



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Capacidades municipais e vigilância sanitária: análise do estado do Espírito Santo”

por

Licelma Amanda Cavada Fehn

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.ª Dr.ª Marismary Horsth De Seta
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Lourenço Tavares de Andrade*

Rio de Janeiro, junho2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Capacidades municipais e vigilância sanitária: análise do estado do Espírito Santo”

apresentada por

Licelma Amanda Cavada Fehn

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Roberto Parada

Prof.^a Dr.^a Marina Ferreira de Noronha

Prof.^a Dr.^a Marismary Horsth De Seta – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F296 Fehn, Licelma Amanda Cavada
Capacidades municipais e vigilância sanitária: análise do Estado
do Espírito Santo. / Licelma Amanda Cavada Fehn. -- 2012.
xi,73 f. : tab. ; mapas

Orientador: De Seta, Marismary Horsth
Andrade, Carla Lourenço Tavares de
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

1. Cidades. 2. Descentralização. 3. Política Financeira.
4. Gastos em Saúde. 5. Vigilância Sanitária. I. Título.

CDD - 22.ed. – 363.72098152



MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA: PLANEJAMENTO E GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE
SAÚDE

**CAPACIDADES MUNICIPAIS E VIGILÂNCIA
SANITÁRIA: ANÁLISE DO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

Licelma Amanda Cavada Fehn

Orientadora principal: Prof^ª. Dr^ª. Marismary Horsth De Seta
Segunda Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carla Lourenço Tavares de Andrade

Rio de Janeiro

Junho, 2011

LICELMA AMANDA CAVADA FEHN

**CAPACIDADES MUNICIPAIS E VIGILÂNCIA
SANITÁRIA: ANÁLISE DO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO**

Dissertação de mestrado apresentada como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Ciências em Saúde Pública pela
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio
Arouca ENSP/FIOCRUZ

Orientadoras:

Orientadora principal: Prof^ª. Dr^ª. Marismary Horsth De Seta

Segunda Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carla Lourenço Tavares de Andrade

Rio de Janeiro

Junho, 2011

*Para Elisabeth, Suzana e Bruna.
Porque sem elas nada seria possível.*

AGRADECIMENTOS

No final da graduação me deparei com a mesma página em branco e de mesma função, agradecer. Nela o verso de uma música: “é preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê” (Los Hermanos). Hoje, na conclusão de mais uma etapa, retorno com essa certeza.

Ter feito parte desta instituição reforça um ideal concretizado com muita perseverança.

Nesse sentido, agradeço tanto à Coordenação da Pós-Graduação, atualmente na representação das Doutoradas Claudia Garcia Serpa Osório de Castro e Mônica Malta, mas de longa coordenação pela Dra. Cristina Guilam, como também à Coordenação do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde desta escola (DAPS), na figura da Dra. Sheyla Lemos pela compreensão e flexibilidade na resolução de individualidades.

Às minhas orientadoras Marismary Horsth De Seta e Carla Lourenço Tavares de Andrade, pelo saber compartilhado e por tornarem a conclusão desse trabalho possível.

Aos professores desta Escola, sobretudo os da subárea de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Circular pelo DAPS e ler em cada porta as referências que formam esse departamento é um orgulho desafiador aos iniciantes na vida acadêmica, como eu.

Aos membros do Centro Colaborador de Vigilância Sanitária- Cecovisa/ENSP em especial à Elisabete Delamarque e Vera Siqueira por todo carinho e disponibilidade.

Aos colegas de mestrado, de disciplinas, de corredores... Muito obrigada pelo amadurecimento nos conceitos, perspectivas e críticas sobre a saúde e suas interfaces. Compreender, ainda que incipientemente, este grande leque que é a saúde pública é um desafio a ser perseguido. Em especial agradeço aos amigos Fernando Bessa e Juliana Kabad pela leitura e sugestões realizadas neste trabalho.

Agradeço aos meus avós Zilda Macedo Cavada (*in memoriam*) e Serafim José Mascorda Cavada, por fundamentaram meu ser na perseverança, na coragem e na fé para o enfrentamento de quaisquer situações.

À minha madrinha, Elisabeth Cavada, minha mãe, Suzana Cavada e minha irmã, Bruna Brayer, por terem compreendido e apoiado minha escolha, ainda que ela significasse ausência e saudade. Vocês são a certeza que eu preciso para seguir, sempre. Em qualquer caminho, em qualquer lugar. Amo vocês!

À minha tia Marta Fehn, pela arte e incentivos e à minha amiga e “mami” Diana Cecagno meu obrigada por me fazer acreditar e a minha admiração.

Para minha prima e amiga Camila Erben pela amizade, carinho, companheirismo e por me mostrar possibilidades e coragem nos caminhos mais inesperados. Te admiro por toda tua garra – “I see your true colors”.

Agradeço às amizades que o tempo não consome: Naiana Oliveira, Letícia Borba, Marcele Vier, Clarice Dias, Ticiane e Giovana Marcon e Cristiane Passos; e aos amigos aqui encontrados: Patrício, Deise, Hayda, Lidiane, David, Arnaldo, Letícia, Jeane, Nidi, Fernando Bessa, Mariela e Kim. Por tudo o que foi compartilhado. Em especial, agradeço aos amigos em quem me encontrei: Juliano Riquinho, Juliana Bauab, Grazielle Ribeiro, Mariane Martins, Juliana Kabad e Camila Erben. Com quem aprendi, a colocar em prática a essência da palavra amizade e a reconhecer que família transcende consanguinidade.

Para Mari e Juju acrescento ainda este parágrafo onde deixo atestada, na referência de um poema de Fernando Pessoa, o Poema do Amigo Aprendiz, a minha declaração de amizade mais bonita e sincera. Compartilhamos mais que um mestrado, compartilhamos a vida. Obrigada por tudo.

Agradeço, também, à equipe do CAPS AD Alameda em Niterói com quem venho compartilhando saberes para a vida. Em especial a Maria Alice e a Laura Geszt por compreenderem e motivarem meu trabalho e esta dissertação.

Ao meu pianista favorito, Fernando Leitzke, trilha sonora da minha alegria. Muito obrigada.

E agradeço a Deus por me dar Seu amor, Sua generosidade e por tantas serem as pessoas nestes agradecimentos e outros tantos aqui não mencionados. Sou feliz por finalizar este mestrado com a certeza de que não teria conseguido sozinha. Obrigada!

“Sê

*Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,
Sê um arbusto no vale, mas sê
O melhor arbusto à margem do regato.
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva
E dá alegria a algum caminho.
Se não puderes ser uma estrada,
Sê apenas uma senda,
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...
Mas sê o melhor no que quer que sejas.”*

Pablo Neruda

RESUMO

Estudo ecológico e exploratório sobre os municípios do Estado do Espírito Santo. Utilizaram-se dados secundários de livre acesso provenientes de pesquisas ou de órgãos governamentais, como os da Secretaria do Tesouro Nacional. O estudo justifica-se pela heterogeneidade estrutural e de capacidades – fiscal, administrativa e de provisão de bens e serviços públicos – dos municípios brasileiros; pela obrigatoriedade do SUS realizar ações de vigilância sanitária; por essa vigilância ser uma atividade de Estado no campo da Saúde, caracterizada pelo uso do poder de polícia administrativa sanitária, o que exige certas capacidades municipais para se efetivar. O estudo tem como objetivo geral analisar as capacidades dos 78 municípios do estado do Espírito Santo com base em nove indicadores que foram calculados e submetidos a análises estatísticas. A Matriz de Correlação de Pearson identificou correlação com todos os indicadores, exceto os referentes ao gasto *per capita* com saúde e receita própria líquida (RPL). A correlação entre a taxa de mortalidade infantil e de leito por habitante foi inversamente proporcional e estatisticamente significativa, ao nível de significância de 0,05. Apresentaram correlação mais significativa, com intensidade positiva forte, os indicadores receita própria líquida, densidade demográfica, arrecadação de IPTU *per capita*, todos estatisticamente significativos ao nível de 5%. Com a Análise Fatorial, geraram-se três fatores: Capacidade de Arrecadação, Capacidade de Gasto Social – Saúde e Educação – e Capacidade em Saúde. O porte populacional, a cota-parte dos royalties e o IDH não foram utilizados na análise estatística, mas integraram a análise de dados. As análises mostraram coerência com a literatura científica publicada e reforçou a insuficiência do porte populacional como fator explicativo das deficiências e como atributo resumo para classificação e aproximação às capacidades municipais.

Palavras-chave: municípios, descentralização, capacidade em saúde, vigilância sanitária local.

ABSTRACT

Exploratory ecologic study on the municipalities of the state of Espírito Santo, Brazil. We used secondary data freely accessible from research or government agencies such as the National Treasury. The study is justified by the heterogeneity of the structure and capabilities – fiscal, administrative and provision of public goods and services – of Brazilian municipalities; by the mandatory health surveillance activities *SUS* * must perform; for this surveillance is a State activity in the Health field characterized by the use of administrative healthcare police power, which requires certain municipal capacities to be effective. The study aims at exploring the capabilities of the 78 municipalities of the state of Espírito Santo based on nine indicators that were calculated and subjected to statistical analyzes. A Pearson Correlation Matrix identified correlations with all indicators, except those related to per capita spending on health care and *own revenue net* **. The correlation between infant mortality rate and per capita bed was inversely and statistically significant at the significance level of 0.05. Correlated most significantly with a strong positive intensity, the indicators of *own net revenue*, population density, per capita property tax revenues, all statistically significant at the 5% level. With the factor analysis, three factors were generated: Revenue Capability, Social Spending Capability - Healthcare and Education – and Healthcare Capability. The population size, the quota-share of royalties and the Human development indicator were not used in the statistical analysis, but integrated data analysis. The analyzes were consistent with the published literature and reinforced the inadequacy of population size as a deficiency explanatory factor and as summary attribute for classification and approach of municipal capabilities.

* Short word for the Brazilian Health System

**A Brazilian public administration parameter

Keywords: municipalities, decentralization, capacity in health, local health surveillance.

Tabelas, Quadros e Figuras

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Distribuição dos municípios por fator gerado..... | 46 |
| Tabela 1- Matriz de Correlação de Pearson dos indicadores selecionados..... | 40 |
| Tabela 2- Matriz das Cargas dos Fatores Gerados..... | 42 |
| Tabela 3- Distribuição dos municípios quanto ao porte, IDHM e arrecadação tributária..... | 51 |
| Figura 1 – Fator 1: Capacidade de Arrecadação..... | 43 |
| Figura 2 - Fator 2: Capacidade de Gasto Social (Saúde e Educação)..... | 44 |
| Figura 3 – Fator 3: Capacidade em Saúde..... | 45 |

Lista de Abreviaturas

AIS – Programa de Ações Integradas

AMS – Assistência Médico Sanitária

AMS – Pesquisa de Assistência Médico Sanitária

ANP – Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustível

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CF – Constituição Federal

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CIT/Visa – Comitê Consultivo Tripartite de Vigilância Sanitária

CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas

CNS – Conferência Nacional de Saúde

Conasems – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAPS – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

FINBRA – Finanças do Brasil

FIRJAN – Federação das Indústrias do Rio de Janeiro

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços

IDHM – índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Fiscal

ISS – Imposto sobre Serviços

KMO – Kaiser – Meyer _ Olkin Measure of Sampling

LOS – Lei Orgânica de Saúde

MS- Ministério da Saúde

MSA – Measure of Sampling Adequacy

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PAB – Piso da Atenção Básica

PAB/Visa – Piso de Atenção Básica para a Vigilância Sanitária

PDAVS – Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PDR – Plano Diretor Regional
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RPL - Receita Própria Líquida
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SNVS – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TAM – Termo de Ajustes e Metas
VISA – Vigilância Sanitária

Sumário

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 1 |
| INTRODUÇÃO | 3 |
| REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 10 |
| <i>Brasil: arranjo federativo peculiar com a Constituição de 1988.</i> | 10 |
| <i>Descentralização e poder local: construção federativa do SUS</i> | 15 |
| <i>Da criação da ANVISA e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária</i> | 21 |
| <i>A importância dos indicadores e sua relação com a Vigilância Sanitária.</i> | 25 |
| QUESTÕES DE PESQUISA | 27 |
| JUSTIFICATIVA | 28 |
| OBJETIVOS | 30 |
| <i>Objetivo Geral</i> | 30 |
| <i>Objetivos Específicos</i> | 30 |
| MATERIAIS E MÉTODOS | 31 |
| <i>Espírito Santo: um estado para o estudo</i> | 32 |
| <i>Seleção de Indicadores</i> | 34 |
| <i>Análise Estatística</i> | 36 |
| <i>Implicações Éticas</i> | 38 |
| RESULTADOS | 39 |
| DISCUSSÃO | 48 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 55 |
| REFERÊNCIAS | 58 |
| GLOSSÁRIO | 66 |
| ANEXO | 70 |
| Anexo 1 - Mapa da Divisão Regional do Espírito Santo. | 71 |
| APÊNDICE | 72 |
| <i>Apêndice I – Lista de Indicadores e especificações metodológicas</i> | 73 |

APRESENTAÇÃO

A motivação sobre essa temática surgiu através da inserção no grupo de pesquisa da orientadora, fato que estreitou a relação com a vigilância sanitária e despertou interesses e curiosidades. A formação em enfermagem, ainda que ampliada em diversos campos da saúde, não abordou em profundidade as questões relacionadas à vigilância sanitária, seu espectro de funcionamento e campo de atuação. Da mesma forma, a realização deste estudo permitiu uma discussão política da saúde e sua conexão com as estratégias necessárias a um planejamento governamental mais efetivo, notadamente na esfera municipal.

Esta dissertação de Mestrado integra uma pesquisa de mais amplo alcance, parcialmente financiada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, sobre os municípios e estados brasileiros, que se desenvolve sob a responsabilidade de Marismary Horsth De Seta e Carla Lourenço Tavares de Andrade, ambas do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (DAPS/ENSP), da Fiocruz.

Esse projeto sobre os municípios e estados brasileiros teve inicialmente duas motivações e representou um desdobramento da tese de doutoramento da orientadora. Em primeiro lugar, a sua constatação sobre o caminho diverso que se empreendeu para a descentralização das ações de vigilância sanitária, a partir da década de 1990, que privilegiou a relação da esfera federal com os estados. E, em segundo, pelos altos requerimentos técnicos e políticos necessários para a assunção da gestão descentralizada da política e das ações de vigilância sanitária, tidos como difíceis de serem alcançados por todos os entes federados no médio prazo. Altos requerimentos que não têm sido suficientemente levados em conta no processo de descentralização dessa política que, como diz De Seta, sendo do campo da saúde, repercute muito além desse campo.

A essas motivações somaram-se outras, trazidas pelas recentes modificações introduzidas pelo Pacto de Gestão e pela ênfase na regionalização, pela colocação em curso das propostas de integração/articulação das chamadas (quatro) vigilâncias do campo da saúde – epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador. Essas vigilâncias têm sido reunidas sob a égide do Ministério da Saúde com a denominação “vigilância em saúde”, de

normatização recente pela Portaria 3.252/2009, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e reconheceu a existência do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A incipiência da discussão sobre o componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e as tensões políticas existentes, que têm dificultado a veiculação de propostas tecnicamente fundamentadas aparentemente contrariam o sentido desejado pelas esferas subnacionais para a repartição de recursos.

Por fim, o reconhecimento de que os esforços para a regionalização da saúde novamente tem tratado, se muito, apenas marginalmente as questões referentes à vigilância sanitária. E sobre esse ponto, há que se considerar que essa – pelas características decorrentes de sua natureza regulatória e de bem público, aliadas ao nível de conflitos potencialmente elevados – requer coordenação e cooperação, também regionalizadas, sem as quais é grande a possibilidade dos riscos à saúde não serem minimizados (DE SETA et al, 2010).

Ao passo que na prestação direta de ações de cuidado à saúde das pessoas é corrente a afirmação de que está reservado à esfera estadual o papel de coordenador da rede de serviços, e não de prestador, afirma De Seta que, na vigilância sanitária, a regionalização não prescinde da presença da esfera estadual na própria prestação, por um horizonte temporal ainda longo. Quiçá, de limite ainda inalcançável, em face da estrutura dos municípios brasileiros.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos, a política de atenção à saúde no Brasil tem sido discutida a partir da percepção de que a saúde da população é um direito de todos, um direito universal, que deve ser garantido pelo Estado. A Constituição Federal (CF) de 1988 traz a institucionalização de um Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa para concretizar esse direito, inscrevendo-se esse sistema no capítulo da Seguridade Social.

A incorporação da Saúde à Seguridade Social indicou um “conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, visando à melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p.1820). Nesse sentido, a Reforma Sanitária Brasileira representa um “projeto de reforma social [...] tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida” (PAIM, 2008, p.38). Tanto essa reforma social, quanto a revolução no modo de vida se manifestam na proposição de um sistema de saúde inspirado nos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação comunitária (PAIM, 2006).

Com essa Constituição se instituiu o município como o terceiro ente federado e o regime federativo, mencionado por De Seta (2007, p.9) como “o sistema ideal para equilibrar diversidades (estados) e unidade (União) em dado espaço territorial”, fazendo com o caso brasileiro se tornasse peculiar, uma vez que se constitui de três esferas de governo.

Esta singularidade do regime federativo brasileiro é caracterizada por um pluralismo intenso entre seus componentes federal, estadual e municipal, intensificado pela fragmentação municipal, por desmembramento de um município em relação a outro. Essa fragmentação ampliou consideravelmente o número de atores no processo decisório, principalmente nos períodos que se seguiram às Constituições de 1946 e de 1988. E atores heterogêneos estruturalmente, principalmente no nível dos municípios. Ressalta-se que durante o governo militar existiam restrições à criação de novos municípios.

Essa heterogeneidade municipal se expressa em diferentes aspectos, tais como, o porte populacional, o potencial de urbanização, o desenvolvimento do parque produtivo, a estrutura da gestão pública municipal entre outros. Tal disparidade entre os municípios dificulta

inclusive, segundo Lucchese (2006, p.41), “comparações ou julgamentos baseados em parâmetros comuns”. Igualmente, a excessiva geração de novos municípios nos últimos anos colabora para a potencialização dos conflitos, que no regime federativo já são esperados, constituindo o outro lado da moeda da cooperação¹. E os conflitos aumentam com a proliferação de entes que participam do processo decisório federativo, em decorrência, também, da maior necessidade de coordenação federativa (DE SETA, 2007; DE SETA; DAIN, 2011).

Ao mesmo tempo em que amplia o número de atores, a CF de 1988 aprofunda a repartição de receitas entre os entes federados, elege a descentralização como uma diretriz organizativa e um princípio geral a orientar a organização de todo o Estado brasileiro, e a vigilância sanitária figura como competência do Sistema Único de Saúde.

A vigilância sanitária (Visa) tem como finalidade eliminar, reduzir e prevenir riscos à saúde, além de intervir sobre problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção, circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, podendo restringir direitos individuais para o bem da coletividade e defesa do interesse público (DE SETA; REIS, 2009). Desenvolve importante papel para a estruturação e fortalecimento do SUS não só devido à ação normativa e fiscalizatória – que contribuem para a melhoria da qualidade dos insumos utilizados no processo de atenção e na qualidade final dos serviços – como também por se constituir em um importante instrumento de fortalecimento da cidadania e de promoção da saúde e possuir um importante componente comunicativo. Tais atributos, típicos da vigilância sanitária, a consolidam com uma institucionalidade diferenciada, cujas ações e práticas são de difícil gestão, sobretudo, conforme Piovesan et al. (2005), em regimes políticos de contextos descentralizados e autônomos, como no Brasil.

