



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



Christiane Maria Costa Santos

Avaliação do incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde em dois estados da Região Norte

Brasília/DF

2017

Christiane Maria Costa Santos

Avaliação do incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde em dois estados da Região Norte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Vigilância em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis

Brasília/DF

2017

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S237a Santos, Christiane Maria Costa.  
Avaliação do incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde em dois estados da região norte / Christiane Maria Costa Santos. -- 2017.  
92 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília - DF, 2017.

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Descentralização. 3. Financiamento da Assistência à Saúde. 4. Planejamento em Saúde. 5. Avaliação em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1068

Christiane Maria Costa Santos

Avaliação do incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde em dois estados da Região Norte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 26 de julho de 2017.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabiola Sulpino Vieira  
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lenice Gnocchi da Costa Reis  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Brasília/DF

2017

## DEDICATÓRIA

*Ao meu vô Cafu (in memorian), por me ensinar, na prática, o que é participação social.*

*Ao meu vô Claudionor (in memorian), que a cada história contada me fazia sonhar.*

*À vó Neném (in memorian), pelo exemplo de mulher guerreira.*

*À vó Dica, o meu amor, pelo exemplo de acolhimento e resiliência.*

*Aos trabalhadores e usuários do SUS, que resistem defendendo a maior política de inclusão social do Brasil.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por mais uma etapa vencida.

À minha orientadora, professora Ana Reis, que, com muita maestria e delicadeza, reforçou que devo dar um passo de cada vez. Você é guerreira e, por isso, um exemplo!

À banca examinadora, pelas valiosas contribuições para a qualificação desta pesquisa.

De modo especial, meu agradecimento carinhoso a Ivenise Leal Braga, pela troca incansável, pelas horas de ‘coorientação’, por ser luz.

A todas as pessoas das Secretarias de Saúde do Amazonas, Manaus, Tocantins, Palmas, CONASS, CONASEMS e das áreas técnicas da SVS que contribuíram com este trabalho.

Aos colegas e professores do mestrado, minha gratidão pela solidariedade e generosidade.

Aos meus pais, Talmir e Margarete, compreendendo as difíceis e dolorosas decisões que vocês tiveram que tomar. Elas resultaram em um bom trabalho. Amo vocês!

A meus Tios Ademar, Elimarlete e Titonho, que tornaram a ‘meritocracia’ possível em minha vida! Obrigada pela paciência que têm comigo, me apoiando em minhas escolhas e vibrando comigo a cada conquista.

A meus primos André e Priscila e a meu irmão do coração Emílio, pela escuta e colaboração neste trabalho e pela troca de experiências em nossas vidas. A meus irmãos Dema e Eliziane, pelo desafio da convivência que nos modela na tentativa de um caminhar generoso.

À amiga Lídia Carneiro, pelo incentivo durante esta jornada.

À Neta, pelas sugestões, exemplo e apoio.

À Sônia, Aide, Ana Nely, Cassiana, Ceci, Cláudia, Fátima, Lilian, Mari, Marcela, Thayza, Gui, Felipe, Vítor e Sr. Josi, pela compreensão e inspiração durante a construção deste trabalho.

E, em nome de Matheus e Marina, agradeço a todos os usuários do SUS. Obrigada pela oportunidade de servir vocês!

Um Dia Após o Outro  
Tiago Iorc

Pra começar  
Cada coisa em seu lugar  
E nada como um dia após o outro

Por que apressar?  
Se nem sabe onde chegar  
Correr em vão se o caminho é longo

Quem se soltar, da vida vai gostar  
E a vida vai gostar de volta em dobro

E se tropeçar  
Do chão não vai passar  
Quem sete vezes cai, levanta oito  
Quem julga saber  
E esquece de aprender  
Coitado de quem se interessa pouco

E quando chorar  
Tristeza pra lavar  
Num ombro cai metade do sufoco

O novo virá  
Pra reharmonizar  
A terra, o ar, água e o fogo

E sem se queixar  
As peças vão voltar  
Pra mesma caixa no final do jogo

Pode esperar  
O tempo nos dirá  
Que nada como um dia após o outro

O tempo dirá  
O tempo é que dirá  
E nada como um dia após o outro

## RESUMO

Esta pesquisa avaliou o incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde (IEVS) como forma de repasse do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde. É um estudo descritivo e exploratório que envolveu o uso simultâneo de análise documental e entrevistas semiestruturadas com o objetivo de avaliar o potencial indutor do IEVS na implantação e manutenção das ações e serviços de vigilância em saúde nos Estados do Amazonas e Tocantins e suas capitais. Os resultados revelaram que a instituição do IEVS não induziu a implantação de novas ações e serviços nem foi estimuladora da mudança do processo de gestão nas secretarias de saúde dos estados e cidades pesquisados. Em contrapartida, o monitoramento e a avaliação pelas áreas técnicas da Secretaria de Vigilância em Saúde se tornaram muito mais frequentes. Conclui-se que esse modelo de transferência mantém as complexidades técnicas-gerenciais dos modelos anteriores, não contribuiu para o aperfeiçoamento do planejamento nem para a demonstração das ações e serviços de vigilância em saúde nos instrumentos de gestão, a mais do que já havia sido incorporado nas práticas das secretarias de saúde.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Descentralização, Financiamento, Planejamento, Avaliação em Saúde.



## **ABSTRACT**

This research has assessed the financial incentive for implementation and maintenance of strategic actions and public services of health surveillance (IEVS) as a way of transferring the Financial Block of Health Surveillance. It is a descriptive and exploratory study involving the simultaneous use of document analysis and semi-structured interviews so to evaluate IEVS inducing potential in the implementation and maintenance of health surveillance's actions and services as for the States of Amazonas and Tocantins and their capitals. Results showed that the creation of IEVS did not induce new actions and services implementation nor stimulated the changing in the management process within health secretariats of the states and cities surveyed. On the other hand, the monitoring and assessment by the Health Surveillance Secretariat's technicians have become much more frequent. The conclusion is that the model of transfer under study absorbed technical and managerial complexities of previous models, and did not contribute to planning improvement or to the demonstration of health surveillance's actions and services in management tools, in addition to those already embedded in the practices of health secretariats.

**Keywords:** Health Surveillance, Decentralization, Financing, Planning, Health Assessment.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Esquema de transferência de recursos do bloco financeiro de vigilância em saúde...	6
Figura 2: Representação da descentralização das ações e serviços de vigilância em saúde ....	15
Figura 3: Modelo lógico de incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde .....	30

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Matriz de análise e julgamento do estudo .....	25
Quadro 2: Ações ou serviços sob a responsabilidade do DEVIT .....	33
Quadro 3: Ações ou serviços sob a responsabilidade do DANTPS .....	34
Quadro 4: Região de Saúde segundo o número de municípios e população, em Tocantins, em 2010 .....	41
Quadro 5: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins .....	45
Quadro 6: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Estadual de Saúde de Palmas .....	48
Quadro 7: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas .....	54
Quadro 8: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus .....	57
Quadro 9: Usuários potenciais pela avaliação dos entrevistados .....	59

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1: Situação de habilitação das secretarias da Região Norte .....	31
Tabela 2: Hospitais da Região Norte que fazem parte da REVEH .....	36
Tabela 3: Situação de habilitação na Região Norte pela competência junho/2017 .....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACE	Agente de Combate às Endemias
AFC	Assistência Financeira Complementar
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AM	Amazonas
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGDANTPS	Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde
CGDT	Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
CGIAE	Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica
CGVR	Coordenação-Geral de Vigilância e Resposta às Emergências em Saúde Pública
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLAD	Conselho Diretivo do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
PCIH	Programa de Controle de Infecções Hospitalares
CNVS	Conferência Nacional de Vigilância em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CS	Conselho de Saúde

DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEGEVS	Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FESP	Fundação Escola Saúde Pública
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEVS	Incentivo Financeiro de Custeio para Implantação e Manutenção de Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância em Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
LACEN	Laboratórios Centrais de Saúde Pública
MAC	Média e Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PS	Plano de Saúde
PAB variável	Piso Variável da Atenção Básica
PAS	Programação Anual de Saúde
PFVPS	Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde
PFVS	Piso Fixo de Vigilância em Saúde
PQA-VS	Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde
PVVPS	Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde
PVVS	Piso Variável da Vigilância em Saúde

RAG	Relatório Anual de Gestão
RAVS-PALMAS	Rede de Atenção e Vigilância em Saúde de Palmas
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional
REVEH	Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SG	Vigilância Sentinela de Síndrome Gripal
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
CGDANTPS	Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUCEN	Superintendência de Controle de Endemias
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TO	Tocantins

VEH Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VS Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	1
1.2 Justificativa .....	8
1.3 Pressuposto.....	9
1.4 Perguntas avaliativas.....	10
2 OBJETIVOS DO ESTUDO .....	11
2.1 Geral.....	11
2.2 Específicos .....	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	12
3.1 A Criação do Sistema Único de Saúde no Federalismo Brasileiro .....	12
3.2 Descentralização no âmbito da saúde.....	13
3.3 Avaliação de Políticas e Programas .....	15
3.4 Descrição da intervenção - modelo lógico .....	16
4.1 Tipo de estudo avaliativo .....	17
4.2 Desenho metodológico da avaliação .....	17
4.3 Seleção dos casos .....	18
4.4 Instrumentos de coleta e análise dos dados .....	19
4.4.1 Análise documental .....	20
4.4.2 Análise das entrevistas .....	21
4.5 Matriz de análise e julgamento.....	23
4.6 Aspectos Éticos .....	27
5 RESULTADOS .....	28
5.1 Modelo Lógico do IEVS .....	28
5.2 Situação de habilitação e desabilitação das Secretarias de Saúde da Região Norte ao IEVS31	
5.3 Estudo de caso: Tocantins e Palmas.....	40
5.3.1 Análise Documental da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas.....	43
5.4 Estudo de caso: Amazonas e Manaus .....	50
5.4.1 Análise Documental da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.....	52
5.5 Percepção dos atores estratégicos .....	58
6 DISCUSSÃO.....	68

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	79
9 REFERÊNCIAS .....	80
APÊNDICES .....	90
APÊNDICE A: Roteiro para entrevista.....	90
APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	91



## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, muitas foram as modalidades de repasse de recursos financeiros adotadas pelo governo federal para custear as ações de vigilância. Alguns dos modelos instituídos a partir da década de 1990 são descritos a seguir.

O financiamento das ações de vigilância epidemiológica, até o início do processo de descentralização da transferência Fundo a Fundo, apresentava, dentre suas características centrais, expressiva fragmentação, em razão de financiamentos específicos para cada um dos programas de prevenção e controle de doenças, utilizando distintos mecanismos, tais como a execução direta e a transferência por convênios; a participação dos três gestores sem regras claras; e a instabilidade proporcionada pela utilização do mecanismo de transferência voluntária de recursos. Tais mecanismos dificultavam a realização de programação de longo prazo (SILVA JÚNIOR, 2004).

A Transferência Regular e Automática, fundo a fundo, para a área de vigilância epidemiológica foi proposta inicialmente na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, a NOB-SUS/96, posteriormente regulamentada pela Portaria GM/MS nº. 2.203, de 5 de novembro 1996, com a criação do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). Esse teto reunia os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). As Portarias GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, e SE/Funasa nº 950, de 23 de dezembro de 1999, permitiram o direcionamento de recursos para o nível local do sistema de saúde com o objetivo de atender, prioritariamente, às ações demandadas por necessidades locais quanto às doenças e agravos mais frequentes (SILVA JÚNIOR, 2004; CONASS, 2011; BRASIL, 2002).

A sistemática de financiamento definida na época para a construção dos valores do TFECD baseou-se no perfil epidemiológico, populacional e territorial dos estados, bem como nas dificuldades operacionais para execução das ações. Essa lógica de distribuição *per capita* diferenciada vige atualmente sob a nomenclatura de Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS).

Até 1999, com exceção do Estado de São Paulo, que contava com a estrutura própria da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) para a execução das ações de prevenção e controle de doenças transmitidas por vetores, tanto essas ações como as que predominavam em áreas rurais ainda eram executadas diretamente pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que repassava recursos para

estados e municípios por meio de convênios específicos para uma determinada doença. Essa situação possibilitava que alguns programas recebessem um financiamento intermitente, com pouca ou nenhuma transferência de recursos ocorrendo em alguns anos. A inexistência de mecanismos permanentes também estimulava uma espécie de financiamento relacionado com crises, pois o recrudescimento de doenças e a emergência de epidemias, muitas vezes associadas ao mau desempenho nas ações, eram utilizados como justificativa para a solicitação de recursos adicionais. Do ponto de vista organizacional, permanecia a atuação simultânea das três esferas de governo em cada território, por meio da FUNASA, Secretária Estadual de Saúde (SES) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que resultava em descontinuidade e superposição de ações (SILVA JÚNIOR, 2004; BRASIL, 2002).

Sobre a condução do processo de descentralização, Piola et al. (2013) explicam que, dadas as capacidades dos municípios, caberia ao Ministério da Saúde orientar o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitado o processo discutido na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes das três esferas de governo. De outro lado, estados, Distrito Federal e municípios consideravam que deveria ser dada maior autonomia ao poder local para realizar suas ações.

Em 2003, o Ministério da Saúde reorganizou a área de vigilância epidemiológica e controle de doenças por meio da extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). A SVS reuniu todas as atribuições do CENEPI e dos programas que integraram a extinta Secretaria de Políticas de Saúde relativos à tuberculose, hanseníase, hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (CONASS, 2007; CONASS, 2011). Naquele mesmo ano, estabeleceu-se um processo de discussão no Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS) da CIT sobre a revisão da Portaria GM/MS nº 1.399, de 15.12.1999, culminando com a edição da Portaria GM/MS nº 1.172, de 15 de junho de 2004, que, coerentemente com o Decreto nº 4.726, de 9.6.2003, que criou a SVS, trouxe modificações como a inclusão de questões referentes ao desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, mantendo, porém, os processos de certificação e os mecanismos de financiamento via estratos.

Essa Portaria promoveu importante mudança institucional ao reunir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, e ao consolidar o processo de ampliação do objeto da vigilância, objetivando responder melhor aos desafios traçados pelo perfil epidemiológico. Essa transformação estabeleceu maior coerência com a própria estrutura do Ministério da Saúde e com processos similares ocorridos também nas Secretarias Estaduais

e Municipais de Saúde. Tal Portaria definiu, ainda, que os municípios deveriam assumir a quase totalidade da execução das ações de VS e o bloqueio do repasse mensal de recursos do Teto Financeiro da Vigilância da Saúde (TFVS) de estados, Distrito Federal e municípios que não demonstrassem a aplicação de recursos no valor equivalente a seis meses de repasse (BRASIL, 2004; CONASS, 2007).

Nova abordagem foi dada ao conceito de vigilância em saúde, mais ampliada do que aquela da tradicional prática de vigilância epidemiológica construída no País desde a década de 1970. Dessa forma, incluiu a vigilância das doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, ambiental em saúde e da situação de saúde, correspondendo a uma das aplicações da área também denominada como análise de situação de saúde (SILVA JÚNIOR, 2004; CONASS, 2007).

Em 2006, os gestores do Sistema Único de Saúde assumiram o compromisso público de construir o Pacto pela Saúde com base nos princípios constitucionais do SUS, notadamente com ênfase nas necessidades de saúde da população e na definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (CONASS, 2011).

O Pacto pela Saúde reforçava o território da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. Além disso, reiterou a relevância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação e explicitou as diretrizes para o financiamento público tripartite, objetivando critérios de alocação equitativa dos recursos do financiamento federal em grandes blocos por meio de mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores e do estabelecimento das relações contratuais entre os entes federativos (CONASS, 2011).

A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, produto do Pacto pela Saúde, regulamentou o modelo predominante das transferências federais de recursos do SUS para o financiamento das ações e serviços descentralizados. Ao se fazer uso de critérios como o da capacidade instalada e da produção de ações e serviços de saúde existentes nos estados e nos municípios, especialmente quando se refere à alocação dos recursos federais no interior do SUS, é possível afirmar que a noção da eficiência econômica ainda prevalece sobre a da equidade (BARBOSA, 2013).

A Portaria GM/MS nº 204, 29 de janeiro de 2007, consolida os mecanismos de transferências nos denominados 'blocos de financiamento'. Foram criados cinco blocos: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência

farmacêutica e gestão, objetivando o rearranjo das transferências federais, as quais, em vez de ser feitas por uma grande multiplicidade de programas e ações específicos, passaram a ser organizadas por meio desses blocos. Apesar de não diminuir a multiplicidade de repasses, essa consolidação permitiu que estados e municípios tivessem maior autonomia para realocar os recursos em cada bloco. Contudo, a discussão do financiamento continua ainda hoje, visto que as tentativas de agregar melhor o conjunto de transferências, com a definição dos blocos de financiamento, é apenas uma parte da questão. A outra parte é o problema dos mecanismos e critérios de repasse de recursos federais para estados e municípios (PIOLA et al., 2013; BRASIL, 2007).

Com vistas a criar condições mais favoráveis ao fortalecimento da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde no contexto do Pacto pela Vida e das Redes de Atenção à Saúde, em 2009, ficou evidente a necessidade de revisão da Portaria GM/MS nº 1.172, de 2004. Essa revisão, tendo como proposição as diretrizes definidas no Pacto pela Saúde, em suas três dimensões, promoveu a substituição do processo de certificação para a gestão das ações de vigilância em saúde pela adesão ao Pacto e estabeleceu a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização. Estabeleceu, ainda, a cogestão no processo compartilhado e de articulação entre as três esferas de governo; a revisão das responsabilidades sanitárias definidas nos eixos do Pacto de Gestão, de forma a fortalecer a integralidade da atenção à saúde; e o fortalecimento do processo de participação social e das estratégias de mobilização social vinculadas à instituição da saúde como direito de cidadania (CONASS, 2011).

A Portaria GM/MS nº. 3.252, de 2009, que revogou a Portaria GM/MS nº 1.172, de 2004, instituiu as diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, abrangendo a definição dos conceitos e área de atuação da Vigilância em Saúde e a inserção da Vigilância em Saúde no Pacto pela Saúde e a adesão ao Pacto pela Saúde, substituindo o processo de certificação da gestão das ações de vigilância em saúde como instrumento que formaliza o compromisso dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde (CONASS, 2011).

Em relação ao financiamento, por disposição da Portaria GM/MS nº. 3.252, de 2009, foi alterada a nomenclatura Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde para Componente de Vigilância e Promoção da Saúde, composto por um piso fixo, ou Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) e foi criado um piso variável, ou Piso Variável de

Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), constituído de incentivos específicos por adesão ou indicação epidemiológica. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde restou vinculada à inserção regular dos dados exigidos para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), ao Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e ao Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), conforme regulamentações específicas desses Sistemas. Para efeito do PVVPS, foi mantida, na Portaria GM/MS nº 3.252, de 2009, a estratificação dos estados, definida anteriormente pela Portaria GM/MS nº 1.172, de 2004 (BRASIL, 2009; CONASS, 2011).

Sobre a inserção regular de dados nos sistemas de informação, a Portaria nº 201/SVS/MS, de 3 de novembro de 2010, definiu os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do SINAN e do SIM. Essa Portaria foi aprimorada pela Portaria n. 47, de 3 de maio de 2016, incorporando a obrigatoriedade de alimentação do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) para fins de manutenção do repasse de recursos do PFVS e do Piso Variável da Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde.

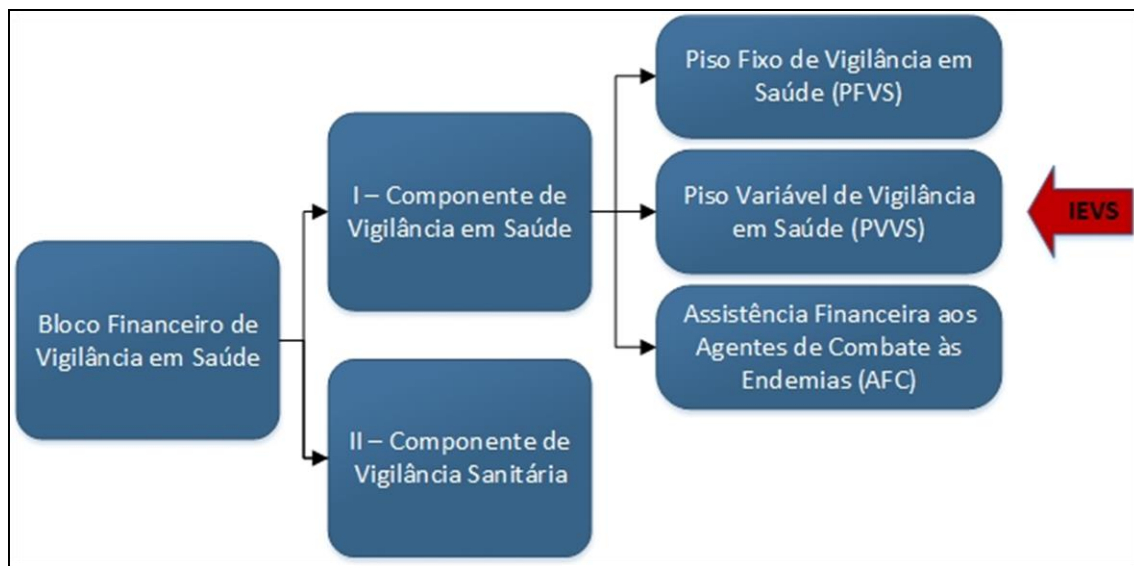
Ademais, na tentativa de facilitar a aplicação dos recursos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, as transferências de recursos federais deixaram de ser realizadas mensalmente, passando a ser quadrimestrais, ou seja, de apenas três repasses durante o ano. Além disso, as certificações dos municípios deixam de ser exigidas, sendo substituídas pela adesão ao Pacto pela Saúde.

Contudo, em 2013, a Portaria GM/MS 3.252, de 2009, foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1.378, de 9 de julho de 2013, que restabeleceu o repasse mensal de recursos. Essa normativa preservou a lógica da composição dos estratos para alocação dos recursos de forma mais equitativa, considerando as diferenças regionais e reduzindo as desigualdades na distribuição dos recursos entre as Unidades Federadas que compõem os estratos. Também, flexibilizou a aplicação dos recursos para o financiamento das ações de VS ao unificar incentivos que financiavam diferentes ações e serviços estratégicos de VS, possibilitando maior visibilidade dos recursos que compõem o financiamento da vigilância em saúde. Essa Portaria, contudo, não se atém a conceitos e definições teóricas, mas ao essencial à ocorrência do financiamento das ações de vigilância em saúde.

A Portaria GM/MS nº 1.378, de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, é, portanto, o normativo atual orientador do bloco

de financiamento da Vigilância em Saúde, que está dividido nos componentes Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária. Por sua vez, o componente de Vigilância em Saúde está dividido em Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS), Piso Variável da Vigilância em Saúde (PVVS) e, ainda, Assistência Financeira Complementar (AFC) aos Agentes de Combate às Endemias (ACE) A AFC foi instituída mais recentemente, pela Portaria GM/MS n. 1.955, de 2 de dezembro de 2015, que altera e acresce dispositivos à Portaria n. 1.378/GM/MS, de 2013 (Figura 1).

**Figura 1: Esquema de transferência de recursos do bloco financeiro de vigilância em saúde**



Fonte: Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde

Sobre o PFVS, este é destinado a todos os entes federados, sendo composto por um valor per capita estabelecido com base na estratificação das unidades federadas conforme situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde. Os recursos do PVVS destinam-se ao financiamento de três modalidades de incentivos: o Incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde (IEVS), o Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/AIDS e Hepatites Virais e o Incentivo Financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS).

