4	100	85,7	100
Quinze de Novembro	0,0	57,1	57,1	57,1	100	42,9	100
Redentora	0,0	57,1	71,4	42,9	100	28,6	100
Relvado	28,6	28,6	14,3	42,9	100	42,9	100
Restinga Seca	0,0	14,3	57,1	85,7	100	57,1	100
Rio dos Índios	28,6	28,6	57,1	28,6	100	14,3	100
Rio Grande	0,0	28,6	85,7	85,7	100	100,0	100
Rio Pardo	0,0	0,0	71,4	57,1	100	71,4	100

Riozinho	0,0	0,0	0,0	57,1	100	100,0	100
Roca Sales	0,0	28,6	71,4	100,0	100	42,9	100
Rodeio Bonito	0,0	0,0	85,7	85,7	100	71,4	100
Rolador	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Rolante	0,0	0,0	57,1	71,4	100	85,7	100
Ronda Alta	57,1	85,7	57,1	71,4	100	71,4	100
Rondinha	0,0	0,0	14,3	57,1	100	57,1	100
Roque Gonzales	0,0	57,1	42,9	14,3	100	14,3	100
Rosário do Sul	85,7	100,0	42,9	85,7	100	42,9	100
Sagrada Família	0,0	0,0	0,0	0,0	100	42,9	100
Saldanha Marinho	0,0	0,0	71,4	71,4	100	57,1	100
Salto do Jacuí	0,0	0,0	0,0	0,0	100	57,1	100
Salvador das Missões	14,3	28,6	57,1	42,9	100	42,9	100
Salvador do Sul	14,3	0,0	0,0	42,9	100	57,1	100
Sananduva	71,4	85,7	85,7	100,0	100	71,4	100
Santa Bárbara do Sul	0,0	0,0	57,1	57,1	100	85,7	100
Santa Cecília do Sul	0,0	0,0	42,9	57,1	100	42,9	100
Santa Clara do Sul	14,3	42,9	28,6	42,9	100	100,0	100
Santa Cruz do Sul	0,0	85,7	100,0	100,0	100	100,0	100
Santa Margarida do Sul	0,0	0,0	0,0	14,3	100	42,9	100
Santa Maria	42,9	28,6	85,7	85,7	100	100,0	100
Santa Maria do Herval	0,0	57,1	57,1	57,1	100	57,1	100
Santa Rosa	71,4	85,7	85,7	100,0	100	100,0	100
Santa Tereza	0,0	71,4	85,7	100,0	100	85,7	100
Santa Vitória do Palmar	14,3	0,0	0,0	57,1	100	71,4	100
Santana da Boa Vista	71,4	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Santana do Livramento	0,0	100,0	71,4	100,0	100	100,0	100
Santiago	0,0	28,6	28,6	28,6	100	28,6	100
Santo Ângelo	71,4	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Santo Antônio da Patrulha	28,6	14,3	14,3	42,9	100	100,0	100
Santo Antônio das Missões	57,1	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Santo Antônio do Palma	42,9	28,6	28,6	28,6	100	71,4	100
Santo Antônio do Planalto	85,7	85,7	71,4	85,7	100	85,7	100
Santo Augusto	0,0	0,0	0,0	0,0	100	57,1	100
Santo Cristo	71,4	42,9	57,1	85,7	100	85,7	100
Santo Expedito do Sul	28,6	14,3	14,3	28,6	100	42,9	100
São Borja	0,0	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
São Domingos do Sul	0,0	0,0	71,4	57,1	100	85,7	100
São Francisco de Assis	71,4	71,4	85,7	57,1	100	85,7	100
São Francisco de Paula	0,0	0,0	0,0	14,3	100	71,4	100
São Gabriel	71,4	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
São Jerônimo	0,0	0,0	0,0	28,6	100	28,6	100
São João da Urtiga	57,1	85,7	42,9	71,4	100	85,7	100
São João do Polêsine	0,0	0,0	14,3	57,1	100	57,1	100
São Jorge	57,1	0,0	85,7	85,7	100	85,7	100
São José das Missões	14,3	28,6	0,0	28,6	100	57,1	100
São José do Herval	0,0	0,0	0,0	71,4	100	14,3	100
São José do Hortêncio	0,0	0,0	14,3	0,0	100	100,0	100
São José do Inhacorá	42,9	85,7	85,7	57,1	100	57,1	100
São José do Norte	0,0	42,9	42,9	42,9	100	42,9	100
São José do Ouro	71,4	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
São José do Sul	0,0	14,3	14,3	42,9	100	42,9	100
São José dos Ausentes	28,6	14,3	14,3	14,3	100	14,3	100
São Leopoldo	0,0	42,9	57,1	57,1	100	100,0	100
São Lourenço do Sul	42,9	42,9	42,9	14,3	100	71,4	100
São Luiz Gonzaga	28,6	85,7	28,6	71,4	100	71,4	100
São Marcos	28,6	28,6	85,7	100,0	100	100,0	100
São Martinho	0,0	0,0	0,0	0,0	100	57,1	100