Essas e outras diretrizes são especificadas na Lei Orgânica de Saúde (LOS), Lei 8.080/90, que regulamenta a estrutura e o funcionamento do SUS, dispendo sobre os conceitos e condições para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Essa Lei também institui o comando único em cada esfera de governo, e aponta o município como o executor preferencial das ações de saúde.

¹ Qualquer regime federativo possui quatro princípios básicos e indissociáveis: autonomia, cooperação, coordenação e equilíbrio estrutural (AMARAL FILHO, 1998).

Ocorre que a estruturação da vigilância sanitária no nível nacional – e também da epidemiológica – se deu com base em apenas dois entes: federal e estadual, em consonância com o regime federativo anterior à Constituição de 1988 (DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009). Como prática que nasceu centralizada na esfera federal e que não contava com recursos estáveis e de vulto para se estruturar, o desenvolvimento da vigilância sanitária foi desigual em todo país, na dependência da existência de um maior parque do setor regulado² – como exemplos, as vigilâncias estaduais de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais – ou na dependência da visão e do compromisso de alguns gestores.

A década de 1990 marcou ainda uma intensa crise no controle sanitário, com destaque para a ocorrência de diversas tragédias e escândalos sanitários³, que denotavam suas fragilidades e precariedades. Desencadeou-se um processo de transformação, que culminou, no final da mesma década, na substituição da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), prevista na Lei nº 9.782/99, uma autarquia especial com *status* de agência reguladora.

Com a criação dessa Agência e no contexto da Norma Operacional Básica (NOB) do SUS 01/1996, inicia-se a descentralização de atividades e de recursos financeiros de forma automática e regular para estados e municípios. Diferentemente do que ocorreu na descentralização das ações de cuidado à saúde das pessoas, que enfatizou a municipalização, no caso da vigilância sanitária, a descentralização se valeu de mecanismos de coordenação federativa e enfatizou, até 2004, a relação com os serviços estaduais que iniciaram sua estruturação, em maior ou menor grau, no nível nacional.

Para Abrúcio (2005), a coordenação federativa consiste nas formas de integração, compartilhamento e decisão presentes na federação, que obrigam legalmente os atores a compartilhar decisões e tarefas em diferentes espaços. Os serviços estaduais pactuavam metas

² Por setor regulado entenda-se todo o parque produtor de bens e prestador de serviços sujeito ao controle sanitário pela Visa, independentemente de sua propriedade estatal ou privada, e de seu uso público ou em caráter privado.

³ Tais acontecimentos, como, por exemplo, a morte, em 1996 de pacientes no Instituto de Doenças Renais em Caruaru, Pernambuco, devido ao uso de água contaminada, com a toxina microcistina, para procedimentos de hemodiálise. Assim, como a morte de idosos na Clínica Santa Genoveva no Rio de Janeiro e o acidente com Césio em Goiânia, casos amplamente divulgados pela mídia, impulsionaram a vigilância sanitária para uma maior e necessária regulamentação.

de controle sanitário e realizavam a maioria das ações de fiscalização, inclusive as constantes do contrato de gestão da Agência com o Ministério.

A coordenação federativa pela esfera federal com base em transferências financeiras, normas legais, compromissos negociados que podem configurar **ação compartilhada** – inspeção pelo estado integrando o processo, por exemplo, de concessão do registro de medicamentos –, resultou na estruturação e modernização dos serviços estaduais de vigilância sanitária (DE SETA; DAIN, 2010, p.128) *Grifos nossos*

Para os municípios, até essa mesma época, ocorreram apenas as transferências regulares e automáticas de um pequeno valor *per capita* unificado nacionalmente, que integrava o Piso de Atenção Básica (PAB) variável, sem nenhuma vinculação à execução de ações ou a compromissos de estruturação dos serviços municipais.

Essa situação parece começar a se modificar no final de 2003, quando o município – ou melhor, a sua representação nacional, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) – se incorpora à arena de pactuação da descentralização da vigilância sanitária. Apesar dessa incorporação, a adesão municipal à descentralização das ações, na época denominadas como de média e de alta complexidades⁴, e mais às de média do que às de alta, foi relativamente baixa e concentrada no Estado de São Paulo.

A edição da Portaria 2.473/GM de 29 de dezembro de 2003, que incorporou os municípios no processo decisório, estabeleceu o repasse fundo a fundo aos municípios que pactuassem às ações de média e alta complexidade, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Fato que ampliou os incentivos financeiros aos municípios e aportou parte dos recursos estaduais. Essa medida resultou na adesão de 616 municípios, dos quais, cerca de 400 localizados no estado de São Paulo e 66% deles com menos de 50.000 habitantes. (DE SETA, 2007)

Assim, o processo de descentralização das ações de visa deu-se diferentemente das práticas assistenciais em saúde, priorizando as relações com o estado, acarretando, para os municípios, a ausência de representação no plano formal, no processo de pactuação até 2003 (DE SETA, 2007).

⁴ As ações de vigilância sanitária foram classificadas por níveis de complexidade, média e alta, conforme as especificações da Portaria SAS 18. A classificação por níveis de complexidade não foi vinculada à modalidade de gestão do ente federado estabelecido na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/196), como ocorreu com a assistência ambulatorial e hospitalar. Mas foi condicionada ao Termo de Ajustes e Metas (TAM) - acordo firmado entre as vigilâncias estaduais e a Anvisa para garantir o cumprimento das ações básicas de visa.

Com o Pacto de Gestão e as modificações na política vigente desde a década de 1990, realizadas a partir de 2006, ocorre uma inflexão na pactuação que se vinha realizando entre a Anvisa, os estados e os municípios. Um aspecto destacado por De Seta e Dain (2011) é a forte competição política e a instabilidade da matriz do projeto de descentralização e construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Essa matriz teria variado de modelo no mínimo três vezes, a partir de 1998 a 2009, conforme apontado por aquelas autoras.

Considerando a importância da estabilidade das regras a reger o processo de descentralização para sua maior credibilidade a fim de motivar a adesão municipal, é preocupante o que se verifica. No contexto da heterogeneidade estrutural que caracteriza a federação brasileira, em especial no que concerne à esfera municipal, é imprescindível o exercício da coordenação federativa e da ação coordenada e cooperativa das três esferas de governo para incremento da cooperação regional e local.

Há autores que veem como necessário implantar efetivamente o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, pois, há “benefícios sanitários gerados pela ação da vigilância sanitária no que concerne à qualidade e segurança de produtos e serviços colocados à disposição da população”, além de efeitos positivos também em outros campos. Como exemplo, o reconhecimento nacional e internacional da competência e capacidade regulatória ter como efeito benéfico secundário a facilitação não só da entrada dos produtos brasileiros no mercado internacional, mas a qualificação do mercado interno e a garantia ao cidadão do direito de consumir produtos e serviços de qualidade (DE SETA et al., 2010, p.122)

Mas, essa implantação, no contexto atual, esbarra na ausência de definições dos papéis de cada esfera de governo, na política de vigilância sanitária e na sua fragmentação, sustentada por uma inadequada interpretação do processo de descentralização (LUCHESE, 2006). Esse tem, aqui e ali, desconcentrado serviços e fortalecido autonomias.

Todavia, não se tem resguardado aos municípios, as condições ideais de implantação do seu serviço de vigilância sanitária. E aos cidadãos, seu direito a esse tipo de ação de Estado, na proteção e defesa de sua saúde. Assim, as (des)igualdades existentes entre os entes federados e regiões quanto a disponibilidade de bens e infraestrutura associa-se significativamente ao fato

de que municípios de pequeno porte apresentarem intensa dificuldade na contratação e manutenção de recursos humanos capacitados para a execução de tarefas de assistência à saúde (DE SETA, 2007). Logo, a mesma autora enfatiza ainda que, pelo caráter público da vigilância sanitária, a execução de suas ações torna-se limitada e de baixa cobertura no país.

No que se refere às ações de vigilância sanitária este estudo enfatiza as chamadas “ações típicas”, as quais são definidas como aquelas em que se faz uso da normatização, fiscalização, realizada sob a forma de “inspeções sanitárias”, e do poder de polícia administrativa. A norma padroniza e estabelece parâmetros para funcionamento de estabelecimentos e prestação de serviços e para a produção, circulação de produtos de interesse da saúde, com a finalidade de reduzir os riscos e os agravos ao meio ambiente e à saúde. As inspeções sanitárias objetivam licenciamentos e sua revalidação anual, monitoramento e investigação de denúncias. O poder de polícia limita e controla direitos individuais, ainda que assegurados em lei, em benefício da coletividade. Mas, no seu uso, devem-se evitar excessos e desvios de poder (CONASS, 2007).

Como o trabalho da vigilância sanitária é complexo e ímpar, em relação às demais práticas de saúde, a execução de suas ações exige a utilização de diferentes instrumentos que não se restringem à área da saúde, mas que perpassam por diversos setores e saberes. Assim, a vigilância sanitária deve estar embasada no Direito Administrativo e nos princípios da Administração Pública, uma vez que impõe penalidades e restringe atuações, sobretudo através do exercício das ações típicas descritas. Nesse sentido, a estrutura e a organização do seu processo de trabalho são imprescindíveis para o desenvolvimento e execução de ações organizadas e eficientes (CONASS, 2007).

Dessa forma, diante das especificidades da vigilância sanitária, do seu processo de descentralização e também da pluralidade de contextos municipais, se pretende – com base em Kaiano e Caldas (2002) - através da utilização de dados e variáveis já disponíveis e construção/definição de indicadores, expressar essa diversidade com fins de: a) democratizar informações disponíveis permitindo a ampliação do diálogo entre a sociedade e seus representantes e entre as esferas de governo sobre o contexto local e essa prática da saúde; b) propor um conjunto de indicadores e medir, de certa forma, o desempenho das variáveis e o que tais circunstâncias condicionam para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em uma de suas facetas estaduais.

Para tal, este estudo utiliza a conceituação de indicadores de Kaiano e Caldas (2002) que os define como ferramentas que possibilitam a comparação, num mesmo período,

instrumentos importantes para controle de gestão e verificação e medição de eficiência e eficácia não apenas na administração privada, mas também e principalmente na administração pública, por permitirem comparar situações entre localidades (espaços territoriais) [...] (KAIANO; CALDAS, 2002, p.2)

Sendo assim, na perspectiva da conjuntura atual pós- pacto de gestão e do processo de implementação da Portaria 3.252 de 22 de dezembro de 2009, a qual busca articular a vigilância sanitária à vigilância em saúde e ao conjunto das ações assistenciais de saúde, é que se geraram as questões de pesquisa apresentadas neste estudo.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O objetivo da revisão de literatura aqui apresentada é complementar e embasar a discussão acerca das questões federativas, tão peculiares no Brasil, assim como associar esta reflexão aos debates sobre a descentralização das políticas de saúde, sobretudo das ações de vigilância sanitária no que tange as capacidades municipais e ao poder local. Assim, as partes aqui apresentadas buscam subsidiar a compreensão do arranjo federativo singular e da centralidade atribuída ao município – esse ente tão heterogêneo - para o sistema de saúde brasileiro, além das questões próprias da vigilância sanitária no contexto da política de saúde atual e a importância do uso de indicadores como ferramentas de pesquisa e sua relação com a vigilância sanitária.

Brasil: arranjo federativo peculiar com a Constituição de 1988.

A forma federativa de organização territorial no Brasil apresentou, em seu percurso mais que secular, uma intensa variedade de arranjos com alternância entre períodos de centralização e descentralização, (FIORI, 1995;). Porém a relevância desta temática não se restringe a essa dicotomia. As discussões acerca do federalismo são balizadoras para a compreensão do processo de desenvolvimento e das mudanças da política nacional no setor saúde, sobretudo a partir da Constituição de 1988.

Há consenso entre diversos atores acerca da dificuldade em se formular uma definição universalmente válida para o federalismo. Contudo, Fiori (1995) identifica duas tendências básicas para sua definição: federalismo como fenômeno histórico e como proposta constitucional. Para De Seta (2007, p.44) a temática comporta um campo amplo de significados, incorporando “federalismo como ideologia política, utopia ou valor; ou como estrutura e meio para resolver problemas de manutenção da integridade territorial, respeitando-se a diversidade”.

Conforme Moraes (2001), federalismo é um arranjo institucional especificamente estruturado que regula as relações intergovernamentais, a fim de se compatibilizar os interesses particulares das unidades subnacionais com os objetivos comuns centralizados na Constituição

do Governo Federal. Para Rodden (2005), é um processo estruturado, por meio do qual a autoridade é distribuída e redistribuída. Além de dever atender a dois critérios básicos (STEPAN,1999, não paginado):

- a) o Estado deve conter subunidades políticas territoriais, cujo eleitorado é formado por cidadãos; a Constituição garante soberania na elaboração de leis e de políticas;
- b) deve haver um poder legislativo eleito por toda a população do Estado, ao qual caiba a competência para legislar e formular políticas.

De acordo com Elazar (1987, p.5) *apud* Abrúcio (2005, p.43)

um arranjo federal é uma parceria, estabelecida e regulada por um pacto, cujas conexões internas refletem um tipo especial de divisão de poder entre os parceiros, baseada no reconhecimento mútuo da integridade de cada um e no esforço de favorecer uma unidade especial entre eles.

Nesse sentido, o sistema federativo é considerado o arranjo ideal para equilibrar as desigualdades existentes entre os entes federados, “procurando formas de manter a integridade em um território marcado pela heterogeneidade” (ABRÚCIO, 2005, p.42).

A essência do federalismo está nas relações entre seus entes, as quais são determinadas por um pacto político estabelecido na Constituição, sendo a flexibilidade uma das principais características desse arranjo. Contudo, outros aspectos merecem destaque como a alternância entre períodos e graus de centralização e descentralização, o desafio da manutenção da autonomia, a complexidade das relações e a interdependência entre entes federados.

As relações intergovernamentais podem assumir caráter mais cooperativo ou mais competitivo. No primeiro caso, as ações desenvolvem-se de forma associada, nos processos de formulação e de implantação de políticas, constituindo uma solidariedade entre os entes com fins de redução de desigualdades na tentativa de um equilíbrio federativo.

A relação competitiva, descrita por Abrúcio (2005), pode assumir caráter positivo, quando estimula o controle mútuo e a inovação; ou negativa, quando a concorrência, em excesso, afeta a solidariedade, e acaba por acirrar desigualdades entre as esferas. Essa circunstância pode desencadear uma relação de interdependência, a qual afeta os princípios de

autonomia e autogoverno do sistema federativo, sobretudo quando a dependência é vinculada ao financiamento.

De acordo com Amaral Filho (1998) o regime federativo deve conter quatro princípios básicos: autonomia, cooperação, equilíbrio estrutural e coordenação.

A autonomia diz respeito ao autogoverno, garantido pela constituição [...]. A cooperação refere-se à responsabilidade de cada ente na obtenção de resultados positivos para si e para os outros componentes [...]. A coordenação pode ser tanto no plano vertical [...], quanto no plano horizontal [...]. O equilíbrio estrutural diz respeito ao grau de (des) igualdades existente nos entes federados e regiões quanto à disponibilidade de bens e infra-estrutura e a capacidade de gerar riqueza e bem-estar para suas populações.

No Brasil, este sistema é considerado por Abrúcio (2005) um dos casos mais ricos e complexos entre os sistemas federais existentes, por se tratar de um regime com três entes federados (União, Estados e Municípios), desde a Constituição de 1988. Nesse contexto, Fiori (1995, p. 26) argumenta que os “arranjos políticos federativos tenderão a se fazer mais complexos e difíceis quanto menos sólidos sejam os sentimentos de identidade coletiva e quanto maiores sejam os níveis de desigualdade”.

Segundo Viana e Machado (2009) a origem do federalismo brasileiro esteve relacionada ao intuito de permitir maior descentralização e autonomia para as elites regionais, ainda que a associação entre federalismo e descentralização seja inadequada à compreensão desse conceito.

Diferentemente, a interface do federalismo com a teoria constitucional, auxilia no processo de análise e interpretação do sistema federativo no país SOUZA (2005). Além disso, a própria lógica de formação federativa no Brasil destoa do ocorrido na maioria dos países com arranjos federativos, uma vez que mantém juntas unidades que poderiam se tornar independentes - lógica do “*come together*” - e não a lógica da união de unidades independentes - “*hold together*” - (ABRÚCIO, 2003)

No Brasil, a adoção do sistema federativo deu-se na Constituição de 1891, e suas sete constituições refletiram os diferentes contextos políticos, ideológicos e territoriais de cada época. Nesse sentido, De Seta (2007) afirma que o arcabouço constitucional define: o tipo de regime; os entes constituintes; e as relações entre os poderes, sobretudo no âmbito administrativo e financeiro. Logo, as mudanças ocorridas nas Constituições afetam

substancialmente a organização federativa e o padrão das relações intergovernamentais. DE SETA (2007).

A primeira Constituição brasileira data de 1824 e já delegava certa autonomia política aos municípios. Circunstância que foi interpretada como sendo uma abertura no caminho para a federação (Souza, 2005). Porém, foi na Carta Constitucional de 1988, a mais detalhada das constituições brasileiras, que os municípios instituíram-se entes federados, assim como os Estados, a União (além do híbrido Distrito Federal), conformando um “triplo federalismo [...] refletindo uma longa tradição de autonomia municipal e de escasso controle dos estados sobre as questões locais” (SOUZA, 2005, p.110).

A temática dos municípios constitui-se em característica ímpar do sistema federativo brasileiro, cuja trajetória de considerável autonomia e poder evidencia a dificuldade dos estados no que tange o exercício do controle sobre as questões locais (ABRÚCIO, 2005).

As características singulares do sistema federativo brasileiro foram descritas por Machado, Lima e Baptista (2007) em cinco tópicos, aqui mencionados para melhor identificação de peculiaridades diante dos demais regimes federativos:

- 1) existência formal mais que secular, mas de caráter construtivo ainda na atualidade;
- 2) importância do papel dos estados e dos governadores em determinados momentos da história;
- 3) fortalecimento da relevância do poder local, sobretudo a partir da Constituição de 1988;
- 4) existência de um extenso número de municípios de pequeno porte com limitada capacidade administrativa e fiscal para o desenvolvimento das responsabilidades atribuídas na carta constitucional;
- 5) vasta heterogeneidade, em seus diversos segmentos – econômicos, sociais, estruturais, etc. – entre as regiões, estados, e, sobretudo, entre os municípios.

O caráter ainda em construção do sistema federativo brasileiro justifica-se pela existência de um modelo indefinido de federação e que, ao longo dos anos, foi mutável de acordo com os interesses das elites governantes. Na atualidade, o modelo tende a recentralização, fiscal e política, com desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais e

transição para um novo pacto federativo, e a ausência de mecanismos cooperativos (PEREIRA, 2009). A relevância da esfera estadual, em geral, ficou restrita ao início da década de 80, diante das eleições diretas para governadores, pois a Constituição de 1988, possuindo forte caráter municipalista, teria enfraquecido a esfera estadual.