O bloco de financiamento da Vigilância em Saúde possui, ainda, uma fonte de reserva estratégica federal para emergências epidemiológicas constituída por valor equivalente a 5% dos recursos anuais do Componente Vigilância em Saúde.

Ainda sobre o atual modelo de financiamento federal da VS, o CONASS (2015) registrou que a Portaria GM/MS nº 1.378, de 2013, trouxe como avanços a simplificação e redução do número de incentivos anteriormente vigentes, que representavam fragmentação e geravam dificuldades na gestão desses recursos.

### **1.1 Situação problema**

A Portaria GM/MS nº 1.378, de 2013, determinou, em seu art. 18, que, como parte do PVVS, fosse instituído o IEVS, posteriormente regulamentado pela Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, que estabeleceu a unificação, de sete para uma, o financiamento das ações e serviços já existentes no SUS. Tais ações e serviços são Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH); Serviço de Verificação de Óbito (SVO); Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP); Vigilância Sentinela da Influenza; Projeto Vida no Trânsito; Programa Academia da Saúde; e Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN) (BRASIL, 2013).

O IEVS foi criado para aperfeiçoar as formas de repasse do recurso do PVVS, permitindo, assim, que os recursos transferidos possam financiar quaisquer das ações e serviços públicos estratégicos anteriormente mencionados, desde que o ente federado se habilite à ação ou ao serviço para o qual o incentivo será empregado (BRASIL, 2014). Apesar dessas ações e serviços apresentarem características e complexidades heterogêneas, a defesa da unificação do financiamento pelo IEVS tem como um de seus requisitos a diretriz do SUS - descentralização, haja vista que o planejamento da saúde pretende ser ascendente a partir do município, embora o orçamento seja tripartite. Considerando que a existência de saldos financeiros de exercícios anteriores em alguns fundos de saúde é recorrente, a flexibilização na utilização do recurso federal destinado à saúde é uma demanda usual dos gestores municipais e estaduais.

É relevante enfatizar que a normativa que regulamentou o IEVS é fruto dos pactos realizados na 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 31 de outubro de 2013. Tal norma reconhece também os aspectos operacionais do SUS ao exigir a aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) dos Termos de Compromisso, documento que formaliza o compromisso e as responsabilidades relacionadas à execução das ações específicas a cada uma das ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde, para habilitação ao incentivo.

O processo de habilitação ao IEVS depende da necessidade, da manifestação de interesse do ente federativo e do atendimento aos requisitos estabelecidos para cada uma das

ações e serviços, já mencionados. Assim, o montante do incentivo financeiro repassado é proporcional às habilitações e a continuidade do repasse está condicionada ao cumprimento das regras estabelecidas na Portaria GM/MS n. 183, de 2014. O monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e pelos Hospitais sob gestão federal são realizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

O processo de habilitação é composto das seguintes etapas: assinatura do Termo de Compromisso pelo Secretário Estadual ou Municipal de Saúde, listando as ações e os serviços públicos estratégicos aptos à habilitação; formalização dos pactos na CIB; Resolução da CIB com a lista das SMS ou SES indicados à habilitação; e publicação da portaria de habilitação.

A Portaria GM/MS nº 48, de 2015, foi a primeira publicação de habilitação ao IEVS, tendo sido habilitadas, na ocasião, 228 secretarias de saúde em todo o País (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015).

## **1.2 Justificativa**

Adota-se como justificativa para a realização deste estudo a importância das temáticas financiamento, monitoramento e avaliação para o SUS, bem como o interesse pessoal desta pesquisadora. Como servidora pública federal lotada na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), é de meu interesse, e também daquele do Ministério da Saúde, a capacitação do seu corpo técnico para desempenhar satisfatoriamente as atribuições afetas ao planejamento em saúde; gestão e desenvolvimento de projetos e programas na área de saúde; monitoramento e avaliação dos resultados alcançados pelos entes federativos por meio dos indicadores relacionados às doenças transmissíveis, às ações de promoção de saúde, à vigilância da saúde do trabalhador e à vigilância ambiental.

No que se refere, especificamente, ao processo de monitoramento e avaliação do IEVS, cabe ao Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde (DEGEVS), a partir da análise dos demais departamentos técnicos da SVS, a verificação do cumprimento das metas estabelecidas para cada uma das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.

Nesse sentido, considera-se relevante a realização deste estudo, visto que contribuirá com reflexões sobre os principais fatores da capacidade de governança que potencialmente facilitam a implantação do IEVS, e sobre aqueles que, presumidamente, criam condições desfavoráveis. Além disso, faz parte da proposta avaliativa aqui tratada, analisar a capacidade



dos entes federados de se adequar aos requisitos exigidos no processo de habilitação para cada uma das ações e serviços, conforme previsto pelas novas regras. Faz parte, ainda, avaliar a introdução de mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços estratégicos de vigilância em saúde.

Cabe destacar que este projeto de avaliação tem abordagem formativa. Dessa maneira, espera-se que os achados deste estudo possam subsidiar discussões sobre o processo de monitoramento e avaliação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e contribuir para melhor reflexão sobre os desafios do financiamento da Vigilância em Saúde.

### **1.3 Pressuposto**

Diante da dinâmica do processo de implantação do SUS, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) tem como desafio pactuar as normativas de operacionalização do financiamento das ações e serviços públicos de saúde, preservando a autonomia de cada ente federado.

Sobre o financiamento do SUS, Pasche e colaboradores (2006) afirmam que um dos principais problemas do setor saúde no Brasil decorre da baixa capacidade de gestão dos estados e municípios, e explicou que ‘caixinhas’ é uma expressão utilizada por especialistas em financiamento do SUS para designar a grande quantidade de mecanismos de repasse de recursos aos gestores estaduais e municipais.

Em adição a esse pensamento, Santos (2016) faz referência à unificação do repasse federal, assunto tratado na primeira reunião da CIT, realizada em 2017, ocasião em que foi pactuada a exclusão dos blocos de financiamento propondo a criação de apenas duas modalidades de repasse: capital e custeio. O autor explica que as ‘caixinhas’ foram criadas paralelamente à grande contenção da contrapartida financeira federal e exigem extenuante e contínuo dispêndio de tempo político, administrativo e programático das secretarias de saúde, dificultando sua concentração em estratégias e ações de gestão centradas na construção do modelo SUS.

Vale registrar que a Portaria GM/MS nº 1.091, de 27.4.2017, que institui o Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, é um dos desdobramentos da decisão tripartite ocorrida em janeiro.

No tocante ao bloco de vigilância em saúde, verifica-se que, por intermédio da transferência feita pelo PFVS, já existe a tentativa de resguardar a autonomia de cada ente federativo. Tal autonomia permite que os gestores com base na situação de saúde da sua localidade, no planejamento local e no escopo de atuação relacionado ao campo da Vigilância em Saúde possam definir, juntamente com seu Conselho de Saúde (CS), a forma de execução do recurso repassado.

O bloco de vigilância em saúde garante, também, que parte do recurso federal repassado para a execução das ações e serviços de saúde seja aplicada no âmbito da vigilância em saúde, dada a tendência atual de concentração de aplicação do recurso nos níveis estaduais e locais nas ações de assistência à saúde de média e alta complexidade (MAC).

Pressupõe-se, entretanto que o IEVS, apesar de pretender reduzir a fragmentação dos recursos financeiros, por preceder de habilitação do ente federado, e manter uma série de regras específicas para cada ação e serviço, pode ainda estar se caracterizando como um modelo que mantém as complexidades técnicas-gerenciais dos modelos anteriores, embora devesse ser um modelo de transferência de recurso simplificado.

#### **1.4 Perguntas avaliativas**

De que forma a Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014 estimulou a descentralização das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde?

Foram estabelecidas as condições de negociação participativa envolvendo os conselhos de saúde, as áreas técnicas das secretarias de saúde e outros setores da administração pública?

Foram estabelecidos os arranjos intergovernamentais entre os níveis de gestão estadual e municipal para a formação de pactos relativos aos objetivos e metas do IEVS?

Foram cumpridos os mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços estratégicos de vigilância em saúde, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 183, de 30.01.2014?

Foram elaborados os planos de ação para definição da aplicação ou destinação dos recursos financeiros do IEVS?

## **2 OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **2.1 Geral**

Avaliar o potencial indutor do IEVS no que se refere à capacidade de governança para implantação e manutenção das ações de VS em quatro entes federativos da Região Norte.

### **2.2 Específicos**

- Analisar o cumprimento dos critérios de habilitação em quatro entes federativos da Região Norte para adesão ao IEVS;
- Examinar a capacidade técnica e gerencial em quatro entes federativos da região norte no que se refere à execução das ações e serviços estratégicos de vigilância em saúde, para os quais o ente foi habilitado, e, conseqüentemente, a continuidade de repasse do IEVS;
- Identificar os mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços, adotados pelas áreas técnicas de quatro entes federativos e pela área técnica da SVS/MS;
- Descrever a percepção dos atores estratégicos acerca da simplificação e flexibilidade da utilização do recurso federal, nos estados e municípios, destinado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A Criação do Sistema Único de Saúde no Federalismo Brasileiro

A criação do SUS foi, sem dúvida, a política social mais importante e inovadora adotada pelo Estado brasileiro desde a transição democrática ocorrida em 1985 (BRESSER PEREIRA, 1995). Essa política social avança em capacidade e rapidez de resposta aos desafios que lhe impõe a saúde da população brasileira, embora os mecanismos de monitoramento, avaliação e controle da aplicação financeira de seus recursos sejam fontes de debates conflitantes. A depender da compreensão avaliativa dos municípios sobre a prestação de contas, será possível interpretar que há interferência da União na autonomia dos municípios e dos estados, o que ofende o pacto federativo.

Sem a pretensão de aprofundar os aspectos da ciência política, mas, sim, com o intuito elucidativo de responsabilizar o desafio administrativo da gestão compartilhada do SUS em seus aspectos operacionais e financeiros, vale registrar as observações de Arretche (2012) ao discorrer sobre os dilemas dos Estados democráticos modernos. Para a autora, formas de Estado que concentrem excessiva autoridade no governo central ensejam o risco da instabilidade nas políticas, pois cada governo de maioria teria incentivos e condições para mudar amplamente a legislação, desfazendo políticas anteriores. Do mesmo modo, formas de Estado que confirmam poder excessivo às unidades subnacionais para decidir sobre suas próprias políticas podem implicar desigualdade nos serviços prestados aos cidadãos que vivam em localidades diferentes no interior de um mesmo estado-nação.

A regulação federal parece ser uma condição para ‘amarrar’ subunidades independentes em torno de um dado objetivo nacional. Contudo, cada nível de governo desempenha distintos papéis. Assim, mesmo na presença da regulação federal, ainda há espaço para decisões por parte dos governos locais, derivadas quer de sua autonomia política quer de sua autoridade sobre a execução de políticas (ARRETICHE, 2010).

Políticas organizadas de forma a prover serviços públicos de modo descentralizado podem assumir uma diversidade de formatos institucionais (ARRETICHE; MARQUES, 2007). Esses autores destacam, ainda, que no desenho institucional das políticas varia significativamente a extensão da autoridade do governo central e, por consequência, o espaço de autonomia dos governos locais. Com base na análise da política de saúde no Brasil, instigam-

se novos estudos a testar a hipótese que ‘regras que orientam as transferências federais’, orientam mais a promoção da descentralização do que a promoção da redução de desigualdades.

### **3.2 Descentralização no âmbito da saúde**

A descentralização das ações e dos serviços de saúde tem sido parte integrante das políticas brasileiras de saúde desde os anos 1980, com a proposta das estratégias das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a descentralização se institucionaliza como política, passando a ser uma das principais diretrizes setoriais organizativas e operacionais. E, nos anos 1990, com as edições das NOB -01, de 1993 e 01, de 1996, o processo de descentralização se acelera (HARTZ; SILVA, 2005).

Os anos 2000 foram marcados pela regionalização do SUS, enfatizada na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que desejava o avanço da descentralização e ampliação do acesso às ações e serviços de saúde. Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, tem-se um estímulo ao fortalecimento da gestão compartilhada do SUS a partir das novas diretrizes de regionalização, dando início a um novo ciclo de descentralização que amplia a visão da regionalização além da assistência à saúde (VIANA; LIMA, 2011).

O processo de descentralização e a definição de regras mais rígidas de vinculação das receitas da saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde a partir de 2000 relacionam a decrescente participação da União nos vinte primeiros anos de implantação do SUS em razão do aumento da participação das outras esferas de governo, com destaque para os municípios, nos anos 1990, e, mais recentemente, para os estados (MACHADO, 2013).

Paralelo ao processo de descentralização, a legislação complementar às disposições constitucionais condicionou a transferência de recursos financeiros da esfera federal para estados e municípios à criação de fóruns participativos em nível federal, estadual e municipal da administração pública. Assim, a implementação de políticas descentralizadoras tem favorecido a participação crescente do município nas decisões sobre políticas públicas, além de viabilizar as condições para que os conselhos municipais se envolvam no processo decisório (CORTES, 2007).

Dessa forma, a maior parte dos conselhos tem atribuições relativas ao planejamento e à fiscalização da aplicação dos recursos financeiros relacionadas ao monitoramento da implementação de políticas. Entretanto, difere muito o funcionamento desses conselhos

segundo a cidade em que se encontram e, principalmente, a área política pública a que se vinculam (CORTES, 2007).

Todo esse movimento de descentralização e de mudança do financiamento das ações e serviços de saúde culminou com o contexto do ineditismo próprio do estado democrático de direito que se implantou em razão da promulgação da Constituição Federal de 1988. O estado de direito concedeu aos brasileiros o exercício do controle sobre a administração pública e da exigência de ética, integridade, transparência e prestação de contas, bem como da participação direta na escolha das políticas públicas a serem implantadas (OLIVEIRA; PISA, 2015).

É nesse contexto que emerge a tentativa de reestruturação do Estado brasileiro com o intuito de torná-lo mais orientado para os aspectos sociais, visando a consolidar uma ‘nova’ relação entre Estado e sociedade baseada em ações que garantam a maior atuação do cidadão e responsabilização dos agentes públicos. A partir do estabelecimento dessa nova relação, evoluiu-se, então, para a noção de governança, que, segundo Oliveira e Pisa (2015) se refere à capacidade que tem o Estado de implementar as políticas necessárias para o alcance dos objetivos comuns e pressupõe o aperfeiçoamento dos meios de interlocução com a sociedade. Também, relaciona-se com a competência técnica, que abrange as capacidades gerencial, financeira e técnica propriamente dita, e tem nos agentes públicos a sua fonte de origem. A governança é instrumental, pois é o braço da governabilidade (PALUDO, 2010).

Em relação à governança, esta existe em um Estado quando seu governo tem as condições financeiras e administrativas para transformar em realidade as decisões que toma (BRESSER PEREIRA, 1997). Por sua vez, a governabilidade refere-se ao poder político em si, que deve ser legítimo e contar com o apoio da população e de seus representantes. Dessa forma, o desafio da governabilidade consiste em conciliar, intermediar os muitos interesses desses atores e reuni-los em um ou vários objetivos comuns a ser perseguidos por todos (PALUDO, 2010).

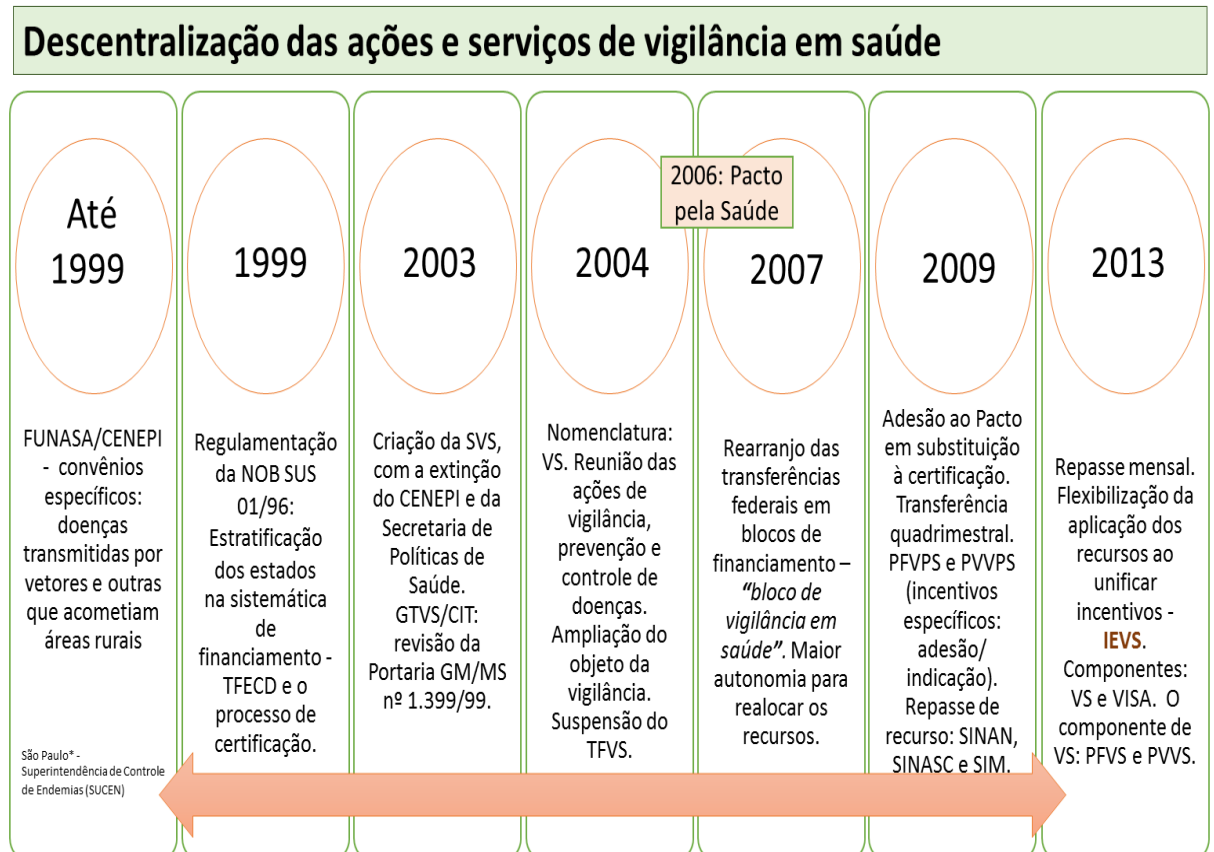
Ainda no Caderno MARE nº 1, Bresser Pereira (1997) considera capacidade política de governar como sinônimo de governabilidade, que deriva da relação de legitimidade do Estado e do seu governo com a sociedade. Para ele, sem governabilidade é impossível governança, e, ainda que esta exista, pode ser muito deficiente em situações satisfatórias de governabilidade.

Dessa forma, este estudo julga ainda válida a constatação feita há 21 anos por Bresser Pereira (1995), quando, na XXV Reunião do Conselho Diretivo do Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), ao abordar a descentralização na saúde, concluiu

que o SUS, na prática, não garante a equidade, é muito limitadamente descentralizado e não logrou eliminar completamente as competências concorrentes da União, dos estados e dos municípios.

No tocante à descentralização das ações e serviços do âmbito da vigilância em saúde, a figura 2 apresenta a representação desde o fim dos anos 1990 até os dias atuais.

**Figura 2: Representação da descentralização das ações e serviços de vigilância em saúde**



Fonte: elaborado pela autora.

### 3.3 Avaliação de Políticas e Programas

O campo da avaliação de saúde ainda é relativamente recente, e sua prática cresce juntamente com a efetivação do SUS na garantia do direito à saúde. É nessa perspectiva que este projeto de pesquisa pretende contribuir com uma apreciação do IEVS, para o que adotou estudo do tipo análise da implantação com o objetivo delimitar os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção (BROUSSELLE et al., 2011).

Mesmo reconhecendo a existência de várias definições de avaliação, para este estudo, optou-se pela curta, mas não menos abrangente, definição de que avaliação pode ser

considerada como um dos tipos possíveis de julgamento que se fazem sobre as práticas sociais (SILVA, 2014). Consiste, pois, em uma emissão de juízo de valor sobre determinada intervenção; deve ser incluída no processo de planejamento das ações; tem o papel de subsidiar a gestão; e não visa a castigar as pessoas atingidas ou envolvidas nela, mas melhorar seu desempenho (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A avaliação refere-se ao esforço analítico de produzir informação e conhecimento para desenho, implantação e validação de programas e projetos sociais com a finalidade de aprimorar a gestão das intervenções, seja no cumprimento dos seus objetivos, nos seus impactos mais duradouros e abrangentes em termos de públicos e dimensões sociais alcançados, seja nos custos condizentes com a escala e complexidade da intervenção (JANUZZI, 2016).

### **3.4 Descrição da intervenção - modelo lógico**

O uso do modelo lógico como instrumento do planejamento e gerenciamento de projetos apoia funções gerenciais tais como planejamento, comunicação e controle, não sendo o plano completo de um projeto, mas o resumo do plano de intervenção. Essa descrição permite, em primeiro lugar, verificar se um projeto está bem estruturado e, em segundo, acompanhar de modo sistemático e avaliar de forma mais fácil e mais objetiva (PFEIFFER, 2000).



## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo avaliativo**

O estudo do tipo análise da implantação tem como foco a relação entre a intervenção e seu contexto de inserção na produção dos efeitos. A compreensão das diversas injunções de natureza técnica, ética ou política relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional torna indispensável sua análise no momento de se explicar ‘o porquê e o como’ da efetividade dessas ações e se constituem no eixo dos estudos de caso (HARTZ; SILVA, 2005).

Tendo como base Champagne et al. (2011), é pertinente efetuar uma análise de implantação em duas situações:

1. Quando os efeitos da introdução de uma intervenção são sensíveis às variações contextuais; e
2. Quando se quer identificar melhor a dinâmica de implantação e os fatores explicativos críticos.

Para a caracterização da implantação, desenvolveu-se a matriz de relevância e análise e estabeleceu-se o parâmetro de julgamento (ALVES et al., 2010). Cabe destacar que tal avaliação está fundamentada numa abordagem formativa, dado que pretendeu-se gerar, durante o processo de avaliação, informações úteis e confiáveis para corrigir desvios de percurso e redirecionar as ações, auxiliando a tomada de decisão e privilegiando a participação ativa dos atores interessados na melhoria da intervenção.

### **4.2 Desenho metodológico da avaliação**

O estudo de caso foi utilizado como estratégia metodológica de pesquisa para avaliar o processo de implantação do IEVS. Os estudos de caso, em sua essência, visam a esclarecer o porquê e aprofundar a forma como determinada decisão foi tomada. Objetiva, também, evidenciar ligações causais entre intervenções e situações da vida real, bem como ressaltar o contexto em que uma intervenção ocorreu, além de evidenciar o rumo de uma intervenção em curso e como modificá-la (MINAYO, 2005).

Os estudos de caso permitem avaliar intervenções implantadas ou em processo de implantação e analisar as influências das características da organização do sistema de saúde, bem como as condições históricas de possibilidade de sucesso ou não da implantação da intervenção (SILVA, 2014).

Portanto, não se limita a um método ou técnica de coleta de dados, mas a um delineamento de pesquisa que envolve as etapas de formulação e delimitação do problema, de seleção da amostra, de determinação dos procedimentos para coleta e análise de dados e de modelos para sua interpretação (GIL, 2009).

### **4.3 Seleção dos casos**

Esta pesquisa estudou os casos das Secretarias de Saúde do Amazonas, Manaus, Tocantins e Palmas.

