

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL
– modalidade à distância

ROSANI ZACHOW

**EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: HÁ FALTA DE
RECURSOS?**

Porto Alegre

2015

ROSANI ZACHOW

**EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: HÁ FALTA DE
RECURSOS ?**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Especialização em
Gestão Pública Municipal - modalidade a
distância da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito para a
obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

Porto Alegre

2015

ROSANI ZACHOW

**EFETIVAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE: HÁ FALTA DE
RECURSOS ?**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal – modalidade a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de especialista.

Aprovado em 27 de maio de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Ariston Azevêdo

Profª. Dra. Ana Mercedes Sarria Icaza

RESUMO

O estudo foi realizado a partir da análise da utilização dos recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde; nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira as Missões que, respectivamente, são sede da 9^a, 15^a e 17^a Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2011 a 2013. Assim nosso problema de pesquisa consiste em responde a seguinte questão: o que dificulta a efetivação da Vigilância em Saúde no SUS é a falta de recursos? Para dar conta de responder a nossa questão temos como objetivo principal: analisar a disponibilidade de recursos financeiros do Piso Fixo de Vigilância em Saúde nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões 9^a, 15^a e 17^a Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2011 a 2013. Como objetivos específicos: 1) Avaliar a utilização dos recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões; 2) Identificar semelhanças e diferenças na utilização do Piso Fixo de Vigilância em Saúde. A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem comparativa e, como método, utilizou-se o estudo de caso no qual o fenômeno será analisado dentro de seu contexto. Pelos dados apresentados a resposta para efetivação da Vigilância em Saúde nos municípios estudados passa pela gestão, ou melhor, pela falta de critérios na utilização dos recursos financeiros, pois na fonte de recurso analisada a desculpa de falta de recursos passa longe pelos saldos crescentes nas contas.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Recursos Financeiros; Descentralização do SUS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
1 QUADRO TEÓRICO	10
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	22
3.1 CRUZ ALTA.....	24
3.2 IJUÍ.....	29
3.3 PALMEIRA DAS MISSÕES	34
3.4 COMPARATIVO DOS GASTOS.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	44

INTRODUÇÃO

A burocracia como descrita por Weber como forma de dominação baseia-se no conhecimento técnico. Este caráter racional, manifestado por meio de regras, transforma-a num instrumento capaz de assegurar alta eficiência administrativa facilitando a padronização e igualdade. O regramento define as relações de mando e subordinação, mediante a divisão social do trabalho tendo em vista os fins determinados.

A impessoalidade do regramento acaba por deixar as relações sem espaço para a informalidade e o desenvolvimento de noções mais flexíveis de gestão, desconsiderando o elemento humano na organização. Tal rigidez produz desajustes e é fonte de conflitos entre a sociedade e o serviço prestado pelo Estado: os objetivos formais tornam-se “dogmas” imutáveis. Assim surge na gestão pública os sentimentos de resistência a mudanças, de desestímulo e de estabilidade, que se somam à falta de preocupação com os resultados.

Lentamente a administração pública municipal está reagindo às mudanças econômicas e sociais impostas pela globalização. Nesse sentido a administração gerencial veio como resposta a estas questões trazendo uma nova prática tendo como base a maior eficiência e eficácia na utilização do recurso público e a responsabilização dos gestores públicos nas prestações de contas destes recursos.

O novo modelo gerencial busca romper com as barreiras corporativas e paradigmas para a criação de uma cultura de desempenho de excelência em todos os níveis da administração do Estado com ações voltadas para o cidadão agora concebido como cliente, utilizando-se de critérios mais claros para a alocação de recursos buscando o diálogo com a sociedade civil ancorado na transparência e controle social. Embora não podemos deixar de lembrar que a busca da excelência do serviço é ainda o velho paradigma da racionalidade funcional. Novo modelo de gestão pública relativiza a arbitrariedade burocrática do modelo anterior, uma vez que preconiza a busca da eficiência e da efetividade da ação governamental voltada para o cidadão e para a obtenção de resultados. (ABRUCIO, 1996; SANTOS, 2003)

É preciso aprofundar as mudanças tanto no sentido de uma racionalidade substantiva que traga a cena da gestão pública os valores humanos, quanto na direção da racionalidade comunicativa. Rompendo com velhos modelos e implantando sistemas políticos que amadureçam cada vez mais a cidadania e

favoreçam a organização e a expressão da sociedade civil (ABREU, 2010; FREITAS, 2009). Desta forma, num contexto de democracia participativa, as necessidades do cidadão sejam o ponto de partida das iniciativas do Estado, pois será somente tornando as organizações mais permeáveis a participação da sociedade civil e adquirindo capacidade de resposta para as mudanças constantes neste novo século que eliminaremos a “esquizofrenia organizacional” do serviço público que vive em constante processo de auto-referência (SOUZA, 2010).

Conforme nos diz Dupas (2000, p.37) “A questão dos valores, no entanto, permanece no coração do problema de sobrevivência da humanidade no mundo. Essa questão vital, que não é operacional, exige a superação de uma visão ativista de gestão, que troca o “ser” pelo “fazer””.

Quando fala-se do Sistema Único de Saúde o discurso recorrente é o da falta de recursos financeiros por parte dos gestores. Ouvimos cotidianamente o clamor dos municípios por falta de recursos para a saúde e de outra parte a queixa dos cidadãos pela falta ou má qualidade dos serviços prestados. Diante disso faz-se necessário uma verificação mais profunda das contas públicas, especialmente quanto à gestão dos recursos financeiros.

Tal proposição justifica-se em virtude da significativa ampliação das responsabilidades municipais que foram estabelecidas pelo Decreto Federal 1508/2011 que regulamentou a Lei Federal 8080/1990 e pela Lei Complementar Federal 141/2012 que vinculou recursos das três esferas de Governo à aplicação em ações e serviços públicos de saúde modificando a forma de gestão do SUS. Daí a utilidade ou oportunidade de permitir que o conhecimento sistematizado seja disseminado tanto para o quadro de servidores da saúde quanto para os Conselhos de Saúde e, desta forma, possamos colaborar indiretamente no fomentando da cidadania.

Historicamente no Brasil a Gestão Pública e a formulação de Políticas Públicas, tanto sociais como econômicas, se caracterizaram por ações assistencialistas e pontuais, onde a assistência torna-se um instrumento do Estado para enfrentar as mazelas dos identificados como pobres, carentes, desamparados, tentando compensar as desigualdades sociais, e de outro lado estimulava o acesso a mecanismos de crédito de alguns setores da economia para o desenvolvimento.

Os antecedentes históricos que corroboraram para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) envolveram uma concepção na qual a saúde não era

considerada um direito social. Em 1974, o modelo de saúde adotado através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), naquele contexto, fragmentava a população brasileira em três categorias: uma elite que podia pagar por serviços de saúde privados; outra parcela da população que tinha direito à saúde pública por ser segurado pela previdência social; e aqueles que não possuíam direito algum. Assim, o SUS foi construído dentro da concepção de universalização, onde o atendimento desenvolveu-se de forma igualitária, no cuidar e promover a saúde de toda a população. Em relação ao Sistema Único de Saúde, conforme o Ministério da Saúde (2010, p.1-2), podemos dizer que:

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. Além de oferecer consultas, exames e internações, o Sistema também promove campanhas de vacinação e ações de prevenção e de vigilância sanitária – como fiscalização de alimentos e registro de medicamentos, atingindo, assim, a vida de cada um dos brasileiros.

O SUS é um moderno modelo de organização dos serviços de saúde, que apresenta como característica principal, tanto na Constituição Federal de 1988 quanto na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, a valorização dos municípios. Nesse contexto, o Governo Federal destina uma atenção especial aos estados e municípios, consolidando o processo de descentralização do SUS, transferindo responsabilidades para estas esferas de governo, repassando, também, recursos financeiros além de prestar assessoria técnica.

A transferência dos recursos financeiros com a vinculação fundo a fundo, é o instrumento de descentralização, disciplinado em leis específicas, de repasse de recursos federais do Ministério da Saúde (MS) para as outras esferas de governo. Este tipo de transferência é regular e automático e se caracteriza pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observada as condições de gestão, qualificação e certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde, dispensando a celebração de convênios.

Segundo o disposto na Lei nº 8.142/1990, art. 4º, para receberem os recursos os Municípios deverão contar com: a) Fundo de Saúde; b) Conselho de Saúde; c) Plano de saúde; d) Relatório de gestão; e) Contrapartida de recursos nos

respectivos orçamentos; e f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

No que concerne às políticas da saúde, Arretche (2000), afirma que foram os programas de saúde pública, que demonstraram os melhores resultados do modelo proposto pela descentralização. A autora identifica que, ao longo dos anos 80, o movimento para a construção e legitimação de um sistema hierarquizado e descentralizado de prestação de serviços de saúde, com presença estruturada de fóruns nacionais e em aliança com gestores da esfera estadual e municipal, modificou a estrutura do sistema público de saúde.

Neste sentido, embora o processo de descentralização tenha ganhado maior visibilidade no interior das políticas de saúde, o debate sobre a partilha de poder e a quebra da verticalidade não é novo, iniciando-se na década de 1980, a partir da discussão mais ampla sobre a própria dimensão do Estado brasileiro e suas características de morosidade e lentidão no trato da administração pública.

Como assinala Ieno (1994, p.41):

A descentralização do Sistema de Saúde não é um fato isolado. A discussão da autonomia municipal remete-nos ao início do período republicano em que as relações entre Estado e poder local, refletindo as características da colonização brasileira, fundamenta-se no compromisso baseado na troca de favores e no mútuo interesse pelo eleitorado.

Conforme a afirmação, podemos identificar o caráter estratégico da proposta de descentralização. Tal política, forjada conforme o interesse de segmentos específicos encontrou no contexto de redemocratização as condições necessárias para sua implantação.

No contexto da análise proposta, a descentralização está associada à noção de que uma maior proximidade entre prestador de serviços e usuários, poderá viabilizar maior *accountability* dos governos em relação aos cidadãos. Portanto, a descentralização passaria a ser um dos elementos da reforma do Estado pelo qual se enfrentariam os problemas estruturais oriundos dos vícios da cultura política brasileira, tal como o clientelismo (ARRETCHE, 2000).

Dentro desta perspectiva da descentralização da saúde o problema de pesquisa que apresentamos se dará a partir da análise da disponibilidade de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde. Especificamente a análise que faremos se dará através do estudo da disponibilidade dos recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira as Missões

que, respectivamente, que são sede da 9^a, 17^a e 15^a Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2011 a 2013. Assim nosso problema de pesquisa consiste em responder a seguinte questão: o que dificulta a efetivação da Vigilância em Saúde no SUS é a falta de recursos?

Para dar conta de responder a nossa questão temos como objetivo principal: analisar a disponibilidade de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões que, respectivamente, são sede da 9^a, 17^a e 15^a Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2011 a 2013.

Como objetivos específicos:

- 1) Avaliar se há disponibilidade para utilização, recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões;
- 2) Identificar semelhanças e diferenças nos gastos dos valores do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões;

Além desta introdução, e das considerações finais, nosso estudo está dividido em três capítulos. No primeiro apresentamos os pressupostos que norteiam nossa investigação. No segundo temos a metodologia utilizada e no terceiro apresentamos a análise e resultados da pesquisa.

1 QUADRO TEÓRICO

Os antecedentes históricos que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde, foram fruto de uma luta que começou na década de 1970 com o movimento da reforma sanitária, tendo como base a concepção da saúde como um direito social. Em 1974, o modelo de saúde executado através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), fragmentava a população brasileira em três categorias: uma elite que podia pagar por serviços de saúde privados; outra parcela da população que tinha direito à saúde pública por ser segurado pela previdência social; e aqueles que não possuíam direito algum. (MISOCZKY, 2002 a,b)

Com o advento da promulgação da Constituição Federal em 1988, a saúde é definida como um direito dos cidadãos e dever do Estado. Assim, o SUS foi construído dentro da concepção de universalização, onde o atendimento se desenvolveu de forma igualitária, no cuidar e promover a saúde de toda a população. Dentre as diretrizes propostas para a saúde, está a descentralização, o que influencia todas as outras políticas de saúde, inclusive em relação à Vigilância em Saúde.

Pela primeira vez, a Saúde ganha uma seção dentro da Constituição Brasileira, incluída dentro de um capítulo, chamada Seguridade Social, consagrando no seu artigo 196 a saúde como direito de todos e dever do Estado e estabelecendo o SUS, no artigo 198, inciso II nº 5, como sistema composto pelo conjunto de ações e de serviços públicos de saúde tendo como objetivos e atribuições:

[...] identificar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover nos campos econômicos e sociais, a redução de riscos de doenças e outros agravos ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade; e prestar assistência às pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as medidas assistenciais com as preventivas.

É neste ambiente que a NOB 01/96 vai definir o papel dos gestores nas três esferas de governo, tendo em vista a necessidade de integrar as ações de maneira a evitar o enfraquecimento global do SUS na assimetria dos municípios brasileiros, com a manutenção do papel das Comissões Bipartite e Tripartite e os Conselhos de Saúde como órgãos de programação e pactuação entre os gestores.