Porém, vale a ressalva de que a Constituição garantiu maior autonomia fiscal a esta esfera por meio de dois mecanismos: 1) Criação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), 2) definição e composição das alíquotas do ICMS, cujo estado assumiu a responsabilidade da gestão. Associa-se a inclusão de impostos únicos federais, como combustíveis, energia elétrica, minerais, comunicação e transportes como alternativa de aumento das receitas estaduais, prejudicadas com a maior autonomia municipal, aumento na previsão de repasses dessa esfera para o município, sem, contudo, aumentar sua arrecadação (PEREIRA, 2009).

O poder local teve seu fortalecimento ao longo dos anos, mas foi garantido, estruturado e consolidado formalmente na CF de 1988, a qual instituiu a esfera municipal um ente federado com capacidade de tributação, arrecadação e legislação, assumindo responsabilidades na prestação de serviços públicos, como saúde e educação. Este reconhecido papel da esfera municipal desencadeou um “boom” no processo de criação de novos municípios.

Segundo dados do IBGE, entre 1988 e 2000 foram gerados 1.438 novos municípios, cerca de 25% da totalidade de municípios existentes na atualidade, a maioria com menos de 25.000 habitantes (TOMIO, 2002; DE SETA, 2007). O porte populacional é apenas uma das heterogeneidades existentes entre os municípios.

A tentativa, prevista na CF de 1988, de responsabilização de bens públicos, como a saúde, por exemplo, ao município não ponderou a capacidade administrativa, estrutural e fiscal das unidades subnacionais. Grande parcela dos municípios é dependente de transferências fiscais de outras esferas de governo, pois não possuem capacidade de arrecadação. Além disso, há, não apenas, o precário grau de organização administrativa, como também a dificuldade para dispor e fixar recursos humanos qualificados neste território (DE SETA, 2007), sendo comum a vinculação por contratos temporários precários, desencadeando o descomprometimento com o serviço e mesmo com a comunidade.

A associação direta entre os conceitos de federalismo e descentralização não é recomendada, assim como não se deve pretender sua utilização como sinônimos. Porém, no processo de amadurecimento do sistema federativo brasileiro não se pode negar a “linkagem” existente entre eles, evento, aliás, que complexifica o entendimento da relação entre os entes, cujos papéis não são descritos de forma clara para cada unidade subnacional. Tal lacuna favorece a não responsabilização do gestor e o “jogo de empurra”, comum nas políticas públicas, circunstância que prejudica o acesso igualitário e integral à saúde.

A associativa entre a conceituação político-social de federalismo e sua singularidade no caso brasileiro à definição ampliada, e hoje mais complexa, de saúde exige discernimento, por ser indispensável à compreensão da conjuntura descentralizadora existente ao longo das últimas décadas e recentemente retificada, em novas perspectivas, através do Pacto de Gestão. Esta revisão não busca uma síntese de conceitos e aplicações da doutrina federativa em nosso país. Mas sim, dispor de argumentos que facilitem a percepção da conexão deste regime com o cenário descentralizador na saúde e, logo, com a política de consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Assim como sua analogia com a vigilância sanitária nos diversos e inúmeros municípios brasileiros.

Descentralização e poder local: construção federativa do SUS

A Constituição de 1988, e as leis orgânicas que dela decorreram, estabeleceu um nível de descentralização bastante peculiar, conformando o SUS como um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, instituindo ao município a responsabilidade política com a saúde dos seus cidadãos.

Mesmo além dos limites do setor saúde, o Brasil passou a ser um dos países mais descentralizados na distribuição de recursos tributários e de poder político (SOUZA, 1992,1994), em que o município passa a assumir a “formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle de ações e serviços de saúde na sua área de atuação” (SILVA, 2001 p. 57). O mesmo autor, contudo, afirma ser importante relativizar essa descentralização, pois não só a destinação dos tributos, repasses, ainda é menor

que em muitas nações que sequer consideram os municípios como entes federados, como também a ampliação da carga tributária não foi compatível com as necessidades e responsabilidades de cada instância local.

O processo de empoderamento dos municípios brasileiros – *municipalização* - também denominado de *descentralização territorial* ou *descentralização político-administrativa* compreende um modelo de descentralização motivado pelos antecedentes históricos e pela conjuntura política do país durante o período de redemocratização, vivenciado nas décadas de 70 e 80, após o regime ditatorial. Cenário que favoreceu tanto a busca pela ampliação dos canais institucionais de participação, como a incorporação de novos sujeitos sociais aos centros de poder (SILVA, 2001).

Segundo Bobbio (1998) descentralização é quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades. O autor destaca ainda a diferença entre descentralização política e administrativa, em que a primeira expressa uma idéia de direito autônomo, cujas características são necessárias para a discussão sobre federalismo, ainda que estes conceitos (descentralização e federalismo) sejam independentes. A segunda constitui-se um fenômeno de derivação dos poderes administrativos, os quais derivam do aparelho político-administrativo do Estado.

Para Silva (2001, p.52), a “descentralização constitui uma forma de aproximar a sociedade do Estado, ao mesmo tempo em que amplia a responsabilidade dos cidadãos no processo decisório e desloca os eixos de poder, aproximando-os da população”.

De acordo com Solla e Costa (2007, p.163)

A descentralização no setor saúde apresenta potencialmente diversas vantagens nos âmbitos administrativo, político e econômico, entre elas: possibilidade de organizar de forma mais racional o sistema de saúde com base em áreas administrativas locais, particularmente para atenção básica à saúde; contribui para facilitar a coordenação intersetorial; permite soluções locais [...];pode permitir maiores oportunidades para inovações e aumentar o universo de experiências positivas de gestão; promove um contato mais próximo entre governo e população; melhores condições para formulações de políticas, planos e programas mais realistas e adequados à realidade local; [...] aquisição local de determinados tipos de insumo estimula a economia da região;[...] permite que as políticas nacionais penetrem em áreas distantes, onde o suporte para programas é geralmente frágil.

Assim, a municipalização segundo Cunha (1994) *apud* Paim (1999) é “parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social” e sua implementação significa “o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos”.

Contudo, questionam-se as limitações para uma execução qualitativa, mas não apenas, das novas atribuições municipais. Sabe-se a miscelânea de variedades dos municípios brasileiros em diversos aspectos, sobretudo o porte populacional. O mesmo artigo de Solla e Costa (2007) informa que 71,3% dos municípios, naquele ano, tem menos de 20.000 habitantes e que apenas 255 municípios, com mais de 100.000 habitantes, concentram 53,43% da população brasileira. Dados corroborativos para a reflexão, partindo das certezas estatísticas, da heterogeneidade do território nacional e das capacidades municipais, principalmente nos municípios de pequeno porte.

O debate acerca da proposta de municipalização dos serviços de saúde foi enfatizado, em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde (CNS), porém a pauta não atingiu a dimensão proposta pelo movimento sanitário de ampliação da autonomia política e administrativa das instâncias locais. Na década de 70 tem-se o surgimento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cuja finalidade era expandir a rede de postos e centros de saúde. Situação que ampliou a rede ambulatorial pública, desencadeando um maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e das prefeituras com o sistema de saúde do país (SILVA, 2001), num contexto de um Estado centralizado que não se interessava pelo deslocamento dos eixos de poder para a periferia.

Destaca-se, ainda, na década de 80: a) o Programa de Ações Integradas em Saúde (AIS), cujo discurso oficial era de reforço à integração/descentralização, mas que se efetivou apenas como uma estratégia de expansão de cobertura de baixo custo (PIMENTA, 1993); b) criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), reconhecido pelo movimento sanitário como estratégia ponte para a adoção do SUS.

De acordo com Paim (1999), “o SUDS possibilitou o desencadeamento de mais dois processos no sentido de descentralização das ações e serviços de saúde: a municipalização e a distritalização”. Para esse mesmo autor, a municipalização refere-se à desconcentração de

serviços e descentralização da gestão aos municípios, e a distritalização ao “processo político organizativo de reorientação do sistema de saúde, com ênfase no nível local”.

A concretização dessas estratégias, ainda que de forma desigual, em alguns momentos, promoveu um amadurecimento político e administrativo para a consolidação e aprovação da LOS (8.080/90) e da Lei Complementar (8.142/90) instituindo, assim, o SUS. Entre as premissas fundamentais deste novo modelo de fazer/pensar saúde destaca-se a política de descentralização, com a iniciativa de desconcentrar o poder político do centro para as periferias e, dessa maneira, estimular o pleno exercício da autonomia de governo local e da participação de novos atores⁵ no processo decisório. Tornando as esferas subnacionais em agentes participativos, gestores, e não meros executores de ações pragmáticas do Estado.

Em sequência, foram aprovadas NOB contendo especificações sobre o processo de descentralização no que tange às responsabilidades locais e à nova distribuição dos repasses financeiros federais, com destaque para as NOBs de 1993 e de 1996.

A primeira tem o processo de descentralização seu objeto e modifica o arranjo/critério até então utilizado para o repasse dos recursos, além de estabelecer modalidades de habilitação em gestão, condicionantes de responsabilidades, e ampliar a autonomia municipal iniciando uma fase recente da descentralização, vinculada a transferências de recursos através do Fundo Nacional dos Estados e Municípios, estabelecido através do Decreto nº1.232, de 30 de agosto de 1994. Situação que concretiza um “efetivo deslocamento de poder das instâncias centrais para o chamado poder local” (SILVA, 2001, p.75). Segundo Solla e Costa (2007) em 1994 os primeiros municípios (24 no total) aderiram a denominação de Gestão Semi-Plena, condição necessária aos trâmites.

Já a Norma de 1996, implantada em 1998, estabelece dois modelos de gestão em substituição aos anteriores e considera o município o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras

⁵Bloch (1999, p.36) define como atores locais, “todos os agentes que no campo político, econômico, social e cultural são portadores de propostas que tendem a capitalizar melhor as potencialidades locais, ou seja, buscar um maior aproveitamento dos recursos, destacando a qualidade dos processos em termos de equilíbrios naturais e sociais.”

em seu território” (PORTARIA 2.203, de 06 de novembro de 1996). Com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) editadas nos anos 2001 e 2002, a regionalização passa a ser considerada fundamental para a consolidação dos princípios do SUS e prevê na figura do Plano Diretor de Regionalização (PDR) um instrumento de gestão desse processo, o qual amplia as funções e responsabilidades das secretarias estaduais de saúde.

Em 2006, o Pacto de Gestão favoreceu as discussões e reflexões acerca da regionalização e da dinâmica das relações intergovernamentais, incorporando uma nova forma de repasse de recursos através de blocos de financiamento. A partir desse amadurecimento acerca do processo de descentralização, o conceito de regionalização toma novas dimensões e passa a ser questionado sob a perspectiva de unidade administrativa. Nesse diálogo as discussões acerca da definição de território ganham espaço. E aspectos geográficos tanto físicos quanto dinâmicos incorporam a pauta. Ressalta-se que na saúde a noção de território deve transcender a compreensão do conceito que impõe limites físicos às fronteiras geográficas.

Diante da política de integralidade do SUS, a qual supõe/prevê acesso aos serviços de saúde, a dimensão geográfica não deve oferecer complicações para o acesso, uma vez que não se trata apenas de uma divisão física, pois territórios são espaços de poder dinâmicos. Logo, enfatiza-se, a importância do território como *jurisdição administrativa* para as políticas de saúde. Um espaço de poder pode conter vários territórios ou não, o que implica, por exemplo, na execução das ações típicas de vigilância sanitária, como o poder de polícia e a fiscalização.

Sobre a execução das ações de visa discute-se a atomização do sistema de saúde frente à multiplicação de municípios de pequeno porte, com baixa capacidade administrativa e estrutural para o desempenho de tais funções. Assim, questiona-se o papel do município frente à execução das ações de saúde, e neste caso, as ações específicas de vigilância sanitária, cuja execução tem caráter de bem público e exige imparcialidade. Além de “requerer a manutenção de determinadas competências em um órgão central, tais como o registro de produtos e parte das ações em áreas de fronteira, portos e aeroportos” (SOLLA; COSTA, 2007 p. 166).

Para Arretche (2003, p.334) o “desempenho dos governos locais é em grande parte resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais” e suas ações “dependem da extensão e forma em que suas decisões são reguladas pela autoridade central” (BOSSERT, 1996 *apud*

ARRETCHE, 2003 p. 334). No Brasil as relações entre os níveis de governo, previstas na Constituição de 1988, conformam um sistemas hierarquizado e descentralizado, em que o papel de ação do município foi ampliado ao longo dos anos. Em contrapartida houve uma redução nas responsabilidades do estado e da União. Porém as políticas dos governos locais ainda são fortemente dependentes das transferências financeiras das outras duas esferas (ARRETCHE, 2003), evidência que limita a autonomia e a autoridade sobre as ações de saúde.

Afonso e Araújo (2001) reforçam que após a CF de 1988 houve um forte incremento na arrecadação própria dos municípios e que investimentos foram realizados na máquina fazendária. Porém tais ações foram localizadas. A observação dos autores ainda desconsidera o processo de criação de novos municípios e as diversidades entre eles. No mesmo artigo os autores em nota afirmam que

Tais discrepâncias são muito maiores do que se imagina. Se é notório que os orçamentos das grandes capitais do país superam os de alguns governos estaduais, poucos têm noção das proporções. Por exemplo, a prefeitura de São Paulo sozinha recolhe apenas de Imposto Sobre Serviços (ISS) um volume superior ao Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) arrecadado por 17 estados brasileiros. Se as finanças dos municípios das capitais e das metrópoles se parecem um pouco entre si, por outro lado, são profundos os seus contrastes em relação ao universo de mais de cinco mil outros municípios, em contar as diferenças entre eles.

Segundo Silva (2001, p.94) a autonomia dos governos locais depende de dois fatores: “1) *das relações entre os governos eleitos e os atores locais (cidadãos e diversos grupos locais; 2) das relações entre os governos eleitos e os governos central e subcentral (governos estaduais, por exemplo)*”. O mesmo autor afirma ainda que a capacidade de interferência do poder local nas políticas de saúde é resultante dos interesses representados e a compreensão dessas políticas não é possível sem considerar os determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais mais amplos de cada localidade.

O estreitamento das relações da sociedade com o estado foi favorecido, em parte, pela criação dos conselhos paritários, como os conselhos de saúde, por exemplo, os quais surgiram por iniciativa do Estado, preconizados na Constituição de 1988 e consolidados com a NOB 01/93, corroborando com o aparelho estatal. Para Arretche (2003, p.339) ainda que muitos estudos questionem a influência direta dos conselhos sobre as decisões políticas no cenário local, ou a considerem baixa, “nada indica que este instrumento não ofereça oportunidades institucionais de

controle e participação dos usuários sobre os governos”, constituindo assim uma estratégia de poder local.

No que tange às relações intergovernamentais destaca-se os incentivos envolvidos nos processos de adesão a novas formas de gestão, previstas sobretudo nas NOB. Todavia, ainda que houvesse um interesse em reduzir as desigualdades entre os municípios ao instituir novos modelos de gestão ou padronizar programas, permanecem as diferenças quanto ao acesso. E neste cenário o Ministério da Saúde parece ser o ator mais forte nas arenas federativas, ainda que seja o município o ente de maiores atribuições. (ARRETCHE, 2003)

Dessa forma, percebe-se que apesar da existência de instrumentos do sistema de saúde com fins de ampliar o poder local e incluir novos atores nesse cenário político, muitas ainda são as peculiaridades de cada ente federado, sobretudo os municípios. Assim, diante da heterogeneidade de realidades, nos diversos aspectos: cultural, administrativo, estrutural, financeiro/fiscal, arrecadatório, político, entre outros, questiona-se não o potencial existente, mas a capacidade real do ente municipal em executar com qualidade as ações de saúde previstas na Constituição e inseridas nas premissas do nosso sistema de saúde. Das quais se enfatiza a integralidade.

Da criação da ANVISA e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A vigilância sanitária, ainda que seja uma prática existente desde o período colonial, teve sua legitimação no texto constitucional de 1988 e sua regulamentação como ação específica do campo da saúde na Lei Orgânica de Saúde (SOLLA; COSTA, 2007). Suas funções abarcam a eliminação, redução e prevenção de riscos à saúde, provenientes do processo produtivo, cujo leque de atuação contempla ações normativas, fiscalizatória e regulatória, possuindo, ainda, um componente comunicativo de extrema relevância na perspectiva da promoção e prevenção da saúde (DE SETA, 2007, FERRARO; COSTA; VIEIRA-DA-SILVA, 2009).

Para O’Dwyer, Tavares e De Seta, 2007 (p.475) a vigilância sanitária pode ser compreendida como

um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam à produção social de saúde com base em serviços, ações integrais e práticas essenciais para a defesa e promoção da vida em seu ambiente.

No escopo das idéias reformistas, a vigilância sanitária se reforça como “o mecanismo que possibilita ao Estado maior papel na proteção à saúde da população frente aos interesses do mercado” (BAPTISTA, 2003, p. 268; DE SETA, 2007, p.95). As ações de VISA inserem-se nas relações sociais de produção e consumo, a partir das quais, se origina a maior parte dos problemas de saúde. Assim, diante da ocorrência na década de 90 de várias tragédias na área da vigilância sanitária de serviços de saúde, exigiu-se maior regulamentação neste campo, e, ao final do mesmo período, foi instituída a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), através da Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999.

A Anvisa é um órgão federal criado em substituição à Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde constituindo uma autarquia especial com independência administrativa e financeira, gestão colegiada e com estabilidade dos seus dirigentes, após aprovação do mandato pelo Senado Federal. Santos (2001) enfatiza que tal independência é necessária para que não ocorra controle, influência ou pressão política por parte dos setores regulados e, assim, assegurar que o interesse público seja preservado.

O perfil das agências reguladoras, criadas no bojo da Reforma Gerencial do Estado⁶, é de responsabilização por “políticas de Estado de caráter mais amplo e permanente, não estando subordinadas às prioridades e diretrizes de um governo específico” (LUCCHESI, 2001 p. 69). Para este autor, foi essa transformação da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde em agência reguladora que trouxe uma nova conformação ao modelo nacional de vigilância sanitária.

A instabilidade política da década de 90 não isolou o setor saúde, permanecendo a Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS) sem continuidade e sem

⁶ Segundo Kickert (1997 p.168) *apud* Lucchese (2001, p. 80) as reformas no aparelho estatal foram motivadas, sobretudo, por questões econômicas em “*resposta à recessão e aos conseqüentes déficits das contas do setor público relativas ao suporte aos sistemas de Welfare State*”. No Brasil, elas tiveram início no Governo Collor com características de: conversão ao Estado mínimo, desmonte de instituições de protecionismo e estatismo e modificação das regras macroeconômicas com fins de reduzir a inflação em busca de crescimento.

estabilidade de gestores. Neste período, este órgão, perdeu o “Nacional” do nome, sem sofrer as alterações dinâmicas necessárias à demanda exponencial de trabalho. Diante da crescente carga de serviços e ações e da necessidade de reformulação da vigilância sanitária, em processo de permanente discussão, busca-se a formulação de um amplo projeto contemplando um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a fim de rever aspectos administrativos, com destaque para a descentralização. (DE SETA, 2007; LUCCHESI, 2001)

Os primeiros cinco anos desta década foram marcados por períodos de reavaliação das necessidades sanitárias, mas que se restringiram a raros processos práticos. A Secretaria de Vigilância Sanitária/MS permanecia sem continuidade gerencial e a discussão sobre a constituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária ficou restrita a técnicos dos níveis federal e estadual.