A região Norte apresenta grandes desigualdades quanto aos investimentos públicos em saúde, que se concentram nas capitais e em alguns polos no interior dos estados. Há a percepção de certo isolamento político dos estados dessa região em relação à sua participação na definição dos projetos nacionais e regionais de desenvolvimento (VIANA; LIMA, 2011).

A imensa dimensão territorial e a precariedade das redes de transporte e de comunicação dificultam a expansão do sistema de saúde. O Norte também enfrenta dificuldades quanto ao processo de descentralização, dada à precária capacidade técnica, financeira e política dos entes municipais para promoverem a gestão, o financiamento e o planejamento em saúde. A maior parte dos municípios é altamente dependente do governo federal, estadual e das capitais para efetivar as políticas e programas de saúde (VIANA; LIMA, 2011).

Nesse sentido, a escolha dos estados e municípios da Região Norte teve como fundamento o nível de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde, realidade já reconhecida pelo Ministério da Saúde, razão pela qual obtém financiamento diferenciado no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde. Outro fator relevante para tal opção é a escassez de estudos sobre descentralização e financiamento que contemplem a região, mesmo sendo relevante conhecer as necessidades da população que ali reside em respeito ao princípio doutrinário do SUS, qual seja o da equidade e consequente alocação de recurso conforme as necessidades de saúde do ente federativo.

Para a seleção dos entes federados, partiu-se da situação de habilitação das secretarias estaduais e municipais de saúde das capitais da região norte e elegeu-se como primeiro critério de escolha o quantitativo de habilitações dessas secretarias e não o montante do recurso do IEVS repassado.

Foram eleitas a SES do Amazonas e as secretarias municipais de saúde de Boa Vista e de Palmas. Contudo, optou-se pela seleção da SMS de Palmas por causa da possibilidade de

ampliação do espectro do estudo devido à semelhança de Roraima com o Amazonas, que apresentam características típicas da região norte, tais como dificuldades de acesso; disponibilidade de profissionais de saúde; baixa capacidade instalada de serviços de saúde. A realidade do Tocantins é diferente, embora esteja localizado na mesma região administrativa brasileira.

Dessa forma, tomando por escolha a dimensão governança, entendeu-se ser coerente estudar as SES do Amazonas e sua capital Manaus, bem como a SES Tocantins e sua capital Palmas, de modo a melhor compreender os arranjos entre os níveis de gestão estadual e municipal.

#### **4.4 Instrumentos de coleta e análise dos dados**

Tendo em vista o caráter descritivo e exploratório qualitativo, os meios de investigação envolveram o uso simultâneo de duas técnicas de coleta de dados: análise documental e entrevistas semiestruturadas.

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2016 a junho de 2017. A coleta da documentação das habilitações se deu nos dias 19 de novembro 2016 e 13 de junho de 2017 e as entrevistas aconteceram no período de 19 de outubro de 2016 a 17 de março de 2017.

A análise documental foi realizada objetivando conhecer:

- (1) as evidências sobre a adequação dos processos de habilitação dos entes federados ao recebimento do IEVS;
- (2) o registro das ações e serviços habilitados ao recebimento do IEVS nos instrumentos de gestão do SUS, i.e., Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão; e
- (3) os documentos técnicos elaborados pelas áreas técnicas dos entes federados e da SVS quanto aos mecanismos de monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos estratégicos implantados.

E as entrevistas tiveram como objetivo verificar as considerações dos entrevistados acerca da publicação da Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, sobre os aspectos de estímulo à descentralização das ações e serviços públicos; estímulo ao aprimoramento do processo de gestão; ganho ao financiamento do SUS, em especial da Vigilância em Saúde; e processo de negociação participativa envolvendo os conselhos de saúde, as áreas técnicas das secretarias de saúde e outros setores da administração pública.

#### 4.4.1 Análise documental

A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. A depender do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa, pode se caracterizar como principal caminho de concretização da investigação ou se constituir como instrumento metodológico complementar (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANE, 2009).

Assim, acolheu-se neste estudo a concepção de que a consulta a fontes documentais é um procedimento imprescindível em qualquer estudo de caso, visto que a documentação é importante para complementar as informações obtidas mediante outros procedimentos de coleta de dados. É possível, com bases em documentos, obter informações que auxiliem a elaboração das pautas para entrevistas, poupando o pesquisador da necessidade de interrogar sobre dados importantes, a não ser que se queira confrontá-los. O mais importante uso da documentação no estudo de caso é o do fornecimento de informações específicas para corroborar resultados obtidos mediante outros procedimentos (GIL, 2009).

Como método de investigação da realidade social, a pesquisa documental pode ser utilizada tanto nas abordagens de natureza positivista como nas de caráter compreensivo, com enfoque mais crítico. Dessa forma, a análise dos documentos também deve responder às questões da pesquisa, exigindo do pesquisador uma capacidade reflexiva e criativa das relações que consegue estabelecer entre o problema e seu contexto. Uma vez que o documento manifesta o jogo de força dos que detêm o poder, não são, portanto, produções isentas ou ingênuas (SILVA et al., 2009).

Para Gil (2009), o conceito de documento adotado em pesquisa é muito amplo, sendo qualquer tentativa de classificação dessas inúmeras fontes é arbitrária, e propõe a seguinte classificação: documentos pessoais, administrativos ou disponibilizados pela Internet; material publicado em jornais e revistas; publicações de organizações; registros cursivos; e artefatos físicos e vestígios.

Sobre a verificação de autenticidade dos documentos, Gil (2009) alerta que, caso não tenham sido produzidos pelo pesquisador, é necessário reconstruir o processo pelo qual os dados foram originalmente reunidos. Somente após essa averiguação é que se deve passar a um sistema de codificação e classificação desses documentos. O pesquisador alerta, ainda, que o uso de documentos continua sendo subestimado nos estudos de caso, em parte pela forma

apresentada das informações, que não favorece sua utilização, ou mesmo pela incompreensão do pesquisador.

Nesse sentido, a análise documental considerou, além dos documentos normativos relacionados ao Incentivo, o processo físico das secretarias de saúde para a habilitação e para a continuidade do recebimento do recurso incentivado pelo IEVS. De posse do DEGEVS, o processo, foi consultado em dois momentos, novembro de 2016 e junho de 2017. Considerou-se, também, o último Plano de Saúde (PS) e a Programação Anual de Saúde (PAS), aprovados pelo Conselho de Saúde, bem como o Relatório de Gestão correspondente. Esses instrumentos de gestão foram acessados por meio da ferramenta Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SargSUS), em 15 de maio de 2017 e 9 de julho de 2017.

Na análise documental dos processos físicos de habilitações, objetivou-se identificar algum apontamento que indicasse a participação das Comissões Intergestores Regional (CIR) e dos Conselhos de Saúde no processo de habilitação dos entes federados ao IEVS. Procurou-se, também, registro que apoiasse o cumprimento dos critérios para a continuidade do recebimento do IEVS por parte do trabalho das áreas técnicas das secretarias no tocante ao encaminhamento dos documentos ou alimentação dos sistemas de informação obrigatórios, conforme cada um dos critérios estabelecidos na Portaria GM/MS 183, de 30 de janeiro de 2014.

#### **4.4.2 Análise das entrevistas**

Para avaliar o IEVS, optou-se por entrevistas, visto ser uma técnica eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca dos mais diversos aspectos da vida social, ainda que apresente limitações relativas à motivação do sujeito entrevistado (GIL, 2009).

Assim, foi elaborado o roteiro de entrevista semiestruturada disponível no Apêndice A. Esse roteiro de entrevista foi testado com três técnicas, duas do Ministério da Saúde e outra do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), que eventualmente participam de reuniões do GTVS. Outros questionamentos surgiram por ocasião da interlocução com alguns dos entrevistados, visto ser também a pesquisadora uma informante da intervenção, dado que se trata de pesquisa de Mestrado Profissional, portanto, parte do processo de trabalho da pesquisadora.

Posto isso, as entrevistas foram realizadas presencialmente, conforme a disponibilidade das agendas dos participantes, tendo sido gravadas pelo gravador de voz do

*smartphone*. O entrevistado foi informado sobre os objetivos e finalidade da pesquisa e formalizada sua aceitação em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Esclarecido (Apêndice B).

Além do roteiro de entrevista, confirmaram-se, junto aos atores das secretarias de saúde abordadas neste estudo, as questões relativas ao arranjo organizacional referidas nas matrizes de análise documentais.

A descrição dos usuários potenciais levou em consideração o papel exercido pelo ator na intervenção, identificação dos seus interesses na avaliação e identificação dos usos prováveis dos resultados da avaliação. Nesse sentido, os atores selecionados para as entrevistas foram o Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde, a diretora do DEGEVS, os coordenadores gerais da SVS responsáveis pelas ações ou serviços contemplados no IEVS, os secretários estaduais e municipais de saúde, os dirigentes estaduais e municipais de vigilância em saúde, os presidentes dos conselhos de saúde e os assessores técnicos do CONASS e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) com assento no GTVS.

As informações prestadas pelos entrevistados foram analisadas mediante o emprego do método de análise de conteúdo. Houve o cuidado de não se fazer a identificação nominal, de forma a não causar constrangimento ou comprometer os participantes perante instituições. Assim, os entrevistados receberam codificações que vão de M1 a M6 para os atores do Ministério da Saúde; R1 a R5 para a representação de secretários e secretarias de saúde, CONASS e CONASEMS; S1 a S7 para os atores das secretarias de saúde; e C1 a C3 para o conselho de saúde.

As entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo

um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não) (Franco, 2008, *apud* Bardin, 1977, p. 42).

Para Franco (2008), a mera descrição das características das mensagens contribui muito pouco para a compreensão das características dos produtores. Por outro lado, quando direcionada à indagação sobre as causas ou os efeitos da mensagem, a análise de conteúdo cresce em significado.

#### 4.5 Matriz de análise e julgamento

Utilizou-se como dimensões prioritárias para análise do julgamento a adequação aos critérios e normas técnicas previamente definidos na portaria de implantação do IEVS e a governança.

Foram definidas três categorias analíticas:

- Processo decisório, que versa sobre práticas de gestão;
- Capacidade técnico-operacional, que trata de práticas operacionais das secretarias de saúde; e
- Controle social que houve os conselhos de saúde no tocante à habilitação do ente federado ao IEVS, bem como na definição da aplicação do recurso transferido no bloco de VS.

As três categorias analíticas adotadas são transversais às dimensões adequação e governança. Portanto, os parâmetros de julgamento para a definição da pontuação de composição da matriz de relevância e análise considerou inicialmente as categorias analíticas e não as dimensões.

Para os critérios de verificação, assinalou-se a existência nos documentos em processo físico e instrumentos de gestão: Plano de Saúde (PS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Programação Anual de Saúde (PAS) (Quadro 2).

A categoria capacidade técnico-operacional foi a mais valorada, somando cinco pontos, seguida da categoria processo decisório, três pontos, sendo a categoria controle social valorada com dois pontos, tendo em vista que não era critério necessário de habilitação ao IEVS. Ao final, a pontuação máxima, se atendida, chegaria a dois pontos para a dimensão adequação e oito pontos para a dimensão governança.

Para a determinação do nível de implantação, levou-se em consideração a proporção da pontuação máxima obtida em cada uma das dimensões. Dessa forma, foi estabelecida a seguinte classificação: 0 a 25% - incipiente; 26% a 50% - insatisfatória; 51 a 75% - satisfatória; 76 a 100% - plenamente satisfatória.

Por adequação, entende-se que as ações de habilitação se encontram em acordo com os critérios e as normas técnicas de implantação do IEVS. Sua verificação se deu na análise documental dos processos de habilitação, ao constatar-se que as áreas técnicas das secretarias encaminharam os documentos ou alimentaram os sistemas de informação, como definido previamente para a continuidade do recebimento do IEVS.

Este estudo não julgou necessário estabelecer uma faixa classificatória de julgamento para o somatório das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais envolvidas neste estudo. Isso, porque a Portaria GM/MS nº 183, 30 de janeiro de 2014, não distingui entre um ou mais serviços para habilitar o ente federado.



**Quadro 1: Matriz de análise e julgamento do estudo**

Dimensão	Categoria Analítica	Critérios de verificação	Observação no documento	VARIÁVEL		Pontos	Pontuação Geral	Fonte
				SIM	NÃO			
Adequação	Capacidade técnico-operacional	Registro dos documentos ou alimentação dos sistemas de informação como critério para a continuidade do recebimento do IEVS	Constam registradas as manifestações das áreas técnicas do Ministério da Saúde pela continuidade ou descontinuidade do recebimento do IEVS			2	2	Processo físico de habilitação
Governança	Capacidade técnico-operacional	Registro do monitoramento e avaliação das ações e serviços incentivados pelo IEVS	Consta registrada a avaliação da ação ou serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS, no RAG?			1	8	Plano de Saúde RAG e anexos Programação Anual de Saúde PAS e anexos
		Registro de considerações do planejamento e da programação das ações e ou serviços estratégicos de vigilância em saúde	Constam considerações ou recomendações para a PAS do ano seguinte, bem como eventuais ajustes no PS sobre as ações e serviços estratégicos incentivados pelo IEVS?			1		
		Registro que demonstre a organização da secretaria para o cumprimento da ação ou funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	Consta evidenciado o arranjo organizacional que possibilitará a execução da ação ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS?			1		
	Processo decisório	Planilha financeira que demonstre a utilização/aplicação dos	No item demonstrativo da utilização de recursos do Bloco de VS consta			1		

		recursos do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde	demonstrada a utilização do recurso transferido pelo IEVS?				
		Registro da previsão de utilização dos recursos do IEVS	Consta detalhada na PAS a definição da aplicação ou destinação dos recursos financeiros do Bloco Financeiro de VS, em especial do IEVS?			1	
		Resolução ou Deliberação da CIR	Consta a aprovação do Termo de Compromisso na Comissão Intergestores Regional?			1	
	Controle social	Ata de manifestação do Conselho	Consta a manifestação do Conselho de Saúde sobre a habilitação do ente federado ao IEVS?			2	Processo físico de habilitação

Fonte: elaborado pela autora.

#### **4.6 Aspectos Éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) com o Parecer nº 1.751.414 em 29 de setembro de 2016. Da mesma forma, obteve autorização dos entes federados participantes deste estudo, conforme segue: Fundação Escola Saúde Pública - FESP de Palmas, por meio do Relatório nº 075 – 09/2016, de 13 de setembro de 2016; Diretoria da Escola Tocantinense do SUS da Secretaria de Estado do Tocantins por declaração expedida em 16 de novembro de 2016; Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, conforme Anuência para submissão ao CEP nº 43/2016, de 17 de agosto de 2016; e Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas por meio do Termo de Compromisso nº 017/2016 assinado em 15 de setembro de 2016.

Esta pesquisa observou o que dispõe a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse sentido, intentou preservar o anonimato dos participantes, embora, devido aos riscos relacionados à possibilidade de identificação em virtude da especificidade de alguns cargos, todos tenham sido informados dessa possibilidade e assinaram os Termos de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) autorizando a citação do cargo caso algum trecho da entrevista fosse transcrito (Apêndice B).

Considerando a abordagem formativa deste estudo, propôs-se a divulgação dos seus resultados, conforme a seguir: disponibilização e apresentação da dissertação aos usuários potenciais da avaliação; apresentação dos resultados no GTVS; disponibilização da dissertação para as Secretarias de Saúde objeto dos estudos de caso deste estudo; disponibilização da dissertação na Biblioteca do Ministério da Saúde; e elaboração de trabalhos científicos para submissão a periódicos especializados.

## 5 RESULTADOS

Os resultados obtidos registram a percepção dos entrevistados e são apresentados com a seguinte construção: a) descrição da intervenção - modelo lógico do IEVS; b) revelação da situação de habilitação ao IEVS das secretarias de saúde da Região Norte para o desenvolvimento de cada uma das ações e serviços, bem como de desabilitação ao Incentivo; c) descrição da organização administrativa, sanitária e do processo de descentralização da vigilância em saúde das secretarias de saúde dos estados do Tocantins e Amazonas e suas capitais; d) caracterização da capacidade técnico-gerencial das secretarias de saúde dos estados do Tocantins e Amazonas e suas capitais para o planejamento e desenvolvimento das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, bem como da execução do IEVS; e) exposição dos processos decisórios e da participação do controle social atinentes ao processo de habilitação das secretarias de saúde dos estados do Tocantins e Amazonas e suas capitais ao IEVS; e percepção dos atores estratégicos acerca da Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014.

### 5.1 Modelo Lógico do IEVS

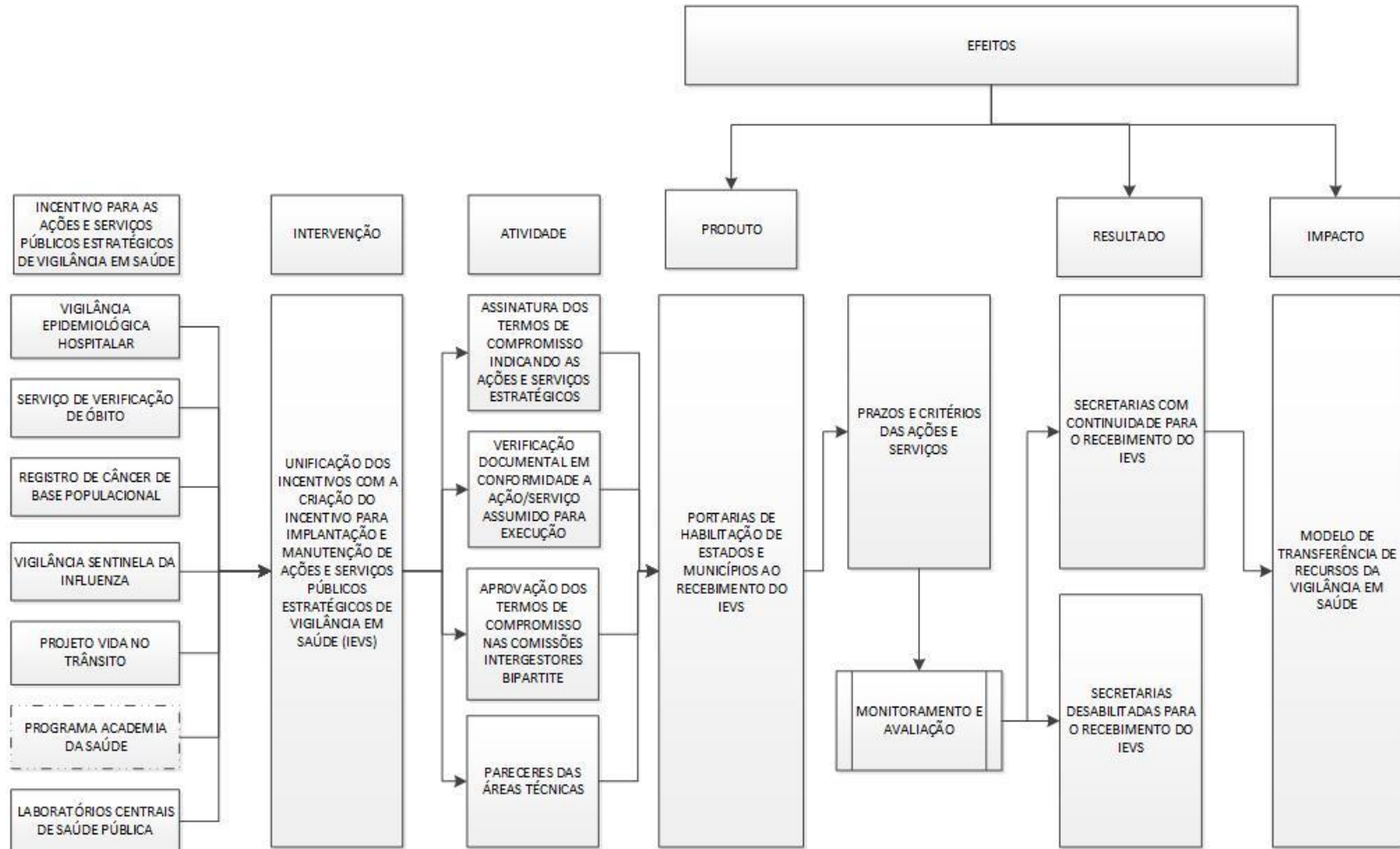
A descrição da intervenção envolveu a análise dos documentos de habilitação dos entes federados e portarias relativas ao IEVS com a finalidade de identificar os objetivos, metas, insumos necessários, atividades planejadas, produtos esperados e os possíveis resultados da intervenção. A partir dessas informações, descreveu-se a racionalidade lógica da intervenção e a mudança que a intervenção almejou alcançar. Para a construção do modelo lógico do IEVS (figura 3), adotou-se o modelo lógico de programas proposto pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (1999), que descreve a intervenção por meio dos componentes estruturais: insumos, atividades, produtos, resultados e impacto.

O modelo lógico desenhado para o estudo expõe a formalidade disposta na Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, representando o processo de habilitação e o processo de monitoramento e avaliação que indica a desabilitação ou continuidade da transferência do recurso financeiro por meio do IEVS (Tabelas 1 e 3).

Inicialmente, havia a previsão de revisão do modelo lógico junto às áreas técnicas da SVS com o propósito de verificar a pertinência dos objetivos traçados para o IEVS e aprimorar a consistência das relações internas estabelecidas no modelo lógico. Entretanto, após a realização das entrevistas, optou-se por não mais realizar tal etapa, tendo em vista a inferência de que o IEVS se configura como reflexo da complexidade da Portaria GM/MS nº 183, de 30

de janeiro de 2014, no tocante ao desafio de se configurar em mais uma tentativa de aperfeiçoar a forma de repasse do recurso federal, aos estados e municípios, do que propriamente em ‘Novo IEVS’ para motivar secretarias de saúde em direção ao desenvolvimento de ações e serviços de vigilância em saúde.

**Figura 3: Modelo lógico de incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde**



Fonte: adaptado do CDC.

## 5.2 Situação de habilitação e desabilitação das Secretarias de Saúde da Região Norte ao IEVS

Atualmente, todas as capitais brasileiras e mais as 27 secretarias estaduais de saúde do País estão habilitadas para o recebimento do IEVS. Nenhuma secretaria de estado da saúde foi habilitada para a ação – academia da saúde, visto que essa possibilidade era permitida apenas para as secretarias municipais de saúde. As secretarias de estado da saúde da região norte foram inicialmente habilitadas ao recebimento do IEVS, conforme descrito na tabela 1.

**Tabela 1: Situação de habilitação das secretarias da Região Norte**

ENTE FEDERATIVO	VEH	SVO	RCBP	LACEN	INFLUENZA	VIDA NO TRANSITO	ACADEMIA DA SAUDE	IEVS VALOR MENSAL
SES/ACRE	5.000,00			80.000,00	3.000,00	21.000,00		109.000,00
SMS/Rio Branco					10.000,00	15.000,00		25.000,00
SMS/Santa Rosa do Purus							3.000,00	3.000,00
SES/AMAPÁ	5.000,00			100.000,00	10.000,00	21.000,00		136.000,00
SMS/Macapá						15.000,00		15.000,00
SES/AMAZONAS	25.000,00		6.000,00	350.000,00	15.000,00	21.000,00		417.000,00
SMS/Manaus						21.000,00		21.000,00
SES/PARÁ	33.000,00	90.000,00	6.000,00	150.000,00		21.000,00		300.000,00
SMS/Belém					15.000,00	21.000,00		36.000,00
SMS/Altamira	2.000,00							2.000,00
SMS/Ananindeua					3.000,00			3.000,00
SMS/Oriximina	3.000,00							3.000,00
SMS/Santarém	2.000,00							2.000,00
SES/RONDÔNIA	10.000,00	40.000,00		100.000,00	10.000,00	21.000,00		181.000,00
SMS/Porto Velho						15.000,00		15.000,00
SMS/São Francisco do Guaporé							3.000,00	3.000,00
SMS/Seringueiras							3.000,00	3.000,00
SES/RORAIMA	5.000,00		4.500,00	80.000,00		21.000,00		110.500,00
SMS/Boa Vista					10.000,00	15.000,00	3.000,00	28.000,00
SMS/Pacaraima					3.000,00			3.000,00
SES/TOCANTINS	10.000,00	45.000,00		100.000,00		21.000,00		176.000,00
SMS/Palmas			4.500,00		10.000,00	15.000,00		29.500,00
SMS/Sandolândia							3.000,00	3.000,00

Fonte: Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde (DEGEVS/SVS/MS), 2017

A Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, definiu, para cada uma das ações e serviços, critérios de avaliação específicos e prazos distintos. Dessa forma, as portarias de habilitação ao IEVS não repetem os critérios nem os prazos, fazendo com que as áreas técnicas do Ministério da Saúde, a partir das publicações de habilitação, revisitem a citada Portaria a fim de proceder às avaliações. Em relação à Portaria GM/MS nº 48, de 20 de janeiro de 2015, primeira portaria de habilitação, verifica-se que as primeiras avaliações deveriam ter sido realizadas em junho e dezembro. Entretanto, esses prazos não foram rigorosamente cumpridos, à exceção do Programa Academia da Saúde.

