

GESTÃO OU FALTA DE RECURSOS: O QUE AFETA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO?.

Rosani Zachow y José Uelinton Alexandre.

Cita:

Rosani Zachow y José Uelinton Alexandre (2017). *GESTÃO OU FALTA DE RECURSOS: O QUE AFETA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO?.* XXXI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Montevideo.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-018/497>



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

**GESTÃO OU FALTA DE RECURSOS: O QUE AFETA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
BRASILEIRO?**

Rosani Zachow

Inasor_1@hotmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

BRASIL

José Uelinton Alexandre

juealexandre@gmail.com

UNISINOS

BRASIL



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

RESUMEN

No Brasil, historicamente a Gestão Pública e a formulação de Políticas Públicas, tanto sociais como econômicas, se caracterizaram por ações assistencialistas e pontuais, e a assistência fez-se instrumento do Estado para enfrentar as mazelas dos identificados como pobres, carentes, desamparados, buscando compensar as desigualdades sociais, de outro lado estimulavam o acesso a mecanismos de crédito a alguns setores da economia para o desenvolvimento. Quando se trata de falar do Sistema Único de Saúde Brasileiro, 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. Nosso estudo buscou elucidar esta dúvida, foi realizado a partir da análise da utilização dos recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde onde, estão inseridas as ações que englobam as epidemias como Dengue, nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira as Missões que, respectivamente, são sede da 9ª, 15ª e 17ª Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2011 a 2016. Assim nosso problema de pesquisa consiste em responder a seguinte questão: o que dificulta a implementação da Vigilância em Saúde no SUS falta de recursos ou problemas na gestão? Para dar conta de responder a nossa questão temos como objetivo principal: analisar a gestão do Piso Fixo de Vigilância, em Saúde, nos municípios de Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões, sedes de Coordenadorias 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 gestão 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 gestão dos recursos financeiros, pois na fonte de recurso analisada



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

a desculpa de falta de recursos, não se confirma, pelos saldos crescentes de dinheiro disponível nas contas.

ABSTRACT

In Brazil, public management and public policies, both social and economic, have historically been characterized by assistance and punctual actions, and assistance has become an instrument of the State to address the problems of those identified as poor, needy, helpless, seeking compensate for social inequalities, on the other hand they stimulated access to credit mechanisms for some sectors of the economy for development. When talking about the Brazilian Unified Health System, the recurrent discourse is the lack of financial resources on the part of the managers. We hear daily the clamor of the municipalities for lack of resources for health and on the other hand the citizens' complaint for the lack or poor quality of the services provided. In view of this, a more thorough examination of public accounts is necessary, especially as regards the management of financial resources. Our study sought to elucidate this doubt, it was carried out from the analysis of the use of the resources of the Fixed Floor of Health Surveillance where the actions that encompass the epidemics like Denge are inserted, in the municipalities of Cruz Alta, Ijuí and Palmeira the Missions that, respectively, are the headquarters of the 9th, 15th and 17th Regional Health of the State of Rio Grande do Sul in the period from 2011 to 2016. Thus our research problem consists of answering the following question: what hampers the implementation of Health Surveillance in SUS lack resources or problems in management? In order to answer our question, we have as main objective: to analyze the management of the Fixed Health Surveillance Floor in the municipalities of Cruz Alta, Ijuí and Palmeira das Missões, Headquarters of Health Coordination of the State of Rio Grande do Sul, in the period from 2011 to 2013. As specific objectives: 1) To evaluate the use of the resources of the Fixed Health Surveillance in the municipalities of Cruz Alta, Ijuí and Palmeira das Missões; 2) Identify similarities and differences in the management of the Fixed Floor Health Surveillance. This research was developed through a comparative approach and as a method, the case study was used in which the phenomenon will be analyzed within its context. Based on the



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

data presented, the response to the implementation of Health Surveillance in the municipalities under study depends on the management, or rather, on the lack of criteria in the management of financial resources, since in the source of the analyzed resource the excuse of lack of resources is not confirmed by the balances increasing amounts of money available in the accounts

Palavras chave

Gestão do SUS; Recursos Financeiros; Vigilância em Saúde.

Keywords

SUS Management; Financial resources; Health Surveillance



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

I. Introdução

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), podemos dizer que:



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

“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



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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) 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”.

No contexto da análise proposta, a descentralização está associada à noção de que uma maior proximidade entre prestador de serviços e usuários, o que 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 para utilização 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 9ª, 15ª e 17ª 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 há 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, 9ª, 15ª e 17ª Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2011 a 2013.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

II. Marco 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 à descentralização, o que influencia todas as outras políticas de saúde, inclusive em relação à Vigilância em Saúde.

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



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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 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 a legislação do SUS, ou seja, 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 resolutividade (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).

Desta forma, o território deve ofertar organizadamente os serviços de atenção primária, secundária e terciária (pirâmide). Essa organização dos níveis de atenção à saúde é distinta em suas estruturas, que são: o nível de atenção primário e/ou básico estrutura-se,



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

“[...] 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).

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).

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.

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,



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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 e 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 superposição e/ou omissão de ações.

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



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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.

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 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.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

III. Metodología

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.

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 contemporâneas 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



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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>).



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

IV. Análise e discussão dos dados

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. 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.

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.

Comparado os gastos no ano de 2011 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 evidenciou-se que Cruz Alta, Ijuí e Palmeira das Missões apresentam 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.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

Em 2013 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.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

V. Conclusões

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.

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”.

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.



XXXI CONGRESO ALAS URUGUAY 2017

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

VI. Bibliografía

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.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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 Congreso 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.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio

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

SOUZA, Jefferson Lindbergh 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.



**XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017**

3 - 8 Diciembre / Montevideo

Las encrucijadas abiertas de América Latina

La sociología en tiempos de cambio