Em 1994, foi publicada a Portaria nº 768/94 (DOU 24.05.94) instituindo a Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, a qual discutiria as alterações e necessidades eminentes para a concretização do novo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Porém, apesar da não efetivação deste evento, os diálogos e reivindicações referentes a esta urgência pareciam ganhar voz e em agosto do mesmo ano foi publicada a Portaria GM nº 1.565, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sua abrangência e as competências das três esferas, assim como as bases para a descentralização das ações de vigilância sanitária e, já, o conceito de vigilância em saúde. Contudo, apesar de significativas em conteúdo, as portarias editadas nesta época tiveram baixíssima aplicabilidade, sobretudo em virtude da instabilidade dos dirigentes da Secretaria de Vigilância em Saúde/MS (LUCCHESI, 2001).

Em 1995, no primeiro mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso, os dirigentes da SVS/MS fortaleceram as discussões, em grupo fechado, para a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária em autarquia especial. O ensejo por tais reformulações ficou editado, também, no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, mas sem sucesso de transformações práticas, mesmo com as urgências do setor frente ao aumento dos riscos sanitários, sobretudo na área de medicamentos, a qual carecia de controle e fiscalização, diante da intensa abertura do mercado. Apenas na gestão do Ministro da Saúde José Serra é que se fortalece a institucionalização da Anvisa e em três meses o projeto foi aprovado dentro do

Ministério da Saúde, sendo uma aprovação majoritária do Ministério da Saúde em período favorável para a consolidação da agência.

A agência foi então acoplada ao arranjo de vigilância sanitária existente no país, o qual com a edição da NOB 01/96 teve, enfim, explícitos aspectos acerca do financiamento das ações de vigilância sanitária e os repasses de recursos para os entes federados, já que tal norma possuía como forte eixo temático a descentralização. Esta norma definiu duas formas de repasse dos recursos disponíveis para as ações de visa: a) a transferência regular automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, independente de convênios; b) pagamento pelas ações de média e alta complexidade de acordo com a quantidade de atividades realizadas, de acordo com o Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS) (LUCCHESI, 2001).

A mesma norma instituiu o Piso de Atenção Básica para a Vigilância Sanitária (PAB/VISA), o qual constituía um incentivo financeiro destinado às ações básicas de visa pagas *per capita*⁷ para os municípios credenciados em determinada condição de gestão estabelecida pela NOB 01/96. A forma de repasse de recursos para os estados ficou estabelecida no TAM, que previa um compromisso dos estados com a Anvisa para o cumprimento de metas organizativas, geralmente centradas em atividades de inspeção sanitária, com o intuito de implantar/fortalecer estruturas administrativas das visas estaduais com fins de corroborar para a solidificação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Tais dispositivos de financiamento acabaram por estimular práticas e ações mais descentralizadas, ou seja, que dispõem de maior autonomia aos estados e municípios. E, no caso específico da vigilância sanitária, ênfase maior ao ente estadual, principal responsável e executor das ações de média e alta complexidade em visa.

As estratégias de financiamento das ações de visa, assim como na assistência ambulatorial e hospitalar, foram classificadas por média e alta complexidade, e descritas na Portaria nº 1.008, de 8 de setembro de 2000. Essa classificação por níveis de complexidade não foi vinculada à modalidade de gestão do ente federado, mas foi condicionada ao TAM, cuja lógica de repasse é mista, possuindo um componente *per capita* e outro fixo (piso financeiro).

⁷ Portaria nº 2.283, de 10 de março de 1998 e Portaria nº 2.565, de 04 de maio de 1998, as quais estabelecem a oferta de recursos no valor R\$0,25 por habitante ao ano, pagas em parcelas mensais referentes à divisão do todo (1/12) calculado com base no total de habitantes.

Essa indução ao perfil estruturante das vigilâncias estaduais colaborou para a modernização desses serviços frente ao avanço do processo de descentralização, o qual, na vigilância sanitária, até 2003 priorizou esta esfera. Com a Portaria nº 2.473/2003 foram revisados pelo Comitê Consultivo Tripartite de Vigilância Sanitária (CIT/VISA) as propostas e aspectos candentes às diretrizes da descentralização. A portaria introduz a esfera municipal no processo de pactuação, define as responsabilidades de cada esfera e altera alguns aspectos nos repasses federais aos estados, além de introduzir a esfera municipal como beneficiador da transferência direta do Fundo Nacional.

Assim, percebe-se que a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária calçou-se na valorização do ente estadual, com posterior incorporação do município. Circunstância que amplia a complexidade do processo, uma vez que insere um quantitativo relevante e diverso heterogêneo, haja vista a elevada proporção de municípios de pequeno porte e de baixa estrutura administrativa e capacidade de arrecadação, em um sistema ainda instável e em fase de consolidação. Além disso, são entes despreparados em experiência para a execução das ações de visa. Ações de extrema relevância por impactar a saúde e vários segmentos sociais, bem como algumas formas de sobrevivência e convivência social.

A importância dos indicadores e sua relação com a Vigilância Sanitária.

Os indicadores são instrumentos de medida que contêm uma síntese de informações relevantes, expressas sobre a forma de numeral, sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde de um indivíduo e/ou da população, bem como do desempenho do sistema de saúde. Refletindo a situação sanitária e servindo para a vigilância das condições de saúde.

Para Kaiano e Caldas (2002), indicadores são ferramenta de controle de gestão, com fim de verificar e medir a eficiência e eficácia nas administrações privada e pública, pois permitem a comparação entre diferentes localidades ou entre períodos diferentes de um mesmo território. Na administração pública possibilita a fiscalização, controle e acompanhamento, consolidando sua relevância para a burocracia estatal e para a sociedade civil.

A construção de um indicador é um processo de complexidade variável que deve considerar a relevância, ou seja, a capacidade de retratar com fidedignidade e praticidade a realidade que se pretende estudar. Para a seleção e avaliação de indicadores de saúde devem-se obedecer alguns critérios: a) validade (adequação para medir ou representar); b) confiabilidade/reprodutibilidade (reprodução dos resultados em condições similares); c) representatividade/ cobertura (um indicador será mais apropriado quanto maior a cobertura populacional); d) obediência a preceitos éticos (como ausência de prejuízo e garantia de sigilo dos sujeitos do estudo); e) ângulo técnico administrativo – oportunidade, simplicidade, facilidade de obtenção e custo compatível. (PEREIRA, 2001, p.50:51)

A escolha dos indicadores está sempre sujeita a questionamentos, uma vez que é influenciada por questões políticas e distintas percepções da realidade. Além disso, mencionam-se as diferentes interpretações de um mesmo dado. Nesse sentido Kaiano e Caldas (2002, p.3) enfatizam que o indicador é um *“instrumento que auxilia na interpretação da realidade, mas não substitui uma análise e discussão qualitativa, minuciosa e particular do fenômeno analisado”*.

Na saúde existem os chamados indicadores de informações em saúde, os quais são predominantemente epidemiológicos e verificam, entre outros eventos, a incidência e a prevalência de determinados agravos. Contudo, tais indicadores não substanciam de forma satisfatória os processos de avaliação. Ressalta-se ainda, que a ocorrência na literatura de estudos avaliativos das ações de descentralização no campo da vigilância sanitária são ainda muito escassas.

Devido à compreensão de que o escopo das atividades de vigilância sanitária não se limita às ações de saúde de caráter assistencial, mas envolve importantes componentes da gestão e da administração pública, o conjunto de indicadores selecionada para este estudo é amplo, diverso e perpassa tais campos. Eles podem ser agrupados em cinco grupos, cujas definições tomaram por base a publicação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações (RIPSA) e do IBGE.

QUESTÕES DE PESQUISA

Que variáveis devem ser consideradas no processo de descentralização das ações típicas de vigilância sanitária para os municípios? Que indicadores podem subsidiar esse processo decisório? **Que indicadores se relacionam à necessidade de realização de ações típicas de vigilância sanitária? Como esses indicadores se apresentam para os municípios do Espírito Santo?**

JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica pela necessidade de colaborar para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no plano municipal, local e regional. A esfera municipal constitui-se no componente mais frágil desse sistema. Tal fragilidade, sobretudo nos aspectos administrativo, organizacional, estrutural, fiscal e de financiamento limita e condiciona a eficácia e a eficiência das ações locais de vigilância sanitária, haja vista as ações fiscalizatórias e a propriedade do poder de polícia que limita direitos individuais em prol do benefício coletivo.

Paralelamente a esses argumentos, a heterogeneidade estrutural dos municípios é uma realidade, a qual, do ponto de vista da vigilância sanitária, não recebeu o destaque necessário como aspecto importante para a consolidação deste sistema. Além disso, o sistema municipal de vigilância sanitária tem sido analisado de forma descontextualizada das necessidades de saúde, de redução do risco da sua população e de aspectos que ultrapassam este nicho, mas que estão igualmente relacionadas, como as ações de direito administrativo e administração pública. Logo, apresenta contribuições limitadas para a promoção e recuperação da saúde. Nesse sentido, questiona-se a coerência do trabalho da vigilância com as especificidades do seu território/jurisdição.

Ao mesmo tempo, a vigilância sanitária trabalha com os municípios como se as suas especificidades fossem exclusivamente condicionadas pelo tamanho da sua população, e reparte os recursos federais com base em um único valor *per capita* para o país. O desenvolvimento de parâmetros/indicadores para avaliação municipal em maior espectro e profundidade pode contribuir para se refletir sobre uma provável iniquidade no financiamento das ações de vigilância sanitária no nível municipal.

Da mesma forma, a inserção no grupo de pesquisa da orientadora que desenvolve estudo acerca da gestão e da organização e financiamento da vigilância sanitária nas três esferas de governo, particularmente no âmbito municipal, possibilitou a aproximação com esta temática despertando interesses e curiosidades. Além disso, o estudo busca contribuir não só com a produção científica no campo da vigilância sanitária, o qual é bastante escasso, como também com o amadurecimento e a reflexão das discussões já travadas e questionamentos futuros acerca

do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da Vigilância Sanitária inserida na política nacional de saúde pública, como instrumento prioritário de fortalecimento do SUS.

Ressalta-se ainda a relevância do estudo na conjuntura atual de pós Pacto de Gestão e de implementação da Portaria 3.252 de 22 de dezembro de 2009, que busca articular a vigilância sanitária à vigilância em saúde e ao conjunto das ações assistenciais de saúde, o que consubstancia a importância deste trabalho para o SUS.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o contexto municipal para a descentralização das ações típicas de vigilância sanitária no estado do Espírito Santo.

Objetivos Específicos

Selecionar variáveis e indicadores relevantes para o processo de descentralização das ações típicas de vigilância sanitária;

Construir indicadores para os municípios do estado do Espírito Santo;

Verificar o grau de correlação dos indicadores e sua significância estatística para o estado do Espírito Santo;

Observar a distribuição espacial desses indicadores nos municípios do estado do Espírito Santo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico do tipo exploratório, cuja unidade de análise são os municípios do estado do Espírito Santo. O universo de análise são os 78 municípios deste estado e suas características na perspectiva da necessidade e da capacidade para a realização das ações típicas de vigilância sanitária⁸.

Para Minayo e Sanches (1993) o método quantitativo tem como finalidade evidenciar dados e indicadores, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

Segundo Rouquayrol e Almeida Filho (2003 p. 158) entende-se por estudo ecológico aquele que “aborda áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio de correlação entre os indicadores”. Os autores ainda complementam ao afirmar que este tipo de desenho se aproxima mais da realidade social concreta do ambiente agregado em estudo.

Através da pesquisa exploratória busca-se ampliar o conhecimento e as informações sobre o tema da pesquisa, haja vista o baixo quantitativo de produção científica no campo da vigilância sanitária, sobretudo associado ao tema da descentralização de suas ações na perspectiva municipal. Para Piovesan e Temporini (1995, p.321) “o estudo exploratório tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere”. O estudo também possui desenho descritivo, uma vez que este método tem como finalidade descrever, analisar ou verificar, as relações entre as variáveis e descobrir as características de tal fenômeno (FERNANDES; GOMES, 2003). A associação de tais abordagens é comumente utilizada e citada por vários autores.

O estudo tem como base os atributos relacionados ao contexto municipal e sua gestão, e ao sistema de saúde e às ações típicas de vigilância sanitária nos municípios desse estado. Para tal serão utilizados dados secundários oriundos do banco gerado para o “Estudo sobre estados e municípios brasileiros: uma classificação segundo a ótica da vigilância sanitária”.

⁸ Como a vigilância sanitária, no seu componente de ação de Estado, é fundamentalmente Administração Pública, é necessário que o ente federado a executá-la tenha certas capacidades de gestão pública. Esse é um dos pressupostos do Projeto maior de pesquisa, que esse estudo integra.

Ressalta-se que as ações típicas de vigilância são mais frequentes quanto maior o parque produtivo, pois tais regiões concentram maior número de indústrias e unidades sujeitas a fiscalização da visa e, por conseguinte, maior risco. Mas, a complexidade das ações de vigilância sanitária não é dada somente pela complexidade tecnológica. O fator político – que muitas vezes chega a ser impeditivo para a ação da vigilância agrega complexidade e dificuldade a algumas ações ditas simples do ponto de vista tecnológico. Também o risco sanitário pode ser elevado mesmo na baixa complexidade (GT DO COMITÊ TRIPARTITE DE VISA – ANVISA / CONASS / CONASEMS, 2005). Por este motivo a necessidade de um estudo que possa analisar e ampliar o escopo de indicadores existentes e relevantes para o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária.

Espírito Santo: um estado para o estudo

Localizado na região Sudeste o estado do Espírito Santo ocupa uma área de 46.098,571 km² distribuída entre 78 municípios e com uma população de 3.512.672 habitantes, dois quais 2.928.993 habitam em zona urbana e 583.679 em zona rural, segundo dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Com taxa de crescimento anual de 1,27% e taxa de mortalidade infantil de 17,7%, o estado dispõe de 2.219 estabelecimentos de saúde, dos quais 1.133 são de ordem pública e destes 1.092 de responsabilidade municipal, e 1.086 de ordem privado.

Nos últimos anos o estado teve destaque pelo choque de gestão pública, iniciado em 2003, o qual promoveu intenso desenvolvimento através de ações de planejamento, controle e gerenciamento de projetos em diversas áreas: social, econômica, ambiental e cultural. A proposta não só possibilitou a melhoria nos principais indicadores como também ampliou a capacidade de investimentos com recursos do tesouro estadual de R\$49 milhões, em 2003, para R\$ 701 milhões, em 2008 (COSTA; JANUZZI, 2009).

Como parte desta estratégia destaca-se o Pró-Gestão, implementado efetivamente em 2007. Programa que contempla 24 projetos estruturantes e caracteriza-se pelo gerenciamento

intensivo de projetos da administração pública estadual. A ferramenta, segundo Costa e Januzzi (2009 p. 6) não só estabelece metas e “fomenta a integração e a sinergia entre as políticas públicas” nas suas diversas áreas, como também possibilita o monitoramento e avaliação das atividades em exercício, a fim de que os prazos e os compromissos sejam cumpridos com padrão de qualidade, pontualidade e custos otimizados.

O estado destaca-se ainda pela extração de petróleo e gás natural, sendo atualmente a segunda maior província petrolífera do país com reservas totais de 2,5 bilhões de barris, segundo a página eletrônica do governo do estado (PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO). Os campos de petróleo localizam-se tanto em terra quanto em mar, em águas, profundas e ultra-profundas.

Com 40% das notificações de petróleo e gás natural, segundo a Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Bicomustível (ANP), essa indústria possibilita o pagamento de royalties⁹ relativos à exploração destes agentes, aos municípios sedes das instalações das empresas. Como alternativa de contornar as desigualdades, o Governo do Estado criou, em 2006, o Fundo para Redução das Desigualdades Regionais, no qual os 68 municípios, que não receberiam esse recurso, são beneficiados com 30% dos royalties creditados no cofre público estadual.

O repasse leva em consideração a população, o percentual de repasses do ICMS, que não pode ser superior a 10%, e a condição de não ser recebedor de royalties (benefício inferior a 2%). Ressalta-se que o recurso apresenta restrições para uso nas áreas de: saneamento básico, destino final de resíduos sólidos, universalização do ensino fundamental e atendimento à educação infantil, atendimento à saúde, construção de moradias para população de baixa renda, drenagem e pavimentação das vias urbanas e construção de centros integrados de assistência social (PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO).

⁹ “Compensação financeira devida pelos concessionários, paga mensalmente, com relação a cada campo, a partir do mês em que ocorrer a respectiva data de início da produção, sendo distribuída entre estados, municípios, Comando da Marinha do Brasil, Ministério da Ciência e Tecnologia e um Fundo Especial, administrado pelo Ministério da Fazenda.” (AGÊNCIA NACIONAL DO PETRÓLEO, GÁS NATURAL E BIOCMBUSTÍVEL). Tais valores devem ser aplicados na viabilização de projetos e programas para incentivar o desenvolvimento sócio-econômico e sustentável no estado.

Diante disso, o estado do Espírito Santo ampliou os investimentos na área social, sobretudo na saúde, educação e segurança pública, promovendo um amadurecimento na estrutura e organização da gestão. Assim, a melhora em diversos indicadores torna este estado uma referência em modelo de gestão, com iniciativas já reproduzidas pelo Uruguai. O bom desempenho e evolução deste estado nos últimos anos torna este um ambiente de análise interessante e curioso, haja vista a taxa de desenvolvimento alcançada pós Pacto de Gestão, a qual já foi citada. Tal contexto sugere maior atuação da vigilância sanitária no que tange suas ações típicas, uma vez que o estado ampliou sua taxa de arrecadação fiscal e seu parque produtivo, por exemplo. Além de ser um estado da região sudeste, região caracterizada pelo maior desenvolvimento, ao lado da região sul, comparada às demais regiões do país.

Seleção de Indicadores

Conforme citado anteriormente, a seleção dos indicadores deu-se com base na literatura levando em consideração a relevância das informações e suas associações com a finalidade deste estudo. Como esta proposta é parte de uma pesquisa maior, a seleção de indicadores, neste caso, contemplou também a experiência em vigilância sanitária da coordenadora da pesquisa e de gerentes dos serviços que colaboraram espontaneamente.

Da mesma forma, foram analisadas as principais pesquisas do IBGE que englobavam: aspectos sócio-demográficos, estruturação e capacidades municipais, sistema de saúde e tipo e tamanho do parque produtivo e demais atividades econômicas. As variáveis selecionadas para este estudo decorreram da disponibilidade de dados nos ambientes virtuais consultados. Isto permitiu a composição do Banco de Dados para este estudo, e, por conseguinte, de parte integrante do projeto maior ao que ele está integrado.

Um subsídio nesta etapa foi o Relatório da Oficina sobre “Estados e municípios brasileiros: uma classificação sobre a ótica da vigilância sanitária”, realizada, em novembro de 2009, com representantes das vigilâncias estaduais, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Anvisa. Este relatório sugere outros nichos de atuação

da vigilância sanitária que não a saúde e suas interfaces mais usualmente utilizadas pela vigilância sanitária.