São Martinho da Serra	42,9	71,4	28,6	71,4	100	57,1	100
São Miguel das Missões	0,0	0,0	0,0	57,1	100	57,1	100
São Nicolau	14,3	0,0	28,6	14,3	100	14,3	100
São Paulo das Missões	0,0	0,0	0,0	71,4	100	71,4	100
São Pedro da Serra	0,0	57,1	57,1	71,4	100	100,0	100
São Pedro das Missões	0,0	0,0	0,0	0,0	100	57,1	100
São Pedro do Butiá	14,3	14,3	14,3	14,3	100	14,3	100
São Pedro do Sul	14,3	71,4	85,7	100,0	100	85,7	100
São Sebastião do Caí	0,0	0,0	0,0	0,0	100	100,0	100
São Sepé	14,3	0,0	42,9	71,4	100	85,7	100
São Valentim	28,6	71,4	85,7	85,7	100	42,9	100
São Valentim do Sul	0,0	0,0	0,0	14,3	100	28,6	100
São Valério do Sul	0,0	0,0	0,0	0,0	100	14,3	100
São Vendelino	0,0	0,0	28,6	42,9	100	14,3	100
São Vicente do Sul	0,0	0,0	0,0	42,9	100	85,7	100
Sapiranga	0,0	0,0	71,4	71,4	100	100,0	100
Sapucaia do Sul	28,6	57,1	57,1	71,4	100	100,0	100
Sarandi	85,7	100,0	85,7	85,7	100	100,0	100
Seberi	0,0	0,0	0,0	71,4	100	71,4	100
Sede Nova	0,0	0,0	57,1	71,4	100	57,1	100
Segredo	28,6	42,9	14,3	42,9	100	28,6	100
Selbach	0,0	100,0	85,7	85,7	100	85,7	100
Senador Salgado Filho	0,0	14,3	28,6	28,6	100	28,6	100
Sentinela do Sul	14,3	14,3	14,3	14,3	100	14,3	100
Serafina Corrêa	71,4	71,4	71,4	85,7	100	100,0	100
Sério	0,0	14,3	28,6	28,6	100	42,9	100
Sertão	14,3	57,1	57,1	57,1	100	57,1	100
Sertão Santana	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Sete de Setembro	0,0	0,0	28,6	28,6	100	71,4	100
Severiano de Almeida	0,0	0,0	0,0	14,3	100	14,3	100
Silveira Martins	0,0	0,0	71,4	57,1	100	42,9	100
Sinimbu	0,0	0,0	57,1	57,1	100	57,1	100
Sobradinho	0,0	0,0	0,0	42,9	100	57,1	100
Soledade	57,1	42,9	42,9	57,1	100	100,0	100
Tabaí	0,0	0,0	71,4	57,1	100	85,7	100
Tapejara	85,7	71,4	71,4	71,4	100	71,4	100
Tapera	85,7	85,7	85,7	57,1	100	85,7	100
Tapes	28,6	85,7	85,7	71,4	100	28,6	100
Taquara	100,0	100,0	71,4	71,4	100	100,0	100
Taquari	0,0	0,0	57,1	57,1	100	71,4	100
Taquaruçu do Sul	85,7	85,7	85,7	85,7	100	85,7	100
Tavares	28,6	42,9	57,1	28,6	100	100,0	100
Tenente Portela	14,3	71,4	85,7	85,7	100	100,0	100
Terra de Areia	14,3	14,3	14,3	57,1	100	57,1	100
Teutônia	0,0	0,0	57,1	71,4	100	100,0	100
Tio Hugo	28,6	28,6	28,6	85,7	100	85,7	100
Tiradentes do Sul	0,0	0,0	0,0	28,6	100	71,4	100
Toropi	57,1	28,6	71,4	57,1	100	71,4	100
Torres	85,7	57,1	71,4	57,1	100	71,4	100
Tramandaí	0,0	28,6	28,6	28,6	100	71,4	100
Travesseiro	0,0	0,0	0,0	42,9	100	57,1	100
Três Arroios	28,6	28,6	42,9	42,9	100	28,6	100
Três Cachoeiras	85,7	71,4	57,1	100,0	100	100,0	100
Três Coroas	0,0	0,0	0,0	71,4	100	85,7	100
Três de Maio	42,9	42,9	28,6	71,4	100	57,1	100
Três Forquilhas	0,0	0,0	0,0	42,9	100	85,7	100
Três Palmeiras	71,4	85,7	85,7	85,7	100	85,7	100
Três Passos	0,0	0,0	71,4	71,4	100	85,7	100

