

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

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

Lucília Nunes Assis^{I,II,**}

Eliete Albano de Azevedo
Guimarães^{III}

Juliana Vaz de Melo Mambrini^{II}

Filipe Curzio Laguardia^{IV}

Nayara Dornela Quintino^V

Davidson Silva^{IV}

Zélia Maria Profeta Luz^{II,*}

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

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

Recebido: 16 jun 2017

Aprovado: 10 ago 2017



INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

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

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

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



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

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

RESULTADO

Dos 853 municípios elegíveis, 792 responderam ao instrumento de diagnóstico da VS em 2014. Destes, foram excluídos da análise 265 municípios, com campos não preenchidos, superiores a 20%, considerados de qualidade ruim por comprometer a caracterização dos serviços locais de vigilância¹³. Após análise da consistência da base de dados, foram incluídos no estudo, 527 municípios, o que representou 62% do total no estado de MG.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

DISCUSSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



do estado^{7,8,11}. Essa é uma questão crítica que envolve macrotendências políticas e financeiros que fomentam o acesso baseado na oferta do serviço contratado/conveniado, a insuficiência e ineficácia da rede laboratorial, a governança regional imediatista e conflitante, resultando em fatos visíveis como a falta de responsabilização quanto ao cuidado horizontal do usuário em rede e o comprometimento do vínculo^{27,28,29}.

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

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

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

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

CONCLUSÕES

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

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

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

REFERÊNCIAS

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



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

Conflito de Interesse

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



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

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