Neste processo chegou-se a um quantitativo final de nove indicadores. Dispostos nas seguintes categorias:

- 1) Sócio-demográficos: engloba dois grupos de indicadores: Demográficos e Sociais. O primeiro mede a distribuição de fatores determinantes da situação de saúde relacionados à área geográfica referida, permitindo estimar necessidades e demandas presentes. O segundo, a distribuição desses fatores relacionados à condição socioeconômica da população, as quais estão intimamente relacionadas à saúde. Para a análise estatística utilizou-se a densidade demográfica, calculada com base em dados do IBGE de área em km² e população para o ano de 2009. Os indicadores sociais, principalmente o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2000), foram utilizados na discussão dos resultados.
- 2) Gestão Municipal: contempla indicador relacionado à gestão municipal, administração pública direta. O indicador representativo refere-se à porcentagem de funcionários ativos da administração direta municipal. Ressalta-se que a fonte dos dados foi a Pesquisa de Informações Básicas Municipais, realizada pelo IBGE em 2008.
- 3) Financeiros: Relacionados à receita e a despesa municipal. Pretende-se com eles uma aproximação às capacidades municipais de arrecadar, gastar e prover bens e serviços públicos aos munícipes, no que concerne às responsabilidades típicas dos municípios, como por exemplo, a Educação Fundamental e a Saúde. Os dados foram extraídos da Secretaria do Tesouro Nacional, Finanças do Brasil (FINBRA) ano 2008, o qual contém informações sobre receitas e despesas de cada município brasileiro. Os indicadores relativos a este grupo são: Receita Própria Líquida, Percentual de arrecadação de taxas por habitante, IPTU *per capita*, gasto *per capita* na função saúde e com o ensino fundamental, nível de educação de responsabilidade municipal.

- 4) Saúde: refere-se aos indicadores relacionados ao sistema de saúde, recurso e resultado. Incorpora, assim o grau de utilização dos meios oferecidos pelo setor público municipal para atender às necessidades de saúde da população (RIPSA, 2008). Estes dados foram extraídos da Pesquisa sobre Assistência Médico-Sanitária (AMS), ano 2005, a qual “coleta, periodicamente, informações sobre os estabelecimentos de saúde: características, serviços disponíveis, produção de serviços, recursos humanos e equipamentos.” (RIPSA, 2008) e do DATASUS, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 2008. Aqui uma ressalva, todos esses serviços são sujeitos à vigilância sanitária.

A identificação dos indicadores selecionados, bem como suas especificações metodológicas referentes às formulas e às fontes de dados estão dispostas no Apêndice A deste estudo.

O total de nove indicadores corrobora com a afirmativa de Hair et al (2009), na qual se o pesquisador inclui, indiscriminadamente, um largo número de variáveis a probabilidade de resultados com baixo impacto estatístico é alta.

Como critério de seleção de indicadores menciona-se a relevância apontada pela autora deste estudo e suas orientadoras. Segundo Hair et al (2009, p 108) “*the researcher must combine a conceptual foundation [...] with some empirical evidence*” para definir quais e quantos fatores devem ser extraídos.

Análise Estatística

Para análise, foi empregado primeiramente o grau de correlação entre os indicadores. Para Richardson (1999) os estudos que procuram investigar a correlação entre as variáveis são fundamentais, pois permitem controlar as variáveis através de testes estatísticos, e assim especificar o grau de relação entre elas e o modo como estão operando. Para o autor este tipo de estudo deve ser realizado quando se pretende obter melhor entendimento do comportamento dos diversos fatores que influenciam o fenômeno em estudo.

A Matriz de Correlação de Pearson mede o grau de associação entre duas variáveis de escala métrica (ou intervalar, ou seja, quando os intervalos entre dois elementos consecutivos medidos em determinada variável são uniformes). (BARBETTA, 2008). Nesta etapa foram identificados e selecionados apenas os indicadores com nível de significância de 1% e 5%.

Em seguida foi aplicada a técnica multivariada de Análise Fatorial através da análise dos componentes principais. A análise fatorial fornece as ferramentas para análise estrutural das correlações entre um número de variáveis, com fins de definir um novo conjunto de variáveis, menor, mas com capacidade de síntese das informações totais (HAIR, et al, 2009). A escolha desse método estatístico justifica-se pela sua capacidade de lidar com um quantitativo de variáveis, que podem ser reduzidas a fatores, os quais são formados para maximizar/ representar o ideal do conjunto original de variáveis.

O mesmo autor aponta ainda que frequentemente os pesquisadores estão preocupados apenas com o cumprimento dos requisitos estatísticos. Mas, agrega que, na análise fatorial a atenção deve estar centrada tanto no caráter e composição das variáveis, como na sua qualidade estatística.

No que tange à qualidade estatística, aplicaram-se medidas de verificação global de correlação no processo de determinação apropriada dos fatores. Primeiramente, empregou-se o teste Bartlett, que indica correlação significativa entre pelo menos algumas variáveis e para tal precisa apresentar valores superiores a 0.5. Em seguida, aplicou-se a Medida de Adequação da Amostra – *Measure of sampling adequacy* - (MSA), também conhecido como Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Samplin (KMO), cujos valores devem exceder 0,5. Optou-se pela não utilização do método de rotação ortogonal Varimax¹⁰, pois tal procedimento não provocou alterações interpretativas dos dados.

A técnica de Análise dos Componentes Principais, cujo procedimento consiste em dividir sucessivamente a variância total original, identifica um novo eixo, composto por uma combinação linear dos indicadores originais (SZWARCWALD et al, 1997).

¹⁰ Segundo Hair et al (2009) o método de rotação ortogonal Varimax é centrado na simplificação das variáveis, facilitando e simplificando a análise, pois promove uma separação clara dos fatores.

Após a definição dos fatores, foram criados *scores* para sintetizar as relações das variáveis com cada um dos fatores gerados, constituindo uma escala representativa.

Por fim, foram elaborados mapas temáticos de acordo com os *scores* e categorias delimitadas para cada fator, com a finalidade de visualizar a distribuição espacial dos municípios para cada índice sintetizador.

O pacote estatístico utilizado para a construção do banco de dados, empregado também para a etapa de correlações e análise dos indicadores foi o SPSS[®], versão 17. Para a construção dos mapas temáticos foi utilizado o MapInfo[®], *software* que possibilita o geoprocessamento dos dados e sua visualização no espaço físico da unidade de análise, neste caso os municípios do estado do Espírito Santo.

Destaca-se que, como alternativa permissiva para a comparabilidade entre municípios tão diversos e heterogêneos, alguns indicadores foram transformados em proporções por habitantes (*per capita*).

Implicações Éticas

Como se trata de um estudo com base em dados secundários e informações disponíveis na internet, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as correlações estabelecidas entre os indicadores identificando o valor de r , o valor de p e o número de municípios envolvidos.

Construída a matriz de correlação de Pearson, que identificou correlação com todos os indicadores, exceto os indicadores referentes ao gasto *per capita* com saúde e receita própria líquida (RPL). A correlação entre a taxa de mortalidade infantil e de leito por habitante foi inversamente proporcional, sendo estatisticamente significativa ($r = -0,224$) ao nível de significância de 0,05.

Apresentaram correlação mais significativa, com intensidade positiva forte (BARBETTA, 2008), os indicadores receita própria líquida e a densidade demográfica, com valor de r igual a 0,875. O mesmo indicador de receita apresentou, também, correlação com o indicador relativo a arrecadação de IPTU per capita ($r = 0,706$). Na mesma intensidade observou-se correlação entre IPTU per capita e densidade demográfica, com valor de $r = 0,704$. Todos estatisticamente significativos ao nível de 5%.

Tabela 1 - Matriz de Correlação de Pearson dos indicadores selecionados. Espírito Santo, 2008-2009.

| | | Correlações | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------------|----------------|------------------------------|----------------|-------------------------------|
| | | Func. Adm. Direta Municipal p/ Hab. | Gastos per capita Ens. Fundamental | Gasto per capita - Função Saúde | Dens. Demográfica | IPTU per capita | Taxas p/ Hab. | Taxa de Mortalidade Infantil | Leitos p/ Hab. | Receita Própria Líquida (RPL) |
| Func. Adm. Direta Municipal p/ Hab. | Correlação | 1 | 0,527** | 0,675** | -0,187 | 0,115 | 0,049 | -0,094 | -0,032 | -0,171 |
| | p- valor | | 0,000 | 0,000 | 0,102 | 0,322 | 0,677 | 0,412 | 0,784 | 0,140 |
| Gastos per capita - Ens. Fundamental | Correlação | 0,527** | 1 | 0,526** | -0,072 | 0,125 | 0,085 | -0,059 | -0,060 | -0,005 |
| | p- valor | 0,000 | | 0,000 | 0,537 | 0,281 | 0,463 | 0,614 | 0,607 | 0,966 |
| Gasto per capita Função Saúde | Correlação | 0,675** | 0,526** | 1 | -0,057 | 0,166 | 0,128 | -0,131 | -0,058 | 0,016 |
| | p- valor | 0,000 | 0,000 | | 0,622 | 0,153 | 0,272 | 0,260 | 0,616 | 0,888 |
| Dens. Demográfica | Correlação | -0,187 | -0,072 | -0,057 | 1 | 0,704** | 0,582** | -0,063 | 0,214 | 0,875** |
| | p- valor | 0,102 | 0,537 | 0,622 | | 0,000 | 0,000 | 0,583 | 0,060 | 0,000 |
| IPTU per capita | Correlação | 0,115 | 0,125 | 0,166 | 0,704** | 1 | ,668** | 0,045 | 0,216 | 0,706** |
| | p- valor | 0,322 | 0,281 | 0,153 | 0,000 | | 0,000 | 0,697 | 0,061 | 0,000 |
| Taxas p/ Hab. | Correlação | 0,049 | 0,085 | 0,128 | 0,582** | 0,668** | 1 | -0,118 | 0,190 | 0,567** |
| | p- valor | 0,677 | ,463 | ,272 | ,000 | ,000 | | 0,312 | 0,100 | 0,000 |
| Taxa de Mortalidade Infantil | Correlação | -0,094 | -0,059 | -0,131 | -0,063 | 0,045 | -0,118 | 1 | -0,224* | -0,115 |
| | p- valor | 0,412 | 0,614 | 0,260 | 0,583 | 0,697 | 0,312 | | 0,049 | 0,322 |
| Leitos p/ Hab. | Correlação | -0,032 | -0,060 | -0,058 | 0,214 | 0,216 | 0,190 | -0,224* | 1 | 0,228* |
| | p- valor | 0,784 | 0,607 | 0,616 | 0,060 | 0,061 | 0,100 | 0,049 | | 0,048 |
| Receita Própria Líquida (RPL) | Correlação | -0,171 | -0,005 | 0,016 | 0,875** | 0,706** | 0,567** | -0,115 | 0,228* | 1 |
| | p- valor | 0,140 | 0,966 | 0,888 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,322 | 0,048 | |

** Correlação significativa ao nível de 0,01.

* Correlação significativa ao nível de 0,05.

Para sintetizar as diferentes situações dos municípios o conjunto inicial de 9 indicadores foi reduzido a 3 fatores, após aplicação da técnica de Análise dos Componentes Principais. Os quais apresentaram cumulativamente 73% de variância total. A técnica de análise fatorial mostrou-se bem ajustada a aplicação dos testes de Bartlett, indicando valor superior a 0,5 (0,727), e Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Samplin (KMO) com significância de 1% (valor de $p < 0,0001$).

Para cada um dos três componentes gerados pela análise fatorial foi estabelecido um nome, de acordo com a significância dos dados e associação dos indicadores. Assim, o fator 1 foi identificado como Capacidade de Arrecadação por ter apresentado maior relevância (cargas positivas) entre os indicadores de Receita Própria Líquida (RPL), Densidade Demográfica, IPTU *per capita* e percentual de Taxas por habitante. No fator 2, nomeado de Capacidade de Investimento nos Setores Sociais os indicadores referentes aos Funcionários da Administração Pública Municipal, Gastos *per capita* na Função Saúde e Gasto *per capita* com Ensino Fundamental apresentaram grau de associação significativa. O terceiro e último fator foi nomeado de Capacidade do Setor Saúde por apresentar maior carga negativa na proporção de Leitos por habitante e carga positiva na Taxa de Mortalidade Infantil. As cargas dos componentes principais relativos aos três fatores estão apresentadas na Tabela 2.

Diante dos resultados encontrados foram estabelecidos *scores*, ou seja, valores para cada unidade experimental no novo fator (SZWARCOWALD et al, 1997) aos quais atribuiu-se que quanto maior o *score* maior a representatividade no fator gerado. Dessa forma, foram classificados os fatores em quatro categorias, a saber: a) ≤ -2 Muito Baixo, ilustrada na cor vermelha; > -2 e ≤ 0 Baixo, ilustrada na coloração laranja; > 0 e ≤ 2 Alto, identificada através da cor amarelo claro; > 2 Muito Alto, de cor amarelo forte.

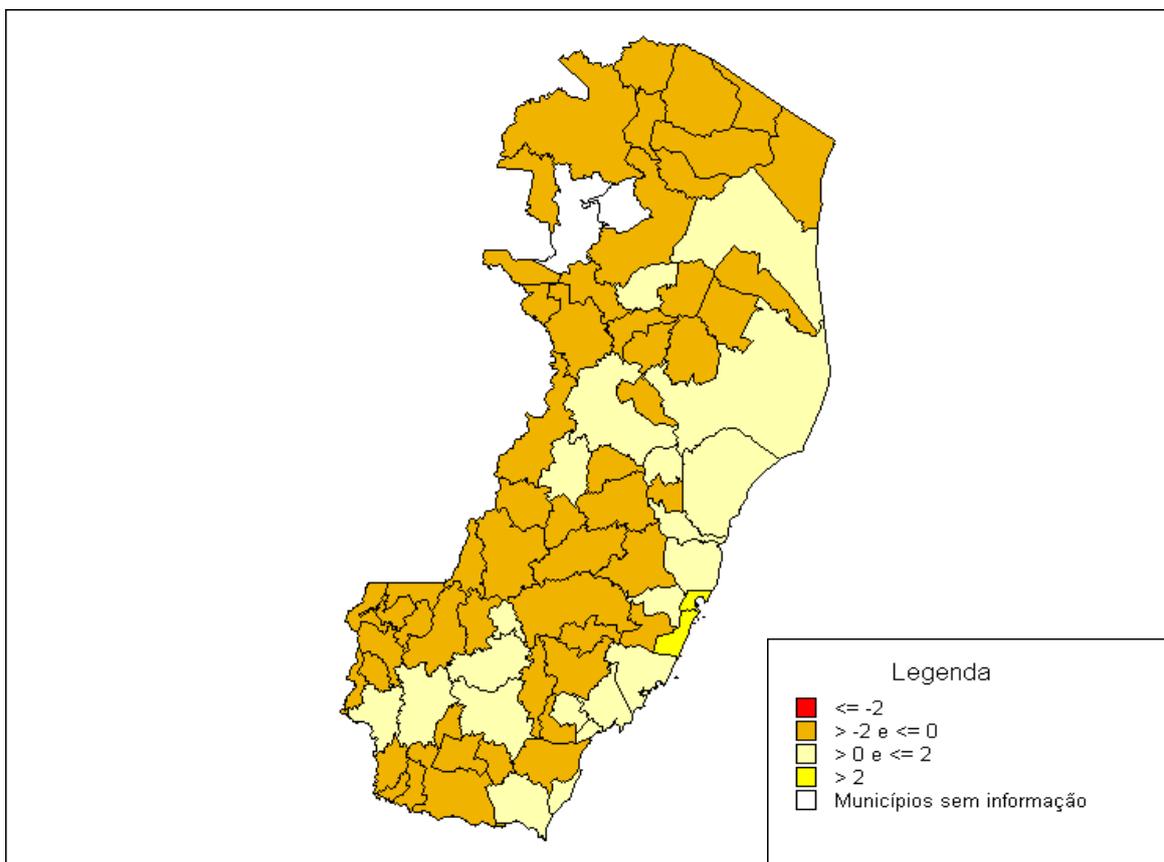
Tabela 2 – Matriz das Cargas dos Fatores Gerados. Espírito Santo, 2008-2009

| Indicador | Carga | | |
|---|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | Capacidade de Arrecadação | Capacidade de Gasto Social | Capacidade do Setor Saúde |
| 1. Funcionários da Administração Direta Municipal por Habitante | -0,037 | 0,878 | -0,014 |
| 2. Gastos <i>per capita</i> - Ensino Fundamental | 0,059 | 0,782 | 0,088 |
| 3. Gastos <i>per capita</i> - Saúde | 0,098 | 0,864 | 0,016 |
| 4. Densidade Demográfica | 0,898 | -0,190 | 0,091 |
| 5. IPTU <i>per capita</i> | 0,872 | 0,130 | 0,207 |
| 6. Taxas por habitantes | 0,792 | 0,102 | 0,041 |
| 7. Taxa de Mortalidade Infantil | -0,142 | -0,162 | 0,820 |
| 8. Leitos por Habitante | 0,351 | -0,085 | -0,654 |
| 9. Receita Própria Líquida (RPL) | 0,903 | -0,127 | 0,049 |

A identificação da carga dos indicadores possibilitou a construção de mapas específicos para cada índice sintetizador. No mapa relativo ao fator de Capacidade de Arrecadação (Figura 1) observa-se a ausência de municípios inseridos na categoria “Muito Baixo” e distribuição percentual do território de: 69,3% com baixa arrecadação, 25,7% possui alta arrecadação e 2,5% dos municípios, arrecadação na categoria “Muita Alta”. O mesmo percentual, 2,5%, é relativo a municípios com ausência de informações.

Em um universo de 78 municípios, 20 possuem alta capacidade de arrecadação. 11 se situam na região metropolitana e 06 na região sul. O mapa da divisão regional do Espírito Santo está no anexo A. Destacam-se também na região metropolitana, dois municípios, Vitória e Vila Velha, com *scores* pertencentes à categoria de “Muito Alta” arrecadação. Além disso, na região norte apenas o município de São Mateus apresenta *score* diferenciado com alta Capacidade de Arrecadação nos indicadores já mencionados e discutidos neste estudo.