Trindade do Sul	57,1	85,7	42,9	57,1	100	57,1	100
Triunfo	42,9	42,9	71,4	71,4	100	57,1	100
Tucunduva	85,7	71,4	85,7	85,7	100	100,0	100
Tunas	0,0	0,0	57,1	14,3	100	57,1	100
Tupanci do Sul	28,6	28,6	14,3	57,1	100	57,1	100
Tupanciretã	0,0	0,0	14,3	14,3	100	14,3	100
Tupandi	14,3	0,0	0,0	71,4	100	28,6	100
Tuparendi	0,0	0,0	0,0	85,7	100	57,1	100
Turuçu	57,1	28,6	28,6	28,6	100	28,6	100
Ubiretama	28,6	14,3	14,3	14,3	100	42,9	100
União da Serra	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Unistalda	0,0	14,3	14,3	14,3	100	14,3	100
Uruguaiana	42,9	85,7	85,7	85,7	100	100,0	100
Vacaria	71,4	71,4	71,4	57,1	100	57,1	100
Vale do Sol	0,0	28,6	42,9	42,9	100	57,1	100
Vale Real	28,6	42,9	42,9	57,1	100	85,7	100
Vale Verde	0,0	0,0	71,4	57,1	100	57,1	100
Vanini	28,6	0,0	28,6	28,6	100	28,6	100
Venâncio Aires	71,4	71,4	57,1	71,4	100	71,4	100
Vera Cruz	0,0	14,3	42,9	57,1	100	71,4	100
Veranópolis	0,0	57,1	57,1	71,4	100	71,4	100
Vespasiano Correa	0,0	0,0	0,0	57,1	100	100,0	100
Viadutos	57,1	57,1	57,1	42,9	100	57,1	100
Viamão	14,3	14,3	14,3	14,3	100	57,1	100
Vicente Dutra	0,0	57,1	57,1	85,7	100	85,7	100
Victor Graeff	14,3	0,0	42,9	57,1	100	57,1	100
Vila Flores	0,0	0,0	0,0	71,4	100	85,7	100
Vila Lângaro	71,4	0,0	85,7	85,7	100	71,4	100
Vila Maria	14,3	14,3	42,9	28,6	100	57,1	100
Vila Nova do Sul	0,0	14,3	14,3	71,4	100	71,4	100
Vista Alegre	42,9	42,9	28,6	57,1	100	57,1	100
Vista Alegre do Prata	0,0	0,0	14,3	42,9	100	71,4	100
Vista Gaúcha	0,0	71,4	71,4	71,4	100	85,7	100
Vitória das Missões	0,0	0,0	0,0	42,9	100	42,9	100
Westfalia	28,6	0,0	14,3	14,3	100	14,3	100
Xangri-lá	0,0	0,0	28,6	0,0	100	100,0	100