Somente após 23 meses da publicação da primeira portaria de habilitação dos entes federativos ao recebimento do IEVS, Portaria GM/MS nº 48, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.412, de 11 de novembro de 2016, que desabilitou os entes federados ao recebimento do Incentivo, com efeitos financeiros retroativos a 1 de outubro de 2016. Essa foi, portanto, a primeira Portaria a relacionar os entes federados desabilitados por não cumprimento dos requisitos para a continuidade do recebimento do IEVS. Anteriormente a essa Portaria, as demais, no mesmo sentido, se limitaram a desabilitar somente os entes federados que recebiam o IEVS para o Programa Academia da Saúde.

No primeiro parecer da Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT), de 11 de outubro de 2016, área técnica responsável pela avaliação da Vigilância Sentinela da Influenza que a desabilitação de 45 secretarias de saúde em todo o País, consta a seguinte explicação

(...) esta avaliação apresentou atraso devido aos problemas do sistema de informação Sivep-gripe, onde são inseridos os dados dos indicadores e os erros na geração dos relatórios somente foram resolvidos no mês de julho de 2016. Devido aos problemas no sistema de informação citado acima, foi necessário desenvolver as avaliações do 1º e 2º ciclo simultaneamente.

É relevante anotar que os entes habilitados ao recebimento do IEVS têm a continuidade do recurso avaliada por meio de critérios que consideram unicamente a verificação de processos no tocante às ações e serviços para os quais foram habilitados. (Quadros 3 e 4)



**Quadro 2: Ações ou serviços sob a responsabilidade do DEVIT**

Ação ou Serviço do DEVIT	Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH)	Vigilância Sentinela da Influenza
<b>Critérios para desabilitação</b>	<p>O ente federativo será desabilitado das ações de VEH, total ou parcialmente, tendo em vista o número de seus estabelecimentos de saúde habilitados como estratégicos para a composição da REVEH, cadastrados no SCNES, quando:</p> <p>I - o tempo entre a notificação e a digitação dos registros de notificação compulsória imediata seja superior a sete dias em mais de 50% dos casos ou óbitos identificados pelo componente da REVEH por três meses consecutivos; ou</p> <p>II - deixar de promover a notificação negativa registrada no SINAN por mais de quatro semanas epidemiológicas consecutivas, quando da ausência de notificação compulsória.</p>	<p>Para a execução das ações, o ente federativo habilitado ao recebimento do incentivo financeiro deverá assumir as seguintes responsabilidades:</p> <p><u>Vigilância Sentinela de SG:</u></p> <p>I - coletar cinco amostras clínicas dos casos de SG por semana, de modo a atingir o mínimo de 80% de coleta de material da meta semanal, com oportuna digitação; e</p> <p>II - digitar no Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) agregado semanal por sexo e faixa etária dos atendimentos de SG e do total de atendimentos da Unidade Sentinela em, no mínimo, 90% das semanas epidemiológicas do ano.</p> <p><u>Vigilância Sentinela de SRAG:</u></p> <p>I - coletar amostras de, no mínimo, 80% dos casos de SRAG notificados nas UTI incluídas na Vigilância da SRAG, com o devido envio de amostra aos LACEN, e incluir os casos no sistema de informação SIVEP-Gripe; e</p> <p>II - digitar semanalmente os dados do número de internações do CID 10: J09 a J18, de forma agregada, das UTI participantes, no SIVEP-Gripe, com uma regularidade de, no mínimo, 90% das semanas epidemiológicas do ano." (NR).</p>
<b>Tipo de desabilitação</b>	Parcial ou total	Total
<b>Período de Avaliação</b>	Semestralmente, a partir do ano seguinte ao da habilitação.	Semestralmente, a partir do ano seguinte ao da habilitação.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe)

Fonte: elaborado pela autora.

**Quadro 3: Ações ou serviços sob a responsabilidade do DANTPS**

<b>Ação ou Serviço do DANTPS</b>	<b>Serviço de Verificação de Óbito - SVO</b>	<b>Registro de Câncer de Base Populacional – RCBP</b>	<b>Projeto Vida no Trânsito</b>
<b>Critérios para desabilitação</b>	O ente federativo será desabilitado das ações e serviços de SVO, total ou parcialmente, caso seus SVO habilitados deixem de notificar, no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registro como atestante da Declaração de Óbito (DO), pelo prazo de seis meses consecutivos." (NR).	O ente federativo será desabilitado das ações de RCBP nas seguintes hipóteses:  I - deixar de encaminhar anualmente, até o mês de junho, a base de dados consolidada e atualizada em meio digital de pelo menos um novo ano calendário para avaliação de consistência e divulgação das informações ao INCA, à SVS/MS e às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;  II - manter base de dados não atualizadas, com defasagem superior a dois anos calendários; ou III - deixar de comprovar a formalização do contrato do serviço de RCBP quando este for gerenciado por instituição pública ou filantrópica não vinculada às Secretarias de Saúde.	O ente federativo será desabilitado do Projeto Vida no Trânsito nas seguintes hipóteses:  I - ausência de institucionalização do Comitê Intersetorial de execução e acompanhamento do Projeto Vida no Trânsito; ou  II - não envio do relatório anual da Comissão ou Subcomissão de Coleta de Dados, Análise e Gestão da Informação à SVS/MS.
<b>Tipo de desabilitação</b>	Parcial ou total	Total	Total
<b>Período de Avaliação</b>	Semestralmente, a partir do ano seguinte ao da habilitação.	Anualmente, a partir do ano subsequente ao da habilitação.	Anualmente, a partir do ano subsequente ao da habilitação.
<b>Fonte</b>	Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	Base de Dados - Sistema SisBasepop, preferencialmente, ou em sistema próprio, compatível com o SisBasepop, com acesso público.	Relatório Anual com informações qualificadas sobre as lesões e mortes causadas no trânsito enviado à SVS.

Fonte: elaborado pela autora.

No tocante ao LACEN, vale ressaltar que, em cumprimento ao que dispõe o § 2º do art. 52 da Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, foi instituído um grupo de trabalho tripartite para as discussões temáticas relacionadas aos Laboratórios de Saúde Pública. O objetivo é o de atender ao prazo de seis meses que a SVS dispunha para, a partir da publicação da referida Portaria, definir os valores e os critérios de cancelamento do repasse para as secretarias de saúde. O consenso entre SVS/MS CONASS e CONASEMS não foi alcançado, motivo pelo qual foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.981, de 12 de setembro de 2014, que prorrogou por mais três meses o prazo anteriormente definido. Ainda assim, até julho de 2017 não havia sido publicada normativa definindo os valores e os critérios de cancelamento do repasse para as secretarias de saúde.

Entretanto, não há prejuízo para a transferência dos recursos destinados aos LACEN, visto que, mesmo sem definição dos critérios, a Portaria nº 48/GM/MS, de 20 de janeiro de 2015, habilitou todas as 27 secretarias estaduais de saúde do País ao recebimento do IEVS, mantendo os valores do fator de incentivo definidos por meio da Portaria nº 1.419, de 10.7.2008.

A Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, definiu ser de responsabilidade da SVS a publicação dos valores e dos critérios de cancelamento do repasse destinados ao LACEN. Tal normativa, no entanto, constituiu a obrigatoriedade de haver pacto na CIT para as proposições de alteração de estratégias ou atribuições que gerem impacto financeiro adicional ou modificações na organização dos serviços, conforme redação do art. 8º.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.707, de 23 de setembro de 2016, foi extinto o financiamento compartilhado entre as Secretarias de Vigilância em Saúde e a de Atenção à Saúde, do Programa Academia da Saúde, uma vez que o repasse do incentivo financeiro de custeio foi unificado e passou a ser transferido por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável), de responsabilidade da SAS/MS. Na época, 201 secretarias municipais de saúde estavam habilitadas ao recebimento do IEVS para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde.

A publicação da Portaria GM/MS nº 183, de 30 de janeiro de 2014, lançou luz sobre o monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos estratégicos de VS e, nesse sentido, as retiradas de habilitações se tornaram muito mais frequentes, em que pese o fato de algumas das Portarias que a precederam já haverem estabelecido tal previsão.

Diferentemente da situação definida para a VEH, para a qual se publicou na Portaria GM/MS nº 48, de 20 de janeiro de 2015, a lista de hospitais que compunham a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional (REVEH), a Portaria GM/MS nº

183, de 30 de janeiro de 2014, não trouxe a mesma previsão para a vigilância da síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Assim, para se conhecer a rede nacional de sentinelas é necessário consultar a CGDT.

Por isso, a CGDT foi consultada, em 22 de junho de 2017, e respondeu em 4.7.2016 que, antes da instituição do IEVS, o País contava com 169 sentinelas de SG e 150 sentinelas de SRAG. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 48, de 20 de janeiro de 2015, a Rede de Vigilância Sentinela da Influenza passou a contar com 146 sentinelas de SG e 132 de SRAG, e hoje, após a publicação das três avaliações, a Rede está estabelecida com 30 sentinelas de SG e 22 de SRAG. Atualmente, nem a SES/AM nem a SMS/Palmas, que haviam sido habilitadas em janeiro de 2015, apresentam sentinelas compondo a Rede de Vigilância Sentinela da Influenza.

Em relação à VEH, apesar de os recursos destinados aos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior serem repassados diretamente as essas instituições ou à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a escolha da rede foi definida pelo secretário de saúde estadual ou municipal, com aprovação da CIB. Portanto, a avaliação dessa ação para tais estabelecimentos de saúde ocorre dentro do conjunto das habilitações do ente federado.

Antes da instituição do IEVS, a Rede de Vigilância Epidemiológica Hospitalar de Interesse Nacional (REVEH) contava com 190 hospitais em todo o País. Após a publicação da Portaria GM/MS nº 48, de 20 de janeiro de 2015, a Rede passou a contar com 233 hospitais.

Atualmente, após as duas publicações das avaliações e consequentemente desabilitações, a REVEH conta com 193 hospitais, sendo 100 sob a gestão estadual, 71 sob gestão municipal e 22 sob gestão federal. A distribuição por região administrativa do Brasil encontra-se da seguinte forma: Região Sudeste com 73 hospitais, Nordeste com 59, Sul com 23, Centro-Oeste com 13 hospitais e Região Norte com 23 hospitais distribuídos conforme tabela 2.

**Tabela 2: Hospitais da Região Norte que fazem parte da REVEH**

UF	HOSPITAL	MUNICÍPIO	TIPO DE GESTÃO	VALOR
AC	Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco	Rio Branco	Estadual	5.000,00
AM	Fundação de Medicina Tropical – Dr. Heitor Vieira Dourado	Manaus	Estadual	5.000,00
AM	Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto	Manaus	Estadual	3.500,00
AM	Hospital e Pronto Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo	Manaus	Estadual	3.500,00

AM	Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Manaus	Estadual	3.500,00
AM	Hospital e Pronto Socorro da Criança Zona Oeste	Manaus	Estadual	3.000,00
AP	Hospital de Emergências – HE	Macapá	Estadual	1.500,00
AP	Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima - HCAL	Macapá	Estadual	1.500,00
PA	Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB	Belém	Federal	5.000,00
PA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA	Belém	Estadual	5.000,00
PA	Hospital Regional de Tucuruí – HRT	Tucuruí	Estadual	5.000,00
PA	Hospital Antônio Maria Zacarias – HAMZ	Bragança	Estadual	3.000,00
PA	Hospital Municipal São Rafael – HMSR	Altamira	Municipal	2.000,00
PA	Hospital Municipal de Santarém – HMS	Santarém	Municipal	2.000,00
PA	Hospital Regional de Cametá	Cametá	Estadual	5.000,00
PA	Hospital Regional de Conceição do Araguaia	Conceição do Araguaia	Estadual	5.000,00
PA	Hospital de Clínicas Gaspar Viana	Belém	Estadual	5.000,00
PA	Hospital Municipal de Oriximiná	Oriximiná	Municipal	3.000,00
RO	Centro de Medicina Tropical de Rondônia	Porto Velho	Estadual	5.000,00
RO	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro	Porto Velho	Estadual	5.000,00
RR	Hospital Geral de Roraima – HGR	Boa Vista	Estadual	5.000,00
TO	Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres	Palmas	Estadual	5.000,00
TO	Hospital Regional de Araguaína	Araguaína	Estadual	5.000,00

Fonte: Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde, 2017.

A Portaria GM/MS nº 2.412, de 11 de novembro de 2016, desabilitou dois serviços da SES/AM, sendo um de VEH e o RCBP. Também foram desabilitados na SMS/Palmas, o RCBP e um serviço de Vigilância Sentinela da Influenza. Não houve desabilitações para a SES/TO e SMS/Manaus, sendo que esta última se encontra habilitada ao IEVS somente para desenvolver as ações do Projeto Vida no Trânsito.

Atualmente, nenhum dos entes federados da Região Norte está habilitado para as ações do RCBP. Todas as secretarias habilitadas em janeiro de 2015 foram desabilitadas em novembro de 2016, consoante parecer da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANTPS), sob a justificativa que

em razão do enquadramento previsto no inciso II do artigo 24 da Portaria GM/MS nº 183/2014 e em conformidade com as disposições estabelecidas pela Portaria, esta Coordenação solicita providências cabíveis para a desabilitação dos RCBP ligados às Respectivas Secretarias e Instituições abaixo relacionadas pelo não cumprimento da atualização de suas respectivas bases de dados para o período mínimo estabelecido pela portaria.

No País, somente a SMS/Santos permanece habilitada para o recebimento do IEVS para o desenvolvimento do RCBP, pois, em junho de 2017 foi desabilitada a SES do Piauí.

A última avaliação dos entes federados habilitados ao recebimento do IEVS foi publicada recentemente por meio da Portaria GM/MS n. 1.357, de 2 de junho de 2017, na qual foram desabilitados dois serviços da SES/AM, sendo um de VEH e outro de Vigilância Sentinela da Influenza. Não houve desabilitações para a SMS/Manaus, SES/TO e SMS/Palmas.

Atualmente, nenhum dos entes federados da Região Norte está habilitado para o RCBP e para a Vigilância Sentinela da Influenza, conforme pode ser visto no quadro 6, situação diversa daquela do início do ano 2015, que é visualizada mais acima tabela 3.

**Tabela 3: Situação de habilitação na Região Norte pela competência junho/2017**

<b>ENTE FEDERATIVO</b>	<b>VEH</b>	<b>SVO</b>	<b>RCBP</b>	<b>LACEN</b>	<b>INFLUENZA</b>	<b>VIDA NO TRÂNSITO</b>	<b>IEVS MENSAL</b>
SES/Acre	5.000,00			80.000,00		21.000,00	106.000,00
SMS/ Rio Branco						15.000,00	15.000,00
SES/amapá	3.000,00			100.000,00		21.000,00	124.000,00
SMS/Macapá						15.000,00	15.000,00
SES/Amazonas	18.500,00			350.000,00		21.000,00	389.500,00
SMS/Manaus						21.000,00	21.000,00
SES/Pará	28.000,00	50.000,00		150.000,00		21.000,00	249.000,00
SMS/Belém						21.000,00	21.000,00
SMS/Altamira	2.000,00						2.000,00
SMS/Oriximina	3.000,00						3.000,00
SMS/Santarém	2.000,00						2.000,00
SES/Rondônia	10.000,00			100.000,00		21.000,00	131.000,00
SMS/Porto Velho						15.000,00	15.000,00
SES/Roraima	5.000,00			80.000,00		21.000,00	106.000,00
SMS/Boa Vista						15.000,00	15.000,00
SES/Tocantins	10.000,00	45.000,00		100.000,00		21.000,00	176.000,00
SMS/Palmas						15.000,00	15.000,00

Fonte: Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde, 2017

Na competência junho de 2015, R\$ 130.863.028,24 foram repassados no componente de vigilância em saúde para todas as secretarias de saúde do Brasil. Desse montante, 8,89% corresponderam ao recurso transferido por meio do IEVS para 228 secretarias de saúde.

Ocorre que, após a transferência para a SAS do custeio do Programa Academia da Saúde e da publicação de duas portarias de desabilitações, restam 128 secretarias de saúde habilitadas ao recebimento do IEVS, que, juntas, receberam, na competência junho de 2017, o montante de R\$ 10.321.750,00, valor que correspondeu a 7,55% de todo o montante de recurso repassado na componente vigilância em saúde para todas as secretarias de saúde do País.

Sobre outras ações de Monitoramento e Avaliação já instituídas no âmbito da SVS, a regularidade na alimentação dos sistemas SIM e SINAN, é obrigatória para estados, Distrito federal e municípios como requisito para a manutenção do repasse dos recursos transferidos por meio do Bloco de Vigilância em Saúde, e, por conseguinte do IEVS. Constatou-se que a primeira publicação de suspensão da transferência de recursos financeiros do Bloco de Vigilância em Saúde dos municípios irregulares, a Portaria GM/MS n. 919, de 26 de abril de 2011, foi publicada há seis anos.

As publicações seguintes, até a publicação da Portaria GM/MS n. 343, de 10 de março de 2014, consideraram a alimentação do SIM e do SINAN. No entanto, desde 2014 o Ministério

da Saúde não tem publicado a suspensão dos entes federados por ausência de alimentação do SINAN.

É relevante destacar que, transcorridos mais de dois anos após a publicação da Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014, nenhum ente federado teve o recurso do IEVS suspenso pela ausência de alimentação do SIM.

### **5.3 Estudo de caso: Tocantins e Palmas**

O mais novo Estado brasileiro, Tocantins, foi criado em razão do art. 13 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988, a partir da divisão do estado de Goiás, tendo sido oficialmente instalado em 1 de novembro de 1989. O Estado está inserido no território definido pela Lei n. 1.806, de 6 de janeiro de 1953, que corresponde ao que conhecemos como Amazônia Legal, e faz limite com os Estados de Goiás, Bahia, Piauí, Maranhão, Pará e Mato Grosso (BRASIL 1953; BRASIL, 1988).

Com uma divisão territorial jurídico-administrativa de 139 municípios e área territorial de 277.720,57 km<sup>2</sup>, o Tocantins tinha em 2010 uma densidade demográfica de 4,98 hab/km<sup>2</sup>, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que estimou para o ano de 2016 uma população de 1.532.902. Os 139 municípios do Estado estão organizados em oito regiões de saúde, conforme as Resoluções da CIB do Tocantins nº 161, de 29 de agosto de 2012, e nº 250, de 24, de outubro de 2013 (quadro 4).

Para cada uma dessas regiões de saúde, há uma Comissão Intergestores Regional de mesmo nome. A menor CIR do Estado em termos populacionais conta com a participação de 15 municípios e uma população estimada de 97.991 habitantes em 2016. A capital, Palmas, compõe, juntamente com outros treze municípios, a Região de Saúde denominada Capim Dourado, com população estimada de 356.006 em 2016, da qual o município mais populoso é a capital tocantinense e o menos populoso é São Félix do Tocantins.



**Quadro 4: Região de Saúde segundo o número de municípios e população, em Tocantins, em 2010**

Região de Saúde	Área (km <sup>2</sup> )	N.º Municípios	População (IBGE 2010)	Distância em Km da Referência Regional		
				Menor	Maior	Média
Capim Dourado	29.569,877	14	301.576	55	335,9	144,26
Sudeste	36.418,802	15	92.376	29,8	213	111,45
Ilha do Bananal	53.785,257	18	171.546	21,3	268	110,11
Cerrado Tocantins Araguaia	32.872,009	23	146.205	50,6	210	108,20
Médio Norte Araguaia	32.255,061	17	262.650	35,7	297	94,98
Amor Perfeito	36.770,935	13	103.350	41	180	90,31
Cantão	41.638,071	15	114.648	23	248	87,33
Bico do Papagaio	14.128,745	24	191.094	15,9	158	79,13
<b>TOTAL</b>	<b>277.438,76</b>	<b>139</b>	<b>1.383.445</b>	-	-	-

Fonte: SES/TO

A capital do Estado é uma cidade planejada, tendo sido inaugurada em 20 de maio de 1989, data do lançamento da pedra fundamental, e instalada oficialmente em 1º de janeiro de 1990. Com uma área territorial de 2.218,94 km<sup>2</sup>, Palmas tinha, em 2010, densidade demográfica de 102,90 hab/km<sup>2</sup>, segundo o IBGE, que encontrou, ainda, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,788 para o município, o maior do Estado, e estimou para o ano de 2016 uma população de 279.856 habitantes (IBGE 2017).

O fundo municipal de saúde de Palmas recebe mensalmente R\$ 15.000,00, equivalentes a 7,85% de todo o recurso transferido por meio do IEVS para aquela unidade federada, ou R\$ 191.000,00. O restante do recurso do IEVS é transferido ao Fundo da SES, pois somente essas duas secretarias de saúde estão atualmente habilitadas para as ações e serviços incentivados pelo IEVS (quadro 6).

Sobre o processo histórico das responsabilidades sanitárias assumidas por estados e municípios, é interessante recordar que a SES/TO e a SMS de Palmas assumiram a gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças de que tratavam as Portarias GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, e SE/Funasa nº 950, de 23 de dezembro de 1999, a partir da certificação publicada na Portaria GM/MS nº 580, de 12 de junho de 2000.

Desde a primeira portaria de habilitação ao IEVS, a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins está em seu segundo secretário de saúde, sendo que o primeiro ocupou o cargo de 1 de janeiro de 2015 a 27 de janeiro de 2016 e o atual está no cargo desde 1 de fevereiro de 2016. A secretaria municipal de saúde de Palmas também passou por mudanças de secretariado; o atual secretário de saúde ocupa o cargo desde 5 de abril de 2016, tendo sido precedido por dois outros secretários desde a publicação da Portaria GM/MS n. 48, de 20 de janeiro de 2015. Todavia, o atual secretário executivo foi o antecessor direto e esteve à frente da SMS/Palmas no período de 9 de novembro de 2015 a 31 de março de 2016.

É válido assinalar que recentemente a SMS de Palmas instituiu por meio da Portaria n. 518/2016, de 14 de junho de 2016, a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS) como forma de organização do sistema municipal de saúde, em que a divisão por territórios foi definida como a base do trabalho do planejamento estratégico das ações e serviços de saúde orientados para a prática da vigilância em saúde. Consoante o art. 5º

as ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária, com atribuições e responsabilidades definidas em cada território de saúde, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações.