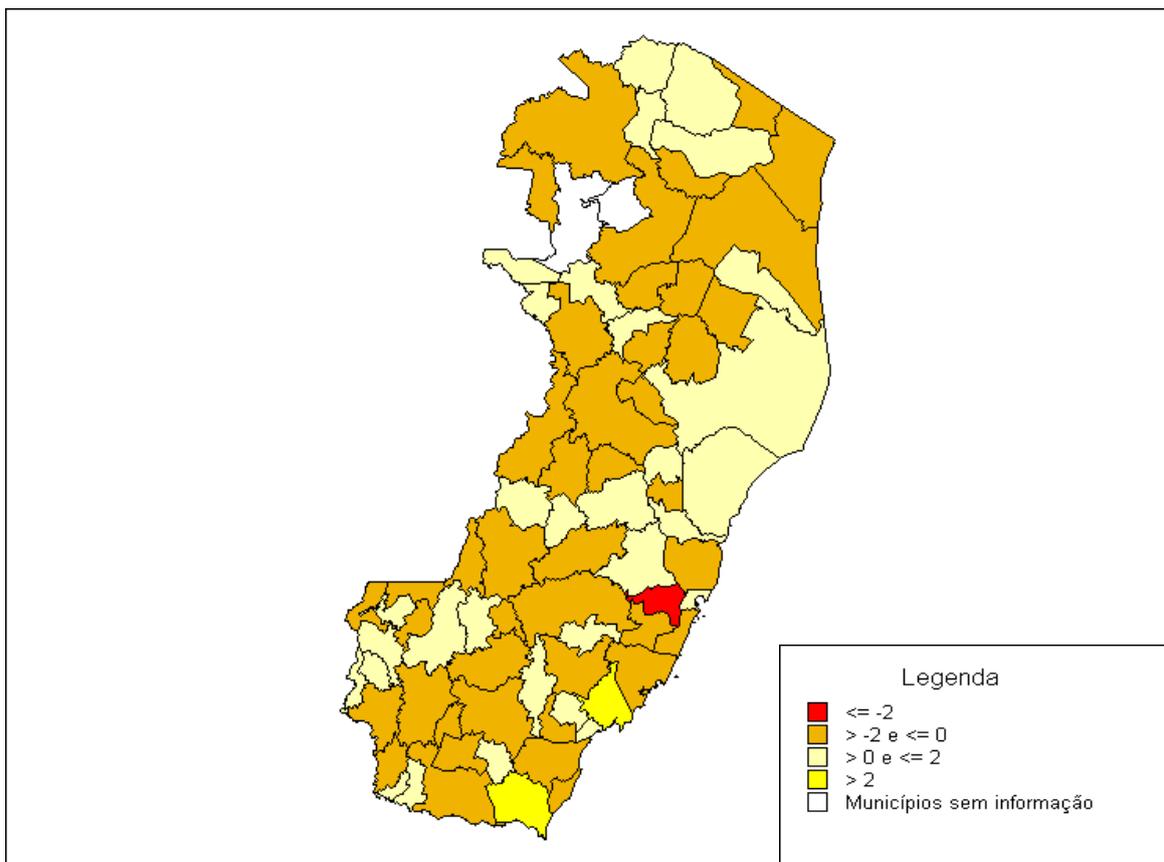
Figura 1 – Fator 1: Capacidade de Arrecadação



A Figura 2 é representativa da Capacidade de Gasto Social e possui na categoria “muito baixo” o município da região metropolitana denominado de Cariacica. Para este fator os municípios de Anchieta e Presidente Kennedy encontram-se na categoria “muito alto”. Ressalta-se que mais da metade dos municípios deste estado, 54%, estão configurados com baixa Capacidade de Gasto Social e estão mais concentrados na região metropolitana (42%) e na região sul (41%), seguidos das regiões norte (37,5%) e noroeste (26,7%)¹¹.

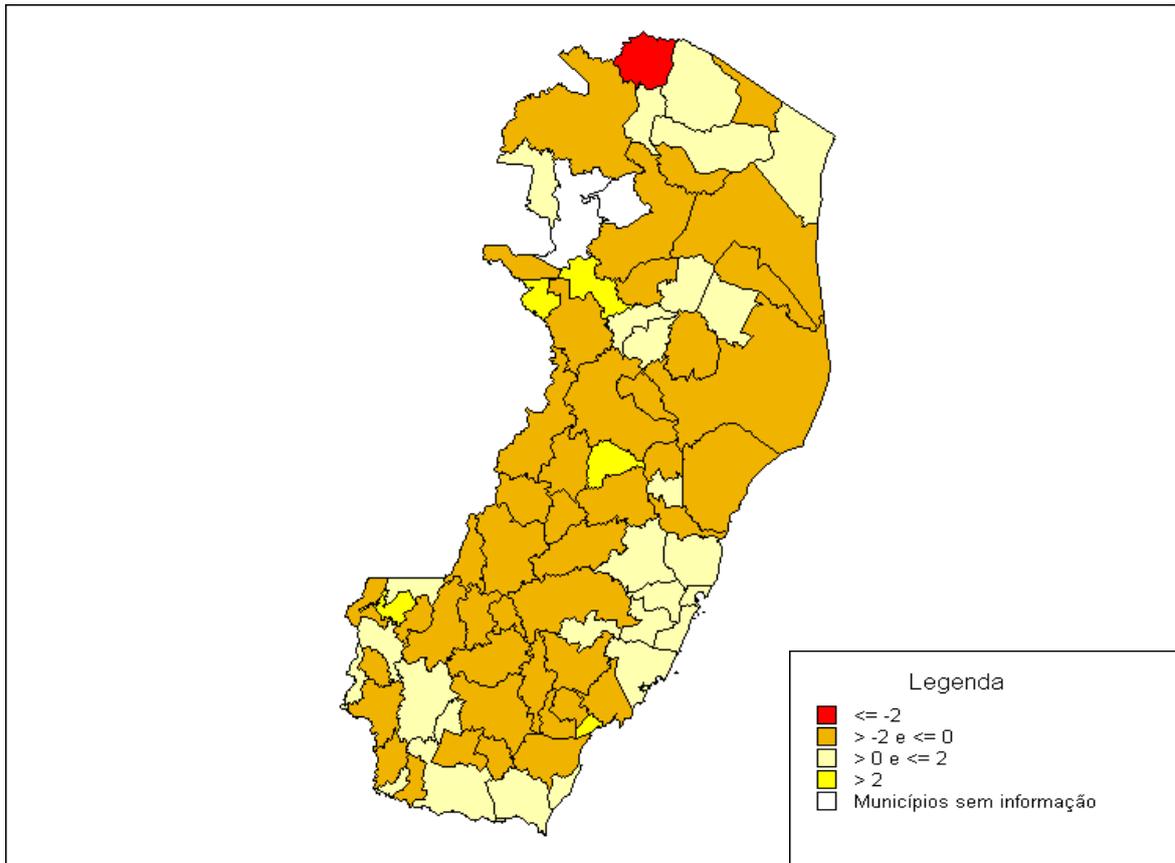
¹¹ Para os cálculos da região Noroeste foram contabilizados apenas os municípios que apresentaram informações. Logo, excluíram-se no cálculo das porcentagens os municípios de Barra de São Francisco e Vila Pavão.

Figura 2 – Fator 2: Capacidade de Gasto Social (Saúde e Educação). Espírito Santo



No que se refere ao terceiro fator o município da região Norte, Mucurici, possui muito baixa Capacidade em Saúde. Cinco municípios apresentam muito alta capacidade nestes setores. Dois situados na região Metropolitana, Piumá e São Roque de Canaã; dois na região Noroeste: Alto Rio Novo e Águia Branca e um situado na região Sul, Irupi. 43% do total dos municípios estão dispostos na categoria de baixa capacidade no setor saúde. Esta porcentagem está distribuída da seguinte maneira: 60% na região noroeste, 59% na região sul, 58% na região metropolitana e 37,5% na região norte.

Figura 3 – Fator 3: Capacidade em Saúde



A divisão dos 78 municípios em cada categoria gerada está representada no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos municípios por fator gerado. Estado do Espírito Santo.

| Categoria | Capacidade de Arrecadação | | Capacidade de gasto social | | Capacidade em Saúde | |
|--------------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Muito Baixo | Município | | | | | |
| | | | Cariacica | | Mucurici | |
| Baixo | Afonso Cláudio | Mantemópolis | Afonso Cláudio | Rio Bananal | Afonso Cláudio | Itaguaçu |
| | Águia Branca | Marechal Floriano | Água Doce do Norte | Rio Novo do Sul | Alfredo Chaves | São Gabriel da Palha |
| | Água Doce do Norte | Marilândia | Alfredo Chaves | Santa Maria de Jetibá | Baixo Guandu | São Mateus |
| | Alfredo Chaves | Mimoso do Sul | Baixo Guandu | São José do Calçado | Boa Esperança | Venda Nova do Imigrante |
| | Alto Rio Novo | Montanha | Boa Esperança | São Roque do Canaã | Brejetuba | Apiacá |
| | Apiacá | Mucurici | Brejetuba | Sooretama | Domingos Martins | Atilio Vivacqua |
| | Atilio Vivacqua | Muniz Freire | Conceição da Barra | Viana | Ecoporanga | Conceição do Castelo |
| | Baixo Guandu | Muqui | Domingos Martins | Vila Valério | Itapemirim | Divino de São Lourenço |
| | Boa Esperança | Nova Venécia | Ecoporanga | Alegre | Iúna | Itarana |
| | Bom Jesus do Norte | Pancas | Governador Lindenberg | Cachoeiro de Itapemirim | Marilândia | Jaguare |
| | Brejetuba | Pedro Canário | Ibatiba | Castelo | Muqui | Laranja da Terra |
| | Conceição da Barra | Pinheiros | Ibiraçu | Colatina | Nova Venécia | Mantemópolis |
| | Conceição do Castelo | Ponto Belo | Itapemirim | Guaçuí | Pancas | Muniz Freire |
| | Divino de São Lourenço | Rio Bananal | Iúna | Guarapari | Pedro Canário | Santa Teresa |
| | Domingos Martins | Rio Novo do Sul | Jerônimo Monteiro | Itaguaçu | Rio Bananal | Vargem Alta |
| | Dores do Rio Preto | Santa Leopoldina | Marilândia | Marataízes | Rio Novo do Sul | Aracruz |
| | Ecoporanga | Santa Maria de Jetibá | Mimoso do Sul | São Gabriel da Palha | Santa Maria de Jetibá | Fundão |
| | Governador Lindenberg | Santa Teresa | Muqui | São Mateus | São José do Calçado | Iconha |
| | Ibatiba | São Domingos do Norte | Nova Venécia | Serra | Cachoeiro de Itapemirim | João Neiva |
| | Ibiraçu | São José do Calçado | Pancas | Venda Nova do Imigrante | Castelo | Linhares |
| | Ibitirama | São Roque do Canaã | Pedro Canário | Vila Velha | Colatina | Anchieta |
| | Irupi | Sooretama | | | Guaçuí | |
| | Itapemirim | Vargem Alta | | | | |
| | Itarana | Viana | | | | |
| | Iúna | Vila Valério | | | | |
| | Jaguare | | | | | |
| | Jerônimo Monteiro | Laranja da Terra | | | | |

| Categoria | Capacidade de Arrecadação | | Capacidade de gasto social | | Capacidade em Saúde | |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | Município | | | | | |
| Alto | Alegre | Itaguaçu | Água Branca | Mucurici | Cariacica | Serra |
| | Anchieta | João Neiva | Alto Rio Novo | Muniz Freire | Água Doce do Norte | Vila Velha |
| | Aracruz | Linhares | Apiacá | Pinheiros | Conceição da Barra | Bom Jesus do Norte |
| | Cachoeiro de Itapemirim | Marataízes | Atilio Vivacqua | Ponto Belo | Governador Lindenberg | Dores do Rio Preto |
| | Cariacica | Piúma | Bom Jesus do Norte | Santa Leopoldina | Ibatiba | Ibitirama |
| | Castelo | Presidente Kennedy | Conceição do Castelo | Santa Teresa | Ibiraçu | Marechal Floriano |
| | Colatina | São Gabriel da Palha | Divino de São Lourenço | São Domingos do Norte | Jerônimo Monteiro | Montanha |
| | Fundão | São Mateus | Dores do Rio Preto | Vargem Alta | Mimoso do Sul | Pinheiros |
| | Guaçuí | Serra | Ibitirama | Aracruz | Sooretama | Ponto Belo |
| | Guarapari | Venda Nova do Imigrante | Irupi | Fundão | Viana | Santa Leopoldina |
| | Iconha | | Itarana | Iconha | Vila Valério | São Domingos do Norte |
| | | | Jaguaré | João Neiva | Alegre | Vitória |
| Laranja da Terra | | | Linhares | Guarapari | Presidente Kennedy | |
| Mantenópolis | | | Piúma | Marataízes | | |
| Marechal Floriano | | | Vitória | | | |
| Montanha | | | | | | |
| Muito Alto | Vila Velha | | Anchieta | | São Roque do Canaã | Irupi |
| | Vitória | | Presidente Kennedy | | Água Branca | Piúma |
| | | | | | Alto Rio Novo | |
| Ausência de dados | Barra de São Francisco | | Barra de São Francisco | | Barra de São Francisco | |
| | Vila Pavão | | Vila Pavão | | Vila Pavão | |

DISCUSSÃO

O porte populacional é, correntemente, o principal atributo para a classificação dos municípios e o IDH, um indicador de grande aceitação e poder de comparação. Todavia, eles não foram utilizados na análise estatística, neste estudo, e agora integram o processo de análise de dados, por serem imprescindíveis à análise de capacidades e fornecerem uma compreensão mais geral e global dos fatos estudados.

Paralelamente, buscou-se levar em conta as capacidades e responsabilidades típicas dos municípios, como saúde e educação, sobretudo o ensino fundamental. Sobre a estruturação tributária à luz do SUS Lima e Andrade (2009) reforçam a necessidade de compreender as condições de financiamento e a “forma como se estruturam a divisão das competências tributárias e os dispositivos constitucionais que determinam a partilha fiscal obrigatória” entre as esferas, em especial para os municípios.

A estrutura tributária municipal compreende impostos de arrecadação própria e os arrecadados por outras esferas de governo e repassados ao município, a cobrança de taxas e tributos e, ainda, as transferências intergovernamentais constitucionais ou destinadas a certas áreas de políticas públicas.

Os impostos de arrecadação própria congregam o Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), o Imposto sobre transmissão *inter vivos* de bens e imóveis e de direitos reais a ele relativos (ITBI)¹² e o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS ou ISQN). Desses o “ISS é, ao lado do IPTU, o imposto de maior potencial tributário nas finanças municipais, mas favorece, sobretudo, as unidades com diversidade econômica em condições de oferecer maior volume de serviços” (LOPREATO; PAIVA, 2001).

Logo, tem-se como hipótese que sua arrecadação será tanto maior, quanto maior forem o porte e a riqueza do município, o que infere um parque produtivo mais desenvolvido, caracterizando, um potencial para a arrecadação de ISQN. Porém, Lopreato e Paiva (2001) alertam que o mesmo padrão não se configura para municípios de menor porte.

¹² De acordo com o Artigo 156 da CF de 1988 somente a transmissão onerosa, de Bens Imóveis como Compra e Venda, por aquisição e incorporação, e ainda a transmissão real de direito sobre imóvel, pertencem aos municípios.

A taxa compreende, em geral, taxas por serviços e taxas de poder de polícia, compõe parcela significativa na obtenção da receita corrente municipal. Mas, Lima e Andrade (2009) afirmam que, em média, a principal fonte dessas receitas são as transferências entre níveis de governo, através dos repasses relativos à cobrança do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) e o Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

Ao analisar os resultados obtidos com o índice sintetizador de capacidades de arrecadação, verificamos a ocorrência de uma correlação direta e positiva, a qual indica que em municípios onde a receita própria líquida (RPL) é elevada, são igualmente elevados: densidade demográfica, IPTU *per capita* e proporção de taxas. Evidência corroborada quando se compreende que Receita Própria Líquida é Receita Total Municipal menos as Operações de Crédito (LOPREATO; PAIVA, 2001). Enquanto a Receita Própria “*representa o montante arrecadado pela administração municipal às custas de tributos de sua competência e cuja arrecadação depende da equipe de fiscalização e processamento de tributos deste nível de governo*” (FRANZESE, 2005, p. 23).

Nesse sentido, espera-se que um município com alta densidade demográfica e grande porte populacional, possua arrecadações mais elevadas. Para Pinto, 2005 dentre os fatores que afetam o orçamento de um município estão a composição da base econômica, o tamanho da população e o fato de ser ou não a capital do estado, além das transferências de recursos entre níveis governos.

Afonso e Araujo (2001) mencionam ainda que o incremento das receitas municipais, sobretudo nos municípios de pequeno porte, transcende a realidade de aumento das transferências intergovernamentais e tem na cobrança de impostos e taxas uma estratégia de arrecadação interessante, a qual era inexistente há algumas décadas. Essa afirmativa vai ao encontro do resultado desse estudo no tocante ao indicador referente à proporção de taxas por habitantes, já discutido, que também apresentou grande significância neste fator, de Capacidade de Arrecadação.

Igualmente, como fonte de arrecadação tributária municipal, o imposto sobre a propriedade imobiliária urbana (IPTU) mostra-se como o responsável pela maior parcela de

arrecadação própria, conforme visto nos estudos realizados por Franzese (2005) e Afonso e Araújo (2001).

Os municípios que apresentaram estas características na categoria de relação “Muito Alta” são Vitória, capital do estado, e Vila Velha, município localizado na região metropolitana. Ambas as cidades com mais de 200.000 habitantes, sendo Vila Velha a cidade de maior porte¹³ do estado, com 413.547 habitantes. Os dois municípios também apresentam os melhores valores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹⁴, 0,856 e 0,817 respectivamente.

Para Torres, Ferreira e Dini (2003) a medida deste índice, lançada nos anos 90, tornou-se a mais conhecida medida de desenvolvimento e propõe-se a sintetizar em um único indicador as dimensões de renda, longevidade e escolaridade. Para estes autores, esta medida é mais representativa, pois incorpora questões sociais e de qualidade de vida e não apenas de renda como é o caso do PIB per capita. Tanto é que, para uma análise isolada do PIB *per capita*¹⁵ num ranqueamento dos 78 municípios capixabas, a capital Vitória, ocupa o 2º melhor PIB per capita; já a cidade de Vila Velha está na 22ª posição, muito distante, inclusive de municípios de pequeno porte, como Presidente Kennedy com 10.907 habitantes.

Ressalta-se que o município de Anchieta, com população de 20.228 habitantes em 2009, é identificado na análise fatorial, para o fator relacionado à capacidade de arrecadação, na categoria ‘Alta’. Anchieta ocupa o primeiro lugar no percentual de arrecadação do ISQN (Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza) e no PIB per capita. Tais indicadores possibilitam uma aproximação indireta ao parque industrial deste município, fator evidenciado pela 5ª posição ocupada no ranqueamento de municípios referente ao Valor Adicionado Bruto da Indústria. Esta variável, de acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (2009), é gerada a partir do produto interno bruto municipal e tem como objetivo verificar o perfil da produção do município, de acordo com o setor de atividade e o peso da produção. Neste estudo, o valor adicionado é referente ao ano de 2008.

¹³ O porte do município leva em conta o tamanho da população, cujo dado foi extraído do IBGE e refere-se ao ano de 2009.

¹⁴ O valor utilizado como referência do IDH municipal foi extraído do IBGE e refere-se ao ano de 2000.

¹⁵ IBGE, 2008

Destaca-se ainda, a arrecadação referente à cota dos royalties de petróleo¹⁶ para o município de Linhares, município da região metropolitana que possui grande extensão territorial e densidade demográfica de 38 habitantes por km², em 2008. Este município, na categoria “Alta” para índice de capacidades de arrecadação, também apresenta uma elevada arrecadação com os *royalties*, ocupando o primeiro lugar no ranqueamento dos municípios e faturando, com este benefício, cinco vezes mais do que a capital do estado.

A tabela 3 apresenta a distribuição de alguns municípios do Estado do Espírito Santo quanto aos atributos mencionados.