Fonte: DATASUS

Tabela 24 – Indicador 41 por Região de Saúde/Ano, RS, 2010-2014

Regiões de Saúde	2010	2011	2012	2013	Meta 2013	2014	Meta 2014
Verdes Campos	0,0	0,0	0,0	4,8	100	4,8	100
Entre Rios	0,0	0,0	0,0	9,1	100	0,0	100
Fronteira Oeste	0,0	18,2	0,0	9,1	100	18,2	100
Belas Praias	0,0	0,0	0,0	8,3	100	8,3	100
Bons Ventos	0,0	0,0	0,0	0,0	100	18,2	100
Vale do Paranhana/Costa Serra	12,5	12,5	0,0	0,0	100	25,0	100
Vale dos Sinos	0,0	0,0	13,3	6,7	100	46,7	100
Vale do Caí/Metropolitana	0,0	0,0	0,0	0,0	100	33,3	100
Carbonífera Costa Doce	0,0	5,3	10,5	10,5	100	10,5	100
Vale do Gravataí	0,0	0,0	33,3	33,3	100	50,0	100
Sete Povos das Missões	4,2	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Portal das Missões	0,0	7,7	0,0	0,0	100	0,0	100
Diversidade	0,0	0,0	0,0	0,0	100	5,0	100
Fronteira Noroeste	0,0	0,0	0,0	4,5	100	9,1	100
Caminho das Águas	0,0	0,0	0,0	0,0	100	2,5	100
Alto Uruguai Gaúcho	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Planalto	0,0	0,0	0,0	4,8	100	4,8	100
Araucárias	0,0	5,0	0,0	10,0	100	10,0	100
Botucarai	0,0	0,0	7,1	0,0	100	7,1	100
Rota da Produção	0,0	5,3	0,0	0,0	100	5,3	100
Sul	4,5	0,0	4,5	4,5	100	4,5	100
Pampa	0,0	0,0	0,0	0,0	100	16,7	100
Caxias e Hortênsias	16,7	0,0	33,3	33,3	100	50,0	100
Campos de Cima da Serra	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	100
Vinhedos e Basalto	0,0	4,8	4,8	9,5	100	4,8	100
Uva Vale	0,0	0,0	0,0	25,0	100	16,7	100
Jacuí Centro	0,0	0,0	0,0	0,0	100	8,3	100
Vinte e Oito	0,0	0,0	7,7	7,7	100	7,7	100
Vales e Montanhas	0,0	0,0	0,0	7,4	100	18,5	100
Vale da Luz	0,0	0,0	0,0	0,0	100	20,0	100

Fonte:

DATASUS

APÊNDICE 4 – CORRELOGRAMA DOS ITENS QUE COMPÕEM O ÍNDICE SOBRE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA MUNICIPAL, 2010-2013