Quando entrevistados, os usuários potenciais da intervenção da SMS de Palmas mencionaram a integração da VS à Superintendência de Atenção Primária, explicando que foram suprimidas todas as áreas técnicas de vigilância, que passaram a funcionar como grupos de supervisão territorial, tendo em vista que a cidade foi dividida em oito territórios de saúde. A ideia principal é a de que se reconheçam as necessidades de saúde para que se organize o serviço, e não o contrário, de que a organização se constitui a partir das necessidades dos servidores da secretaria.

Portanto, devido a tal alteração, a SMS/Palmas não conta mais em seu quadro funcional com um dirigente de VS, razão pela qual o secretário executivo foi entrevistado nesta pesquisa.

O Estado do Tocantins tem participação constante nas propostas de formação de pactos entre as três esferas de gestão, i.e., União, Estados e Municípios, tendo sido o primeiro estado a aderir ao Pacto pela Saúde, conforme Termo de Compromisso de Gestão homologado pela Portaria GM/MS nº 2.194, de 14 de setembro de 2006.

Apesar de a SES Tocantins ter sido pioneira na adesão ao Pacto pela Saúde, somente 60,4% dos municípios tocaninenses tiveram seus Termos de Compromissos de Gestão homologados pelo plenário da CIT. A capital do estado pertenceu ao grupo dos que não tiveram seus Termos homologados na CIT. Entretanto, com a publicação da Resolução Tripartite n. 4, de 19 de julho de 2012, todos os entes federados, tendo ou não assinado o Termo de Compromisso de Gestão previsto nas Portarias n. 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, e n. 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, ambas vigentes, passaram, dentre outras responsabilidades sanitárias, a assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde em âmbito local. Tais ações compreendem as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactos estabelecidos à época.

Em relação à prática de monitoramento e avaliação do SIM e SINAN, observa-se que, desde que a prática foi instituída, o Estado do Tocantins teve indicação de suspensão para somente duas secretárias de saúde: Araguatins, pela Portaria GM/MS nº 867, de 03 de maio de 2012, e Bandeirantes do Tocantins, pela Portaria GM/MS n. 2.929, de 20 de dezembro de 2012.

### **5.3.1 Análise Documental da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas**

O processo de habilitação ao IEVS do Estado do Tocantins e seus municípios foi autuado pelo serviço de protocolo do Ministério da Saúde em agosto de 2014, ao reunir os documentos exigidos: Termos de Compromisso, Resoluções da CIB e documentações específicas para a VEH, SVO e Vigilância Sentinela da Influenza.

Contata-se que os Termos de Compromisso relacionados à SES/TO foram assinados pela secretária de saúde anterior, visto que o atual gestor da SES/TO ocupa o cargo desde 1 de fevereiro de 2016.

No processo de habilitação das SES/TO e SMS/Palmas, há Resoluções pactuadas durante os meses de abril a julho de 2014, levando a inferir que o tema Vigilância em Saúde figurou nas pautas das reuniões da CIB daqueles meses, a despeito da aprovação na modalidade *Ad Referendum* do Plenário da CIT, conforme se depreende do art. 1º da Resolução CIB n. 169/2014, de 15 de julho de 2014.

Constata-se que a documentação enviada para a SVS não inclui quaisquer manifestações de Comissões Intergestores Regional nem dos Conselhos de Saúde.

Há, no processo, os pareceres elaborados pelas áreas fins sobre a solicitação do IEVS para o Estado de Tocantins e Município de Palmas. Vale registrar que as aprovações foram pela manutenção de ações e serviços já existentes na SES e na SMS/Palmas.

Após a emissão dos pareceres que subsidiaram a publicação da Portaria GM/MS nº 48, 20 de janeiro de 2015, somente a Coordenação-Geral de Vigilância de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde (CGDANTPS) foi provocada a se manifestar sobre as solicitações do incentivo para as academias de saúde oriundas das secretarias municipais de saúde de Sandolândia e Itacajá. Anote-se que a área técnica se manifestou favorável à demanda de Sandolândia e, por isso, a SMS foi habilitada na Portaria GM/MS nº 762, de 17 de junho de 2015, tendo, entretanto, rejeitado a solicitação de Itacajá.

Sobre as ações de VEH, saliente-se que a CGVR apresentou parecer favorável à habilitação da SES/TO em dois hospitais, um situado em Palmas e outro em Araguaína. A SMS/Palmas teve parecer favorável da CGDT para as ações de vigilância sentinela da síndrome gripal executada em duas unidades de saúde, em que pese o fato de o recurso em tal caso ser alocado por unidade federada e não por serviço, diferentemente do que ocorre com a VEH, em que o gestor indica, na Resolução da CIB, o recurso destinado a cada hospital (tabela 3)

A SES/TO teve parecer favorável exarado pela CGIAE, que concordou com a proposição de manutenção do recurso federal para o SVO, com sede no município de Palmas e extensão no município de Araguaína, de modo a atender a 75 municípios distribuídos em cinco das oito Regiões de Saúde.

Por sua vez, a CGDANTPS aprovou a solicitação das SES/TO e SMS/Palmas referente à manutenção do repasse do Projeto Vida no Trânsito. E foi favorável à habilitação da SMS/Palmas para o RCBP, que anteriormente ficava sob a responsabilidade da gestão estadual, mas que teve sua transferência efetivada para a capital com a instituição do IEVS.

Quanto ao LACEN, manteve-se o valor repassado no exercício de 2013 para a SES/TO, valor que não se alterou desde 2008, conforme previsto no art. 52 da Portaria GM/MS nº 183, de 2014.

Por fim, as matrizes de análise documental da SES/TO (quadro 6) e da SMS/Palmas (quadro 7) registram que os instrumentos de gestão desses entes abordam o processo de planejamento e demonstração das ações e serviços de VS incentivados pelo IEVS.

**Quadro 5: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins**

Dimensão	Categoria Analítica	Critérios de verificação	Observação no documento	VARIÁVEL		Pontos	Pontuação Geral (%)	Fonte
				SIM	NÃO			
Adequação	Capacidade técnico-operacional	Registro dos documentos ou alimentação dos sistemas de informação como critério para a continuidade do recebimento do IEVS.	Constam registradas as manifestações das áreas técnicas do Ministério da Saúde pela continuidade ou descontinuidade do recebimento do IEVS	X		2	100%	Processo físico de habilitação
Governança	Capacidade técnico-operacional	Registro do monitoramento e avaliação das ações e serviços incentivados pelo IEVS	Consta registrada no RAG a avaliação da ação ou serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	X		1	25%	Plano de Saúde RAG e anexos PAS e anexos
		Registro de considerações do planejamento e da programação das ações ou serviços estratégicos de vigilância em saúde incentivados pelo IEVS	Constam no RAG considerações ou recomendações para a PAS do ano seguinte, bem como eventuais ajustes no PS sobre as ações e serviços estratégicos de VS incentivadas pelo IEVS, no RAG		X	0		
		Registro que demonstre a organização da secretaria para o cumprimento da ação ou funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	Consta evidenciado no PS o arranjo organizacional que possibilitará a execução da ação ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS		X	0		
	Processo decisório	Planilha financeira que demonstre a utilização ou aplicação dos recursos do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde	Consta demonstrado, no RAG, item demonstrativo da utilização de recursos do Bloco de VS, a utilização do recurso transferido pelo IEVS		X	0		

	Registro da previsão de utilização dos recursos do IEVS	Consta detalhada na PAS a definição da aplicação ou destinação dos recursos financeiros do Bloco Financeiro de VS, em especial do IEVS	X		1		
	Resolução ou deliberação da CIR	Consta a aprovação do Termo de Compromisso na Comissão Intergestores Regional		X	0		Processo físico de habilitação
Controle social	Ata de manifestação do Conselho	Consta a manifestação do Conselho de Saúde sobre a habilitação do ente federado ao IEVS		X	0		

Fonte: elaborado pela autora.

O RAG 2015 da SES Tocantins foi encaminhado ao Conselho de Saúde para apreciação em 11 de maio de 2016, embora, até 9.7.2017, não haja no SargSUS Resolução de aprovação. E o RAG 2016, encaminhado ao Conselho de Saúde para apreciação em 30 de março de 2017, ainda não teve registrada sua Resolução de aprovação no site do SargSUS.

Dessa forma, o documento analisado foi o RAG 2015, dado que foi o primeiro Relatório apresentado desde a habilitação da SES ao recebimento do IEVS.

No item “Introdução do RAG – Considerações iniciais” constam algumas informações, tais como atraso da aprovação da Lei Orçamentária Anual 2015, tendo em vista o não envio do projeto de lei no prazo estabelecido ao Legislativo, situação que refletiu no ritmo da execução do ano de 2015; e metodologia de elaboração, evidenciando que a SES optou por slides e outros documentos incluídos em anexo ao formulário disponibilizado pelo SargSUS.

O anexo do RAG apresenta resultado para o indicador ‘Reduzir os riscos, doenças e agravos de relevância epidemiológica, sanitária e ambiental à saúde da população por meio das ações de promoção, prevenção, proteção e Vigilância em Saúde’, que guarda relação com a ação de VEH, ainda que restrita à notificação e sem fazer referência a hospital da REVEH. Ainda assim, foi considerada para efeitos de pontuação, uma vez que a Portaria de instituição do IEVS possibilita ao gestor financiar quaisquer das ações e serviços públicos estratégicos, desde que o ente federado esteja habilitado à ação ou ao serviço para o qual o incentivo será empregado.

No item demonstrativo da utilização de recursos, constam valores para ‘vigilância em saúde’. Entretanto, para o item ‘Implantação de Ações e Serviços de Saúde’ o resultado é zero. A demonstração da utilização do recurso transferido é apresentada no conjunto dos recursos da ‘vigilância em saúde’.

Consultaram-se os Planos 2012-2015 e 2016-2019, mas não consta evidenciado em nenhum deles o arranjo organizacional que possibilitará a execução das ações ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS, em que pese o fato de o Estado estar habilitado para o Projeto Vida no Trânsito, que é uma ação intersetorial desenvolvida em conjunto com outros setores da Administração Pública.

Na PAS 2016, consta detalhada a definição de recursos para o Projeto Vida no Trânsito, LACEN e SVO.

**Quadro 6: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Estadual de Saúde de Palmas**

Dimensão	Categoria Analítica	Critérios de verificação	Observação no documento	VARIÁVEL		Pontos	Pontuação Geral (%)	Fonte
				SIM	NÃO			
Adequação	Capacidade técnico-operacional	Registro dos documentos ou alimentação dos sistemas de informação como critério para a continuidade do recebimento do IEVS.	Constam registradas as manifestações das áreas técnicas do Ministério da Saúde pela continuidade ou descontinuidade do recebimento do IEVS	X		2	100%	Processo físico de habilitação
Governança	Capacidade técnico-operacional	Registro do monitoramento e avaliação das ações e serviços incentivados pelo IEVS	Consta registrada no RAG a avaliação da ação ou serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	X		1	37,5%	Plano de Saúde  RAG e anexos  PAS e anexos
		Registro de considerações do planejamento e da programação das ações ou serviços estratégicos de vigilância em saúde incentivados pelo IEVS	Constam no RAG considerações ou recomendações para a PAS do ano seguinte, bem como eventuais ajustes no PS sobre as ações e serviços estratégicos de VS incentivadas pelo IEVS, no RAG		X	0		
		Registro que demonstre a organização da secretaria para o cumprimento da ação ou funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	Consta evidenciado no PS o arranjo organizacional que possibilitará a execução da ação ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	X		1		
	Processo decisório	Planilha financeira que demonstre a utilização ou aplicação dos recursos do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde	Consta demonstrado, no RAG, item demonstrativo da utilização de recursos do Bloco de VS, a utilização do recurso transferido pelo IEVS		X	0		



		Registro da previsão de utilização dos recursos do IEVS	Consta detalhada na PAS a definição da aplicação ou destinação dos recursos financeiros do Bloco Financeiro de VS, em especial do IEVS	X		1	
		Resolução ou deliberação da CIR	Consta a aprovação do Termo de Compromisso na Comissão Intergestores Regional		X	0	Processo físico de habilitação
	Controle social	Ata de manifestação do Conselho	Consta a manifestação do Conselho de Saúde sobre a habilitação do ente federado ao IEVS		X	0	

Fonte: elaborado pela autora.

O RAG 2015 da SMS Palmas foi aprovado com ressalva pelo Conselho de Saúde, conforme Resolução nº 04, de 22 de março de 2016.

O RAG apresenta para o indicador de fortalecimento da vigilância em saúde, além do número de unidades responsáveis pela notificação do Registro de Câncer de Base Populacional, a taxa de mortalidade por Acidentes de Trânsito de residentes em Palmas. Há registros de resultados para as duas ações.

No item demonstrativo da utilização de recursos, constam valores para ‘vigilância em saúde’, embora para o item ‘Implantação de Ações e Serviços de Saúde’ o resultado seja zero. A demonstração da utilização do recurso transferido é apresentada no conjunto dos recursos da ‘vigilância em saúde’.

Consultou-se o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 - 3ª revisão, documento aprovado pelo Conselho de Saúde por meio da Resolução nº 2, de 11 de janeiro de 2017, em que consta evidenciado o arranjo organizacional que possibilitou a execução do Projeto Vida no Trânsito e do Registro de Câncer de Base Populacional. A SMS faz um relato das atividades desenvolvidas tanto para o Projeto Vida no Trânsito como para o RCBP.

Na PAS 2016, consta detalhada, no conjunto das ações e serviços de vigilância em saúde, a definição de recursos para o RCBP, Influenza e Projeto Vida no Trânsito.

#### **5.4 Estudo de caso: Amazonas e Manaus**

Com uma divisão territorial jurídico-administrativa de 62 municípios, o Amazonas é o maior Estado em área territorial do Brasil, com 1.559.149,07 km<sup>2</sup>. O acesso aos municípios é feito principalmente por via fluvial ou aérea, sendo a navegação o meio de acesso mais utilizado pela população da região devido ao alto custo do transporte aéreo.

No censo de 2010 do IBGE, o Estado tinha uma das densidades demográficas mais baixas do país, 2,23 hab/km<sup>2</sup>, sendo maior apenas que a do Estado de Roraima. O IBGE estimou para o ano de 2016 uma população de 4.001.667 habitantes. Essa população está distribuída em nove regiões de saúde, respeitando o último conjunto de pactos da CIB do Amazonas, ocorrido em 20 de junho de 2011. Cada uma dessas regiões de saúde corresponde a uma Comissão Intergestores Regional de mesmo nome, sendo que a menor CIR do Estado, em termo populacional, conta com a participação de seis municípios e uma população estimada de 127.953 habitantes em 2016. É nessa região de saúde que se encontra Japurá, que com apenas 0,13 hab/Km<sup>2</sup>, a menor densidade demográfica do Brasil.

A capital do Estado compõe, juntamente com outros onze municípios, a Região de Saúde conhecida como Manaus, Entorno e Alto Rio Negro, onde habita mais da metade da população do Estado do Amazonas. Com uma área de 11.401,09 km<sup>2</sup>, Manaus tinha em 2010 uma densidade demográfica de 158,06 hab/km<sup>2</sup>, segundo o IBGE, que calculou ainda um IDH de 0,737 para o município, o maior do Estado, e estimou para o ano de 2016 uma população de 2.094.391 habitantes.

Sobre o processo histórico das responsabilidades sanitárias assumidas por Estados e Municípios, é interessante recordar que a SES/AM assumiu a gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças a partir da certificação publicada na Portaria GM/MS n. 564, de 6 de junho de 2000. Já a SMS de Manaus, foi a última capital do país a ser certificada, o que ocorreu com a publicação da Portaria GM/MS n. 148, de 29 de janeiro de 2009.

No tocante ao Pacto pela Saúde, por meio da SES/AM, o Amazonas foi o último estado a ter o seu Termo de Compromisso de Gestão homologado pelo Plenário da CIT, o que ocorreu com a publicação da Portaria GM/MS n. 716, de 5 de abril de 2010, ou seja, quatro anos após a divulgação do Pacto pela Saúde.

Até a publicação da Resolução Tripartite n. 4, de 19 de julho de 2012, que definiu que todas as secretarias do País passariam a assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, conforme já explicitado mais acima, somente quatro dos 62 municípios amazonenses haviam aderido ao Pacto, tornando o estado aquele com menos Termos homologados em todo o País. Dentre os quatro municípios que aderiram ao Pacto, consta a capital Manaus, que teve seu Termo de Compromisso homologado pela Portaria GM/MS n. 1.929, 17 de setembro de 2008.

A conformação atual da organização da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SUSAM) foi definida pela Lei n. 4.163, de 9 de março de 2015. A SES/AM conta com sete entidades vinculadas, embora sejam de interesse para este estudo a Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas (FCECON) e a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS/AM). Esta última foi instituída pela Lei n. 2.895 de 3 de junho de 2004, que tem por finalidade institucional a promoção e proteção à saúde por meio de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e controle de doenças.

A configuração da organização da SES/AM foi relatada pelo entrevistado (S2), para ele apesar da política de descentralização, de municipalização das ações de saúde, no Amazonas, a SES ainda executa ações nos municípios incluindo a capital Manaus.

#### **5.4.1 Análise Documental da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas e Secretaria Municipal de Saúde de Manaus**

O processo de habilitação ao IEVS do Estado do Amazonas e seus municípios também foi autuado pelo serviço de protocolo do Ministério da Saúde em agosto de 2014, após reunião dos documentos exigidos.

No processo, constam duas manifestações do Plenário da CIB sobre o IEVS. A primeira, feita por meio da Resolução CIB/AM n. 050, de 28 de abril de 2014, que aprovou a proposta do IEVS para todas as ações e serviços sob a responsabilidade da SES/AM. A outra, pela Resolução expedida na forma *Ad Referendum*, de n. 084/2014, de 21 de julho de 2014, que dispõe sobre o Projeto Vida no Trânsito do município de Manaus.

Sobre os Termos de Compromisso relacionados à SES/AM, observa-se que foram assinados pelo mesmo secretário de saúde, que deixou o cargo em 30 de junho de 2015, conforme já mencionado. Já o Termo de Compromisso da SMS/Manaus, foi assinado pelo secretário de saúde que ocupou o cargo até junho de 2017.

Constam do processo os pareceres elaborados pelas áreas fins sobre a solicitação do IEVS para o Estado do Amazonas e Município de Manaus. Vale registrar que os pareceres versam sobre as aprovações de manutenção de ações e serviços já existentes na SES e na SMS/Manaus. Não houve solicitações oriundas de outras secretarias municipais de saúde.

Na documentação recebida pela SVS, não constam quaisquer manifestações da Comissão Intergestores Regional nem do Conselho de Saúde.

Sobre as ações de VEH, a CGVR apresentou parecer favorável para a habilitação da SES/AM em sete hospitais, todos situados em Manaus. A CGDT se manifestou favorável à habilitação da SES para as ações de vigilância sentinela da influenza, sendo quatro hospitais indicados como executores das ações da SG e quatro hospitais para a SRAG. O Hospital e Pronto Socorro Dr. Aristóteles Plantão Bezerra de Araújo foi indicado tanto para SG como para SRAG. É pertinente ressaltar que a indicação das unidades não obriga a especificação do recurso que cada uma deverá receber, visto que a Portaria não trazia tal previsão, como fez para a VEH.

A SES/AM recebeu parecer favorável da CGDANTPS, que concordou com a proposição da manutenção do recurso federal para o RCBP e aprovou ainda as solicitações da SES/AM e da SMS/Manaus referentes à manutenção do repasse do Projeto Vida no Trânsito.

Quanto ao LACEN, foi mantido o valor repassado no exercício de 2013 para a SES/AM, conforme previsto no art. 52 da Portaria GM/MS n. 183/2014.

Por fim, as matrizes de análise documental da SES/AM (quadro 8) e da SMS/Manaus (quadro 9) demonstram que as ações e serviços de VS incentivados pelo IEVS constam dos instrumentos de gestão.

**Quadro 7: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas**

Dimensão	Categoria Analítica	Critérios de verificação	Observação no documento	VARIÁVEL		Pontos	Pontuação Geral (%)	Fonte
				SIM	NÃO			
Adequação	Capacidade técnico-operacional	Registro dos documentos ou alimentação dos sistemas de informação como critério para a continuidade do recebimento do IEVS.	Constam registradas as manifestações das áreas técnicas do Ministério da Saúde pela continuidade ou descontinuidade do recebimento do IEVS	X		2	100%	Processo físico de habilitação
Governança	Capacidade técnico-operacional	Registro do monitoramento e avaliação das ações e serviços incentivados pelo IEVS	Consta registrada no RAG a avaliação da ação ou serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	X		1	12,5%	Plano de Saúde RAG e anexos PAS e anexos
		Registro de considerações do planejamento e da programação das ações ou serviços estratégicos de vigilância em saúde incentivados pelo IEVS	Constam no RAG considerações ou recomendações para a PAS do ano seguinte, bem como eventuais ajustes no PS sobre as ações e serviços estratégicos de VS incentivadas pelo IEVS, no RAG		X	0		
		Registro que demonstre a organização da secretaria para o cumprimento da ação ou funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	Consta evidenciado no PS o arranjo organizacional que possibilitará a execução da ação ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS		X	0		
	Processo decisório	Planilha financeira que demonstre a utilização ou aplicação dos recursos do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde	Consta demonstrado, no RAG, item demonstrativo da utilização de recursos do Bloco de VS, a utilização do recurso transferido pelo IEVS		X	0		

		Registro da previsão de utilização dos recursos do IEVS	Consta detalhada na PAS a definição da aplicação ou destinação dos recursos financeiros do Bloco Financeiro de VS, em especial do IEVS		X	0		
		Resolução ou deliberação da CIR	Consta a aprovação do Termo de Compromisso na Comissão Intergestores Regional		X	0		Processo físico de habilitação
	Controle social	Ata de manifestação do Conselho	Consta a manifestação do Conselho de Saúde sobre a habilitação do ente federado ao IEVS		X	0		

Fonte: elaborado pela autora.

O RAG 2015 da SES Amazonas foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, conforme Resolução n. 014, de 21 de novembro de 2016.

O RAG apresenta para o Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde a ação “proporção de casos de doenças de notificação compulsória imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação”. Guarda relação com a ação de VEH, ainda que restrita à notificação e sem fazer referência a hospital da REVEH. Ainda assim, foi considerada para efeitos de pontuação, uma vez que a Portaria de instituição do IEVS possibilita ao gestor financiar quaisquer das ações e serviços públicos estratégicos, desde que o ente federado esteja habilitado à ação ou serviço para o qual o incentivo será empregado.

O RAG apresenta espaços não preenchidos para as considerações finais.

No item demonstrativo da utilização de recursos constam valores para ‘vigilância em saúde’, ao passo que para o item “Implantação de Ações e Serviços de Saúde” o resultado é zero. A demonstração da utilização do recurso transferido é apresentada no conjunto dos recursos da “vigilância em saúde”.

Consultou-se o Plano 2012-2015 – 3ª revisão, e no SargSUS não consta a Resolução de aprovação desse documento. Também não consta o Plano Estadual de Saúde 2016-2019. Não está evidenciado no Plano o arranjo organizacional que possibilitará a execução das ações ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS, em que pese o fato de o Estado estar habilitado ao Projeto Vida no Trânsito, que é uma ação intersetorial desenvolvida em conjunto com outros setores da Administração Pública.

Na PAS 2016, não consta detalhada, no conjunto das ações e serviços de vigilância em saúde, a definição de recursos para as ações e serviços incentivados pelo IEVS.