Na NOB 01/96, são definidas as formas de custeio através dos tetos financeiros: financeiro global (TFG); Teto Financeiro da Assistência (TFA); Teto

Financeiro Global do Estado (TFGE); Teto Financeiro de Vigilância sanitária (TFVS); Teto Financeiro da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD); Teto Financeiro Global do Município (TFGM); Teto Financeiro da Assistência ao Município (TFAM); Teto Financeiro de Assistência ao Estado (TFAE). Foi a criação dos tetos financeiros que permitiu maior transparência e controle gerencial das transferências e repasses automáticos.

Com a definição dos Tetos Financeiros de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), e da Vigilância Sanitária (TFVS), como mecanismo de transferência de recursos na modalidade fundo a fundo, é reestruturada no país, a área de Epidemiologia e Controle de Doenças e de Vigilância sanitária, com redefinição de atribuições por nível de gestão. Este processo envolve dotação de condições estruturais que vão desde a formação e capacitação de recursos humanos até a garantia de rede de laboratórios capazes de dar suporte às ações de Vigilância em Saúde, além de organizar os fluxos e referências no âmbito municipal, regional, macrorregional, estadual e federal.

A organização de serviços, como preconiza o SUS, deve ser organizada em territórios com o objetivo da universalidade contendo os serviços públicos e privados, baseando-se no princípio da integralidade e efetividade das ações em saúde. Essa proposta de organização dos serviços de atenção à saúde do SUS visa diagnosticar a saúde através do papel epidemiológico e socioeconômico de determinada população.

A reorganização dos serviços de saúde com o SUS se pauta numa estrutura descentralizante, hierarquizada por nível de complexidade (primário e/ou básico, secundário e terciário), sobre a responsabilidade de cada nível de governo (municipal, estadual e federal), com comando único por nível de governo, privilegiando o processo de municipalização das ações através dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Essa reorganização dos serviços de saúde pelo SUS trouxe à tona o processo de descentralização, o qual veio definitivamente concretizar-se com as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), as quais colocaram que as ações de saúde seriam de responsabilidade dos municípios, através do repasse de poderes e financiamento entre as três esferas de governo.

Tal descentralização como forma de organização dos serviços de saúde se estrutura em regionalização e hierarquização onde os serviços devem ser organizados em níveis de atenção que variam segundo a

[...] complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isso implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolatividade (solução de seus problemas). A rede de serviços, organizadas de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (SOUZA, 2001, p. 58).

Desta forma, o território deve ofertar organizadamente os serviços de atenção primária, secundária e terciária (pirâmide). Essa organização dos níveis de atenção à saúde estrutura-se,

[...] descentralizadamente, em cada município, nos seus territórios de abrangência, seu sujeito é hegemonicamente coletivo e sua base organizacional é a epidemiologia e sua oferta deve ser territorializada. Ao contrário, os níveis secundário e terciário devem, por razões de economia de escala e de disponibilidades de recursos, ser relativamente centralizados, o seu sujeito é hegemonicamente individual e sua base organizacional é a clínica, e sua oferta não necessita de ser necessariamente territorializada (SOUZA, 2001, p.268).

Segundo Mendes (1996, p. 264 - 265) referindo-se a sua proposta de distritos sanitários nos esquecemos que, o processo de territorialização não se detém apenas ao conceito fechado de uma área geográfica, pois

[...] a preocupação básica da proposta de distritalização da saúde é fugir de uma tendência natural, presente nos conceitos e práticas internacionais e nacionais, da reificação do distrito sanitário, reduzindo um processo social à instituição de uma instância topográfico-burocrática. Topográfica porque se erige em base territorial de natureza estritamente geográfica e burocrática porque passa a ser espaço de governança de uma tecnocracia adrede constituída. Ao contrário, o distrito sanitário deve ser entendido como processo social de mudanças das práticas sanitárias, dirigido para a eficiência e a eficácia sociais, a equidade e a democratização e que se institui em um território – normal e microrregião – no qual se estabelecem relações transacionais entre as instituições de serviços de saúde, reordenadas de acordo com certos princípios organizativos e assistenciais, e os conjuntos sociais em situações, com seus problemas, suas demandas e seus recursos econômicos e organizativos.

É importante salientar que neste estudo a descentralização

[...] é entendida como a redistribuição das responsabilidades quanto as ações de saúde entre vários níveis de governo. Os municípios ficam com a responsabilidade da execução dos serviços de saúde, e os estados devem ficar com os grandes serviços de referências em articulação com os municípios. A União só executa em situações extremas, mas coordena a

Política Nacional de Saúde, utilizando as informações advindas dos outros níveis de governo”. (SOUZA, 2001, P.58).

Nessa perspectiva, a descentralização só pode efetivar-se a partir de um processo de municipalização, que como assinala Pimenta (1993, p. 38 - 39)

[...] na saúde pressupõe o fortalecimento do poder local, tanto do ponto de vista financeiro como institucional, criando bases para que os governos municipais tenham autonomia para gestão de suas políticas sociais. No entanto, a municipalização só representará avanço em termos de democratização da saúde se vier acompanhada da ampliação dos espaços de participação popular e controle social. Um dos pressupostos básicos para vencermos as dificuldades porque passa a saúde hoje no país é rompermos o autoritarismo do Estado Brasileiro e a privatização da coisa pública. Nesse sentido, a municipalização oferece melhores condições de controle social, pois o poder local, por estar mais próximo da população, por ter mais visibilidade, é mais suscetível à participação popular. Por outro lado tem melhores condições de conhecer a realidade local e, portanto, encontra as melhores soluções para os problemas detectados.

Sob este ponto de vista, podemos ver que a quebra do modelo de caráter centralizador e seletivo da saúde (modelo médico assistencial privatista), pois com a implantação do SUS foi construída a descentralidade do poder, a qual foi um fruto do avanço democrático da sociedade brasileira, através da Reforma Sanitária, que pôs em questão a forma de governo autoritário e centralizador.

Com a efetivação da descentralização, o processo de reforma no sistema de saúde trouxe mudanças positivas na estrutura organizacional dos serviços de saúde; na formação de um sistema municipalizado; na forma de gestão, com a participação na política de saúde de várias instâncias, de vários autores, de vários níveis, no funcionamento do sistema; na incorporação da assistência médica individual pela rede pública; e no nível de financiamento nas três esferas (federal, estadual e municipal).

A saúde pública, até o século XIX, dispunha de poucos instrumentos para o controle de doenças. Os mais utilizados eram o isolamento, a quarentena e o cordão sanitário. Tais instrumentos constituíam um conjunto de medidas de tipo restritivo que criavam sérias dificuldades sociais e econômicas.

O desenvolvimento da microbiologia e das ciências afins, nesta mesma época, resultou no surgimento de novas e mais eficazes medidas de controle, dentre elas, a vacinação. Temos, assim, o esboço do conceito de vigilância, definido pela específica, porém limitada, função de observar o contato de pacientes atingidos pelas denominadas “doenças pestilenciais”.

Vigilância médica e vigilância sanitária foram os primeiros termos empregados em Saúde Pública, com esse significado, em nosso país. Hoje, utiliza-se a terminologia vigilância em saúde, que compreende a atuação do Estado nas áreas de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e saúde do trabalhador.

No âmbito da Constituição de 1988, as ações de vigilância em saúde estão incluídas nas normas relativas à saúde no Art. 200.

O processo de descentralização da área de Epidemiologia e Controle de Doenças começa no de 1999 através da edição das Portarias MS 1399 e 950 englobando o controle das zoonoses e vetores, a qualidade da água, de doenças e as doenças de notificação compulsória.

A definição de seu financiamento e a regulamentação das competências dos três níveis de gestão na área de Epidemiologia e Controle de Doenças representam um avanço para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois temos, finalmente cumprido, depois de uma década, texto constitucional que no Artigo 198 define a descentralização de atenção integral à saúde com prioridade às ações preventivas na Lei Orgânica da Saúde - LOS.

A Portaria do Ministério da Saúde de Nº 1399, de 15/12/1999, que regulamenta as competências da União, Estados e Municípios na área de Epidemiologia e Controle de Doenças e define o seu financiamento, estabelece em seu artigo 5º que estas ações serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD na qual são estipuladas metas a serem atingidas. O repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais dependerá da avaliação dos resultados das metas pactuadas.

A descentralização cria condições para que a execução das ações de controle e combate das doenças endêmicas – que antes era atribuição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) – passem a integrar-se ao SUS, o que elimina a sobreposição e/ou omissão de ações.

A municipalização e a descentralização político-administrativa, no Estado do Rio Grande do Sul, tem sido prioridade, desde o início do Movimento da Reforma Sanitária nos anos 70 e 80, em várias gestões de Governo. Pois o entendimento de que o poder local, por estar mais próximo das necessidades e do controle da

população, qualifica o processo de gestão e se faz presente nos diversos atores políticos que estiveram à frente da Gestão da Saúde em nosso Estado.

No processo de descentralização a Federação das Associações dos Municípios (FAMURS), e a Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde (ASSEDISA) passam a fazer a interlocução dos municípios com a Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente, e em 1990, conseguiram firmar um espaço de participação dos municípios na Secretaria, participando nas decisões sobre o processo de municipalização.

Neste período no Rio Grande do Sul já possuía Conselho Estadual de Saúde (CES), Fundo Estadual de Saúde (FES) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). À Secretaria competia a coordenação do SUS no Estado. O Conselho Estadual de Saúde, com caráter deliberativo e fiscalizador, acompanhava a atuação da Secretaria da Saúde. O Fundo Estadual de Saúde foi instituído em 1973, e posteriormente, adequado ao recém criado SUS. A Comissão Intergestores Bipartite foi instituída conforme a NOB 01/93 como foro de pactuação entre os gestores municipais e o gestor estadual.

É importante salientar que, os governos estaduais que buscaram implantar uma política de descentralização foram importantes para o movimento municipalista da saúde. O Rio Grande do Sul destaca-se neste aspecto, assim como São Paulo, Paraná e outros Estados.

Os técnicos da SSMA participaram ativamente na elaboração do SUS, bem como a sociedade civil organizada na Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde CIMS, a criação do CES-RS e a transformação das CIMS nos Conselho Municipal de Saúde (CMS) adequaram o Estado à nova realidade da saúde no país. Mantendo-se fiéis aos preceitos originais do SUS, enfrentaram as dificuldades impostas pelo refluxo causado pela NOB 01/96 e fortaleceram a ideia de que o processo de democratização é um componente fundamental.

Em 1999, o poder executivo do Estado encaminhou proposta de desmembrar a Secretaria do Meio Ambiente da Secretaria da Saúde. A proposta foi aprovada e então a Secretaria passou a se denominar Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

Para garantir a atenção necessária à saúde em cada região do Rio Grande do Sul, a Secretaria Estadual da Saúde inverteu a cultura vertical de planejamento, acompanhamento e organização da saúde no Estado, mudando a

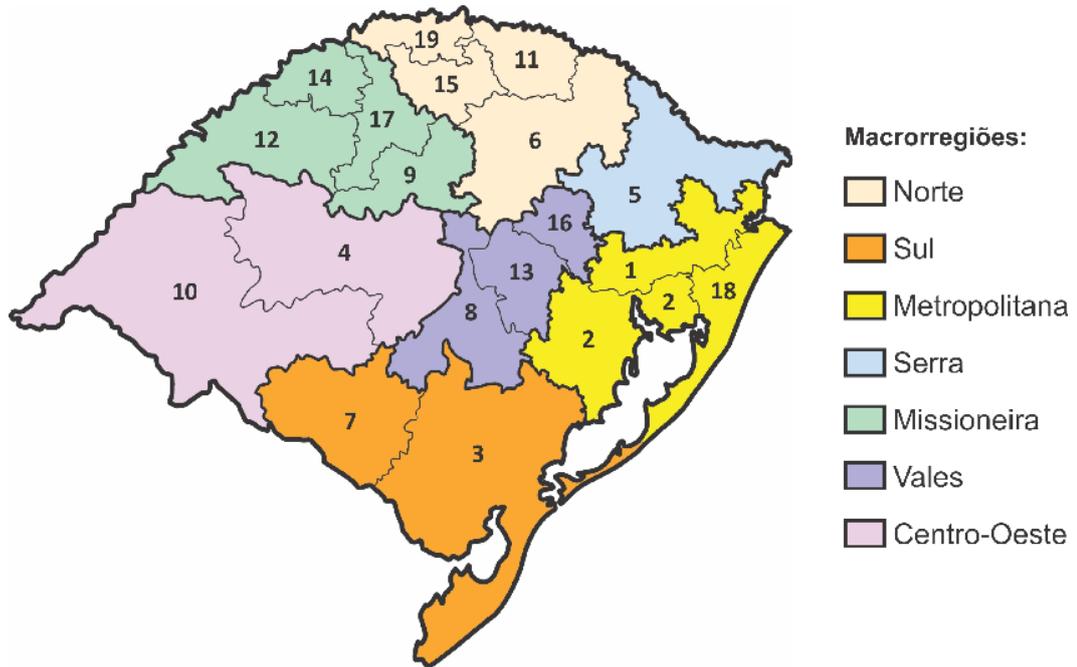
estrutura técnica e operacional existente. A estrutura da SES/RS foi horizontalizada, as Delegacias Regionais de Saúde (DRS), transformaram-se em Coordenadorias Regionais em instâncias de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação da atenção à saúde, e de pactuação com os gestores municipais na sua região. Com isto, rompe-se com as antigas estruturas onde as CRS eram meras instâncias executoras de programas específicos e de ações nos municípios.