	Recebimento de Denúncias e Reclamações	Instauração de Processo Administrativo Sanitário	Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à VISA	Atividade Educativa para a População	Atividades Educativas para o Setor Regulado	Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à VISA	Atendimento a Denúncias e Reclamações	Visita de Inspeção Sanitária	Despesas na Subfunção Orçamentária VISA	Pagamento de Ações Estruturantes	Visitador Sanitário Auxiliar	Enfermeiro + Médico Sanitarista	Receita de Taxa de Fiscalização	Despesas Totais em Saúde
Recebimento de Denúncias e Reclamações	1000													
Instauração de Processo Administrativo Sanitário	0.0071	1000												
Cadastro de Estabelecimentos Sujeitos à VISA	0.1131*	-0.0140	1000											
Atividade Educativa para a População	0.1673*	0.0010	0.0588*	1000										
Atividades Educativas para o Setor Regulado	0.0624*	-0.0228	0.0501*	0.0659*	1000									
Inspeção dos Estabelecimentos Sujeitos à VISA	0.1492*	0.0053	0.0659*	0.2024*	0.0054	1000								
Atendimento a Denúncias e Reclamações	0.7189*	-0.0081	0.1112*	0.0729*	0.0524*	0.1381*	1000							
Visita de Inspeção Sanitária	0.1145*	0.1140*	-0.0271	0.1604*	-0.0141	0.2620*	0.0608*	1000						
Despesas na Subfunção Orçamentária VISA	0.1113*	0.0008	0.0216	0.0059	0.0583*	0.0081	0.1175*	0.0191	1000					
Pagamento de Ações Estruturantes	0.1615*	-0.0360	0.0007	0.0865*	0.0559*	0.1952*	0.1102*	0.2202*	0.2063*	1000				
Visitador Sanitário Auxiliar	-0.0731*	0.0258	0.0017	-0.0232	0.0285	0.0343	-0.0532*	0.0402*	-0.0048	0.2396*	1000			
Enfermeiro + Médico Sanitarista	-0.0133	0.0004	-0.0060	-0.0075	-0.0202	-0.0353	-0.0151	-0,0432*	-0.0215	0.0275	0.1331*	1000		
Receita de Taxa de Fiscalização	0.0227	0.0133	0.0451*	-0.0004	0.0103	0.1305*	0.0565*	-0,0412*	-0.0413*	-0.1766*	-0.0601*	-0.0171	1000	
Despesas Totais em Saúde	0.1175*	-0.0129	-0.0689*	0.0616*	0.0386*	0.0932*	0.0636*	0.2308*	0.1782*	0.6881*	0.2431*	0.0050	-0.1543*	1000

Fonte:

DATASUS,

FNS

e

SIOPS

APÊNDICE 5 – TRAJETÓRIA

As aproximações com a Vigilância Sanitária iniciaram em 2012, com o levantamento de dados sobre recursos aplicados em saúde. Àquela época, registros de valores nulos ou muito pequenos nos relatórios orçamentários municipais na subfunção orçamentária Vigilância Sanitária despertaram curiosidade e interesse em explorar e investigar não apenas as causas dos registros nulos, mas também as relações e a importância da Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. Dois anos mais tarde, em uma conversa com os professores Roger dos Santos Rosa e Ronaldo Bordin – depois de um ano intenso e difícil – consegui definir o tema da dissertação.

Escrever o projeto de dissertação não foi tarefa fácil. Mais difícil que o projeto, contudo, foi a escrita do texto completo apresentado nas páginas que antecedem esta. Com a conclusão quase que completa dos créditos necessários para o mestrado, 2014 foi um ano de ressaca, longe dos colegas de aula e com raros momentos de conversa, de ajuda, de compartilhamento de angústias e de dificuldades com eles – veio a época do “cada um por si”. Especialmente para mim, 2014 foi também um ano de mudanças, de novas experiências e aprendizados com o nascimento da minha filha Isadora. Responsável pela quase desistência do curso ou pelo não cumprimento de todos os requisitos, a proficiência em língua inglesa foi a maior “dor de cabeça”. Depois de cada tentativa sem sucesso – três – grande bloqueio, abatimento e sentimento de incapacidade tomavam conta das minhas forças e minavam a vontade de prosseguir. A proficiência veio na última chance, na última prova dentro do prazo de regular para a conclusão do mestrado e ainda aguarda a validação por parte da Comissão de Avaliação de Proficiência de Leitura em Línguas Estrangeiras (CAPLLE) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Em paralelo, a necessidade de maior aproximação e exploração da temática da dissertação foi uma atividade que exigiu muito esforço, estudo e leitura dada a dificuldade de definição, delimitação e especificidades das suas ações no campo da saúde pública. Nesse exercício, a conversa com o Domingos Leite Neto do Núcleo de Educação em Saúde, Gestão e Planejamento do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, a conversa com a Fiscal Sanitária Ione Monteiro de Oliveira da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde e a participação do IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia ajudaram de sobremaneira e propiciaram trocas com profissionais que atuam na Vigilância Sanitária em secretarias estaduais e municipais de saúde. Para a consecução do estudo, a disponibilidade, o acesso e a coleta dos dados foi também uma tarefa bastante intrincada. As ações de Vigilância Sanitária, como se viu, requerem recursos físicos, financeiros e humanos que nem sempre os municípios dispõem, o que acaba por afetar a realização e o registro das mesmas.