**Quadro 8: Matriz de análise e julgamento da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus**

Dimensão	Categoria Analítica	Critérios de verificação	Observação no documento	VARIÁVEL		Pontos	Pontuação Geral (%)	Fonte
				SIM	NÃO			
Adequação	Capacidade técnico-operacional	Registro dos documentos ou alimentação dos sistemas de informação como critério para a continuidade do recebimento do IEVS.	Constam registradas as manifestações das áreas técnicas do Ministério da Saúde pela continuidade ou descontinuidade do recebimento do IEVS	X		2	100%	Processo físico de habilitação
Governança	Capacidade técnico-operacional	Registro do monitoramento e avaliação das ações e serviços incentivados pelo IEVS	Consta registrada no RAG a avaliação da ação ou serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	X		1	12,5%	Plano de Saúde RAG e anexos PAS e anexos
		Registro de considerações do planejamento e da programação das ações ou serviços estratégicos de vigilância em saúde incentivados pelo IEVS	Constam no RAG considerações ou recomendações para a PAS do ano seguinte, bem como eventuais ajustes no PS sobre as ações e serviços estratégicos de VS incentivadas pelo IEVS, no RAG		X	0		
		Registro que demonstre a organização da secretaria para o cumprimento da ação ou funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS	Consta evidenciado no PS o arranjo organizacional que possibilitará a execução da ação ou o funcionamento do serviço estratégico de vigilância em saúde incentivado pelo IEVS		X	0		
	Processo decisório	Planilha financeira que demonstre a utilização ou aplicação dos recursos do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde	Consta demonstrado, no RAG, item demonstrativo da utilização de recursos do Bloco de VS, a utilização do recurso transferido pelo IEVS		X	0		
		Registro da previsão de utilização dos recursos do IEVS	Consta detalhada na PAS a definição da aplicação ou destinação dos recursos financeiros do Bloco Financeiro de VS, em especial do IEVS		X	0		
		Resolução ou deliberação da CIR	Consta a aprovação do Termo de Compromisso na Comissão Intergestores Regional		X	0		Processo físico de habilitação
Controle social	Ata de manifestação do Conselho	Consta a manifestação do Conselho de Saúde sobre a habilitação do ente federado ao IEVS		X	0			

Fonte: elaborado pela autora.

O RAG 2016 da SMS Manaus foi apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde, conforme Resolução n. 52, de 16 de novembro de 2016.

O RAG apresenta para o Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde a ação “implementar o plano de mídias do Projeto Vida no Trânsito”, cuja meta proposta não foi atendida.

O RAG apresenta espaços não preenchidos para as considerações finais.

No item demonstrativo da utilização de recursos, constam valores para ‘vigilância em saúde’, enquanto para o item ‘Implantação de Ações e Serviços de Saúde’, apesar de constarem valores, o resultado para a receita federal é zero. Possivelmente, a utilização do recurso transferido é apresentada no conjunto dos recursos da ‘vigilância em saúde’.

Consultou-se o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, onde não consta evidenciado o arranjo organizacional que possibilitará a execução do Projeto Vida no Trânsito, apesar de o tema ser abordado na análise de situação de saúde.

Na PAS 2016, não consta detalhada, no conjunto das ações e serviços de vigilância em saúde, a definição de recursos para o Projeto Vida no Trânsito. Vale registrar que a SMS faz a prestação de contas das atividades realizada no ano de 2015 nesse instrumento.

## **5.5 Percepção dos atores estratégicos**

A pesquisa teve a participação de 21 entrevistados (quadro 1), de um total de 25 convidados. O presidente do CONASS não participou, por indisponibilidade de agenda.

Os Secretários Executivos do CONASS e CONASEMS, assim como os Presidentes de Conselhos de Saúde figuram entre os entrevistados, mas não são contabilizados para efeitos dos resultados no que diz respeito à Portaria, tal qual a dirigente de VS da SMS/Manaus, visto que apenas falaram de forma abrangente da organização e financiamento do SUS.

O Secretário de Estado da Saúde do Amazonas, também Presidente do Conselho Estadual de Saúde (CES), confirmou participação, mas compromisso de última hora o impossibilitou de comparecer à entrevista, indicando o próximo na linha sucessória que, no caso da SES/AM, é o Secretário Executivo da Secretaria Estadual de Saúde. No dia da entrevista, o Secretário ocupava o cargo há 50 dias, portanto, apesar de já ter conhecimento prévio da Portaria, não tinha propriedade sobre o assunto a ser abordado.

Também, a dirigente de vigilância em saúde de Manaus, que havia sido empossada há apenas 26 dias, apesar de conhecer a Portaria GM/MS n. 183, de 2014, ainda estava tomando conhecimento dos efeitos dessa normativa na SMS, bem como da função para a qual havia sido designada. Por essa razão figura no rol dos entrevistados, porém em condição de igualdade à dos conselheiros. O vice-presidente do CES não foi contabilizado, visto que preside o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Manaus, razão pela qual foi incluído na qualidade de titular do CMS.

Todos os entrevistados possuem curso superior, sendo onze deles graduados em medicina, quatro, em enfermagem, dois, em odontologia, dois, em ciências contábeis, um, em farmácia e um é bacharel em serviço social.

Apesar de o início formal do processo de *Impeachment* da então Presidente da República só ter sido formalizado em dezembro de 2015, antes dessa data já era perceptível a rotatividade dos cargos de secretários, diretores e coordenadores do ministério da saúde. Dessa forma, os representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde convidados para participar da pesquisa eram ocupantes dos cargos até junho de 2015. Os demais entrevistados, portanto, ocupavam os cargos na data da entrevista.

Desde a primeira portaria de habilitação dos entes federativos ao recebimento do IEVS, a Portaria GM/MS n. 48, de 20 de janeiro de 2015, com exceção dos cargos de diretor do DEGEVS e coordenador da Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT), todos os outros cargos sofreram alterações desde meados do ano de 2015.

**Quadro 9: Usuários potencias pela avaliação dos entrevistados**

ENTIDADES	ATORES
MS	Secretário de Vigilância em Saúde
	Diretora do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde
	Coordenador da Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis
	Coordenador do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde
	Coordenador da Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica
	Coordenador da Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde
CONASS	Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde
	Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
	Secretário Executivo do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
	Técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
SES/TO	Secretário de Saúde

	Dirigente de Estadual de Vigilância em Saúde
	Presidente do Conselho Estadual de Saúde
<b>SMS/Palmas</b>	Secretário de Saúde
	Dirigente Municipal de Saúde de Vigilância em Saúde
	Presidente do Conselho Municipal de Saúde
<b>SES/AM</b>	Dirigente de Vigilância Estadual de Saúde do Amazonas
<b>SMS/Manaus</b>	Secretário de Saúde
	Dirigente de Vigilância em Saúde
	Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Fonte: elaborado pela autora.

O trecho abaixo revela a dificuldade de compreensão e operacionalização da Portaria, não obstante a intenção constante da normativa:

(...) a portaria acabou assumindo uma complexidade muito grande, porque eu coloquei uma série de regras específicas para cada ação e serviço. No final, acabei reproduzindo na portaria uma série de regras específicas de cada uma das ações e serviços incorporados para financiar por meio dessa portaria, o que fez com que acabasse ficando tanto de gestão como especialmente para fazer desse processo de avaliação e monitoramento algo muito complexo (...) (R4)

Sobre o estímulo financeiro repassado para as secretarias de saúde por meio de Incentivo específico para o desenvolvimento das ações e serviços estratégicos, os entrevistados, ao responderem à pergunta ‘a publicação da portaria 183, 30 de janeiro de 2014, foi um ganho ao financiamento do SUS, em especial da vigilância em saúde?’, falaram da insuficiência do recurso federal e criticaram o modelo de financiamento. Entretanto, todos os que responderam a essa pergunta acreditam que, ao se reduzir o número de incentivos anteriormente vigentes, permitiu-se maior racionalidade para a gestão do recurso transferido por meio do Bloco Financeiro de VS. Anote-se que dois desses entrevistados disseram que a Portaria é somente uma compilação do que já existia em outras portarias:

(...) no sentido que nós conseguimos dar uma maior racionalidade à utilização dos recursos, porque, ao tempo que se junta uma porção de incentivos específicos que teriam que ser executados para aquelas ações específicas, quando se juntam sete incentivos, como foi o caso (M1)

(...) todo processo de aperfeiçoamento, de integração do financiamento de ações e de serviços públicos de saúde avança quando é capaz de integrar o financiamento e o correlacionar a serviços e resultados (S2)

Sim, é ganho, claro que é ganho. A gente tem lutado em Brasília, principalmente na CIT e nas articulações CONASS e CONASEMS, para reduzir a quantidade de formas de pagamento e financiamento da saúde como um todo. Sempre que vejo

uma portaria unificando esses pequenos grupos em algo maior, isso traz para a gestão um ganho de qualidade (...) (R1)

Sem querer diminuir o papel da portaria, mas, no momento que ela reúne elementos que já haviam sido criados anteriormente, a entendo como uma compilação daquilo que já se propôs. (S4)

Entretanto, destacam que o agrupamento não foi acompanhado de novos recursos, condição que para três entrevistados pode justificar o fato de a Portaria não ter sido estimuladora para a implantação de novas ações e serviços, em que pese a ocorrência da indução, conforme afirmaram todos os coordenadores das áreas técnicas da SVS e os atores das secretarias estaduais de saúde:

O ministério transfere a responsabilidade e o dinheiro não acompanha. (R2)

É possível que ela seja estimulante para a implantação de novos serviços em áreas em que esse serviço não estava implantado, e aí surgiu uma portaria nova e isso possa ter despertado em algum gestor a percepção de que havia a possibilidade de implantar o novo serviço, mas não é o caso aqui; os serviços aqui já haviam sido implantados, só reuniu. (S4)

Eu não sei se é pelo valor ser relativamente pequeno, se ele seria o suficiente para estimular a implantação de novos serviços; até gostaria de ver se ele acabou, na verdade, mantendo serviços que já estavam implantados, quanto novos serviços foram implantados a partir da 183. (R4)

Já CONASS e CONASEMS, afirmaram que têm por praxe a elaboração de Notas Técnicas sobre as Portarias, que disponibilizam em suas páginas na Internet, além da divulgação das Portarias por *e-mail*.

Quando questionados se a Portaria GM/MS n. 183, 30 de janeiro de 2014, foi estimuladora da mudança do processo de gestão nas secretarias, nove entrevistados disseram que sim, três disseram que tinham dúvidas, podendo ser que tenha sido para alguma das ações ou serviços, e os outros quatro disseram que não:

Acho que está muito recente em termos de avaliação para que a gente tenha conhecimento se teria esse avanço comprovado, essa portaria é de 2014 (R2)

Não, ela somou-se à gestão, não mudou a gestão. Ela pode ter mudado a gestão lá dentro da própria vigilância, abriu novos caminhos, novas percepções, novas formas de fazer o procedimento funcionar, mas não na gestão macro da saúde; ela veio somar, não mudou. Contribuiu e aperfeiçoou. (S3)

Para alguns respondentes, o fato de o recurso ser fundo a fundo em lugar de direcionado ao serviço pode representar uma mudança negativa do processo. Um respondente alega que o intuito era estimular a implantação em todos os estados do País, e um outro relatou a dificuldade da relação com as áreas técnicas quando o recurso tem destinação específica:

Olha, tem prós e contras, porque para a unidade que não funcionava, que o dinheiro não ia pra ela, mais do mesmo, então o dinheiro já não ia, continua não indo. Então, o dinheiro vai para o fundo municipal, para o fundo estadual, e o gestor que não fazia, continua na mesma. Eu acho que houve prejuízo para quem fazia. (M4)

(...) a estratégia principal foi incentivar que todos os estados pudessem participar. O critério de avaliação, para ver o critério de trabalho para os aprovados, não foi muito exigente; era simplesmente comprovar que estavam trabalhando. (M5)

Aqui não sobra, falta recurso. Mas esses incentivos podem criar uma complicação: existem áreas, por exemplo, saúde do trabalhador, um recurso repassado na MAC, especificamente, que criou para a gente um problema tremendo, porque a vigilância de saúde do trabalhador foi toda mantida aqui com recurso do piso fixo. O recurso que entrou, eles acham que é da vigilância da saúde do trabalhador. (S4)

Dois principais avanços foram relatados pelos entrevistados para a forma de repasse do recurso federal aos estados e municípios por meio do IEVS: a simplificação, e o destaque para as ações e serviços:

(...) traz o reconhecimento das ações de vigilância, amplia a percepção de que a vigilância não é só uma ação isolada, é uma ação integrada (...) (S3)

(...) estamos falando de um modelo subfinanciado e de uma vigilância mais subfinanciada ainda. Acho que o grande barato quando se unifica é que se garante a autonomia e se começa a identificar os bons gestores, porque de outra forma você não identifica (...) (R5)

Os desafios ressaltados pelos entrevistados para a forma de repasse por meio do IEVS vão além desse Incentivo. São eles o financiamento do SUS, o território e a regionalização; a falta de diálogo entre as equipes das secretarias; as decisões verticais que influenciam a organização local do SUS; atuação das secretarias estaduais de saúde; o desconhecimento das funções essenciais da vigilância pelo planejamento; a ausência dos assuntos da vigilância em saúde nas pautas da CIB; a rotatividade dos profissionais de saúde nos quadros das secretarias de saúde; a incapacidade técnica dos secretários; a influência do chefe do executivo no setor saúde; a prestação de contas; a necessidade de pensar políticas estruturantes para o SUS e repensar estratégias de desenvolvimento de ações e serviços:

(...) falta diálogo entre as equipes de planejamento, de vigilância e da área administrativa financeira. Acho que ajudaria muito se as próprias equipes procurassem esse diálogo mais permanente (...) (M1)

(...) nem sempre o gestor vai perceber a clemência da questão da vigilância, a não ser que aconteça alguma situação inusitada. (R4)

(...) que autonomia é essa que a gente discute dos entes frente à gestão do sistema? Que planejamento é esse ascendente que a gente tanto defende? Então, fica muito no discurso (...) (S6)

Há uma imaturidade muito grande ainda da percepção dos municípios sobre seus papéis, não só na atenção básica como também na vigilância; eles têm números, mas não têm resultados de qualidade. e então, tem um quantitativo de pessoal, de repasse de recursos, mas as ações efetivamente realizadas não se traduzem em resultados (S3)

Tem que haver a discussão regional de todos os projetos. Se não der para fazer antes, às vezes é complexo. Brasília produz umas coisas, às vezes, sem conhecer a realidade; tem sido assim, historicamente sempre foi assim. (S1)

(...) a questão da qualificação dos gestores municipais - a grande maioria não é composta por gestores. Quem faz uso desse recurso não é secretário municipal; a caneta fica com prefeito municipal. Isso é uma coisa que se tem trabalhado no sentido de mudar(...) até hoje isso ainda é vigente (...) (S7)

(...) O gestor precisa ter liberdade para poder ter em seu plano municipal de saúde, que foi aprovado por uma comunidade por meio do conselho de saúde; ter liberdade de executar os recursos, quer sejam municipais, estaduais ou federais, e fazer uma única prestação de contas num relatório de gestão. Hoje, embora nós tenhamos seis blocos de financiamento, ainda são mais de 250 caixinhas. E o auditor, que é do DENASUS, do Tribunal de Contas, dos órgãos de controle de uma forma geral, ele vai chamar à responsabilidade do gestor por daquela caixinha. Então, ele desconhece que a aplicação dentro do bloco é livre. Então, hoje nós temos, não só nos municípios como em Estados, muitos recursos da vigilância parados, porque o gestor fica com medo de gastar aquele recurso em uma área e ser penalizado depois. E está sendo penalizado. (R2)

Em Manaus, há uma especificidade da área ribeirinha: o acesso geográfico da nossa população que não é do interior, é de Manaus, mas está do outro lado do rio; são distâncias muito grandes. Muitas vezes, até a vigilância tem esse desafio. Muitas vezes, o recurso vem; o recurso é comparado ao de uma cidade extremamente urbana, onde está tudo muito próximo. Aí, a gente vai ver que questões de consumo, de combustível, de recursos humanos são muito maiores por essas especificidades; esse é o olhar que o ministério deveria ter em termos de financiamento, de olhar um pouco para a realidade local (S5)

Sobre integração no SUS, um entrevistado (M6) alegou que a Vigilância tem que estar integrada com a SAS, e o RCBP, com o próprio INCA, tendo o RCBP que avançar, inclusive, nas informações, porque estão muito defasadas em relação aos óbitos. Afirmou que se trata de um problema de processo de trabalho e de gestão, e não propriamente de financiamento, defendendo que os municípios e estados repassem as informações para o INCA e para a SVS, pois recebem o recurso federal.

Quando questionados sobre a efetividade do repasse de recurso para o financiamento de ações e serviços estratégicos de vigilância em saúde na forma de incentivo, dois entrevistados disseram que sim; dois disseram que o incentivo é bom para que as áreas técnicas se reconheçam na vigilância, mas não para os gestores, e onze responderam não, tendo um deles defendido que essa forma de financiamento é válida para estados, mas não deve partir do governo federal para estados e municípios.

Do estado para o município. Agora, do governo federal para o estado, acho melhor vir o bloco e a gente mudar o comportamento dos municípios por meio de incentivos. (S3)

Se eu fosse uma técnica do núcleo de vigilância hospitalar, iria dizer para você que “foi maravilhoso, porque estou me enxergando, eu tenho recurso específico e eu tenho vez agora”. Entretanto, como gestora da vigilância como um todo que não se trabalha só essas questões, há vários outros problemas muito mais importantes e sérios e graves que acabam prejudicando, porque não há autonomia. (S6)

No tocante à incorporação do IEVS ao PFVS, doze entrevistados, dos 15 que responderam a essa pergunta, disseram sim, que seria mais efetivo. Um dos que são contrários à integração defende a continuação do IEVS por dois motivos: porque não tem garantia de que a ação seja executada sem a destinação específica e porque trabalha em uma área que é contemplada pelo incentivo.

(...) nada garante que, se cair no bolo, não vá cair na lista de prioridades e piorar sua performance em relação ao que se faz hoje em dia; mas, veja, é uma posição. Não acho que estou errado; é que eu ‘mexo’ com isso e tenho que ‘puxar a brasa pra minha sardinha’ (M2)

(...) A vigilância é um grupo de conceitos, um grupo de ações, um grupo de lógicas, de áreas que estão diretamente vinculadas ao território de saúde e estão diretamente vinculadas a todas as práticas de produção de saúde no SUS, principalmente de atenção primária. Então, ter separado as caixinhas assistenciais da atenção básica e a caixinha da vigilância em ambientes distintos de financiamento e de articulação de processo de trabalho estimulou uma ineficiência muito grande do serviço.(S2)

Dentre os que defendem o agrupamento junto ao PFVS, foi dito que fortalece o poder de decisão local, que a forma de o SUS acompanhar os resultados das ações e serviços deve ser repensada:

O ministério tem que fiscalizar, controlar, monitorar, avaliar se está tendo resultado para a população, e nós, localmente, temos que fazer isso e aplicar o recurso de forma adequada. (S2)

O planejamento precisa ser definido a partir das necessidades territoriais e dos indicadores que, a priori, já estão estabelecidos. Então, para aumentar minha capacidade de cumprir o planejamento e poder monitorar, avaliar, preciso ter capacidade de financiar esse conjunto de ações, mas não preciso ter uma área tão cara para o serviço público como é a área da vigilância, de forma apartada de outras áreas. (S2)

Acho que a gente precisa fazer no SUS um pacto de resultados (...) é fundamental que a gente faça um acompanhamento e monitoramento e avaliação do que a gente acha que é básico e essencial para a vigilância. (M1)

Um dos entrevistados antecipou a proposta de mudança do modelo de repasse dos recursos federais, excluindo os blocos de financiamento e as ‘caixinhas’ e criando apenas duas



modalidades de repasse para estados e municípios: capital e custeio, proposta que foi pactuada no Plenário da CIT em janeiro de 2017:

Nós estamos discutindo isso: nós, o ministério, os estados, todo mundo está discutindo essa questão do critério de rateio. (...) Porque não podemos fazer dois blocos: Um de custeio e um de investimento? No que é investimento, fica clara a questão de obras, porque não mistura dinheiro de obras com dinheiro de custeio. Mas o restante num bloco só de custeio. E baseado num documento forte, formal, não do jeito que existe hoje, sem um modelo, um jeito de se fazer um plano municipal de saúde (R2)

Quando questionados se a assinatura do instrumento Termo de Compromisso geraria maior comprometimento do gestor na aplicação desse recurso federal (IEVS) em relação a outros recursos repassados, como os do PFVS, que dispensa esse tipo de formalização, os entrevistados disseram que não, visto que a obrigação do gestor se dá quando da investidura no cargo de secretário. Porém, para dois entrevistados, o fato de destacar a ação como prioridade aumenta o compromisso do gestor, além de funcionar como instrumento de barganha para a área técnica.

Os demais, por exemplo, não têm um termo de compromisso, o que há é uma responsabilidade da gestão pela ação. Não sei se o fato de haver um termo de compromisso específico vai trazer maior comprometimento do gestor; o comprometimento é com a execução e gestão das ações ou você é comprometido com elas (R4)

(...) é uma barganha, é um argumento para que as coisas aconteçam para o gestor do estado como um todo. Isso é péssimo, mas acontece. Então, “a gente tem uma portaria, a gente precisa cumprir, a gente assinou um termo de compromisso, tem responsabilidade sobre aquele recurso a ser utilizado. E aí, o que o senhor vai falar sobre isso? (S6)

Todos os 21 entrevistados foram taxativos sobre a importância de qualificação dos conselheiros como requisito para o fortalecimento dos Conselhos de Saúde. Registraram que a participação dos conselheiros, embora ativa, por vezes, é limitada a um ou outro conselheiro ou, ainda, que aquele espaço precisa ser mais bem compreendido, pois há um conflito de interesse na atuação de alguns conselheiros. Outro ponto abordado foi a rotatividade dos conselheiros:

Conselho estadual e municipal? É muito importante, é um parceiro útil, só que a composição precisa ser atualizada e aperfeiçoada, a gente precisa qualificar um pouco mais. Não é chegar lá e dizer que está defendendo os laboratórios, que está defendendo os agentes de endemia. (...) não é só pensar em dinheiro, mas saúde é uma questão financeira, não orçamentária, se não tiver o dinheiro não melhora (...) (S3)

O nosso conselho é frágil, é muito frágil, ele é confundido em sua função, não é um conselho deliberativo fiscalizador. (S6)

(...) eles têm participação ativa nisso, muito embora eu ache que seja equivocada, mas é ativa; o conselho, às vezes, se sente gestor. (S5)

Hoje, nós, como cidadãos, temos o ato de criticar muito, mas o que que fazer? (...) A partir do momento que nós, cidadãos, começarmos a fiscalizar, muita coisa vai mudar, e isso também ocorrerá no conselho. (C2)

Há os cursos de capacitação, que são oferecidos até com certa frequência e, muitas vezes, os próprios conselheiros s, até mesmo por uma questão de rotatividade das representações, das entidades. Algumas vezes, o titular não pode ir, então o suplente que vai, e aí há a continuidade da discussão. Às vezes, se discute com o titular em uma reunião e com o suplente em outra, ou seja, existem vários motivos que comprometem um pouco a eficácia do conselho estadual . (C1)

Para a questão “o recurso transferido por meio do IEVS é suficiente para o cumprimento das atividades a que se propõem as ações e serviços públicos estratégicos elencados na Portaria GM/MS n. 183/2014, para os quais a secretaria se habilitou?”, um entrevistado respondeu que sim, visto ser incentivo. Outros três responderam que não, mas enfatizaram que o financiamento é tripartite; três não responderam; um informou que precisaria fazer um estudo por ação e serviço; e os outros sete consideraram insuficiente:

Não podemos esquecer que isso se chama incentivo; dessa maneira, o sistema único de saúde também é tripartite, onde o Ministério da Saúde entra com uma parte dos recursos financeiros e os estados e municípios também aportam suas contrapartidas. (M3)

O subfinanciamento é unânime, não só no município, mas nas três esferas de governo. Não é porque se tem um subfinanciamento que se vai deixar de fazer as coisas. Então, infelizmente, acho que nós do sistema único não conseguimos ainda porque não se trata o subfinanciamento no âmbito interno do SUS, trata-se na questão macro da política nacional. (R5)

Recurso de capital, é que é a necessidade, é diferente. Como custeio, ela é suficiente, ela custeia, ela não só incentiva. Ela é, de fato, um custeio, ela não é um incentivo. (S6)

Eu acho que vai ser preciso rever o pacto federativo e aí, trazendo para a área da saúde, discutir quais são as responsabilidades do município, do estado e do governo federal. Para isso, o governo federal vai repassar determinado valor para custeio e para investimento, quando necessário, conforme pactuado com os entes. (R2)

Sobre o repasse do IEVS somente para custeio, outro entrevistado disse que, além da “maior redução do financiamento federal do ponto de vista da composição dos gastos”, a destinação somente para o custeio pode ser outro desencorajador da implantação de serviços nos estados e municípios:

(...) o fluxo dos recursos somente para custeio, principalmente na gestão estadual, gera dificuldades, porque, nesse caso, boa parte das necessidades de recursos, muito mais que de custeio, será de recursos com equipamento, veículo, despesas que são consideradas de capital, o que também foi um gerador de dificuldades (...)  
(R4)

Ainda sobre a necessidade de recurso de capital, um dos entrevistados explicou que a criação do Bloco de Investimento mudou o entendimento da destinação do recurso federal feito por meio do Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde.