Hoje, a SES/RS é composta por dezenove Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), sete Macrorregiões e 30 Regiões de saúde, que têm a função de gestão do SUS no âmbito de sua abrangência territorial. Através de diretrizes gerais da SES/RS, estas Coordenadorias têm sob sua responsabilidade o desenvolvimento de estratégias próprias para exercer suas funções, atendendo às suas realidades regionais que são distintas em relação: ao perfil epidemiológico; demográfico; social; cultural; econômico; financeiro; e capacidade instalada de serviços nos municípios de sua área de atuação.

A partir de 1999, o gestor de saúde do Estado do Rio Grande do Sul passou a implementar a disposição legal de regionalizar o sistema, através das CRS, com descentralização administrativa e financeira e com permeabilidade ao controle social. Para tanto foram constituídos cinco eixos prioritários de governo: descentralização da gestão, regionalização da atenção, integralidade da atenção à saúde, fortalecimento das instâncias de controle social, pactuação e formação em saúde pública para o SUS (FERLA; MARTINS JR., 2001).

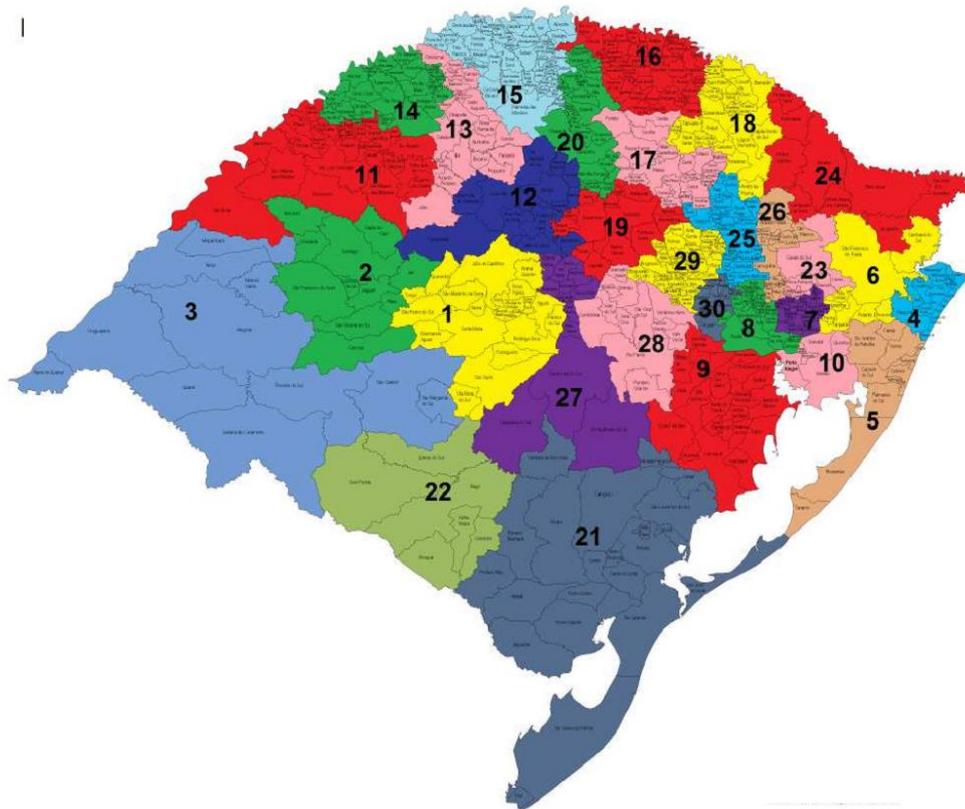
O atual desenho territorial das coordenadorias foi instituído pelos Decretos Nº 50.217, de 08 de abril de 2013 e Nº 50.125, de 05 de março de 2013. As Regiões de Saúde são instituídas pela Resolução Comissão Intergestores Bipartite/RS Nº 555/12 – CIB/RS. A distribuição e denominação das Regiões e Saúde e das CRS estão apresentadas nas figuras 1 e 2 abaixo e no quadro 1.

FIGURA 1 – MAPA DAS REGIONAIS DE SAÚDE E MACRO REGIÕES



Fonte: http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/269/?Coordenadorias_Regionais

FIGURA 2 – MAPA DAS REGIÕES DE SAÚDE



Fonte: SES/RS Plano Estadual de Saúde: 2012/2015, 2013, p. 19.

QUADRO 1 – DENOMINAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE

Região	Nome
1	Verdes Campos
2	Entre-Rios
3	Fronteira Oeste
4	Belas Praias
5	Bons Ventos
6	Vale do Paranhana e Costa Serra
7	Vale dos Sinos
8	Vale do Caí e Metropolitana
9	Carbonífera / Costa Doce
10	Capital e Vale do Gravataí
11	Sete Povos das Missões
12	Portal das Missões
13	Região da Diversidade
14	Fronteira Noroeste
15	Caminho das Águas
16	Alto Uruguai Gaúcho
17	Região do Planalto
18	Região das Araucárias
19	Região do Botucaraí
20	Rota da Produção
21	Região Sul
22	Pampa
23	Caxias e Hortências
24	Campos de Cima da Serra
25	Vinhedos e Basalto
26	Uva e Vale
27	Jacuí Centro
28	Região Vinte e Oito
29	Vales e Montanhas
30	Vale da Luz

Fonte: SES/RS, Plano Estadual de Saúde:2012/2015, 2013, p. 20.

A utilização dos recursos da vigilância em saúde, bem como as ações a serem executadas pelos municípios estão descritas na PORTARIA Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013 do Ministério da saúde. Nos artigos 13, 14 e 15 abaixo temos discriminada a forma de financiamento e os componentes dos recursos.

Art. 13. Os recursos federais transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios para financiamento das ações de Vigilância em Saúde estão organizados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde e são constituídos por:

- I - Componente de Vigilância em Saúde; e
- II - Componente da Vigilância Sanitária.

Parágrafo único. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente do Bloco de Vigilância em Saúde, desde que

cumpridas as finalidades previamente pactuadas no âmbito da CIT para execução das ações e observada a legislação pertinente em vigor.

Art. 14. Os recursos do Bloco de Vigilância em Saúde serão repassados mensalmente de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios para uma conta única e específica.

Seção II Do Componente da Vigilância em Saúde

Art. 15. O Componente de Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de:

- I - vigilância;
- II - prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco;
- e
- III - promoção.

§ 1º A aplicação dos recursos oriundos do Componente de Vigilância em Saúde guardará relação com as responsabilidades estabelecidas nesta Portaria, sendo constituído em:

- I - Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS); e
- II - Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS). (BRASILb)

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em qualquer metodologia a ser aplicada na análise dos dados o importante é que o pesquisador conheça as várias formas de análise existentes na pesquisa e reconheça suas diferenças. Isso permitirá uma escolha consciente do referencial teórico-analítico, decorrente do tipo de análise que empregará na sua pesquisa, fazendo sua opção com responsabilidade e conhecimento.

Minayo (1994:16) diz que entende por metodologia “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Assim torna-se necessário uma boa interação com o objeto de estudo e os atores na pesquisa para criar um conhecimento partindo da realidade. Portanto, o procedimento metodológico é de fundamental importância para atingirmos um bom desempenho em nossa pesquisa.

Embora, como nos lembram Bauer e Gaskell (2010, p. 189), “os pesquisadores sociais têm a tendência de subestimar materiais textuais como dados”, utilizaremos em nosso estudo como modalidade de pesquisa documental. Dependendo do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, e este é o nosso caso, se caracteriza como principal caminho de concretização da investigação. Apresenta-se como um método de escolha e de verificação de dados; visa o acesso às fontes pertinentes.

A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma abordagem comparativa e, como método, utilizou-se o estudo de caso no qual o fenômeno será analisado dentro de seu contexto e “[...] quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”. (YIN, 2005, p.32)

Oliveria (2007, p. 69) nos diz que a pesquisa documental [...] caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação”.

Os documentos que analisamos foram: os Relatórios de Gestão municipais de saúde que são o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei Nº 8.142/90 e referidos, também, na Lei Complementar 141/2012 e na Portaria 575/2012 do Ministério da Saúde (acessados através do link <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!carregarPagina.action>);

das informações sobre metas atingidas disponíveis no relatório de gestão e na Sala Apoio de Gestão a Estratégica – SAGE - (disponível em <http://189.28.128.178/sage/>); das informações financeiras disponíveis no sistema on line Monitoramento da Gestão em Saúde (MGS), desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul para a geração da prestação de contas do Relatório de Gestão Municipal da Saúde (disponível em <http://www.mgs.saude.rs.gov.br>).

3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo faremos uma breve apresentação dos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões e de seus sistemas de saúde além da apresentação e análise dos dados referentes à utilização dos recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde e a comparação de sua utilização entre os municípios em estudo.

As tabelas 1, 2 e 3 abaixo e a figura 3, nos dão conta do panorama geral da aplicação de recursos e avaliação dos serviços de saúde dos municípios. As tabelas, com dados retirados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), nos mostram os gastos totais por habitante em saúde nos três municípios no período de 2011 a 2013 e o gasto médio dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul, além da relação percentual sobre o total das despesas em relação a pessoal, serviços de terceiros, investimentos, transferências do SUS e dos recursos próprios conforme Emenda Constitucional nº 29.

Tabela 1 - Indicadores Municipais Despesas Saúde, municípios selecionados, 2011

Municípios	População	Total/ Hab	% Pessoal / Total	% Serv.Terc/ Total	% Invest/ Total	% Transf. SUS/Total	% R.Próprios em Saúde- EC 29
TOTAL RS	10.732.770	414,73	43,14	33,40	3,50	39,50	19,39
Cruz Alta	62.474	276,52	56,64	16,74	5,02	40,33	17,62
Ijuí	79.159	357,77	69,16	8,83	1,92	34,26	27,74
Palmeira das Missões	34.169	312,34	57,64	11,51	2,51	203,04	20,15

Fonte: SIOPS; Elaborada pela autora

Tabela 2 - Indicadores Municipais Despesas Saúde, municípios selecionados, 2012

Municípios	População	Total/ Hab	% Pessoal / Total	% Serv.Terc/ Total	% Invest/ Total	% Transf. SUS/Total	% R.Próprios em Saúde- EC 29
TOTAL RS	10.768.025	499,91	42,01	34,92	3,78	41,91	20,54
Cruz Alta	62.138	334,19	52,52	18,06	8,44	54,51	17,37
Ijuí	79.396	418,16	61,76	10,49	4,36	38,70	26,52
Palmeira das Missões	34.016	415,68	48,41	10,68	10,12	178,82	20,76

Fonte: SIOPS; Elaborada pela autora

Tabela 3 - Indicadores Municipais Despesas Saúde, municípios selecionados, 2013

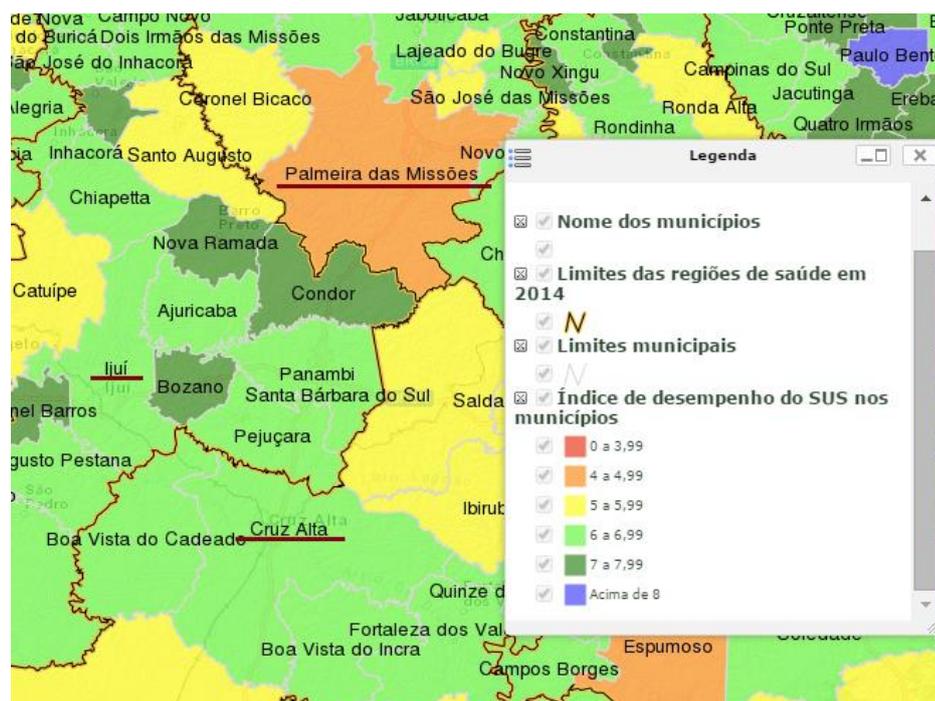
Municípios	População	Total/ Hab	% Pessoal / Total	% Serv.Terc/ Total	% Invest/ Total	% Transf. SUS/Total	% R.Próprios em Saúde- EC 29
TOTAL RS	11.164.050	532,16	42,91	35,14	3,09	45,40	20,43
Cruz Alta	64.126	379,54	53,22	18,06	7,20	52,26	17,67
Ijuí	82.276	485,49	86,12	9,20	3,13	45,18	26,78
Palmeira das Missões	35.120	498,55	50,29	26,58	3,29	68,10	22,45

Fonte: SIOPS; Elaborada pela autora

As tabelas mostram, uma aproximação das despesas totais em saúde por habitante entre Ijuí e Palmeira das Missões, e um aumento de repasses de recursos dos SUS para Ijuí e Cruz Alta no período 2011-2013. Já Palmeira das Missões, apresenta uma queda nos repasses no mesmo período. Com um pouco mais da metade da população de Cruz Alta, o município de Palmeira das Missões apresenta uma despesa de saúde por habitante em média 28% superior.