Sinto que essa dissertação é um trabalho inacabado talvez por achar que falta ainda, da minha parte, maior estudo sobre o tema. É, contudo, resultado do que eu consegui até aqui, da

minha trajetória acadêmica que provavelmente eu não teria não fosse o primeiro “empurrão” dado pelo professor Aragon Érico Dasso Júnior para a escrita e submissão de um resumo para um evento quando eu ainda estava no terceiro semestre do curso de Administração. Esse professor ainda foi responsável por recolocar meus “pés no chão” depois de eu ter sido chamado em um concurso público e achar que eu poderia “relaxar”. Quase junto, o professor Ricardo Letizia Garcia deu-me o segundo “empurrão” com o privilégio de ser bolsista de iniciação científica – em um tempo de escassas bolsas – e de aprender além das disciplinas. Desde então, como já possuía uma formação de nível superior, passei a mirar a Especialização em Saúde Pública, que só foi possível depois que minhas condições financeiras melhoraram.

Nesse curso, tive a sorte grande de conhecer e de ser orientado pelo professor Roger dos Santos Rosa. Com esse professor tive os maiores ensinamentos, grandes oportunidades e experiências/vivências sem as quais eu não seria o mesmo. Os momentos de conversa sempre deixaram algum ensinamento e/ou algum estímulo que renovou as forças para eu prosseguir mesmo nos momentos mais difíceis que passei nos últimos quatro anos. Por último, o professor Ronaldo Bordin possibilitou-me a experimentar a função de tutoria, com a qual aprendi muito. Além disso, foi muito paciente, respeitou meus tempos e me deixou um tanto livre para concluir a dissertação dentro das minhas capacidades e possibilidades. Tal sensibilidade e paciência, consciente ou não, foi muito importante para mim.

Desde a minha vinda para Porto Alegre em 2005, além de uma experiência maravilhosa que tive ao morar em uma casa de estudantes, eu concluí duas graduações, quatro especializações, e um mestrado em andamento, mas nenhum desses cursos é mais importante do que o processo, a experiência e os ensinamentos que as vivências e que as pessoas me proporcionaram e me ajudaram a ser um indivíduo bem diferente daquele que eu era, que quando concluiu o ensino médio nem mesmo sabia da existência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ou de qualquer outra universidade e tinha anseios muito limitados.

Abaixo, um pouco da minha trajetória desde 2005:

- a) Mestrado em andamento em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- b) Especialização em andamento em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes pelo Instituto Federal do Rio Grande do Sul;
- c) Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal de Santa Catarina, 2014;
- d) Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, 2013;
- e) Especialista em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal de Santa Catarina, 2013;

- f) Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012;
- g) Graduado em Administração pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, 2012;
- h) Graduado em Tecnologia em Radiologia pela Fundação Saint Pastous, 2008;
- i) Graduação em Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul interrompida em 2005;
- j) Tutor a distância do curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul;
- k) Bolsista de Iniciação Científica PROBIC/FAPERGS pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul;
- l) Monitor da disciplina de Conceitos Matemáticos do curso de Administração;
- m) Monitor da disciplina de Economia da Saúde do curso de Administração;
- n) Presidente da Casa de Estudantes Juventude Universitária Católica (JUC) – Casa 7 em 2009;
- o) Membro do Conselho Fiscal da Casa de Estudantes Juventude Universitária Católica (JUC) – Casa 7 em 2008;
- p) Presidente da Casa de Estudantes Juventude Universitária Católica (JUC) – Casa 7 em 2007;
- q) Tesoureiro da Casa de Estudantes Juventude Universitária Católica (JUC) – Casa 7 em 2006;
- r) Funcionário Público da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) – Técnico em Radiologia desde 05/2011;
- s) Empregado Público do Hospital Nossa Senhora da Conceição S/A – Técnico em Radiologia desde 10/2010.