(...) se eu fizer ação de campo, tenho que ter equipamento, veículo. Acho que isso prejudicou muito quando a portaria do investimento saiu, e quando se deu o rompimento (...) quando se pensou no bloco de investimento (...) a vigilância foi excluída dessa discussão e de forma tripartite, porque foi pactuado. (M1)

Os entrevistados também falaram sobre os saldos financeiros referentes à VS. Para um deles, as decisões da CIT não são suficientemente divulgadas, para outros dois, existe a incapacidade técnica local, porém, um deles destacou que os processos obrigatórios da Administração Pública podem ocasionar a morosidade da execução do recurso:

Teve um levantamento pelo SIOPS (...) alguns municípios menores não estavam gastando, porque não sabem gastar. Então, nós temos que fazer vários movimentos, tem que existir alguém que apoie, que faça as nossas decisões de tripartite chegarem mais próximas lá da ponta. (R5)

(...) as pessoas não conseguem gastar o recurso por incompetência da gestão. Não é porque o recurso é pouco ou muito, não é isso. (S6)

Existe também uma dificuldade muito grande de várias secretarias estaduais e municipais sobre a questão da gestão. Existe a questão de como gastar e também a lentidão administrativa nos processos gerais de licitação. Então, preciso trabalhar nessas duas questões, ter regras mais claras, diminuir fragmentação do aporte de recursos e, ao mesmo tempo, fortalecer o processo de gestão. (R4)

É relevante informar que o entrevistado M4 fez uma correspondência com a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecções Hospitalares - PCIH em todos os hospitais do País e defende que seja promulgada Lei que torne obrigatória a estratégia de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. A razão está em que o objetivo do incentivo para os hospitais da REVEH extrapola a obrigatoriedade da notificação e persegue a qualificação do cuidado em saúde ou vigilância das doenças e agravos a partir de trabalho articulado com o Núcleo de Segurança do Paciente e demais estruturas ou setores integrantes do sistema hospitalar.

## 6 DISCUSSÃO

A política é uma constante em todos os níveis da Administração Pública e o problema de sua maior ou menor influência é uma questão de desenvolvimento econômico e cultural (SILVEIRA, 2008). Por isso, não se pode desconsiderar a influência da política na rotatividade de gestores e técnicos por ocasião do processo de *impeachment* da então Presidente da República e do então Governador do Amazonas, situação que compromete a relação de governança nas três esferas de governo.

Durante a realização desta pesquisa, o governador do Estado do Amazonas foi cassado e observou-se que, na SES/AM, a troca de secretários foi mais acentuada. Foram substituídos quatro secretários de saúde, sendo que o primeiro exerceu o cargo de julho de 2010 até junho de 2015; o segundo, de julho de 2015 a janeiro de 2017; a terceira, de fevereiro a abril de 2017, já desempenhava o cargo de secretária executiva adjunta de Atenção Especializada da Capital; e o atual secretário está no cargo desde 10 de maio de 2017, conforme decreto, assinado pelo governador interino, que é deputado estadual e presidente da Assembleia Legislativa do Estado. O atual secretário municipal de saúde de Manaus ocupa o cargo desde 04 de abril de 2014 e seu antecessor esteve à frente da SMS/Manaus pelo período de 01 de janeiro de 2013 a 03 de abril de 2014.

No trabalho de campo do estudo de Regionalização e relações interfederativas na política de saúde do Brasil, realizado em 2011, os pesquisadores não consideraram os estados do Maranhão e Tocantins em razão da crise política e de mudanças dos governos estaduais no período (VIANA; LIMA, 2011). Este trabalho não teve a mesma oportunidade de escolha, porque não podia descartar a percepção dos atores do IEVS lotados no Ministério da Saúde, como porque a seleção do Amazonas já havia sido feita em meados de 2015.

Tornar compreensível a linguagem complexa de uma portaria é permitir aos gestores maior adesão a um programa, política ou qualquer outro tipo de intervenção, tal como o IEVS. É sabido que inúmeros fatores, sejam eles de ordem teórica ou mesmo prática, podem influenciar a reprodutibilidade operacional ou a transferência de uma intervenção nacional para o âmbito local (VIANA; LIMA, 2011).

Por isso, o Ministério da Saúde investe em guias, instrutivos, notas técnicas explicativas com o objetivo de alcançar linguagem mais transparente e precisa. No entanto, ainda assim, por vezes, no exercício de reduzir entendimentos díspares, é surpreendido com a necessidade de ter que retificar portarias ou mesmo de acrescentar dispositivos, como ocorreu com

a Portaria GM/MS n. 183, de 2014, que sofreu alterações e acréscimos em sua redação, expressas pela Portaria GM/MS n. 732, de 2 de maio de 2014.

A redação da Portaria exige do leitor uma leitura meticulosa, sistemática, que não o exime de visitar artigos lidos anteriormente para que obtenha melhor compreensão das suas disposições. Talvez se justifique pela dificuldade de se reunir, em uma mesma normativa, ações e serviços tão diversos.

Já na ementada Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014, é possível perceber certa dificuldade na compreensão do nome do Incentivo, e possivelmente do objetivo, visto que faz previsão para a implantação de ações e serviços, o que se deduz sejam serviços que anteriormente não recebiam recurso financeiro da SVS, embora pudessem já funcionar com recursos próprios das secretarias de saúde.

Como requisito para formalização da habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio, foi exigida do gestor que já recebia recurso a assinatura do Termo de Compromisso, afirmando possuir condições para o cumprimento de todos os requisitos de manutenção de cada serviço estratégico descrito da Portaria. Foi igualmente exigida a assinatura de um Termo para ações e serviços que anteriormente não recebiam recurso pela SVS e pelos quais o gestor se comprometia a desenvolver. A exigência de assinaturas dos gestores é uma prática já conhecida no SUS. Foi assim com a adesão ao Pacto pela Saúde e é assim para o Contrato Organizativo de que trata o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2006; BRASIL 2011).

A descrição dos processos de habilitação ao IEVS desencadeados no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do Amazonas, Manaus, Tocantins e Palmas permitiu conhecer as questões do processo de pactuação relacionadas à capacidade técnica-gerecional dessas secretarias, bem como do processo-decisório, cujos achados se concretizam na forma como tais entes federados expressam o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, em seus instrumentos de gestão.

O achado documental de que nos Estados do Amazonas e Tocantins, bem como em suas capitais Manaus e Palmas, somente dois municípios do Tocantins solicitaram habilitação ao IEVS guarda correspondência com a abordagem (SILVEIRA, 2008) que afirma que os municípios das capitais absorvem a maior parte dos recursos totais destinados às atividades sanitárias.

Observou-se que, apesar de o Tribunal de Contas da União (TCU) ter tornado obrigatória a alimentação do SargSUS por estados e municípios por meio do Acórdão do n.

1.459, de 03/06/2011, e de o Ministério da Saúde instituir e regulamentar essa ferramenta pela Portaria GM/MS n. 575, de 29 de março de 2012, ainda há fragilidades no instrumento com potencial para comprometer a qualidade dos documentos ali disponibilizados.

É bem verdade que o SargSUS explicita o compromisso da Administração Pública com a publicidade e a transparência dos recursos públicos ao disponibilizar os relatórios gerenciais da situação do RAG para o público no endereço eletrônico <http://www.saude.gov.br/sargsus>. O sítio contém sua elaboração e a apreciação pelo Conselho de Saúde, bem como seus documentos próprios, os quais podem ser acessados livremente.

Os achados evidenciam que, como ferramenta de apoio às secretarias de saúde na elaboração e envio do RAG, o SargSUS, como instrumento obrigatório da gestão do SUS no âmbito do planejamento, conforme item IV do art. 4º da Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, referenciado também na Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, cumpre sua finalidade. Entretanto, apesar de já se terem transcorrido cinco anos desde sua institucionalização, ainda apresenta fragilidade no apoio à elaboração dos instrumentos de gestão, como a ausência de críticas no sistema que permitem espaços não preenchidos, dentre os quais as informações da execução do recurso, campo que as secretarias podem não preencher.

Essas lacunas impactam a qualidade do RAG, dificultando a análise da execução das políticas por parte dos conselheiros, embora o acompanhamento dos Conselhos não deva se restringir à análise de tal instrumento. Por isso, a análise documental não julgou o conteúdo da informação inserida no RAG, tampouco analisou os demais conteúdos demonstrados nos instrumentos de planejamento, restringindo-se tão somente à constatação do registro da ação ou do serviço público estratégico incentivado pelo IEVS.

A Lei Complementar n. 141, 13 de janeiro de 2012, em seu capítulo IV, art. 36 § 1º, impõe a obrigatoriedade do envio do RAG ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas estatuídas nessa Lei Complementar. Entretanto, o RAG 2015 da SES Tocantins foi encaminhado ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação em 11 de maio de 2016 e permanece sem aprovação.

A habilitação ao IEVS, consubstanciada no Termo de Compromisso devidamente aprovado pela CIB, faz acreditar que tal procedimento tenha se originado em um cuidado decorrente da observância ao princípio da regionalização na organização e planejamento do SUS, enfatizando a articulação interfederativa.

Quando se consideram principalmente os instrumentos de gestão, fica demonstrado que o IEVS, para o rol que se propôs de ações serviços estratégicos de vigilância em saúde, está implantado nos quatro entes federados. Todas as secretarias de saúde receberam a pontuação máxima para a dimensão adequação, ou seja, plenamente satisfatória (100%). Entretanto, para a dimensão governança, o resultado é incipiente para a SES Amazonas (12,5%); incipiente para a SMS Manaus (12,5%); incipiente para a SES Tocantins (25%); e insatisfatória para a SMS Palmas (37,5%).

Este estudo não objetivou conhecer o estágio de implantação de cada uma dessas ações e serviços, porém, pelos resultados, depreende-se que seguem cursos distintos, seja pelo contexto local ou mesmo pela definição dos critérios estabelecidos para a permanência da habilitação.

Conclui-se que a Portaria GM/MS n. 183, 30 de janeiro de 2014, não se revelou estimuladora à implantação de novas ações ou serviços de vigilância nas Secretarias de Saúde do Amazonas, Manaus, Tocantins e Palmas. A razão para tal está, primeiramente, na descrição do desenvolvimento das ações e serviços incentivados pelo IEVS em todas as regiões administrativas do Brasil, antes e depois da primeira Portaria de habilitação a este Incentivo. Está, também, apoiada na demonstração das situações de habilitações das secretarias de saúde da Região Norte, consubstanciadas nas manifestações das áreas técnicas do Ministério da Saúde pela continuidade ou descontinuidade do recebimento do IEVS.

Não obstante a defesa majoritária dos gestores para que o Ministério da Saúde acompanhe os resultados da VS, apenas por meio de indicadores de resultados relacionados às doenças transmissíveis, às ações de promoção de saúde, à vigilância da saúde do trabalhador e à vigilância ambiental tal acompanhamento parece insuficiente. Isso, porque, com o cancelamento de habilitações dos entes federados, constata-se que a escolha de avaliar por indicadores de processo continua sendo ainda uma opção útil. Pode-se responsabilizar o atraso na alimentação dos sistemas, certamente um problema crítico que afeta os Serviços, os Programas e os Projetos e, conseqüentemente, o cumprimento de seus objetivos, a exemplo do critério para a continuidade do recebimento do IEVS para a VEH.

Em que pese o fato de não ser obrigatória para o processo das habilitações dos entes federados ao recebimento do IEVS, procurou-se, no documento físico de habilitação, vestígio documental que indicasse a manifestação formal do Conselho de Saúde e das Comissões Intergestores Regional. Conforme Fleury (2014), novos arranjos institucionais participativos e nova tessitura são esperados quando a descentralização ultrapassa a esfera administrativa como

deslocamento desde o nível central do governo até o nível local. A autora, ao refletir sobre a construção da municipalização, afirma que “o vácuo de propostas consistentes de articulação regional proporcionado pelas estratégias constantes das normas operacionais (...) resultou em praticamente nenhum estímulo para que houvesse o compartilhamento de práticas inovadoras de gestão”.

A gestão regional é um grande desafio, dado que o federalismo brasileiro não contempla a região, unidade que tem que ser construída, gerida e financiada mediante acordos e negociações (VIANA; LIMA, 2001). Nesse sentido, como a ausência da manifestação formal das CIR foi confirmada nas entrevistas, registra-se que não houve um processo decisório no âmbito estadual mais ampliado, com previsões de debate e construção ademais daqueles previsto na Portaria, apesar da SES/TO e da SMS/Palmas terem solicitado habilitação para serviços que pressupõe uma abrangência regional - SVO e RCBP.

Para Costa e Palotti (2011), os arranjos e movimentos cooperativos e competitivos entre os entes torna a implantação de políticas sociais um fenômeno complexo, que se desenvolve em diversas arenas e etapas, embora em um mesmo Estado. Mais de um governo pode ser responsável pelo exercício do poder político, em que os entes federados possuem, assim, autonomia para fazer as escolhas políticas em geral e de políticas públicas em seus territórios.

É certo que a Portaria GM/MS n. 183, 30 de janeiro de 2014, não traz a obrigatoriedade de posicionamento da CIR. Todavia, essa ausência não pode ser entendida como uma liberação dada às Secretarias Estaduais de Saúde para pautarem esses assuntos com o conjunto dos demais gestores da unidade federada interessados na ação ou serviços. O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Interfederativa, dispõe em seu art. 15 que “o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros”. É, pois, pertinente que a CIR participe da integração do planejamento (BRASIL, 1990; BRASIL, 2014).

Essa realidade robustece a concepção que, para a descentralização da política de saúde no federalismo brasileiro, a presença de atores públicos com legitimidade e poder político é necessária para a superação de conflitos, quando estes estão associados no âmbito institucional. Logo, a existência de equipes técnicas qualificadas tem sido decisiva para a adoção de novas experiências de planejamento e gestão em saúde (LIMA et al., 2012).



Tal entendimento guarda correspondência com os achados de Viana et al (2002), que, há 15 anos, identificou que as variáveis dos poderes locais já respondiam de forma mais direta pelo sucesso ou insucesso de determinadas políticas. Cunha (2001) corrobora a mesma opinião, afirmando que o poder de decisão, quando exercido por autoridades administrativas que se encontram próximas da realidade local, proporciona melhores condições de adequar a oferta de serviços às reais demandas da população.

A implantação de uma política exige decisão e iniciativa governamental e instrumentos para efetivá-la, dentre os quais menciona-se o suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados por ela (MENICUCCI, 2007). O que se percebe é que a legislação pode avançar no sentido de uma orientação para a organização do SUS. Entretanto, se os diversos atores das secretarias de saúde, gestores e técnicos, não se apropriarem de forma prática das intenções legais assentadas nos instrumentos publicados seja pelo Poder Legislativo seja pelo Poder Executivo Federal, o processo de articulação de gestão municipal e estadual permanecerá sem avanços significativos, independentemente da existência de previsão normativa por parte do Ministério da Saúde envolvendo as CIR.

Muito já se discute que as construções de processos democráticos são acompanhadas da ampliação dos canais de comunicação e participação social, o que significa também profusão de conflitos e negociações a serem estabelecidos, não garantindo a consecução de políticas necessariamente positivas. Nesse sentido, a constatação da ausência de manifestação dos Conselhos de Saúde parece corroborar a ideia que essas instâncias democráticas, não obstante o papel que vêm desempenhando, encontram espaço ainda para, em conjunto com os gestores, coadjuvar também na formulação de ações desde o nascedouro, visto que detêm a competência de acompanhar a política de saúde a partir da execução das ações.

Quanto ao monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde como uma das competências da SVS, compartilhada com os estados e municípios, tem-se que tal prática não afronta o controle da execução da política de saúde exercido por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, segundo define a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Inversamente, reforça o dever do administrador público de aplicar corretamente os recursos públicos e fornecer elementos para os cidadãos quanto à sua aplicação.

Nos anos 1990, ainda que as conferências e os conselhos de saúde constituíssem espaços potenciais para a expansão e institucionalização da avaliação, as fragilidades dessas instâncias de controle social e o esvaziamento da planificação pela onda neoliberal retardaram a consolidação da avaliação em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo assim, distintos estudos sobre a produção científica e tecnológica da área de Planificação e Gestão em Saúde (P&G) já

apontavam para o crescimento de investigações sobre avaliação em saúde (HARTZ; SILVA, 2005, p. 9).

Apesar de a afirmação transcrita acima ter sido elaborada em 2005, ela permanece atual, pois o campo de estudo de avaliação em saúde é ainda relativamente recente, e sua prática cresce juntamente com a efetivação do SUS na garantia do direito à saúde. Durante o processo de monitoramento e avaliação das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde incentivados pelo IEVS, constatou-se que os critérios estabelecidos para o RCBP, a VEH e a Vigilância Sentinela da Influenza são os mais descumpridos; portanto, essas são as ações e serviços que ensejaram o maior número de cancelamentos de habilitações dos entes federados ao recebimento do IEVS.

Sobre os cancelamentos das habilitações do RCBP, cabem algumas reflexões atinentes aos critérios pactuados de forma tripartite e expressos na Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014. Por exemplo, qual a governabilidade da SVS nesta ação, uma vez que já há uma relação dos RCBP com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)? Considerando que o INCA registra em seu site outros RCBP não incentivados pela SVS, quantos e onde devem estar localizados os RCBP do Brasil? O que justifica a defasagem dos dados, tendo em vista que o financiamento pelo IEVS não é um recurso novo, mas, sim, uma manutenção para o desenvolvimento do RCBP? Quando se assinaram os pactos CONASS e CONASEMS, quanto se desconhecia a realidade de defasagem dos dados?

O posicionamento do entrevistado (M6) sobre o RCBP demonstra a complexidade da gestão no campo da saúde por abranger a participação de vários grupos de interesse; envolver ações intersetoriais; evidenciar as interações entre os diversos níveis de gestão, desde o local até o federal, feitas pela representação municipal e estadual por meio da participação do CONASS e CONASEMS.

Nesse sentido, e considerando ser o RCBP uma ferramenta de vigilância e monitoramento de neoplasia, conforme definição constante na Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014, resta ainda uma questão mais restritiva: como dialogam os gestores do SUS, INCA e CGDANTPS na definição de estratégia de vigilância para a prevenção e o controle do câncer no Brasil?

Como pretende o Ministério da Saúde incentivar novas implantações para VEH e Vigilância Sentinela da Influenza, uma vez que o recurso destinado para cada ente federado era o mesmo já transferido? Para esses casos, parece que a intenção é a manutenção do que já se havia estabelecido, respeitando a decisão da CIB, que define a lista dos serviços, distribuindo o montante de recurso repassado na REVEH de seu estado. Exceção aos hospitais federais que

têm definição do recurso de R\$5.000,00 já estabelecida na Portaria GM/MS n. 183, 30 de janeiro de 2014.

A defesa de alguns dos entrevistados pela permanência do recurso específico vinculado ao desenvolvimento de uma ação em detrimento da autonomia do gestor, talvez tenha amparo no receio de subfinanciamento do SUS, que, por decisão política, a desconsidere no planejamento local.

O subfinanciamento do SUS foi abordado por todos os usuários potenciais do IEVS. Sobre esse assunto, Vieira e Benevides (2016), que analisaram algumas implicações para o financiamento do SUS a partir da então Proposta de Emenda à Constituição n. 241/2016, aprovada em dezembro de 2016, alertam que (1) podem-se esperar, ainda, maiores dificuldades de acesso, principalmente nos estados mais pobres, que mais dependem das transferências federais para financiamento da saúde; e (2) em uma situação de restrição orçamentária importante, é provável que as ações e serviços de prevenção e promoção à saúde sejam mais afetados, o que não é uma boa escolha em saúde pública.

Segundo Bloch (1965), conhecer o passado é inerente ao conhecimento e à compreensão do presente. Nesse sentido, e ponderando sobre o momento em que esta pesquisa foi realizada, que coincide com o momento da elaboração da proposta de se adotarem as modalidades de transferência do recurso federal já para o ano de 2018, é premente que a defesa pela extinção de recursos específicos seja orientada por uma metodologia que consiga transformar esse ato de gestão em processo dinâmico capaz de integrar o orçamento, o financiamento e a alocação dos recursos em saúde, conforme a necessidade de saúde da população local.

A não vinculação do recurso a uma ação ou serviço permitirá que as secretarias de saúde englobem e direcionem os recursos federais como lhes convém, o que requer maturidade de planejamento, corpo técnico e conselhos de saúde bem estruturados. Quanto ao processo avaliativo futuro das ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, entende-se que o desafio do Ministério da Saúde, e não somente da SVS, é seguramente grande, tendo em vista a decisão de englobar todos os recursos de custeio numa única forma de repasse.

Desse modo, a partir das concepções já amplamente consolidadas no SUS de que o planejamento deve ter construção coletiva e ser ascendente, tal decisão da CIT pode, devido ao exíguo tempo para sua construção, se apresentar futuramente como uma tentativa frustrada. A razão está no fato deste ano ser o primeiro mandato dos novos prefeitos, que precisam, assim como o governo federal, adequar os três instrumentos de planejamento do SUS com os

instrumentos de planejamento e orçamento de governo, i.e., o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Dessa forma, como garantir a nova lógica de repasse e alocação de recursos federais nos instrumentos do âmbito municipal, dados os prazos de elaboração e a exigência de aprovação desses normativos nas suas respectivas instâncias?

Com a restrita intenção de destacar a seriedade e prudência que se deve ter com a construção desse novo modelo de financiamento, vale transcrever alguns dos registros constantes do Resumo Executivo da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, ocorrida em 26 de janeiro de 2017, por ocasião das discussões e pactos sobre a nova forma de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, de modo a cumprir a determinação constante da Lei Complementar n. 141, de 2012 - SE/MS:

(...) na fase de transição, será imprescindível ter cautela e responsabilidade administrativa para mudar a realidade orçamentária nacional, em conformidade jurídica e técnica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

(...) essa Minuta de Portaria resulta do “SUS Legal”, que representa o empenho da nova gestão do MS em fazer cumprir estritamente as legislações vigentes (LC n. 141/2012 e Lei 8080/1990), resultando em um modelo simplificado dos processos, com diretrizes e regras de transição, sem a descontinuidade da assistência e com a eficiência na gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Por esse ângulo, a partir da aprovação do novo modelo de repasse de recurso do SUS, o financiamento local exigirá um Plano Municipal de Saúde bem elaborado, além de conselheiros de saúde capacitados para a nova proposta. O objetivo é uma melhor atuação na formulação e controle de estratégias e acompanhamento da execução da política de saúde, de modo a desconstruir a ideia que a existência do conselho de saúde e dos instrumentos de gestão seja o simples cumprimento de uma exigência legal.

É com esse entendimento que a defesa por rememorar o passado se exalta, haja vista o grande feito da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que resultou na instituição do SUS no ano de 1988, como concretude de um movimento por transformações normativas e institucionais no campo da assistência à saúde dos cidadãos.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propôs a responder, a partir da Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014, um conjunto de perguntas avaliativas que focaram aspectos de financiamento, descentralização, arranjos intergovernamentais, negociação participativa e mudança do processo de gestão. Avaliou, também, se a intervenção, implantação do IEVS, como nova forma operacional de financiamento das ações de vigilância em saúde, está implantada nos Estados do Tocantins e Amazonas, bem como em suas capitais Palmas e Manaus.

Apesar da tentativa da Portaria GM/MS n. 183 de, 30 de janeiro de 2014 pretender reduzir a fragmentação dos recursos financeiros, os resultados obtidos por este estudo constata que ela manteve uma série de regras específicas para cada ação e serviços. Essa realidade reforça que aquilo que supostamente deveria ser um modelo de transferência de recurso simplificado ainda se caracteriza como um modelo que mantém as complexidades técnicas-gerenciais dos modelos anteriores.

Ademais, conclui-se que se, por um lado, o IEVS, na qualidade de incentivo, não fomentou novas habilitações dos entes federados estudados, por outro, percebe-se um movimento conclusivo do Ministério da Saúde no tocante aos cancelamentos de habilitações advindos do processo de monitoramento e avaliação. Embora estivessem previstos nas portarias que deram corpo ao IEVS, não se concretizaram na mesma monta que após o advento do IEVS, o que leva a crer que a consolidação do processo de monitoramento e avaliação das ações e serviços de vigilância em saúde é o maior legado da Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014.

Com o cumprimento dos critérios estabelecidos pela Portaria para a continuidade do recebimento do Incentivo, pressupõe-se ganho de qualidade dos serviços ofertados e das ações desenvolvidas pelos estados e municípios. Paralelamente, em relação ao planejamento do SUS, restou evidente que as práticas da Vigilância em Saúde devem ser incorporadas no dia a dia das secretárias de saúde, independentemente da destinação financeira específica, sobretudo com a defesa almejada da integração entre a vigilância em saúde e a atenção básica.

Além disso, é imprescindível o preenchimento dos sistemas de informação da vigilância em saúde, de modo que se tenham informações em tempo oportuno para subsidiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e políticas de saúde, principalmente com o advento da instituição de somente dois blocos de financiamento: custeio e capital. Paira, ainda, a incerteza de como ficará a alimentação de sistemas tais como SIM, SINAN e SINASC, caso

não perdure a obrigatoriedade de alimentação vinculada para fins de manutenção do repasse de recursos.

Outra ação iminente para os gestores diz respeito à situação atual de governança. Dentre outras implicações, ela alerta para a capacitação dos conselheiros de saúde, de modo a se concretizar o planejamento participativo previsto pela Constituição Federal de 1998 quando da criação do SUS.

A partir das respostas obtidas para as perguntas avaliativas deste estudo, resultou demonstrado que o alcance do seu objetivo geral foi cumprido. No que toca aos objetivos específicos, estes foram alcançados, reafirmando que a identificação das realidades de cada ente federado é de fundamental importância para o planejamento e, conseqüentemente, a tomada de decisão. É de fundamental importância especialmente pela expectativa de não mais se estimularem as secretarias de saúde a desenvolverem ações e serviços por incentivo específico.

Neste momento de transição do SUS, a coincidência da realização da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, agendada para novembro de 2017, proporciona a chance de se discutir nacionalmente a atuação e financiamento da vigilância em saúde e de se vislumbrar a materialização de uma Política Nacional de Vigilância em Saúde, conforme alerta do CONASEMS registrado no Resumo da reunião da CIT de 26 de janeiro de 2017:

(...) a situação do financiamento permeia a revisão de outras políticas, não é só uma discussão simples de financiamento, é buscar uma forma racional de alocação de recursos compatível a um serviço integral, de qualidade e necessário a população (CONASEMS).

Relembrando os ensinamentos de Paulo Freire, tão amplamente acolhidos pelo setor de saúde nas suas rodas de conversa: o diálogo e a escuta. E, imbuindo-se do pensamento defendido por Cortella (2016) ao falar da ação transformadora consciente, acolhe-se a ideia defendida por este autor de que uma empresa inteligente tem funcionários que pensam a razão daquilo que estão fazendo, porque permite que se produza inovação, definida como outros modos de se fazer aquilo que se faz e ganhar produtividade, competitividade, lucratividade e perenidade. Desse modo, torna-se importante e oportuno ampliar o debate do modelo de financiamento, com a inserção de outros interessados, tais como a técnicos das secretarias de saúde, Academia, usuários e outras representações de interesse da Saúde Pública, além do GT Tripartite, constituído exclusivamente para discutir o assunto, como abordado pelo CONASEMS no fragmento acima.

## 8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresentou limitações que envolvem a escassa produção científica sobre avaliação da utilização de incentivos financeiros como estratégia para estimular as secretarias de saúde ao desenvolvimento de ações e serviços específicos, dificuldade igualmente revelada em estudo de Gattas (2010).

Outro revés foi a coincidência do *impeachment* da então Presidente da República, cujas repercussões no Poder Executivo contribuíram para a rotatividade dos usuários potenciais da intervenção. Da mesma forma, embora as eleições municipais de 2016 tenham ocorrido em outubro, sua repercussão foi sentida nas secretarias de saúde antes, durante e até mesmo após os resultados, como consequência dos acordos políticos realizados.

Também, as lacunas do SargSUS no apoio à elaboração dos instrumentos de gestão impactaram a qualidade das informações dos RAG disponibilizados. Essas falhas impediram a identificação precisa da comprovação da aplicação dos recursos repassados fundo a fundo à VS, dos resultados alcançados com a execução da PAS e da orientação da nova programação e eventuais redirecionamentos ao Plano de Saúde.

No tocante ao teste do roteiro de entrevista, constatou-se, durante as entrevistas, a necessidade de validação do instrumento com outros atores além do corpo técnico. Apesar de outras validações terem sido inicialmente previstas, a limitação na liberação da pesquisa e consequentemente do início da coleta dos dados prejudicou o planejamento inicial.

Por fim, o momento vivido durante a realização da pesquisa influenciou a motivação de alguns dos entrevistados em responder ao questionário, além de possivelmente ter influenciado as respostas. Nesse período, discutia-se a revisão do financiamento do SUS e a posterior rodada de pactos da CIT em relação a um novo modelo de transferência do recurso federal.

## 9 REFERÊNCIAS

- ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.
- AMAZONAS. Lei n. 2.895, de 03 de junho de 2004. Institui a FVS/AM (Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas). 2004. Disponível em: <<http://www.fvs.am.gov.br/index.php/2-menu/4-institucional>>. Acesso em: 18 nov. 2016.
- ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.
- ARRETCHE, M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? **Dados**, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.
- ARRETCHE, M; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas públicas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, Marta; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p.173-204.
- BARBOSA, E. C. 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, jul./dez. 2013.
- BLOCH, M. **Introdução à História**. Lisboa: Publicações Europa-América, 1965.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 2 fev. 2016.
- BRASIL. Decreto n. 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4726.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4726.htm)>. Acesso em: 13 out. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, Seção 1, p. 1. 29 jun. 2011.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.
- BRASIL. Lei Complementar n. 1, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras



providências. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 13 maio 2017.

BRASIL. Lei complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 27 maio 2017.

BRASIL. Lei n. 1.806, de 6 de janeiro de 1953. Dispõe sobre o Plano de Valorização Econômica da Amazônia, cria a superintendência da sua execução e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 07 jan. 1953.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 1, 20 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 28 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. 1993. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 14 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96**. Brasília: MDS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 950, de 23 de dezembro de 1999. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pc\\_2\\_2003.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pc_2_2003.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_1399\\_1999.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 564, de 06 de junho de 2000. Certifica o Estado do Amazonas. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 109-e, p. 26, 7 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 580, de 29 de junho de 2000. Certifica o Estado de Tocantins e os 51 municípios. **Diário Oficial da União**, Seção 1, n. 113-e, p. 15, 13 jun. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172\\_15\\_06\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html)>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html)>. Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.194, de 14 de setembro de 2006. Homologa o Termo de Compromisso de Gestão do Estado de Tocantins. 2014. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/portaria2194.pdf>>. Acesso em 18 nov. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 45, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.929, de 17 de setembro de 2008. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos de Limites Financeiros Globais - TLFG dos Estados da Paraíba e Rondônia e de um Município do Estado do Amazonas, cinco Municípios do Estado de Goiás, treze Municípios do Estado do Maranhão, seis Municípios do Estado de Mato Grosso, um Município do Estado da Paraíba, oito Municípios do Estado do Paraná, vinte Municípios do Estado de Rondônia e quatro Municípios do Estado de Roraima, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite - CIT. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 87, 18 setembro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 148, de 29 de janeiro de 2009. Certifica o Município de Manaus do Estado do Amazonas para assumir a gestão das Ações de Vigilância em Saúde e publica os respectivos valores financeiros relativos ao Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 85, 29 janeiro de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Institui as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, P. 65, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 201, de 3 de novembro de 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0201\\_03\\_11\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0201_03_11_2010.html)>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 716, de 5 de abril de 2010. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e publica os Termos de Limites Financeiros Globais (TLFG) do Estado do Amazonas, de vinte Municípios do Estado da Bahia, oito Municípios do Estado do Espírito Santo, oito Municípios do Estado de Goiás, um Município do Estado de Minas Gerais, oito Municípios do Estado de Mato Grosso, trinta e quatro Municípios do Estado do Pará, quarenta e um Municípios do Estado da Paraíba, um Município do Estado de Pernambuco, um Município do Estado do Rio de Janeiro, quarenta e sete Municípios do Estado de Santa Catarina e oito Municípios do Estado do Tocantins, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0716\\_05\\_04\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0716_05_04_2010.html)>. Acesso em: 14 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 919, de 26 de abril de 2011. Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde nos Municípios irregulares na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0919\\_26\\_04\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0919_26_04_2011.html)>. Acesso em: 17 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 575, de 29 de maio de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/documentos!baixarArquivo.action?idBaixarArquivo=36460>>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004\\_19\\_07\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 867, de 3 de maio de 2012. Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios irregulares na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 56, 04 maio. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.929, de 20 de dezembro de 2012. Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios irregulares na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2929\\_20\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2929_20_12_2012.html)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.378, de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 48, 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 183, de 30 de janeiro de 2014. Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. **Diário Oficial da União**, Brasília/DF, Seção 1, p. 60, 31 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 343, de 10 de março de 2014. Suspende a transferência de recursos financeiros do Componente de Vigilância em Saúde do Bloco de Vigilância em Saúde dos Municípios irregulares na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0343\\_10\\_03\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0343_10_03_2014.html)>. Acesso em: 28 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 732, de 2 de maio de 2014. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. 2014. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis\\_25483049\\_PORTARIA\\_N\\_732\\_DE\\_2\\_DE\\_MAIO\\_DE\\_2014.aspx](http://www.lex.com.br/legis_25483049_PORTARIA_N_732_DE_2_DE_MAIO_DE_2014.aspx)>. Acesso em: 19 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.981, de 12 de setembro de 2014. Prorroga o prazo fixado no § 2º do art. 52, da Portaria nº 183/GM/MS, de 30 de janeiro de 2014. 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1981\\_12\\_09\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1981_12_09_2014.html)>. Acesso em 14 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 48, de 20 de janeiro de 2015. Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de Vigilância em Saúde. 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0048\\_20\\_01\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0048_20_01_2015.html)>. Acesso em: 14 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 762, de 17 de junho de 2015. 2015. Habilita o Município de Sandolândia (TO) ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/junho2015/dia18/portaria762.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.955, de 2 de dezembro de 2015. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de

Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1955\\_02\\_12\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1955_02_12_2015.html)>. Acesso em: 23 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.412, de 11 de novembro de 2016. Desabilita os entes federados ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. 2016. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2412\\_11\\_11\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2412_11_11_2016.html)>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707, de 23 de setembro de 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefina os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. 2016. Disponível em: <[http://www.lex.com.br/legis\\_27188730\\_PORTARIA\\_N\\_1707\\_DE\\_23\\_DE\\_SETEMBRO\\_D E\\_2016.aspx](http://www.lex.com.br/legis_27188730_PORTARIA_N_1707_DE_23_DE_SETEMBRO_D E_2016.aspx)>. Acesso em: 14 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.091, de 27 de abril de 2017. Institui Grupo de Trabalho Tripartite para propor normas e procedimentos voltados ao fortalecimento do processo de planejamento e de transferência dos recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em: <>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.357, de 2 de junho de 2017. Desabilita os entes federados ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1357\\_05\\_06\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1357_05_06_2017.html)>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de gestão da vigilância em saúde**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 47, de 3 de maio de 2016. Define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde. 2016. Disponível em: <[http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/05.05.16\\_III.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/05.05.16_III.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. PEC 241/2016. 2016. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Resumo Executivo da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. 26 de janeiro de 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/se-cit/11-st-cit/17167-pautas-e-resumos>

BRESSER PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

BRESSER PEREIRA, L. C. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. In: **Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD.** Buenos Aires, out. 1995. Disponível em: <<http://bresserpereira.org.br/papers/1995/97.ReformaSistemaSaude.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Framework for Program Evaluation in Public Health. Morbidity and Mortality Weekly Report.** Atlanta/Geórgia, v.48, sep. 1999.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELE, A. et al. (Org.). **Avaliação em saúde conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 19-40.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS. Resolução CIB/AM n. 050, de 28 de abril de 2014. Dispõe sobre a proposta para incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços de vigilância em saúde do Estado do Amazonas/AM. 2014. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res\\_cib\\_2014\\_050\\_.pdf](http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2014_050_.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2016.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO AMAZONAS. Resolução CIB/AM n. 084, de 21 de julho de 2014. Dispõe sobre a proposta para incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços de vigilância em saúde do Estado do Amazonas/AM. 2014. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res\\_cib\\_2014\\_084.pdf](http://www.saude.am.gov.br/cib/docs/res_cib_2014_084.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2016.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS. Resolução CIB n. 169, de 15 de julho de 2014. 2014. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/317714/>>. Acesso em: 14 jul. 2017.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS - TO. Resolução n. 004, de 22 de março de 2016. Dispõe sobre o Relatório de Gestão do Terceiro Quadrimestre e Anual do exercício de 2015 do Fundo Municipal de Saúde de Palmas-TO. 2016. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwilyainoPDWAhXD15AKHV5HBnMQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fdiariooficial.palmas.to.gov.br%2Fmedia%2Fdiario%2F1527-20-6-2016-19-33-47.pdf&usg=AOvVaw0xACYeBJNjhF-IQWtoLjHQ>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Vigilância em Saúde - parte 1.** Brasília: CONASS, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Vigilância em saúde - parte 1.** Brasília: CONASS, 2011.

CORTELLA, M. S. **Por que fazemos? O que fazemos? Aflições vitais sobre trabalho, carreira e realização.** São Paulo: Editora Planeta, 2016.

CORTES, S. M. V. Viabilizando a participação em conselhos de política pública municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

COSTA, B. L. D.; PALOTTI, P. L. M. Relações intergovernamentais e descentralização: uma análise da implementação do SUS em Minas Gerais. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 19, n. 39, p. 211-235, jun. 2011.

CUNHA, Elenice Machado da. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde.** Rio de Janeiro: Cebes/Fiocruz, 2014.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo.** 3 ed. Brasília: Liber Livro editora, 2008.

GATTAS, G. M. B. **Avaliação da implantação do Programa Estadual de Incentivo à Saúde da Família no Município de Poconé - MT.** 2010. 148f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GIL, A. C. **Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório.** São Paulo: Editora Atlas, 2009.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas.** Campinas: Alínea, 2016.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, nov. 2012.

MACHADO, C. V. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 35-70.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas Públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, p. 303-325.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resumo executivo da 1ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite.** 26 jan. 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/29/RESUMO-EXECUTIVO-26-01-2017---vers--o-final.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

OLIVEIRA, A. G.; PISA, B. J. IGovP: índice de avaliação da governança pública - instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1263-1290, set./out. 2015.

PALUDO, A. V. **Administração Pública: teoria e questões.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 6, p. 416-422, dez. 2006.

PFEIFFER, P. O quadro lógico: um método para planejar e gerenciar mudanças. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 51, n. 1, p.81-122, jan./mar. 2000.

PIOLA, S. F. et. al. **Financiamento Público da Saúde: Uma História a Procura de Rumo.** Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

SANTOS, N. R. O repasse federal unificado do Ministério da Saúde para Estados e Municípios: considerações para um posicionamento e mobilização. **Ensaio & Diálogos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 32 -33, nov. 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 1, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO TOCANTINS. Resolução CIB n. 161, de 29 de agosto de 2012. Dispõe sobre a Conformação das Novas Regiões de Saúde do Estado do Tocantins e as ações e serviços mínimos a serem ofertados nesses territórios. 2012. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/244723/>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO TOCANTINS. Resolução CIB n. 250, de 24 de outubro de 2013. Dispõe sobre a Alteração da nomenclatura das 8 (oito) Regiões de Saúde do Estado do Tocantins. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/311659/>. Acesso em: 22 nov. 2016.

SECRETARIA DO ESTADO DA FAZENDA DO ESTADO DO AMAZONAS. Lei n. 4.163, de 09 de março de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa do Poder Executivo, define os órgãos e entidades que o integram, o seu quadro de cargos de provimento em comissão e funções gratificadas, e dá outras providências. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Beta%20Delamarque/Downloads/Lei\\_4163\\_de\\_mar%C3%A7o\\_2015.pdf](file:///C:/Users/Beta%20Delamarque/Downloads/Lei_4163_de_mar%C3%A7o_2015.pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2017.

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE DE PALMAS –TO. Portaria INST nº 518/SEMUS/GAB, de 14 de junho de 2016. Instituir a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-PALMAS) como forma de organização do sistema municipal de saúde. Diário Oficial do Município de Palmas nº 1.533 - terça-feira, 28 de junho de 2016.



SILVA JÚNIOR, J. B. **Epidemiologia em serviço**: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 318f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SILVA, L. M. V. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

SILVA, L. R. C. et al. **Pesquisa documental**: alternativa investigativa na formação docente. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO — EDUCERE, IX, ENCONTRO SUL BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGIA, III, 2009, Curitiba.

SILVEIRA, M. M. **Política Nacional de Saúde Pública - a trindade desvelada**: economia-saúde-população. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan; 2005

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão n. 1.459/2011. 2001. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=5154&Itemid=85](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5154&Itemid=85)>. Acesso em: 29 maio 2017.

VIANA, Ana Luiza; HEIMANN, Luiza; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta & RODRIGUES, Sérgio, 2002. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública 18 (suplemento).

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ipea, 2016. (Nota Técnica, 28).

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: Roteiro para entrevista

#### Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

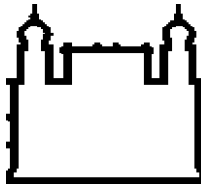
Cargo atual: \_\_\_\_\_ Data de posse no cargo? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

É servidor público efetivo? ( ) Sim ( ) Não Se sim. Há quanto tempo?

1. A publicação da Portaria GM/MS n. 183/2014 foi um ganho ao financiamento do SUS, em especial, da Vigilância em Saúde?
2. A publicação da Portaria GM/MS n. 183/2014 foi estimuladora para a implantação de novas ações ou serviços?
3. A publicação da Portaria GM/MS n. 183/2014 foi estimuladora para a mudança do processo de gestão nas secretarias de saúde?
4. Quais os principais avanços encontrados na forma de repasse do recurso federal aos estados e municípios por meio do IEVS?
5. Quais os principais desafios encontrados na forma de repasse do recurso federal aos estados e municípios por meio do IEVS?
6. O repasse de recurso para o financiamento de ações e serviços estratégicos de vigilância em saúde na forma de incentivo é mais efetivo do que quando o recurso é repassado pelo PFVS?
7. Você considera mais efetivo que o repasse do IEVS seja incorporado ao Piso fixo de Vigilância em Saúde?
8. Quanto ao Termo de Compromisso, há maior comprometimento do gestor na aplicação do recurso se comparado aos recursos repassados que dispensam tal formalização, como, por exemplo, o PFVS?
9. Como o senhor(a) avalia a participação do Conselho de Saúde na definição da aplicação do recurso transferido por meio do IEVS?
10. O recurso transferido por meio do IEVS é suficiente para o cumprimento das atividades a que se propõem as ações e serviços públicos estratégicos elencados na Portaria GM/MS n. 183/2014, para os quais a secretaria se habilitou?
11. Houve indução do MS/SES/CONASS/CONASEMS junto às secretarias de saúde para a habilitação ao IEVS?

## APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



**Ministério da Saúde**

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado participante,

O(a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação do incentivo financeiro para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde em dois estados da Região Norte”, desenvolvida por Christiane Maria Costa Santos, discente de Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob a orientação da Professora Dra. Ana Cristina dos Reis. O objetivo é avaliar o potencial indutor do IEVS para implantação e manutenção das ações de VS em quatro entes federativos da Região Norte.

Você foi eleito(a) para participar desse estudo devido ao seu papel como gestor(a) /coordenador(a)/presidente(a) do conselho/diretor(a)/assessor(a) técnico(a) e sua relação com a vigilância em saúde, em especial, com o Incentivo Financeiro para Implantação e Manutenção de Ações e Serviços Públicos Estratégicos de Vigilância em Saúde. Sua participação é voluntária e autônoma, isto é, ela não é obrigatória e cabe somente a você decidir se quer ou não participar. Contudo, a sua contribuição será muito importante para o desenvolvimento da pesquisa ao contribuir, para a reflexão dos gestores, sobre os aspectos dos principais avanços e desafios encontrados na simplificação da forma de repasse do recurso federal aos estados e municípios, destinado às ações e serviços de Vigilância em Saúde.

Após aceitar fazer parte desta pesquisa, sua participação consistirá na autorização para que a pesquisadora tenha acesso aos documentos relativos ao Incentivo no âmbito da secretaria de saúde e, no preenchimento deste questionário/entrevista, respondendo às perguntas formuladas que possibilitará: avaliar a implantação do Incentivo; conhecer a capacidade técnica-gerencial no que se refere à continuidade de repasse deste Incentivo; e compreender a percepção dos

atores da saúde pública estadual e municipal acerca da simplificação e flexibilidade da utilização do recurso federal aos estados e municípios, destinado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS).

O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Endereço Institucional: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210  
Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Ou <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-mail: conep@saude.gov.br

---

Christiane Maria Costa Santos

E-mail: christianemcsantos@gmail.com

Tel: (61) 981197274 (Tim) / (61) 3315-3046

---

Você autoriza a gravação da entrevista? ( ) Sim ( ) Não

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

XXXXX, XX \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

---

Assinatura do entrevistado

---

Assinatura do entrevistador