Tabela 3 – Distribuição dos municípios quanto ao porte, IDHM e arrecadação tributária. Espírito Santo, 2008-2009

| | Porte | | PIB <i>per capita</i> 2008 | | IDHM 2000 | | ISQN <i>per capita</i> 2008 | | Cota Parte Royalties Petróleo | |
|--------------------|-----------|---------------|----------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| | Pop. 2009 | Classificação | | Classificação | | Classificação | | Classificação | | Classificação |
| Vila Velha | 413547 | 1 | 11847,69 | 22 | 0,817 | 2 | 162,61 | 7 | 0 | 28 |
| Cariacica | 365860 | 3 | 8545,58 | 44 | 0,750 | 24 | 87,13 | 17 | 1019704,16 | 10 |
| Vitória | 320153 | 4 | 60591,85 | 2 | 0,856 | 1 | 707,75 | 2 | 7072156,68 | 4 |
| Linhares | 132662 | 6 | 16141,96 | 12 | 0,757 | 19 | 373,03 | 4 | 36740259,94 | 1 |
| Aracruz | 78662 | 10 | 32317,14 | 4 | 0,772 | 11 | 379,69 | 3 | 0 | 66 |
| Anchieta | 20228 | 34 | 63371,86 | 1 | 0,785 | 6 | 1270,66 | 1 | 0 | 68 |
| Iconha | 11899 | 52 | 11439,82 | 24 | 0,790 | 3 | 56,15 | 24 | 0 | 57 |
| Presidente Kennedy | 10907 | 60 | 58664,42 | 3 | 0,674 | 74 | 92,45 | 15 | 3178644,16 | 7 |
| Mucurici | 5915 | 77 | 8237,64 | 48 | 0,679 | 72 | 46,25 | 28 | 604870,4 | 19 |

No que se refere ao fator relacionado à capacidade de gasto social destaca-se o município de Cariacica, por pertencer a categoria “Muito Baixo” e ser um município de grande porte, o terceiro com a maior população do estado. Ressalto-se ainda que neste índice apresentaram significância os indicadores referentes ao gasto *per capita* com ensino fundamental e na função saúde.

A CF de 1988 estabelece a educação como um direito de todos e dever do estado e declara a esfera municipal a autoridade responsável pela oferta de escolas e recursos vinculados

¹⁶ Parcela do valor do Royalty previsto no contrato de concessão, que representar 5% da produção correspondente ao montante mínimo e distribuído segundo os critérios previstos da Lei n. 7.990, de 28 de dezembro de 1989. (Art. 48, Lei Nº 9.478, 6 de Agosto de 1997)

a educação fundamental (ARELARO, 2005). Assim, reflete-se sobre a efetividade das ações que contemplam os deveres dos municípios. A educação é um bem fundamental, assim como a saúde, e se a capacidade de investimento nos serviços básicos nestes setores é precária, supõe-se o mesmo destino à vigilância sanitária, campo da saúde tratado marginalmente pelos gestores públicos, ainda que vários esforços venham sendo feitos na tentativa de qualificar as ações de vigilância sanitária devido a importância de se reduzir o risco sanitário.

Por outro lado, municípios como o de Presidente Kennedy, com quase 11.000 habitantes, e Anchieta, com um pouco mais de 20.000 habitantes, ambas esferas representativas de pequeno porte são destaques na categoria “Muito Alto”. Tal fato corrobora com a heterogeneidade destacada inicialmente neste estudo e reforça o indicativo de que o porte não deve ser usado como critério exclusivo para estudos sobre as capacidades locais. A associação de outros fatores e indicadores que possibilitem a contextualização local amplia tal compreensão, reforçando que a busca por medidas e critérios que cada vez mais sintetizem realidades de forma mais precisa, deve estar em constante reflexão e aprimoramento.

O índice referente às capacidades em saúde apresentou significância inversa, na qual quanto maior o número de leitos, menor a taxa de mortalidade infantil. Dessa forma, a indicação na categoria “Muito Baixo” possui inclinação positiva. Assim, destacam-se os municípios de Mucurici, seguido de municípios como Iconha, Anchieta, Aracruz e Linhares.

Em uma análise comparada entre os fatores 2 e 3, relativos a investimentos e ao setor saúde, observa-se que um quantitativo adequado de número de leitos implica em investimentos suficientes em saúde, haja vista que os municípios com padrões elevados para o segundo fator, apresentaram relação positiva com o terceiro fator. Contudo, o município de Vitória, inscrita na categoria “Alta” para as capacidades de investimento, apresentou tendência negativa para as capacidades do setor saúde.

Os dados e fatos aqui destacados direcionam a uma perspectiva acerca da vigilância sanitária, uma vez que este singular setor da saúde apresenta caráter duplo: inserida numa política de bem estar social e de mercado. (LUCCHESI, 2010). O que identifica uma compatibilidade com as políticas públicas de mercado. Além disso, a vigilância sanitária, por sua singularidade, tem atuação em campos diversos, sobretudo o econômico.

A apresentação dos resultados e análise dos fatores gerados para este estudo permitem uma *proxy* às ações típicas da vigilância sanitária altamente ligadas às capacidades de arrecadação, investimento e de saúde. Coven (2010) afirma em sua observação da diversidade dos municípios, sobretudo em relação ao porte e suas esperadas capacidades, em recente artigo de debate, que mesmo os municípios de grande porte e as capitais nem sempre executam as ações de suas responsabilidades, ainda que disponham de maiores aportes financeiros do que os municípios menores

A afirmativa de Coven, aqui destacada, corrobora o estudo realizado em 2005 por Piovesan et al, acerca da vigilância sanitária nos contextos locais. A pesquisa realizada em oito municípios do estado da Paraíba aponta que 100% dos serviços de vigilância sanitária analisados não possuíam infraestrutura de suporte para a fiscalização. De fato, para muitos, a fiscalização é o “carro chefe” da vigilância sanitária, todavia suas ações não se restringem a atuação de sanções, muitas vezes desconhecidas pela própria equipe de vigilância sanitária, conforme apontado na mesma pesquisa, a qual revela que 62,5% das equipes desconheciam as atribuições legais da VISA. Muitos destes, apesar de terem assumido o compromisso com ações menos complexas de vigilância sanitária, não contavam com uma estrutura de vigilância sanitária.

De fato, muitos desconhecem integralmente o papel da vigilância e seu extenso leque de atuação. Circulando na comunidade apenas a ideal da ação policialesca de caráter pejorativo para a economia local e responsável pelo fechamento de estabelecimentos comerciais. Ainda que no campo de ações da VISA estejam inclusas atividade de educação, informação e prevenção da saúde a aplicação de sanções adequadas ainda é necessária pois

a população conta, principalmente, com a intervenção do Estado para a sua proteção, devido a realidade de boa parte dos municípios brasileiros – cujas relações sociais, econômicas e políticas envolvem práticas clientelistas e patrimonialistas, pouca participação social nos processos decisórios, baixa escolaridade, pouca informação, restrita capacidade de escolha e incipiente responsabilidade pública dos que produzem comercializam e prestam serviços (PIOVESAN et al, 2005)

Ressalta-se, ainda a importância de investimentos em recursos humanos para a vigilância sanitária, no que tange à instrução e a qualidade do vínculo desses profissionais. Cohen, Moura e Tomazelli (2004) apontam que a falta de vínculo ocasionada pela rotatividade dos profissionais, sobretudo devido ao fato desses trabalhadores não pertencerem a um quadro

efetivo, causa descontinuidade do trabalho. Esta pesquisa avaliou ainda que 18% dos profissionais nos municípios que, na época, se encontravam habilitados na gestão plena do sistema de saúde, no estado do Rio de Janeiro, não possuíam ensino superior.

O índice sintetizador referente a capacidades de gasto social revela quais municípios e a sua categoria de relação (“Muita Alta”, “Alta”, “Baixa” ou “Muito Baixa”) com os indicadores que apresentaram significância estatística. Dentre eles, assume importância a porcentagem de funcionários da administração direta municipal por habitante.

Dessa forma, percebe-se que os fatores gerados são relevantes à luz da vigilância sanitária e importantes para a reflexão do processo de descentralização em nível municipal. Diverso ainda é o campo de particularidades a serem pensadas e discutidas. Conforme Lucchese (2010) o debate acerca da descentralização da visa não pode ficar restrito ao âmbito da função política. Como foi destacado aqui, aspectos econômicos, administrativos e relativos à educação e à saúde são inerentes a esta reflexão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de apontar que as diferentes capacidades municipais devem ser consideradas no processo de descentralização da vigilância sanitária mobilizou a elaboração deste estudo. De um lado, Parada (2010) apontou a tendência ao esgotamento do atual padrão de negociação das três esferas de gestão do SUS. E esse modelo parece mesmo estar se esgotando na medida em que, cada vez mais, as políticas de saúde de corte mais cooperativo - os consórcios, por exemplo, mesmo implementadas predominantemente pelos municípios - não prescindem da participação dos Prefeitos e da representação do estado. Se isso é verdade para o cuidado à saúde das pessoas, que dirá para a vigilância sanitária, cuja ação repercute fora do âmbito do setor saúde?

Um segundo ponto diz respeito às particularidades da vigilância sanitária, sobretudo relacionadas ao seu processo tardio de descentralização. Tardio, em relação à vigilância epidemiológica que, segundo De Seta (2007; 2010), iniciou a construção de seu sistema nacional com base estadual, inclusive com co-financiamento por essa esfera. A vigilância sanitária, por sua vez, começa a construção descentralizada de seu sistema já na federação singular, de três federados, heterogênea estrutural e funcionalmente, de administração pública municipal majoritariamente frágil.

Buscou-se, então, enfatizar que a compreensão e o estudo da vigilância sanitária, bem como as propostas para sua descentralização e financiamento que, no futuro, talvez requeiram redirecionamento, transcendem o setor saúde em sentido estrito e congregam aspectos relacionados às políticas de mercado, como também, às de administração de bens, pessoas e recursos e as condições de vida em sentido mais amplo, que estão no condicionamento/determinação da qualidade de vida.

Por isso, o uso de indicadores, como os do campo da administração pública, para a verificação das capacidades municipais. Se o ente federado tem atribuições típicas no campo da Educação Básica, é muito provável que haja um círculo virtuoso entre boa máquina pública, bom desempenho escolar e boa capacidade para a realização de ações típicas de vigilância

sanitária. Essa é a hipótese subjacente a esse estudo que, todavia, funcionou como pressuposto, à medida que não foi testada.

Além disso, a singularidade da vigilância sanitária é destacada por Rozenfeld e Costa (2000) como “a forma mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas medico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde”. Entre as limitações mencionam-se o fato de o estudo direcionar seu interesse na vigilância sanitária e focar, apenas, as suas ações típicas, definindo-as como aquelas em que se usa dos poderes de emitir normas, fiscalizar e utilizar o poder de polícia administrativa. Nesse sentido, em relação à vigilância sanitária, tal como definida na Lei 8.080/90, ele é restritivo.

Apesar de o estudo não ter trabalhado com o número de estabelecimentos e empresas existentes nas localidades¹⁷ como uma aproximação direta ao parque produtivo municipal, procedeu-se a aproximações indiretas a este aspecto através de referências ao Imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS ou ISQN), o qual pode se caracterizar como uma *proxy* ao setor terciário da economia.

Da mesma forma, ainda que se tenha trabalhado com dados de pesquisas nacionalmente representativas, há na vigilância sanitária, assim como em outros setores da saúde, a dificuldade de se obter dados fidedignos, no que tange à situação de saúde e das visas locais. Porém, conforme Piovesan et al (2005) “*longe de se destacar pontualmente problemas de Vigilância Sanitária de um Estado e se encerrar na exposição de aspectos a serem aprimorados*”, este trabalho busca colaborar com a produção acadêmica neste campo, ainda tão limitada, sobretudo nos aspectos de confluência da gestão pública e da descentralização.

Ao mesmo tempo em que se sugere uma análise mais aprofundada, à parte, dos municípios da região metropolitana por suas particularidades e problemática na concentração de recursos e de demanda, destaca-se a existência do Fundo de Redução das Desigualdades, o qual parece permitir uma redistribuição de recursos financeiros para diminuição da

¹⁷ Existem limitações para uso dos dados referentes a empresas por localidades. Quando o número é igual a um, isso significa praticamente identificar a empresa. E esse dado passa a ter tratamento sigiloso pelo IBGE.

desigualdades, sobretudo nas áreas sociais. Nesse sentido, pode-se supor que essas seriam tão mais acentuadas na ausência deste fundo.

Verifica-se, ainda, na distribuição espacial dos fatores, representadas através de recursos cartográficos, a ausência de conglomerados referentes a cada fator, do que se poderia inferir acerca da existência de uma política, pelo menos de médio prazo, de redistribuição dos recursos financeiros nesse estado. A existência do Fundo de Redução das Desigualdades, criado em 2006, que repassa *royalties* a municípios não contemplados por direito a esse benefício, talvez não seja suficiente para explicar essa distribuição espacial dos fatores razoavelmente equilibrada.

A utilização isolada do porte na identificação de localidades com capacidade de executar ações de média e alta complexidade mostra-se pouco eficaz. A particularidade do estado capixaba na exploração do petróleo denota localidades de pequeno e médio porte e com maior capacidade de execução dessas ações, como o município de Anchieta, com um pouco mais de 20.000 habitantes, em 2009. Nesse sentido a análise referente ao porte, indispensável à compreensão e estudo das capacidades municipais, foi associada – e aqui se defende que seja sempre associada – a outros indicadores com a finalidade de contextualizar as informações, numa tentativa de maior aproximação às realidades locais.

Este estudo, através da utilização de indicadores, reafirma a especificidade da vigilância sanitária e a importância de se pensar nas heterogeneidades municipais no processo de descentralização dessas ações. Sendo tipicamente atividade da Administração Pública no campo da Saúde para proteção e redução de riscos, a vigilância sanitária não prescinde de um governo local minimamente capaz e estruturado.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 24, jun. p.41-67, 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2011.
- ABRUCIO, F. L. Reforma política e federalismo: desafios para a democratização brasileira. In: BENEVIDES, M. V.; KERCHE, F.; VANNUCHI, P. (Orgs.). **Reforma política e cidadania**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. p. 225-265, 2003.
- AFONSO, J. R.; ARAÚJO, E. A. **A capacidade de gastos dos municípios brasileiros : arrecadação própria e receita disponível**. Cadernos Adenauer, Rio de Janeiro, n. 4, p. 35-55, 2000.
- AFONSO, J.R.R; ARAÚJO, E.A. A capacidade de gasto dos municípios brasileiros: arrecadação própria e receita disponível. In: **Cadernos Adenauer 4: Os municípios e as eleições de 2000**. São Paulo: Fundação Konrad – Adenauer - Stiftung, p. 35-57, 2000.
- AGÊNCIA NACIONAL DO PETRÓLEO, GÁS NATURAL E BIOCOMBUSTÍVEL - ANP. Disponível em: <<http://www.anp.gov.br/?id=582#r>>. Acesso em 02 fev. 2011.
- AMARAL FILHO, J.. O quadrilátero do federalismo: uma contribuição para compreensão do federalismo imperfeito no Brasil. **Revista Econômica do Nordeste-REN**, Fortaleza, jul. 1998.
- ARELARO, L.R. O Ensino fundamental no Brasil: avanços, perplexidades e tendências. **Educação e Sociedade**. São Paulo. v. 26, n. 92. 1039-1066
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p. 331-345, 2003.
- BAPTISTA, T.W.F. **Políticas de Saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivos e legislativo no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 346p, 2003.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 7 ed., cap.13, 315p, 2008.
- BLOCH, R.A. **Democratização da gestão pública: a municipalização da saúde nos municípios brasileiros de pequeno porte e médio porte**. Dissertação (Mestrado) - Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 169 p, Rio de Janeiro, 1999.
- BOBBIO N. **Descentralização**. In: BOBBIO, N; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1 ed., v. 1, 1998.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Coleção Gestores – Para entender a gestão do SUS, 6, II Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas de 2000.

BRASIL. Lei 8.080, de 10 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lex**: Diário Oficial da União, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 . Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, 27 jan. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.565/GM, de 26 de agosto de 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, estabelece a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 06 de novembro de 1996: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. **Lex**: Diário Oficial da União, Brasília, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.473/GM, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 699/GM, de 30 de março de 2006b. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **Lex**: Diário Oficial da União, 23 dez. 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.283, de 10 de março de 1998. *Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos Municípios ao incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária.*

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.565, de 4 de maio de 1998. Considera qualificados os municípios já habilitados nos termos da NOB SUS 01/96, para receber recursos referentes ao incentivos às Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS 18, de 21 de janeiro de 1999. Inclui os componentes de tipo de prestador, tipo de atendimento e grupo de atendimento associados aos respectivos procedimentos, conforme especificado no Anexo I. **Lex:** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, Brasília, DF, n.19, p. 18-96, Seção 1, jan. 1999.

BRASIL. Ministério da Minas e Energia. Lei nº 9.478, de 6 de agosto de 1997. Dispõe sobre a política energética nacional, as atividades relativas ao monopólio do petróleo, institui o Conselho Nacional de Política Energética e a Agência Nacional do Petróleo e dá outras providências.

COHEN, Mirian Miranda; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 3, set. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2011.

COSTA, E.B., JANUZZI, H.B. **Pró- Gestão: Programa de gerenciamento intensivo de projetos do governo do Espírito Santo.** II Congresso Consad de Gestão Pública – Painel 29: a experiência dos escritórios de projetos. Brasília, 2009.

COVEM, Edna Maria. Descentralização das ações de vigilância sanitária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2011.

DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil. Informações de Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 18 mai. 2011.

DE SETA, M. H; DAIN, S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2011.

DE SETA, M.H. et al. A coordenação federativa na construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no Estado do Rio de Janeiro. In: **A Gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. cap. 5, p. 119-146, 2010.

DE SETA, M.H., REIS, L.G.C. As vigilâncias do campo da saúde, o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho. In: **Qualificação dos Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp. cap.7, p. 219-262, 2009

DE SETA, M.H., REIS, L.G.C.. **Estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias: evolução, componentes e atribuições**. In: _____. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, cap.8, p. 263- 328, 2009.

DE SETA, M.H.. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo** [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FERNANDES, L. A.; GOMES, J. M. M. Relatórios de pesquisa nas Ciências Sociais: características e modalidade de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 1º semestre 2003.

FERRARO, A.H.A; COSTA, E.A; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.. Imagem-objetivo para a descentralização da vigilância sanitária em nível municipal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2011.

FIORI, JL,. O federalismo diante do desafio da globalização. In: Affonso, R. B. A.; SILVA, P. L. B. (Org.). **A federação em perspectiva**. São Paulo: FUNDAP. p. 19-38., 1995.

FRANCESE, C. Municípios, Estados e União: três esferas de governo para o mesmo local [Dissertação] Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. 2005.

GT DO COMITÊ TRIPARTITE DE VISA- ANVISA/ CONASS/ CONASEMS – Categorização das ações de vigilância sanitária: minuta para discussão. Anvisa: Brasília; maio, 2005.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. **Multivariate data analysis: with readings**. 7.ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, 2009.

IBANEZ, N. [et al]. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro: v..11, n.3, p. 683-703, 2006.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Acesso em 30 de janeiro de 2011. Disponível em: www.ibge.gov.br.

KAIANO, J.; CALDAS, E.L.. **Indicadores para o Diálogo**. Texto de Apoio da Oficina 2. São Paulo: Série Indicadores, nº 8, 2002.

LIMA, Luciana Dias de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 jun. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009001000014.