O mapa abaixo mostra o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) nos municípios do estado.

FIGURA 3 – MAPA IDSUS



Fonte: IDSUS, <http://i3geo.saude.gov.br/i3geo/sage/abremapa.php?id=1>

Temos no mapa que os municípios de Ijuí e Cruz Alta encontram-se no intervalo de 6 a 6,99 do IDSUS. Cruz Alta, encontra-se no melhor patamar de sua Coordenadoria de Saúde, já Ijuí, tem quatro municípios acima da sua colocação. Palmeira das Missões tem a pior classificação dos municípios da 15ª CRS, ficando seu índice entre 4 e 4,99.

Interessante notar que mesmo com a similaridade dos recursos próprios, por habitante entre Ijuí e Palmeira das Missões, isto não se traduz no mesmo desempenho, conforme apurado no IDSUS.

3.1 CRUZ ALTA

Cruz Alta, localiza-se no Planalto Médio Rio-Grandense e pertence à Microrregião Geográfica de Cruz Alta. A sua criação se deu no ano de 1833, mantendo até hoje sua vinculação econômica à produção primária. As relações campo/cidade são decorrentes da produção econômica baseada no binômio trigo e soja, tendo a divisão do trabalho voltada para o setor primário e secundário. Atualmente com atração de algumas indústrias, o município busca retomar o crescimento através da expansão do setor de serviços gerada pela maior circulação de recursos financeiros.

O QUADRO 2 a seguir, mostra os dados gerais do município de Cruz Alta.

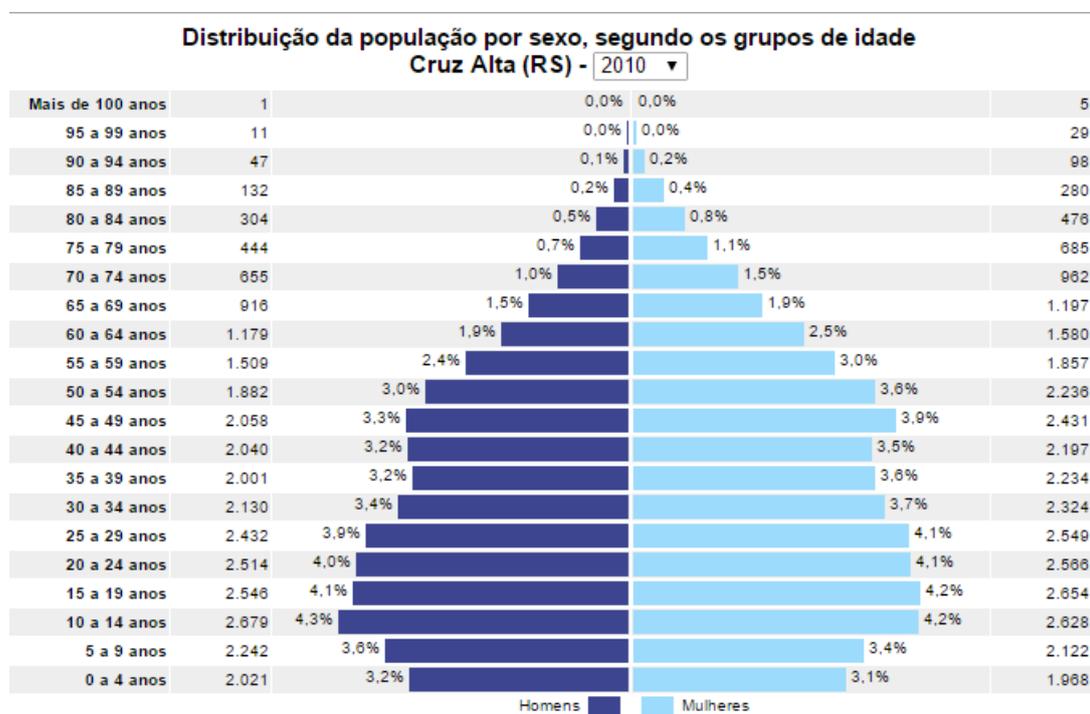
Quadro 2 – Dados Gerais de Cruz alta

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E POLÍTICAS	
População do Município (2014):	63.946
Prefeito:	JULIANO DA SILVA - PMDB
Densidade demográfica (2012):	47,01
Taxa de crescimento da população (2012):	0,32
Grau de urbanização (2009):	91,70
IDHM (2010):	0,75
Renda per capita (2010): R\$	1.257,30
IDSUS	6.19
Percentual de População em Extrema Pobreza:	3.44
Taxa de mortalidade infantil (2008):	
Colegiado de Gestão:	Região 12

Fonte: SAGE/MS, <http://189.28.128.178/sage/#>

O GRÁFICO 1 nos apresenta a distribuição da população, por sexo e idade no censo de 2010.

GRÁFICO 1 – Pirâmide Populacional 2010, Cruz Alta



Fonte: IBGE

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=430610&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc

Como em quase todos os municípios, a saúde estava ligada ao meio ambiente ou a assistência social, e em Cruz Alta não foi diferente, pois a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente foi criada em janeiro de 1993, e somente no ano de 2003 foi realizado o desmembramento, ficando apenas como Secretaria Municipal de Saúde.

O processo de municipalização da saúde ocorreu em 1995 com a adesão do município a Norma Operacional Básica – NOB 01/96, habilitando à condição de Gestão Plena de Atenção Básica.

O município conta com dois hospitais sendo um privado sem atendimento ao SUS e outro filantrópico com atendimento ao SUS. A sede da 9ª Regional de Saúde está localizada no município, que concentra outros equipamentos de saúde para prestação de serviços e atendimento aos municípios de sua região.

Temos no município uma universidade comunitária (UNICRUZ), um polo da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul, além de um polo da UAB e FATEC.

A seguir apresentamos os dados relativos aos recursos do Piso Fixo da Vigilância em Saúde e sua utilização pelo município.

QUADRO 3 - RECURSOS PFVS CRUZ ALTA 2011 - 2013

FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2010	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/03/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	52.801.31	46.767.63	696.18	32.281.91	67.983.21
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/03/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/06/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	67.983.21	0.00	993.91	51.506.59	17.470.53
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/06/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/09/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	17.470.53	30.446.05	449.21	48.205.44	160.35
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/09/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	160.35	98.226.63	533.07	33.873.47	65.046.58
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/03/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	65.046.58	37.588.83	1.523.23	26.873.46	77.285.18
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/03/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/06/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	77.285.18	56.116.77	918.85	40.222.16	94.098.64
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/06/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/09/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	94.098.64	20.939.88	582.79	38.614.15	77.007.16
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/09/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	77.007.16	37.588.83	484.96	29.418.10	85.662.85
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/04/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	85.662.85	91.714.28	748.27	41.718.84	136.406.56
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/04/2013	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/08/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	136.406.56	31.359.81	1.062.03	78.076.80	90.751.60
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/08/2013	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	90.751.60	112.611.70	1.553.50	84.528.02	120.388.78

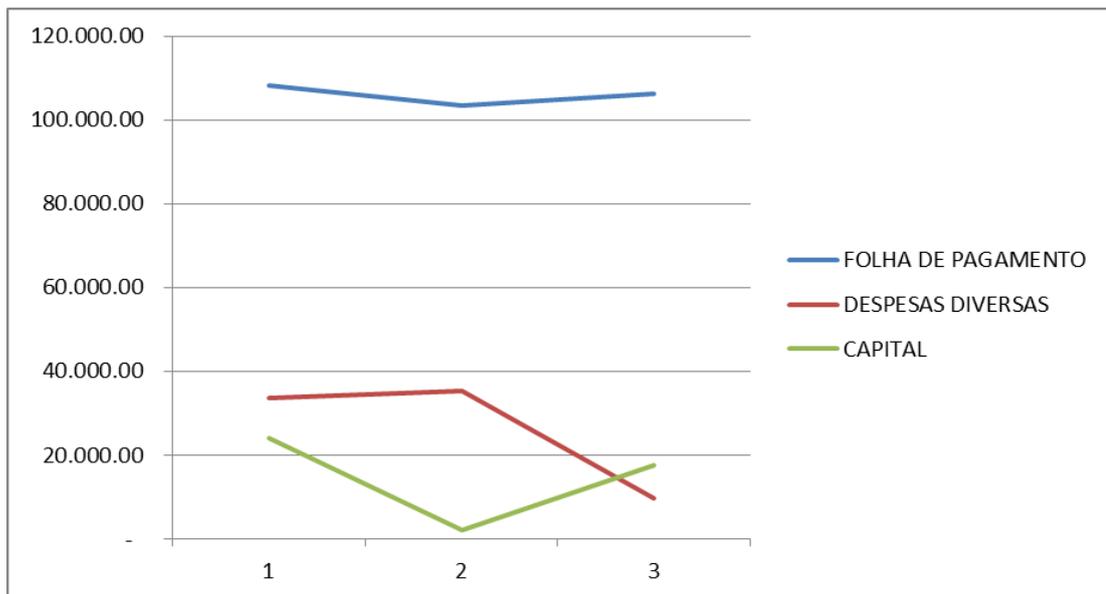
Fonte: MGS, elaborado pela autora

Nota-se que os saldos anuais em 31/12 aumentam no período sendo que do saldo de 2010 para 2013, temos um incremento de aproximadamente 130% nos recursos, apesar do aumento nos gastos. O saldo médio dos trimestres de 2011 e 2012 foi de aproximadamente sessenta mil reais, e dos quadrimestres de 2013 foi em média cento e quinze mil reais.

Os gráficos 2, 3, 4 e 5, a seguir, demonstram os gastos totais e anuais no período de 2011 à 2013. Demonstram a concentração do uso dos recursos, com a

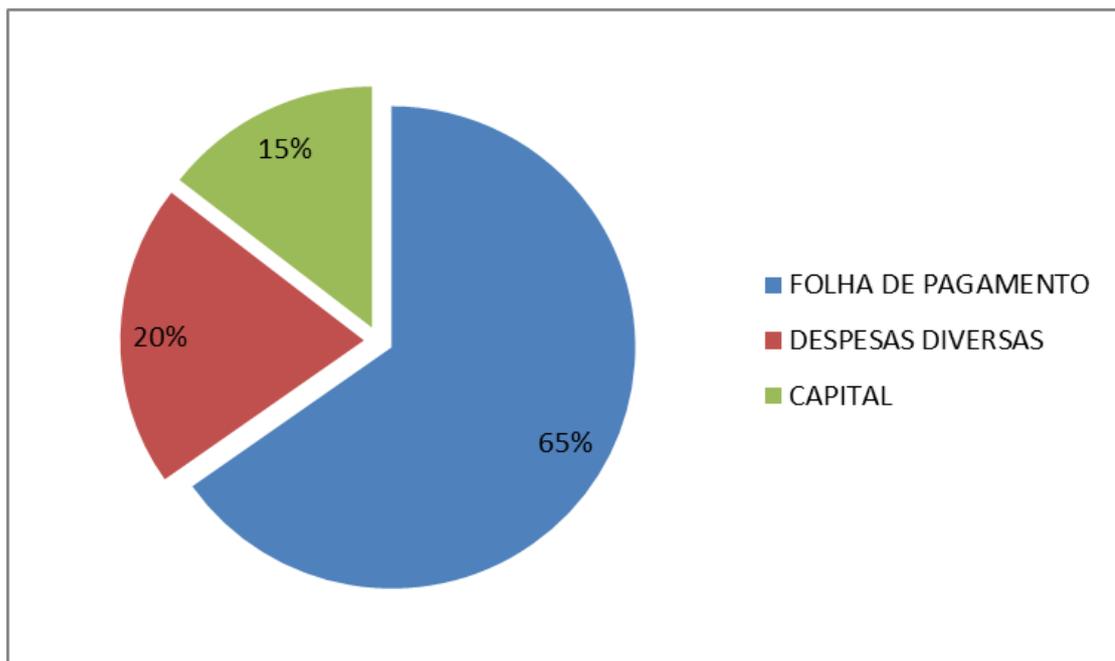
folha de pagamento e em despesas diversas como luz, telefone e principalmente na manutenção de veículos. Somente em 2013 é que as despesas de capital superam os gastos diversos, como nos apresenta o GRÁFICO 2.

GRÁFICO 2 – CRUZ ALTA DESPESAS TFVS 2011 - 2013



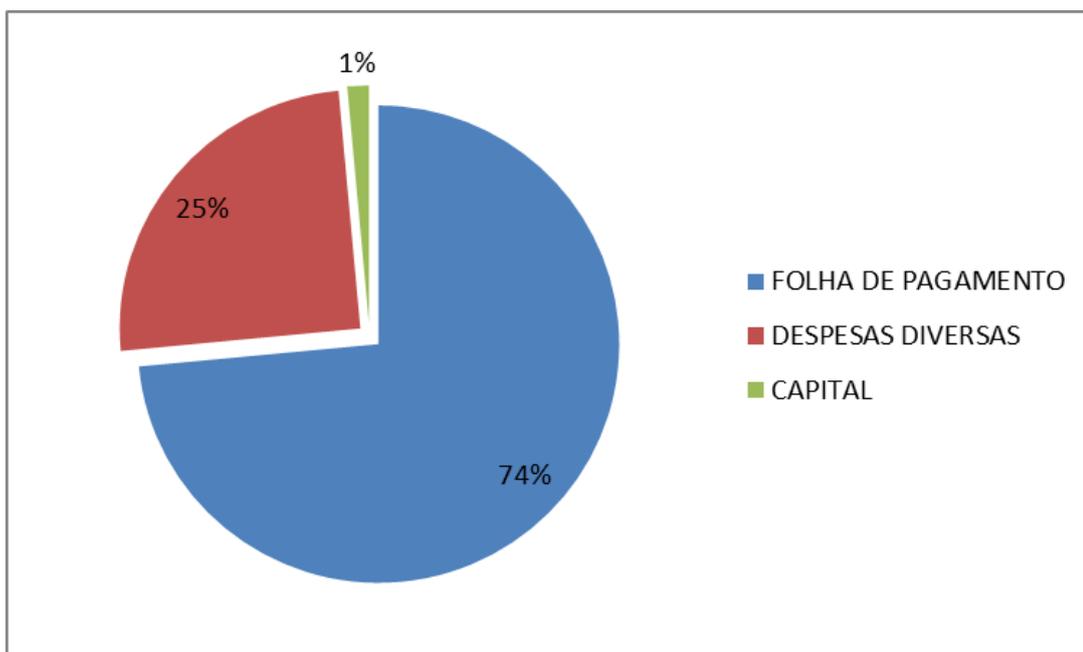
Fonte: MGS, elaborado pela autora

GRÁFICO 3 – CRUZ ALTA DESPESAS % TFVS 2011



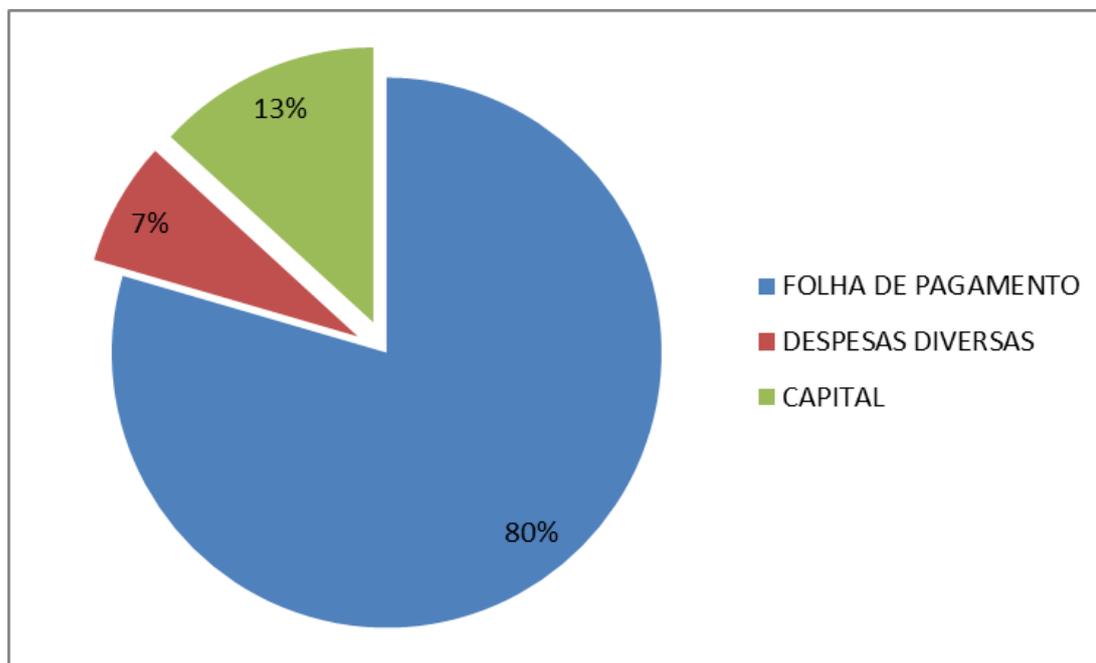
Fonte: MGS, elaborado pela autora

GRÁFICO 4 – CRUZ ALTA DESPESAS % TFVS 2012



Fonte: MGS, elaborado pela autora

GRÁFICO 5 – CRUZ ALTA DESPESAS % TFVS 2013



Fonte: MGS, elaborado pela autora

A utilização dos recursos do TFVS pelo município de Cruz Alta, demonstram uma falta de planejamento na utilização dos recursos, o que pode representar uma transferência do custeio de sua folha de pagamento para esta fonte. Um município sede de uma Regional com ensino superior em seu território poderia apresentar uma distribuição mais equitativa dos gastos e qualificar melhor sua equipe.

No gasto com pessoal não consta nenhuma despesa com qualificação da equipe, apenas algumas diárias para três servidores irem a dois eventos. Quanto à aquisição de equipamentos temos a compra de equipamentos de informática como maior despesa.

3.2 IJUÍ

Ijuí, localiza-se no Noroeste Colonial do estado do Rio Grande do Sul, apresenta a maior população da região noroeste composta por 216 municípios. A cidade conta com uma universidade comunitária, e possui uma série de equipamentos de saúde de uso regional, o que faz com que tenha um grande afluxo de pessoas tornando-o um importante centro da região, possuindo sua economia centrada em serviços e comércio.

O QUADRO 4, a seguir demonstra os dados gerais do município de Ijuí.

Quadro 4 – Dados Gerais Ijuí

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E POLÍTICAS	
População do Município (2014)	82.563
Prefeito:	FIORAVANTE BATISTA BALLIN - PDT
Densidade demográfica (2014):	119,81
Taxa de crescimento da população (2012):	0,39
Grau de urbanização (2009):	85,90
IDHM (2010):	0,78
Renda per capita (2010): R\$	2.111,34
IDSUS	6.8
Percentual de População em Extrema Pobreza	2.2
Taxa de mortalidade infantil (2008):	17.38
Colegiado de Gestão:	Região 13

Fonte: SAGE/MS, <http://189.28.128.178/sage/#>

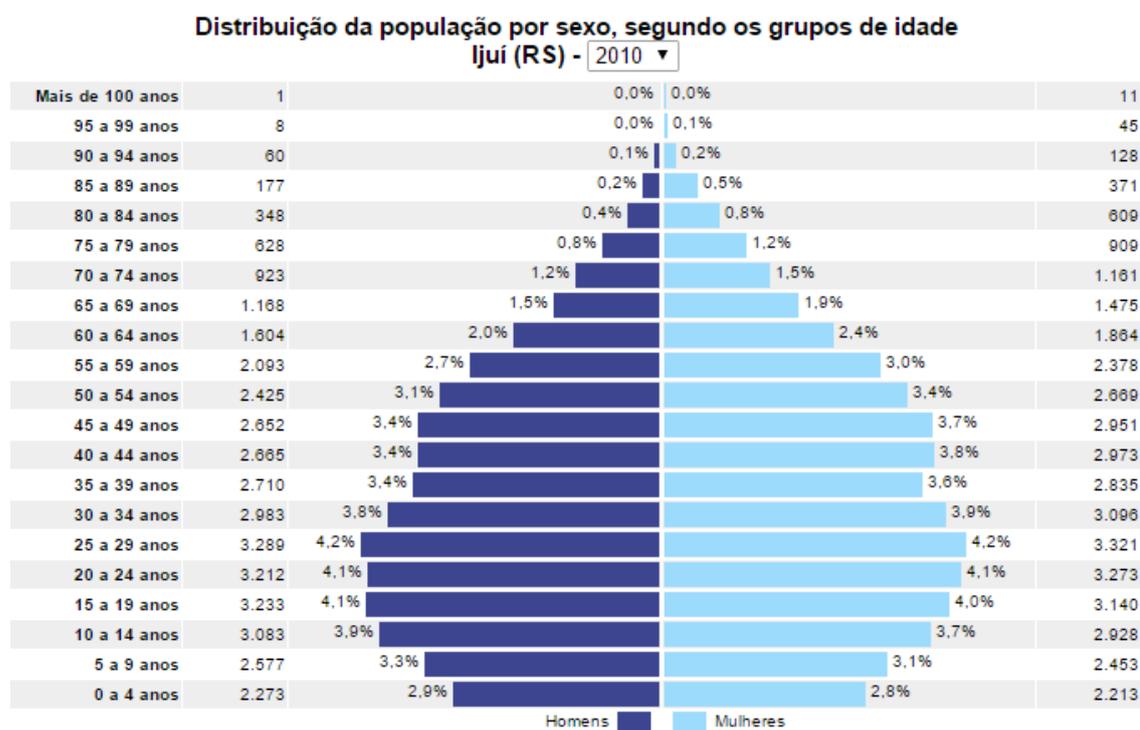
O Município de Ijuí possui três hospitais: Hospital Bom Pastor, Hospital Unimed de Ijuí e o HCI – Hospital de Caridade de Ijuí, referência em Oncologia.

A municipalização da saúde no município de Ijuí ocorreu em três etapas: em 1985 com as Ações Integradas de Saúde, quando o município começa assumir, gradativamente; segunda etapa em (1987) com a adesão do município ao Sistema

Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS); 1992, o município assinou o termo de adesão ao SUS. (SMS IJUÍ, 2013, p. 19)

O GRÁFICO 6, nos apresenta a distribuição da população de Ijuí, por sexo e idade no censo de 2010.

GRÁFICO 6 – Pirâmide Populacional 2010, Ijuí



Fonte: IBGE

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431020&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc

A seguir apresentamos os dados relativos aos recursos do Piso Fixo da Vigilância em Saúde e sua utilização pelo município.

O QUADRO 5, a seguir demonstra as entradas de recursos do PFVS e sua utilização pelo município. Verifica-se, que os saldos bancários no final de cada ano aumentam, e comparando 2011 com 2013 temos um incremento de aproximadamente 140%. É importante ressaltar que em 2010 Ijuí apresentou uma epidemia dengue e, mesmo assim, terminou o ano com saldo de R\$ 290.000,000.

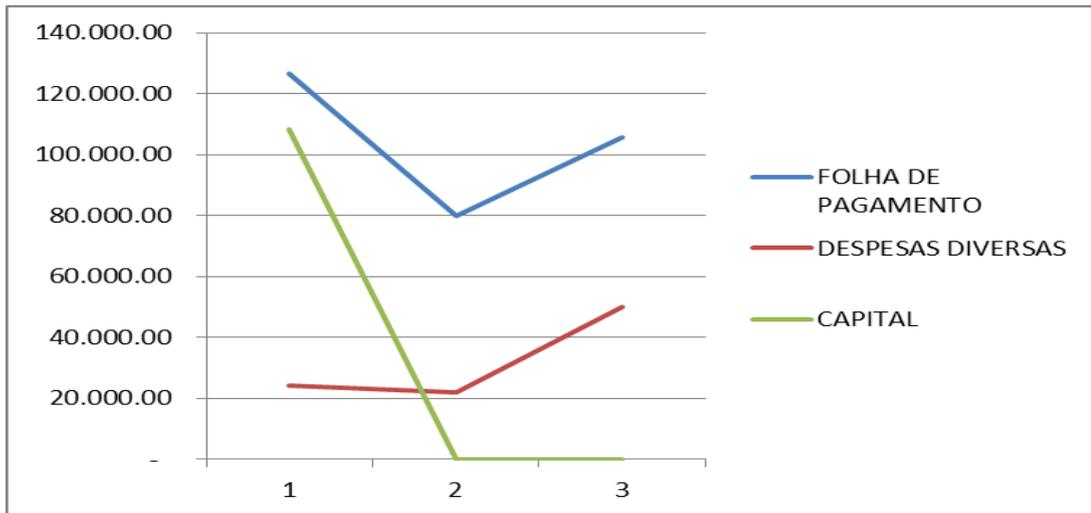
QUADRO 5 – RECURSOS PFVS IJUÍ 2011 - 2013

FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2010	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/03/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	290.470.25	57.372.61	4.079.70	34.227.46	317.695.16
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/03/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/06/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	317.695.16	46.502.75	4.968.31	44.196.65	324.969.57
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/06/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/09/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	324.969.57	10.745.22	5.020.92	68.583.12	272.152.59
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/09/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	272.152.59	46.502.75	4.058.21	111.738.35	210.975.20
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/03/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	210.975.20	72.590.41	2.980.82	9.661.10	276.885.33
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/03/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/06/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	276.885.33	76.647.12	2.635.76	15.546.37	340.621.84
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/06/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/09/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	340.621.84	14.264.69	2.201.56	38.559.72	318.528.37
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/09/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	318.528.37	44.007.20	2.289.44	37.543.00	327.282.01
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/04/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	327.282.01	141.400.08	7.772.89	36.043.06	440.411.92
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/04/2013	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/08/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	440.411.92	46.647.12	2.289.44	9.622.78	455.236.13
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/08/2013	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	455.236.13	107.932.08	12.592.32	78.242.02	497.518.51

Fonte: MGS, elaborado pela autora

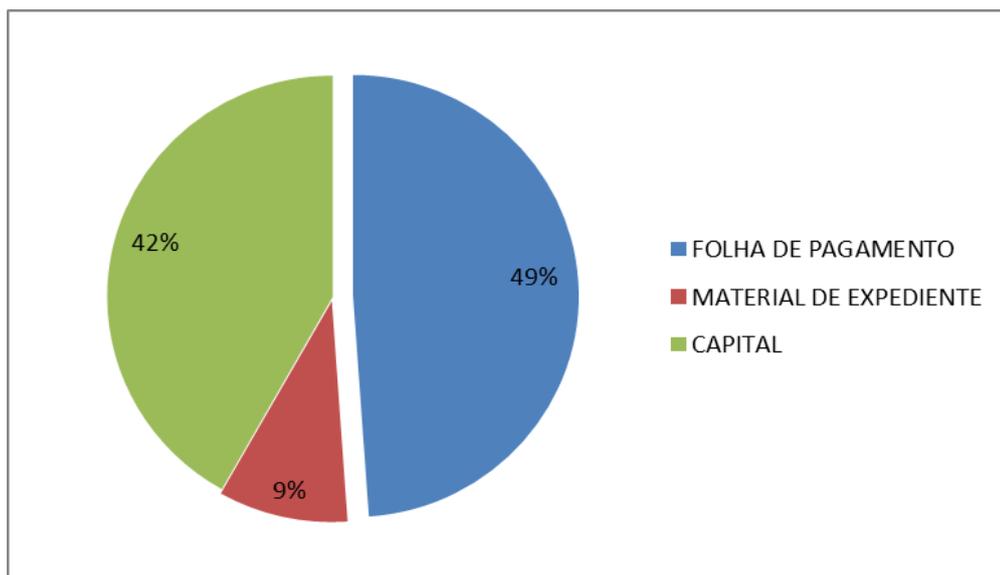
Os gráficos 7, 8, 9 e 10 a seguir, demonstram os gastos totais e anuais no período de 2011 e 2013. Demonstram a concentração do uso dos recursos com a folha de pagamento e em despesas diversas como luz, telefone e principalmente na manutenção de veículos. Somente em 2011 temos despesas de capital sendo que em 2012 e 2013 esta despesa não existe, como nos apresenta o GRÁFICO 7. Mesmo vindo de uma epidemia que justificaria gastos em material de propaganda e comunicação nada foi realizado, muito menos a modernização dos recursos de informática que se reduziu a compra de um computador.

GRÁFICO 7 – IJUÍ DESPESAS TFVS 2011 - 2013



Fonte: MGS, elaborado pela autora

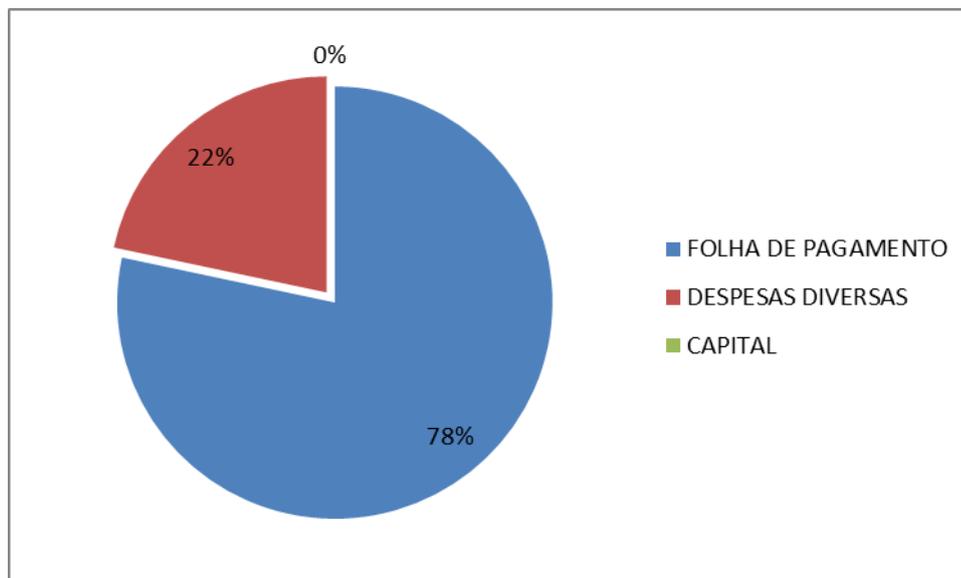
GRÁFICO 8 – IJUÍ APLICAÇÃO % RECURSOS TFVS 2011



Fonte: MGS, elaborado pela autora

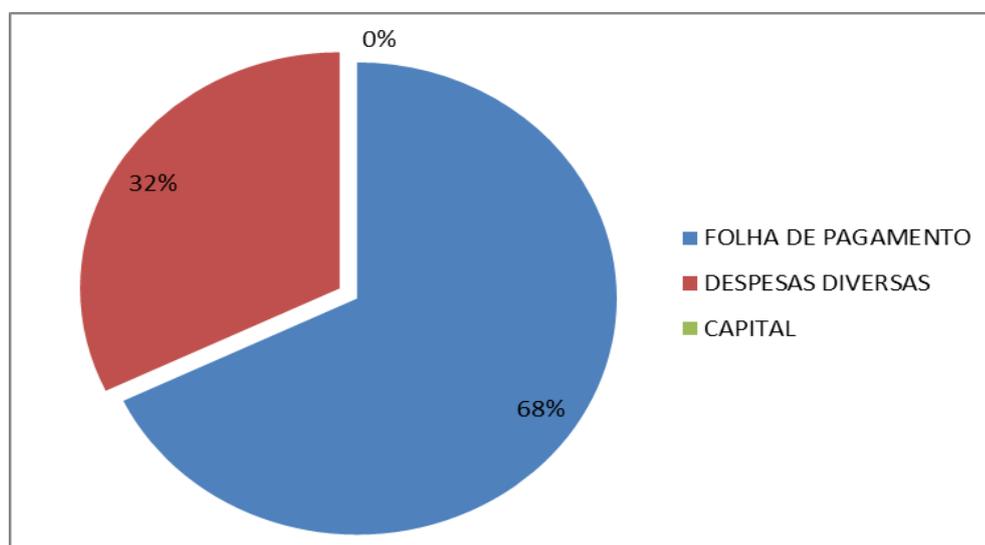
Como nos mostra o gráfico acima a folha de pagamento consome quase todo recurso, e o investimento em capital ficou reduzido à compra de um veículo no final do ano que consumiu quase todo recurso utilizado nesta despesa no último trimestre o que pode falsear a análise, pois com isso existe um aparente equilíbrio entre folha de pagamento e investimentos. Informação e comunicação são os principais instrumentos para a execução das ações de Vigilância em Saúde, e neste ano não houveram estas despesas.

GRÁFICO 9 – IJUÍ APLICAÇÃO % RECURSOS TFVS 2012



Fonte: MGS, elaborado pela autora

GRÁFICO 10 – IJUÍ APLICAÇÃO % RECURSOS TFVS 2013



Fonte: MGS, elaborado pela autora

Os gráficos 9 e 10 acima apresentam a falta de investimento nos anos de 2012 e 2013. Os gastos destinaram-se exclusivamente para folha de pagamento e despesas diversas, onde a maior parte dos gastos deu-se em combustíveis e manutenção de veículos.

3.3 PALMEIRA DAS MISSÕES

O município de Palmeira das Missões situa-se na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul e pertence à Região do Médio Alto Uruguai. Sua fundação aconteceu em 1874. É referência para os municípios pobres e pequenos do entorno, alguns que dela foram se emancipando, para buscar soluções e serviços.

Possui um campus da Universidade de Passo Fundo (privada) e um campus da Universidade Federal de Santa Maria.

Seu sistema de saúde preserva características da década de 70. O único hospital da cidade é o Hospital de Caridade, uma instituição filantrópica que atende ao SUS, planos de saúde privados e particulares. A rede básica ainda é frágil: são várias unidades com atendimento descontínuo e sete Equipes de Saúde da Família. O hospital atende serviços de baixa complexidade e alguns de média, o restante é encaminhado a Passo Fundo que é sua referência.

O QUADRO 6 a seguir, demonstra dados gerais do município de Palmeira das Missões.

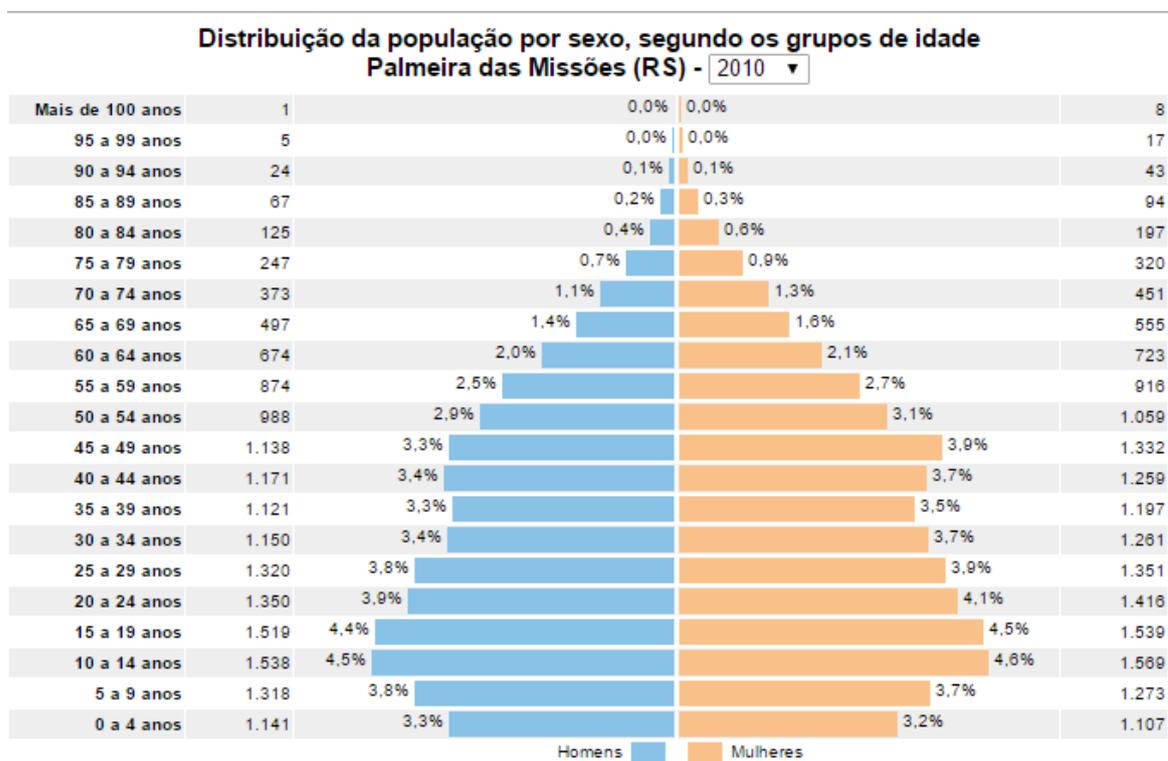
Quadro 6 – Dados Gerais Palmeira das Missões

INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS E POLÍTICAS	
<u>População do Município (2014)</u>	35.045
<u>Prefeito:</u>	EDUARDO RUSSOMANO FREIRE - PDT
<u>Densidade demográfica (2014):</u>	24,69
<u>Taxa de crescimento da população (2012):</u>	-2,93
<u>Grau de urbanização (2009):</u>	80,70
<u>IDHM (2010):</u>	0,73
<u>Renda per capita (2010): R\$</u>	2.158,32
<u>IDSUS</u>	4,97
<u>Percentual de População em Extrema Pobreza</u>	4,85
<u>Taxa de mortalidade infantil (2008):</u>	17,38
<u>Colegiado de Gestão:</u>	Região 15

Fonte: SAGE/MS, <http://189.28.128.178/sage/#>

O GRÁFICO 11 nos apresenta a distribuição da população de Palmeira das Missões, por sexo e idade no censo de 2010.

GRÁFICO 6 – Pirâmide Populacional 2010, Palmeira das Missões



Fonte: IBGE

http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431370

Apresentamos os dados relativos a utilização dos recursos do Piso Fixo da Vigilância em Saúde e sua utilização pelo município de Palmeira das Missões.

O QUADRO 7 abaixo nos apresenta as entradas de recursos do PFVS e sua utilização pelo município. Temos um saldo médio nos trimestres de 2011 e 2012 de aproximadamente vinte e oito mil reais, e nos quadrimestres de 2013 de quarenta e dois mil reais. Os saldos bancários no final de cada ano oscilam e comparando 2011 com 2013 temos um discreto aumento, se comparado com os outros dois municípios, de 15,5%. É importante ressaltar, que em relação aos outros dois municípios é o que proporcionalmente mais gastou os recursos recebidos, porém segue a mesma lógica de gastos com pessoal e gastos diversos, concentrados em combustíveis e manutenção de veículos.

QUADRO 7 – RECURSOS PFVS PALMEIRA DAS MISSÕES 2011 - 2013

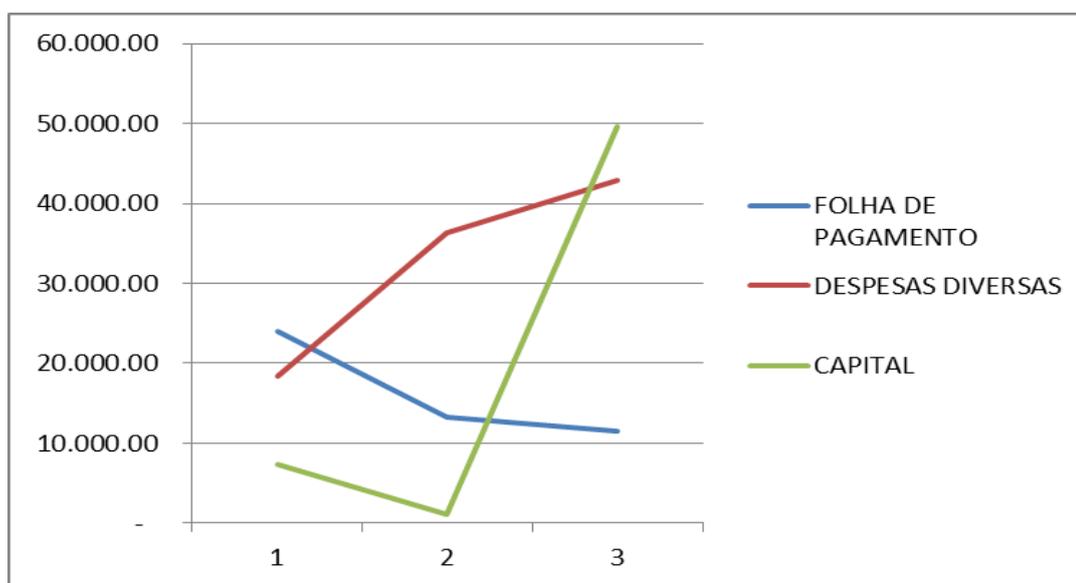
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2010	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/03/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	33.69	24.758.84	0.00	18.550.95	6.241.58
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/03/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/06/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	6.241.58	19.964.58	0.00	6.200.47	20.005.69
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/06/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/09/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	20.005.69	4.727.51	0.00	16.573.73	8.159.47
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/09/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2011
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	8.159.47	21.506.42	339.21	8.206.60	21.798.50
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2011	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/03/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	21.798.50	21.506.42	178.25	4.402.59	39.080.58
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/03/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/06/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	39.080.58	20.024.66	0.00	6.921.17	52.184.07
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/06/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/09/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	52.184.07	6.535.17	238.20	25.767.86	33.189.58
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/09/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2012
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	33.189.58	20.024.66	208.47	12.984.03	40.438.68
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/12/2012	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 30/04/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	40.438.68	38.574.62	0.00	9.787.67	69.225.63
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 30/04/2013	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/08/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	69.225.63	20.024.66	917.52	57.254.60	32.913.21
FONTE FEDERAL	SALDO EM: 31/08/2013	RECEITAS	RENDIMENTOS	DESPESAS	SALDO EM: 31/12/2013
4710 - Limite Financeiro da Vigilância em Saúde	32.913.21	28.931.32	325.96	36.989.31	25.181.18

Fonte: **Fonte:** MGS, elaborado pela autora

Os gráficos 12, 13, 14 e 15 abaixo nos dão conta dos gastos totais e anuais no período de 2011 à 2013. Em que pese a diminuição da utilização dos recursos para em folha de pagamento, o GRÁFICO 12 demonstra a concentração do uso dos recursos com a folha de pagamento, e em despesas diversas como energia elétrica, telefone e principalmente na manutenção de veículos. Em 2013 temos despesas de

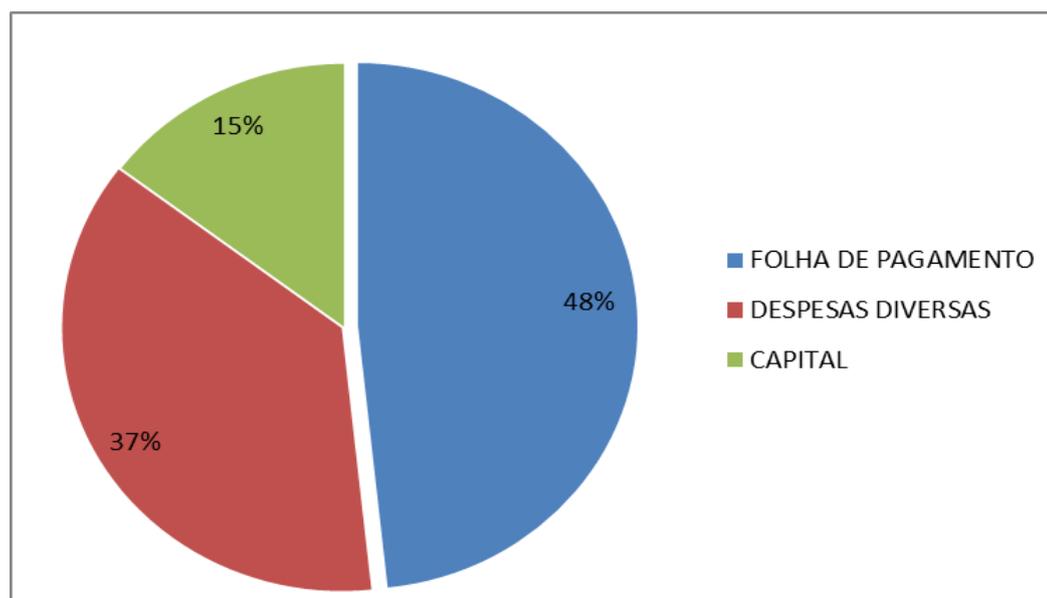
capital com linha acentuada, pois houve a compra de um veículo. Nas despesas diversas encontramos a utilização de recursos para confecção de folders, para campanha contra a dengue.

GRÁFICO 12 – PALMEIRA DAS MISSÕES DESPESAS TFVS 2011 - 2013



Fonte: MGS, elaborado pela autora

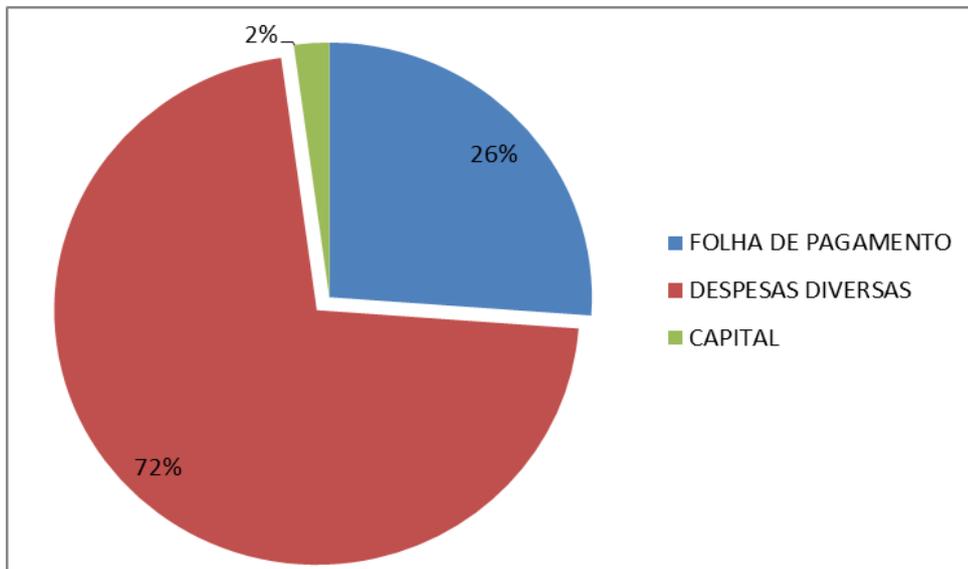
GRÁFICO 13 – PALMEIRA DAS MISSÕES APLICAÇÃO % RECURSOS TFVS 2011



Fonte: MGS, elaborado pela autora

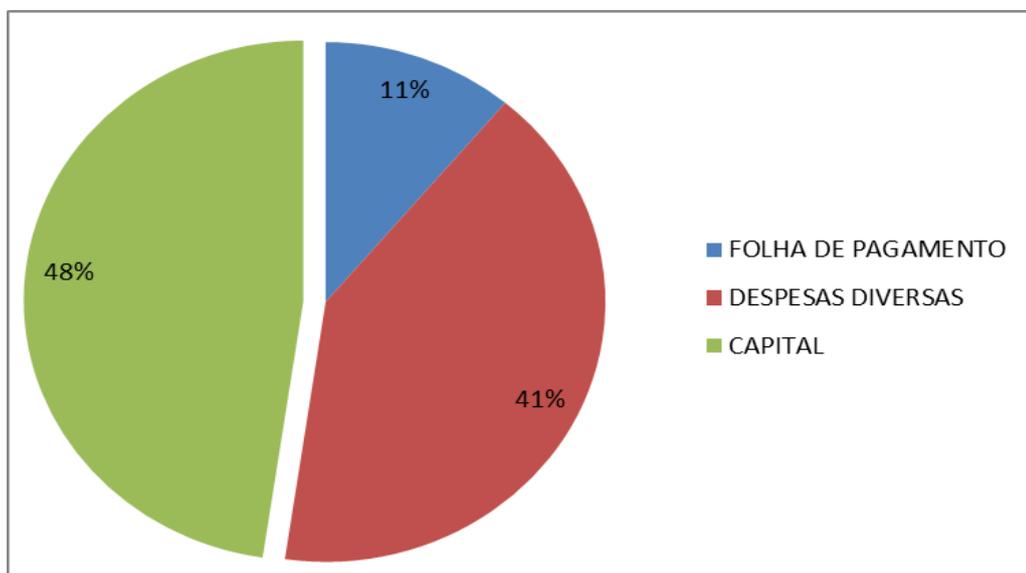
Nas despesas diversas, há especialmente o gasto com conserto de veículos e combustíveis, que consomem quase a totalidade dos recursos desta categoria. A folha de pagamento, por sua vez ocupa praticamente a metade das despesas e as despesas de capital apresentam um gasto inusitado – foi adquirido um “picador de solda”. A pergunta que resta sobre esta aquisição, é qual a conexão do picador de solda com a Vigilância em Saúde?

GRÁFICO 14 – PALMEIRA DAS MISSÕES APLICAÇÃO % RECURSOS TFVS 2012



Fonte: MGS, elaborado pela autora

GRÁFICO 15 – PALMEIRA DAS MISSÕES APLICAÇÃO % RECURSOS TFVS 2013



Fonte: MGS, elaborado pela autora

Nos anos de 2012 e 2013, conforme nos mostram os GRÁFICOS 14 e 15, as despesas diversas representaram aproximadamente 56% do total dos gastos, e as despesas de capital 25%. Porém as despesas de capital são falseadas pela aquisição em 2013 de um veículo, fato que eleva em muito a sua participação percentual.

Interessante notar, que a variação do uso dos recursos para custeio da folha de pagamento, aparenta, que os recursos são usados pontualmente para suprir a falta de recursos próprios para o pagamento de pessoal. Tal fato poderia ser visto mais de perto em alguma auditoria, pois a substituição de fonte pode se caracterizar por uso indevido de recursos.

3.4 COMPARATIVO DOS GASTOS

Os municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões, possuem mais semelhanças que diferenças, nos gastos dos recursos e nos dados sociais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é próximo, onde temos: 0,75 para Cruz alta; 0,78 para Ijuí e 0,73 para Palmeira das Missões. Na renda per capita Ijuí e Palmeira das Missões tem praticamente o mesmo valor, que representa quase o dobro de Cruz Alta.

No entanto, tal situação não se reflete na saúde, onde o IDSUS de Palmeira das Missões encontra-se dois extratos abaixo de Cruz Alta e Ijuí, conforme nos demonstra a FIGURA 3.

Com relação às despesas de capital Cruz alta e Palmeira das Missões, apresentam o mesmo comportamento com queda em 2012 e aumento em 2013. Diferente de Ijuí, que somente apresenta despesas de capital em 2011. (gráficos 2, 7 e 12)

Observa-se que na utilização dos recursos para despesas diversas, todos os três municípios (Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões) tem o foco maior em gastos com combustíveis e manutenção de veículos. Palmeira das Missões foi o único a apresentar despesas com material para campanha da dengue. Ijuí e Palmeira das Missões apresentam a mesma forma de utilização com tendência de alta, no entanto o aumento das despesas diversas em Palmeira das Missões é bem mais acentuado

do que em Ijuí. Cruz Alta apresenta um comportamento diferente, apresentando queda nas despesas diversas. (gráficos 2, 7 e 12)

Comparando os gastos no ano de 2011 (gráficos 3, 8 e 13) temos que Cruz Alta e Palmeira das Missões apresentando percentuais de utilização muito próximos em despesas de capital, enquanto Ijuí destoa por conta da aquisição de um veículo. Ijuí e Palmeira das Missões fazem a utilização com quase o mesmo percentual para a folha de pagamento, já Cruz Alta apresenta um gasto com pessoal superior em 30% aos outros dois municípios.

Em 2012 (gráficos 4, 9 e 14) evidenciou-se que Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões apresentaram gastos insignificantes com despesas de capital (no máximo 2 % e Ijuí nada gastou). Ijuí e Cruz Alta concentram seus gastos em pagamento de pessoal, enquanto Palmeira das Missões utilizou o recurso em despesas diversas com ênfase no conserto de veículos e combustíveis.

Em 2013 (gráficos 5, 10 e 15) Palmeira das Missões, caso não houvesse realizado à compra de um veículo, teria integralizado os gastos dos recursos, praticamente em despesas diversas. Já Cruz alta e Ijuí concentram os gastos em folha de pagamento, em Cruz Alta este valor representa 80% dos recursos despendidos.

O comparativo demonstra a falta de planejamento dos gastos, parecendo que o gestor lança mão dos recursos quando não pode suprir os gastos com recursos próprios. Tal falta de planejamento, evidencia-se claramente com os saldos mantidos nas contas que aumentaram no período, pois, se houvesse algum plano de aplicação dos recursos, já que estes são repassados fundo a fundo, com regularidade, e sendo o município sabedor de qual será sua parcela anual, não há justificativa para tamanha e aparente bagunça na forma de utilização dos recursos do TFVS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil a reestruturação da área de saúde está inserida em um contexto histórico específico, associado à conjuntura de redemocratização do final da década de 70, culminando com a Constituinte de 1988, e o movimento da Reforma Sanitária que ocorreu na mesma época. Este movimento teve entre seus pontos altos a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, também conhecida como a “pré-constituinte da saúde”, e que contou com a participação de representantes dos gestores, dos profissionais de saúde, da população e dos prestadores de serviços. Esta ampla coalizão de interesses culminou com a criação do Sistema Único de Saúde, alicerçado na universalização da assistência à saúde, no controle social, na descentralização (municipalização) do sistema, na equidade, na integralidade e na normalização técnica das aplicações financeiras.

O Sistema Único de Saúde é financiado pelos governos federal, estadual e municipal, e atende toda a população brasileira, especialmente a população com menor poder aquisitivo, através da oferta de uma grande variedade de serviços gratuitos de baixa e média complexidade e de promoção e prevenção da saúde onde se insere a Vigilância em Saúde.

As despesas lançadas nos recursos por parte dos municípios, ainda reflete o período de implantação da descentralização, tolerância para utilização num primeiro momento para cobrir despesas que seriam de obrigação dos municípios (despesas de pessoal e despesas diversas), já não se explicam mais depois de quinze anos de descentralização das ações de Vigilância em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

Os novos arranjos organizacionais do Estado em relação a sua atuação na saúde, fazem emergir novas discussões em relação às demandas, desigualdade e tutela estatal. Tais questões manifestam-se principalmente na relação entre o direito à saúde e o direito ao consumo de saúde; entre o direito do consumidor e o direito do cidadão. Faz-se necessário então, buscar o equilíbrio entre o bem coletivo e os direitos individuais.

Sposati (1992) em seu artigo sobre controle social e políticas de saúde diz que o direito à saúde é mais do que direito ao consumo de saúde. E afirma:

Portanto, direito à saúde é mais do que democratização do consumo da assistência médica, embora esta lhe seja fundamental. Saúde é mais do

que "a cesta de serviços", mesmo que públicos, ainda que estes sejam básicos à vida da população. (p.366)

A nova proposta de descentralização traz em seu bojo velhos problemas de demandas e desigualdades. Perpetuam-se velhas práticas, pois a visão sobre a questão social parte sempre de uma mesma visão de que as políticas no campo social são para os pobres e desvalidos.

Para Souza,

A dificuldade em se discutir esse tema tem a ver com a concepção necessariamente naturalizada que temos da eficácia social do mercado e do Estado. Às gerações que nascem sob a égide das práticas disciplinarizadoras já consolidadas nessas instituições, a hierarquia valorativa implícita, opaca e contingente que as perpassa de maneira intransparente e oculta assume a forma naturalizada de uma realidade tácita, que dispensa, por isso mesmo, justificação. Responder aos imperativos empíricos do Estado e do mercado passou a ser tão evidente quanto respirar ou andar. (2004, p. 81)

Descentralização, demandas de saúde e as desigualdades impostas pelas tentativas de resolver a questão social da saúde no Brasil passam necessariamente pelo controle social. É justamente, neste cenário de busca por movimentos democráticos que se apoia a descentralização, representando em teoria, a possibilidade de ampliação para o exercício dos direitos dos cidadãos, a autonomia da gestão municipal, a participação cotidiana dos cidadãos na gestão pública e uma potencialização de instrumentos adequados para um uso e redistribuição mais eficiente dos recursos públicos, e sobretudo uma discussão sobre o uso ético do sistema.

Um dos grandes desafios para a implementação de toda política pública, é o acesso dos cidadãos à informação, tornar transparentes, compreensíveis e abertos os canais de participação, enquanto base para garantir uma participação real. Tornar mais transparente os gastos de Saúde, onde os diversos relatórios possam ser analisados pelo controle social não garante o efetivo controle apenas potencializa. O controle social, e a harmonização dos gastos no SUS somente se efetivarão se a sociedade civil for incorporada no processo como um agente de transformação, e não como um mero canal de demandas de aprovação de contas, pois todos relatórios utilizados para o presente estudo, foram anteriormente aprovados nas Secretarias Municipais de Saúde, pelos membros do Conselho Municipal da Saúde, pelo Gestor Municipal e foram apresentados em audiência pública na Câmara de Vereadores das cidades em questão.

O percurso da pesquisa mesmo diante de alguns limites como tempo de realização da mesma, falta de acesso para realização de entrevistas com gestores, servidores e com o controle social cumpriu seu papel de demonstrar que existem recursos para aplicação em Vigilância em Saúde e que os mesmos são utilizados de forma inadequada além de representar um grande momento de reflexão sobre os ensinamentos acadêmicos a cerca do SUS.

Acreditamos que esta pequena amostra, sobre a forma de como os municípios efetivam seus gastos do TFVS possa ajudar no planejamento das ações de controle da utilização dos recursos, e possa incentivar ao controle social a avaliar mais de perto o Relatório Anual de Gestão, discutindo formas de otimização das despesas. Pelos dados apresentados a resposta para efetivação da Vigilância em Saúde nos municípios analisados, conclui-se que passa pela gestão, ou melhor, pela falta de critérios na gestão dos gastos dos recursos financeiros, pois na fonte de recurso analisada, a desculpa de falta de recursos passa longe de ser verdade, pois resta demonstrado pelos saldos crescentes nas contas, que haviam recursos disponíveis.

No período analisado 2011 a 2013, os gastos foram, em sua grande maioria, realizados para pagamento de pessoal e despesas diversas (combustíveis e manutenção de veículos). É preciso que se aprimore a aplicação dos recursos com o estabelecimento de mecanismos de controle dos gastos. Sugerimos que tais instrumentos possam ser trabalhados em conjunto entre o Conselho Estadual de Saúde, Federação de Municípios, Secretaria de Estado de Saúde e a coordenação do Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Um destes instrumentos poderia ser a obrigatoriedade de apresentar um plano de aplicação anual dos recursos, aprovado no CMS, vinculado ao orçamento anual aprovado pela Câmara de Vereadores. Da mesma forma, faz-se necessário efetivar instrumentos de acompanhamento dos gastos dos municípios, assessorando-os, para que possam executar as ações, e auxiliar na correta aplicação dos recursos, otimizando recursos e esforços, evitando futuras glosas por órgãos de controle externo.

REFERÊNCIAS

Abreu, Júlio Cesar Andrade de. **Modelos Epistemológicos na Administração Pública: O Discurso Substantivo em Habermas Acerca da Democracia Na Sociedade da Informação**. APGS, Viçosa, v.2, n.1, pp. 1-20, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/apgs/index.php/APGS/article/view/23/22>. Acesso em 20 de julho de 2014.

Abrucio, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente**. 52 p. (Cadernos ENAP; n. 10).

ARRETCHE, Marta. **Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização**. São Paulo. 2000.

Beghinin, Nathalie. Silva, Frederico B. Jaccoud, Luciana. **POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: PARTICIPAÇÃO SOCIAL, CONSELHOS E PARCERIAS** Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo / Luciana Jaccoud, organizadora ; Frederico Barbosa da Silva ... [et al.]. – Brasília : IPEA, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html. Acesso em 15/02/2015.

Bresser-Pereira, Luiz Carlos. **Administração pública gerencial: estratégia e estrutura para um novo Estado**. Texto para Discussão n.º 9. Brasília : MARE/ENAP, 1996.

Bresser-Pereira, Luiz Carlos; SPINK, Peter (orgs.). **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2003.

Costa, Frederico Lustosa da, CASTANHAR, José Cezar. **Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos**. RAP – Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, set./out. 2003.

Dupas, Gilberto. **TENSÕES CONTEMPORÂNEAS ENTRE PÚBLICO E PRIVADO**. In: Cadernos de Pesquisa, v. 35, n. 124, jan./abr. 2000.
ELIAS, Paulo Eduardo; COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo, Cortez, 1996.

FERLA, Alcindo; MARTINS JR., Fernando. Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, nov. 2001.

Freitas, Alex Martins de. **Racionalidade comunicativa na filosofia de Jürgen Habermas**. Disponível em:
<http://pensamentoextemporaneo.wordpress.com/2009/06/27/racionalidade-comunicativa-na-filosofia-de-jurgen-habermas/>. Acesso em 20 de julho de 2014.

IENO, Glaucia Maria de Luna. **Municipalização da saúde em Caaporã: a construção de uma autonomia?** 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Matias-Pereira, José. **Reforma do Estado e transparência: estratégias de controle da corrupção no Brasil**. In: VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. Disponível em:

<<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0044105.pdf>>. Acesso em: 20 de julho de 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=921
Acesso em 20 de julho de 2014.

MISOCZKY, Maria Ceci. **O campo de atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002a.

_____, M. C.; BECH, J. **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2002b.

Moore, Mark H. Criando valor público: gestão estratégica no governo. Rio de Janeiro : Uniletras ; Brasília : ENAP, 2002.

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013.

SANTOS, Alba Conceição Marquez dos. **A Administração Pública Gerencial**. Disponível em:
<http://www.seplag.rs.gov.br/upload/AdministracaoPublicaGerencial.pdf>. Acesso em 20 de julho de 2014.

SILVA, Sílvia Fernandes da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: HUCITEC, 2001.

SOUZA, Jefferson Lindberght de. Paiva Jr, Fernando Gomes de. **Os Novos Tempos e a Administração Pública: As Amarras da Racionalidade Instrumental e da Regulação Social**. *Revista Gestão Pública: Práticas e Desafios*, Recife, v. I, n. 1, fev. 2010. Disponível em <http://www.mpanerevista.kinghost.net/ojs-2.2.4/index.php?journal=gppd&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=6&path%5B%5D=33>. Acesso em 20 de julho de 2014.

SOUZA, Jessé. A gramática social da desigualdade brasileira. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2004, vol.19, n.54, pp. 79-96.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Modelo Assistencial no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza et all (Orgs). **Capacitação para Conselheiros de Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERG, NAPE, 2001, p. 57 - 62.

Spink, Peter. **Possibilidades técnicas e imperativos políticos em 70 anos de reforma administrativa**. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos, SPINK, Peter (orgs.). *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro : Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

SPOSATI, Aldaíza, LOBO, Elza. Controle social e política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.366-378, out./dez. 1992.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.