LOPES, L.S.; TOYOSHIMA, S.H. **Evidências do Impacto da corrupção sobre a eficiência das políticas de saúde e educação nos estados brasileiros**. Departamento de Economia,. Textos para discussão nº 08. Universidade Federal de Viçosa. 2010. Disponível em: <http://www.poseconomia.ufv.br/docs/TextoDiscussao08.pdf> Acesso em: 07/02/2011.

LOPREVATO, F.L.; PAIVA, C.C. Região Metropolitana de Campinas (RMC): evolução das finanças públicas. Texto para Discussão. IE/UNICAMP. n. 105, nov.2001.

LUCCHESI, G. **Globalização e Regulação Sanitária**. 245 p. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCCHESI, G., A vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz,p.33-48, 2006

LUCCHESI, Geraldo. Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2011.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Configuração institucional e papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In.: **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MapInfo Professional®

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jun. 2011.

MINISTÉRIO DA FAZENDA. Secretaria do Tesouro Nacional. Finanças do Brasil - FINBRA. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/index.asp>. Acesso em : 12 de fevereiro de 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1997), Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde — SUS (NOB-SUS-1996). Brasília, DF (Publicada no D.O.U. de 6.11.1996 - <http://www.saude.gov.br>).

MORAES, M.R.. **As relações intergovernamentais na República Federal da Alemanha: uma análise econômico-institucional**. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, Série Pesquisas nº 22, 2001.

O' DWYER G.; TAVARES M.F.L.; DE SETA M.H.. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ. v.11, n.23 p.467-484, 2007.

p., 2005.

PAIM, J.S. Atenção a Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuição para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Ed. 2. Brasília: p. 15-44, 2006

PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: **Epidemiologia & Saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, p.489-503, 1999

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 356 pp, 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, suplemento, p. 1819-1829, 2007.

PEREIRA, A.M.M. **Dilemas federativos e regionalização na saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia- Teoria e Prática**. Ed:Guanabara Koogan:Rio de Janeiro, 2001.

Pesquisa de Assistência Médico Sanitária- AMS/ 2005 – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em :

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtm>

Acesso em : 15 de maio de 2011.

Pesquisa de informações Básicas Municipais, 2008 – IBGE Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2008/default.shtm>

PIMENTA, A.L.. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, n.1, p.25-40, 1993

PINTO, S.G.B. **Capacidade e limites à participação dos municípios no financiamento do desenvolvimento urbana**. IPPUR: UFRJ. Trabalho Apresentado no XI Encontro da Anpur, Salvador, maio 2005.

PIOVESAN, A. TEMPORINI, E.R. Pesquisa Exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**: São Paulo v.29, n. 4, p.318-325, 1995.

PIOVESAN, M. F. et al . Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. p.83-95, 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2011.

PORTAL DO GOVERNO DO ESTADO DO EPÍRITO SANTO. Acesso em 1/02/11. Disponível em: < <http://www.es.gov.br/site/home/index.aspx>>

REDE Interagencial de Informações para a saúde – RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**.2.ed. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2008.

RICHARDSON, R.J. e col. **Pesquisa Social- Métodos e Técnicas**. 3 ed, São Paulo: Atlas, 1999.

RODDEN, J. Federalismo e descentralização em perspectiva comparada: sobre significados e medidas. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, n. 24, p. 9-27, 2005.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. Epidemiologia e Saúde Pública. Rio de Janeiro: MEDSI, 6 ed. 728p. 2003

SCWARCWALD, C.L.; et al. Mortalidade infantil: Belíndia ou Bulgária. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 503-515, 1997.

SECRETARIA da Fazenda do Estado da Bahia. Glossário. Apresenta informações sobre as finanças públicas do estado da Bahia. Disponível em: <http://www.sefaz.ba.gov.br/default.htm>. Acesso em 21 mai. 2011

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL. |Governo do Estado de São Paulo. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, SEADE , 2009. Disponível em : <http://www.seade.gov.br/> Acesso em: 07 de novembro de 2010.

SILVA, S.F.. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeito, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SISTEMA FIRJAN – Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro. Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal. Rio de Janeiro. Ed. 2010. Ano base 2007. Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9234D9BDA01234E532B007D5D.htm>

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

SOUZA, C. Democracia, participação social e funcionamento das instituições: situação e perspectivas da federalização do desenvolvimento. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.15-35, 1992.

SOUZA, C. Federalismo, desenho contitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 24, June, p. 105-121, 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782005000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2011.

SOUZA, C. Political and financial decentralisation in democratic Brazil. **Local Government Studies**, v.20, n.4, p.588-609, 1994.

SOUZA, C. Reinventando o poder local limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. **São Paulo em Perspectiva**: São Paulo, v.10, n.3, p.103-112, 1996.

SPSS - **Statistical Package for the Social Sciences** - IBM®. Versão 17.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do Demos. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581999000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2011.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J., VILABOAS, A.L.. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. VII, n. 2 p. 7:8-28, Abr/Jun, 1998.

TOMIO, F.R.L.. A criação de municípios após a Constituição de 1988A Criação de municípios após a Constituição de 1988. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 48, Feb. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092002000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2011.

TORRES, H.G.; FERREIRA, M.P.; DINI, N.P.. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, Dec. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2011.

VIANA, A.L. d'Ávila; MACHADO, C.V.. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 03 mar. 2011.

GLOSSÁRIO

Cota - Crédito colocado à disposição do órgão ou Ministério, em conta, na instituição bancária credenciada como o agente financeiro do Tesouro. (fonte: Finbra /Tesouro nacional)

Cota Parte de Compensações Financeiras Receitas provenientes de contribuições econômicas de recursos resultantes da exploração de petróleo bruto, xisto betuminoso e gás, de recursos hídricos e de recursos minerais. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Despesas com Educação Gastos realizados para financiamento das ações e serviços de educação pública. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Despesas com Saúde Gastos realizados para financiamento das ações e serviços de saúde pública. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011.

Ensino Fundamental (*INEP/EDUDATABRASIL – Sistema de Estatísticas Educacionais*) Nível de ensino obrigatório (e gratuito na escola pública), com duração mínima de oito anos, podendo ser organizado em séries, ciclos ou disciplinas. Tem por objetivo a formação básica do cidadão, mediante: (1) o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita, e do cálculo; (2) a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade; (3) o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; (4) o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social. O ensino fundamental é presencial, sendo o ensino à distância utilizado como complementação da aprendizagem ou em situações emergenciais. (fonte: Indicadores de desenvolvimento sustentável - Brasil 2004 p. 368, 369)

Escolas Municipais Rede de escolas administrada pelos Municípios. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Estabelecimento de Saúde Estabelecimento que presta assistência à saúde individual ou coletiva, com um mínimo de técnica apropriada, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para atendimento rotineiro à população, quer seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluindo os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses, tais como: posto de saúde; centro de saúde; clínica ou posto de assistência médica; pronto-socorro; unidade mista; hospital (inclusive de corporações militares); unidade de complementação diagnóstica e/ou terapêutica; clínica odontológica; clínica radiológica; clínica de reabilitação; e laboratório de análises clínicas. (fonte: AMS / IBGE)

Gestão Ato de gerir a parcela do patrimônio público, sob a responsabilidade de uma determinada unidade. Aplica-se o conceito de gestão a fundos, entidades supervisionadas e a outras situações em que se justifique a administração distinta. (fonte: Finbra / tesouro nacional)

Impostos Tributos cuja obrigação tem por fato gerador uma situação independente de qualquer atividade estatal específica em relação ao contribuinte. Basicamente, os fatos geradores de impostos são: Patrimônio: tributado por impostos diretos como, por exemplo, o IPTU, o IPVA e o ITR; Renda: tributada por impostos diretos cuja base de cálculo é constituída pelos fluxos anuais de rendimentos; Consumo: a compra e venda de mercadorias e serviços constitui o fato dominante, variando apenas o momento em que o imposto é cobrado (do produtor - IPI, ou do consumidor - ICMS) e a base de cálculo de operação (se o valor adicionado ou o total de transação). Atualmente, todos os impostos sobre o consumo são IVA, ou seja, sobre o valor agregado. (fonte: Finbra / Tesouro acional)

Leito para Internação Leito instalado para uso regular dos pacientes internados durante seu período de hospitalização. Considera-se o leito comum, leito para infectado, berço aquecido e incubadora, com exceção dos leitos com as incubadoras localizadas em UTI neonatal, e/ou infantil, e/ou intermediária. (fonte: AMS / IBGE)

Produto Interno Bruto – PIB- (*Sistema de Contas Nacionais*) Total de bens e serviços produzidos no país, descontadas as despesas com os insumos utilizados no processo de produção durante o ano. É a medida do total do valor adicionado bruto produzido por todas as atividades econômicas. (fonte: Indicadores de desenvolvimento sustentável - Brasil 2004 p. 368, 369)

Receita Orçamentária: Valores constantes do orçamento, caracterizada conforme o art. 11 da Lei nº 4.320/64. (fonte: Finbra / Tesouro Nacional)

Receita Própria As arrecadações pelas entidades públicas em razão de sua atuação econômica no mercado. Estas receitas são aplicadas pelas próprias unidades geradoras. (fonte: Finbra / Tesouro Nacional)

Receita Pública - A entrada que, integrando-se ao patrimônio público sem quaisquer reservas, condições ou correspondência no passivo, vem acrescer o seu vulto como elemento novo e positivo; 2 - Toda arrecadação de rendas autorizadas pela Constituição Federal, Leis e Títulos Creditórios à Fazenda Pública; 3 - Conjunto de meios financeiros que o Estado e as outras pessoas de direito público auferem, e, livremente, e sem reflexo no seu passivo, podem dispor para custear a produção de seus serviços e executar as tarefas políticas dominantes em cada comunidade. Em sentido restrito, portanto, receitas são as entradas que se incorporam ao patrimônio como elemento novo e positivo; em sentido lato, são todas quantias recebidas pelos cofres públicos, denominando-se entradas ou ingressos (em sentido restrito, nem todo ingresso constitui receita pública; o produto de uma operação de crédito, p. ex. , é um ingresso mas não é receita nessa concepção, porque em contraposição à entrada de recursos financeiros cria uma obrigação no passivo da entidade pública); 4 - No sentido de CAIXA ou CONTABILÍSTICO são receitas públicas todas e quaisquer entradas de fundos nos cofres do Estado, independentemente de sua origem ou fim; 5 - No sentido financeiro ou próprio são receitas públicas apenas as entradas de fundos nos cofres do Estado que representem um aumento do seu patrimônio. Outra maneira de se ver o problema é considerar que, para que exista uma receita pública, é necessário que a soma de dinheiro arrecadada seja efetivamente disponível, isto é, que possa em qualquer momento ser objeto dentro das regras políticas e jurídicas de gestão financeira, de uma alocação e cobertura de despesas públicas. (fonte: Finbra / Tesouro Nacional)

Receita Recursos auferidos na gestão, a serem computados na apuração do resultado do exercício, desdobrados nas categorias econômicas de correntes e de capital. (Finbra / Tesouro

Nacional)

Receitas Correntes Receitas que apenas aumentam o patrimônio não duradouro do Estado, isto é, que se esgotam dentro do período anual. São os casos, por exemplo, das receitas dos impostos que, por se extinguirem no decurso da execução orçamentária, têm, por isso, de ser elaboradas todos os anos. Compreendem as receitas tributárias, patrimoniais, industriais e outras de natureza semelhante, bem como as provenientes de transferências correntes. (fonte: finbra / tesouro nacional)

Receitas Totais São as receitas correntes e de capital previstas no orçamento do exercício financeiro. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Repasse - Distribuição pelo órgão ou Ministério dos recursos financeiros correspondentes ao seu crédito, para utilização pelas unidades orçamentárias. (fonte: finbra / tesouro nacional)

Sub-Repasse - Redistribuição, pelas unidades orçamentárias, às unidades administrativas ou a outras unidades orçamentárias incumbidas de fazer os pagamentos necessários à realização de seus programas de trabalho. (fonte: finbra / tesouro nacional)

Taxa de Mortalidade Infantil Frequência com que ocorrem os óbitos infantis (menores de um ano) em uma população em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil. (fonte: Indicadores de desenvolvimento sustentável - Brasil 2004 p. 368:369)

Taxa do Poder de Polícia São recursos financeiros arrecadados pelo Estado, tendo como fato gerador o exercício regular do poder de polícia. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Taxa Espécie de tributo que os indivíduos pagam ao Estado, em razão do exercício do Poder de Polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos à sua disposição. (fonte: finbra / tesouro nacional)

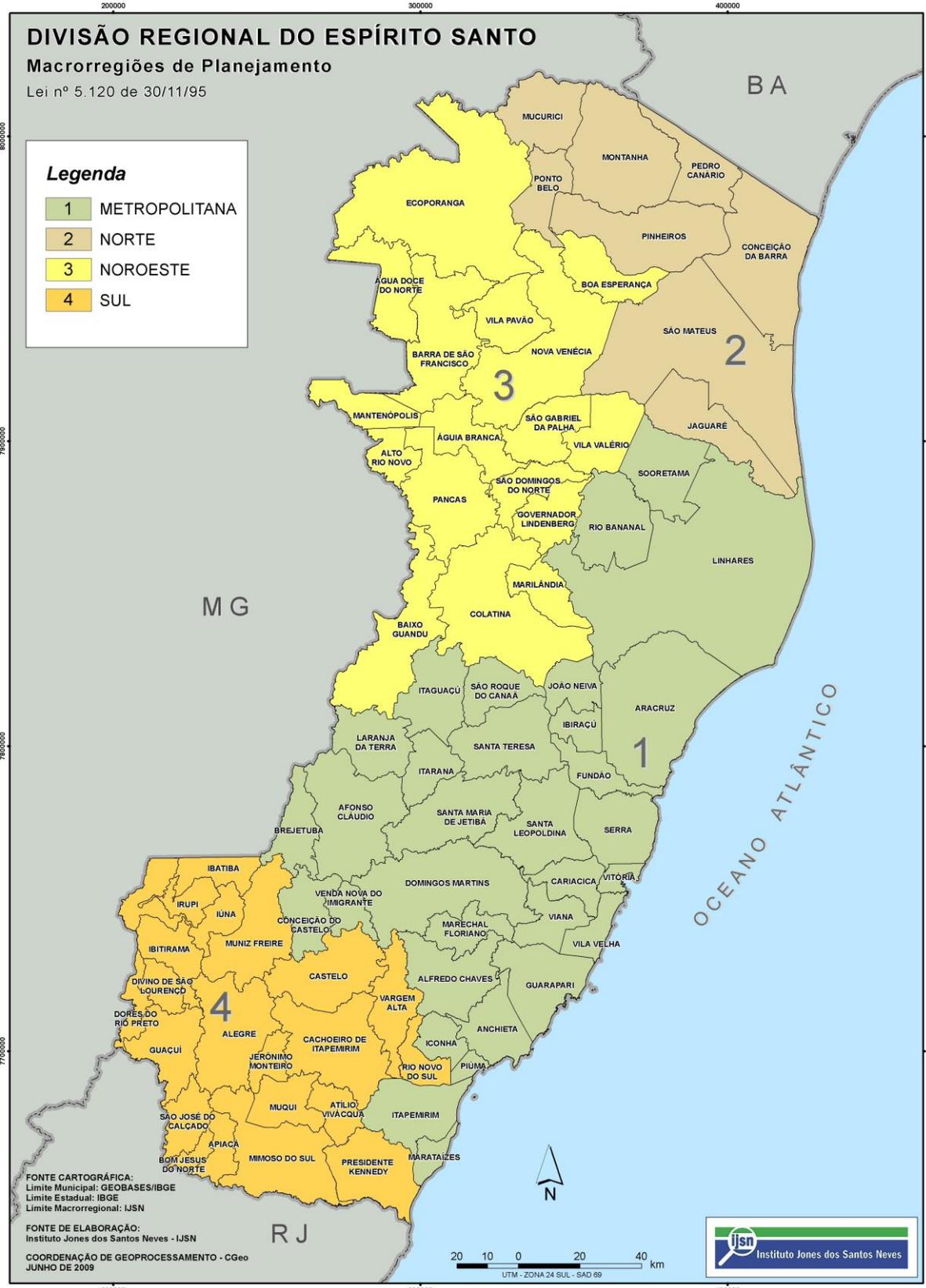
Transferências a Municípios Despesas realizadas mediante transferências constitucionais, legais e voluntárias de recursos financeiros aos Municípios do Estado da Bahia. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Transferências Constitucionais a Municípios Despesas realizadas mediante transferências constitucionais de recursos financeiros aos Municípios do Estado da Bahia, a exemplo da Cota-parte de ICMS e de IPVA. (Fonte: http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/transparencia_bahia/gl_geral.htm, acesso em 20 de maio de 2011)

Tributo Receita instituída pela União, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, compreendendo os impostos, as taxas e contribuições de melhoria, nos termos da Constituição e das leis vigentes em matéria financeira. A Constituição de 1988 colocou as contribuições sob o mesmo regime constitucional dos tributos em geral, às quais são aplicadas as normas gerais de legislação tributária e os princípios da legalidade, irretroatividade e anterioridade. (fonte: Finbra / Tesouro Nacional)

ANEXO

Anexo 1 - Mapa da Divisão Regional do Espírito Santo.



APÊNDICE

Apêndice I – Lista de Indicadores e especificações metodológicas

| NÚMERO DO INDICADOR | NOME DO INDICADOR | FÓRMULA DE CÁLCULO | FONTE DO DADO / ANO / LINK |
|---|---|---|--|
| Indicadores Sociodemográficos | | | |
| 1 | Densidade Demográfica | (Pop 2009 / área total) | IBGE/ 2009 http://www.ibge.gov.br/home |
| Indicadores força de trabalho – gestão municipal | | | |
| 2 | Funcionários ativos da administração direta municipal por habitante | (Total_func_adm_dir / Pop 2008)*100 | Pesquisa dos Municípios- IBGE/ 2008 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2008/default.shtm |
| Indicadores financeiros de receita | | | |
| 3 | Receita (própria) Líquida (RPL) | (RecOrcamentaria - OperacoesdeCrédito) | Finbra/ 2008 http://www.tesouro.fazenda.gov.br/index.asp - IBGE/ 2008 http://www.ibge.gov.br/home |
| 4 | Taxas por Habitante | (taxas / Pop 2008) | |
| 5 | IPTU <i>per capita</i> | IPTU / Pop_2008 | |
| Indicadores financeiros de despesa | | | |
| 6 | Gasto <i>per capita</i> na Função Saúde | Saúde / Pop 2008 | Finbra/ 2008 http://www.tesouro.fazenda.gov.br/index.asp - IBGE/ 2008 http://www.ibge.gov.br/home |
| 7 | Gasto <i>per capita</i> com Ensino Fundamental | EnsinoFundamental/ Pop 2008 | |
| Indicadores demográficos Relacionadas à saúde | | | |
| 8 | Taxa de Mortalidade infantil | (Óbitos Pop menor de 1 ano / Número de nascidos vivos de mães residentes) * 1.000 | SIM/ 2008 http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10es.def |
| Estabelecimentos de Saúde | | | |
| 9 | Leitos por 1.000 Hab. | (total de leitos públicos + total de leitos privados) / pop 2005 * 1.000 | Pesquisa de Assistência Médico Sanitária - AMS / 2005 http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtm |