

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

Perfil do financiamento da vigilância epidemiológica nos municípios com mais de 100 mil habitantes, no estado de São Paulo, nos anos de 2002 a 2006

LUCIANA DE CAMPOS PINTO

Santos
2008

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

Perfil do financiamento da vigilância epidemiológica nos municípios com mais de 100 mil habitantes, no estado de São Paulo, nos anos de 2002 a 2006

LUCIANA DE CAMPOS PINTO

Texto apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Aylene Bousquat

Santos
2008

Dados Internacionais de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS
SibiU

P659p Pinto, Luciana
Perfil do financiamento da vigilância epidemiológica nos municípios com mais de 100 mil habitantes, no estado de São Paulo, nos anos de 2002 a 2006 / Luciana de Campos Pinto – Santos:2008
80 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa em Saúde Coletiva)

I. Pinto, Luciana. II Título

CDU 614(043.3)

Agradecimentos

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Aylene Bousquat, pela sabedoria, paciência, boa vontade, fé e esperança!

Aos colegas de mestrado que me fizeram lembrar o meu lado aluna.

Aos amigos, colegas e ex-colegas de trabalho da UNIMONTE que me ajudaram com dicas financeiras e gramaticais preciosas, incentivaram nas horas de desânimo, apoiaram na tristeza e deram “puxões de orelha” nos momentos de procrastinação.

A minha família pela paciência e compreensão nos almoços de Domingo em que eram vencidos pelo computador.

Às secretárias Luciana, Ana e Irismar pela atenção e solicitude na prestação dos serviços acadêmicos durante o mestrado.

A Deus pela força nos últimos meses, quando o chão se abriu e a dor parecia não ter fim...

RESUMO

Introdução: Aproximadamente 75% das doenças que têm afetado os seres humanos desde o início do século XXI são zoonoses e/ou doenças transmitidas por vetores, cujas ações de prevenção e controle são norteadas pela vigilância epidemiológica. **Objetivo:** Como no Brasil as políticas de saúde vêm sendo operadas pela via do financiamento, o objetivo geral deste trabalho é identificar os perfis de financiamento da vigilância epidemiológica nos municípios com mais de 100 mil habitantes no estado de São Paulo, no período entre 2002 e 2006 e cotejar os perfis encontrados com os *clusters* de atenção básica identificados na pesquisa Programa de expansão e Consolidação do Saúde da Família, com as redes urbanas do Estado de São Paulo e com quartis de incidência de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores de notificação obrigatória. **Metodologia:** Os valores referentes ao financiamento e ao gasto foram pesquisados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e corrigidos para o ano de 2006. As incidências de zoonoses e doenças transmitidas por vetores foram obtidas através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** 60% dos municípios selecionados apresentaram a média do orçamento e do gasto para vigilância epidemiológica abaixo do valor médio encontrado. Ao comparar os valores *per capita* médios orçados e gastos em vigilância epidemiológica, observa-se que 95% dos municípios apresentaram valores orçados maiores que os gastos para o período. 56% dos municípios apresentaram médias *per capita* de gastos com recursos próprios nesta área abaixo do valor médio encontrado. Na avaliação por *cluster*, as médias *per capita* de dotação, gasto total, uso de recursos próprios e de transferência do SUS foram maiores nos municípios que possuem os indicadores sociais mais favoráveis. Em relação às redes urbanas, os municípios com maior dinâmica econômica são os que menos gastam em vigilância epidemiológica. Na comparação dos quartis de incidência de zoonoses e doenças transmitidas por vetores há uma tendência de relação diretamente proporcional da dotação, do gasto e das transferências com as incidências encontradas. **Conclusões:** Os orçamentos maiores do que os gastos em vigilância epidemiológica ocorreram, provavelmente, porque tais municípios possuíam dificuldades em prever suas reais necessidades financeiras na área, acarretando menores valores repassados aos demais entes federados do estado, ou porque não executaram as ações programadas. A existência de municípios com relação despesa/receita em vigilância epidemiológica menor do que 1 demonstra que nem todos efetuaram a contrapartida estipulada pela portaria MS/GM nº1399 de 15 de Dezembro de 1999, dificultando o processo de descentralização implantado pelo SUS. Os valores transferidos do SUS para os municípios na área de vigilância epidemiológica não apresentaram variações significativas, o que pode ser comprovado pelo desvio padrão observado entre as médias calculadas para o período. Sendo assim, os diferentes valores de gasto em vigilância epidemiológica encontrados estavam relacionados com os recursos próprios que cada ente federado aplicou nesta área. Por sua vez, os maiores valores gastos foram encontrados em municípios com bons indicadores sociais, mais dinâmicos economicamente e que apresentaram as maiores incidências de zoonoses e/ou doenças transmitidas por vetores.

ABSTRACT

Introduction: Approximately 75% of the diseases that have affected humans since the beginning of the century are zoonoses and / or diseases transmitted by vectors, whose actions to prevent and control are guided by epidemiological surveillance. **Purpose:** As in Brazil the politics of health are being operated through funding, the general aim of this study is to identify the profiles of financing of epidemiological surveillance in the municipalities with more than 100 thousand inhabitants in the state of Sao Paulo in the period between 2002 and 2006 to collate the profiles found with the clusters of basic care identified in the research program of expansion and consolidation of Family Health, with urban networks of the State of Sao Paulo and with quartiles of incidence of zoonoses and diseases transmitted by vectors of notifiable . **Methodology:** The figures for the financing and spending were surveyed in the Information System of Public Health Budgets (SIOPS) and corrected for 2006. The incidence of zoonoses and diseases transmitted by vectors were obtained through the National System of Worsening Notification (SINAN). **Results:** 60% of the counties selected had an average of the budget and the expenditures for the epidemiological surveillance below the average found. By comparing the values per capita average budgeted and spent on surveillance, we observed that 95% of municipalities had values greater than the budgeted expenditures for the period. 56% of municipalities had average per capita spending of their own resources in this area below the average found. In evaluating per cluster, the average per capita allocation, total expense, use of resources and the transfer of SUS were higher in municipalities that have more favorable social indicators. With regard to urban networks, municipalities with higher economic dynamics are those who spend less on epidemiological surveillance. In comparing the quartiles of zoonoses and incidence of diseases transmitted by vectors there is a tendency to link directly proportional allocation of expenditures and transfers with the effects found. **Conclusions:** The budgets larger than those spent on surveillance occurred, probably because these municipalities have difficulties to provide their real financial needs in the area, causing minor values passed to other federal entities of the state, or because they do not execute the programmed activities. The existence of municipalities with regard expenditure or revenue in epidemiological surveillance less than 1 shows that not everyone made a contribution stipulated by the ordinance DM / GM No 1399 of December 15, 1999, hindering the process of decentralization deployed by SUS. The values of SUS transferred to the municipalities in the area of epidemiological surveillance showed no significant variations, which can be substantiated by the standard deviation observed between the average calculated for the period. Thus, the different levels of spending on surveillance found were related to the resources that each federal environment applied in this area. In turn, higher spending figures were found in towns with good social indicators, most economically dynamic and that had the highest incidence of zoonoses and / or diseases transmitted by vectors.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVOS.....	13
3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O FINANCIAMENTO NO BRASIL.....	13
4. A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DE ZONOSSES E DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES NO BRASIL.....	20
5. METODOLOGIA.....	23
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
7. CONCLUSÃO.....	54
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
9. ANEXOS.....	61

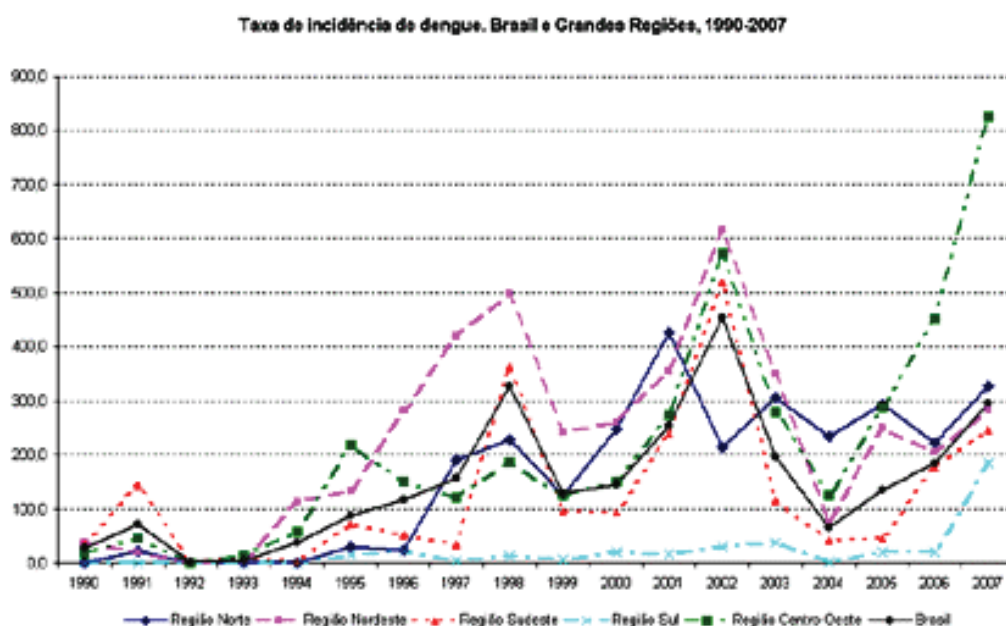
1. INTRODUÇÃO

Aproximadamente 75% das doenças novas, emergentes ou re-emergentes que têm afetado os seres humanos desde o início do século 21 são causadas por patógenos originários dos animais vertebrados ou dos seus subprodutos, sendo denominadas zoonoses. Muitas dessas doenças têm o potencial de difundir-se, por diferentes meios, através de longas distâncias e tornarem-se questões globais (WHO/FAO/OIE, 2004).

No Brasil, as zoonoses e as doenças transmitidas por vetores têm sido objeto de preocupação sistemática da Saúde Pública desde o início do século XX, quando o Congresso Nacional impôs, legalmente, a notificação obrigatória de algumas doenças transmissíveis (ALBUQUERQUE et al, 2002). Destas, 50% contavam com a participação de animais na sua transmissão. Esta proporção se mantém na atualidade, de acordo com a portaria GM/MS nº 5, de 21 de Fevereiro de 2006, e é encontrada dentre as enfermidades destacadas pelo Regulamento Sanitário Internacional.

Para exemplificar a importância dos estudos relacionados ao controle de tais enfermidades, cabe recordar que o estado de São Paulo apresenta a razão de um cão para cada quatro habitantes (ALVES, 2005), apesar da estimativa proposta pela Fundação Nacional de Saúde de um para cada oito habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e da recomendação da OMS de um para cada sete habitantes (WHO, 1992). Em relação aos gatos, a razão estimada é de um para cada 16 habitantes (ALVES, 2005). Considerando a estreita relação entre homens e cães e gatos descrita em quase todo o mundo, é possível dimensionar o risco potencial que tal proporção representa à saúde. Além deste estudo, acrescenta-se o fato de que apesar da alta convivência entre humanos, caninos e felinos a enfermidade cuja notificação é obrigatória e de maior casuística no estado de São Paulo, nos anos de 2002 a 2006, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foi a

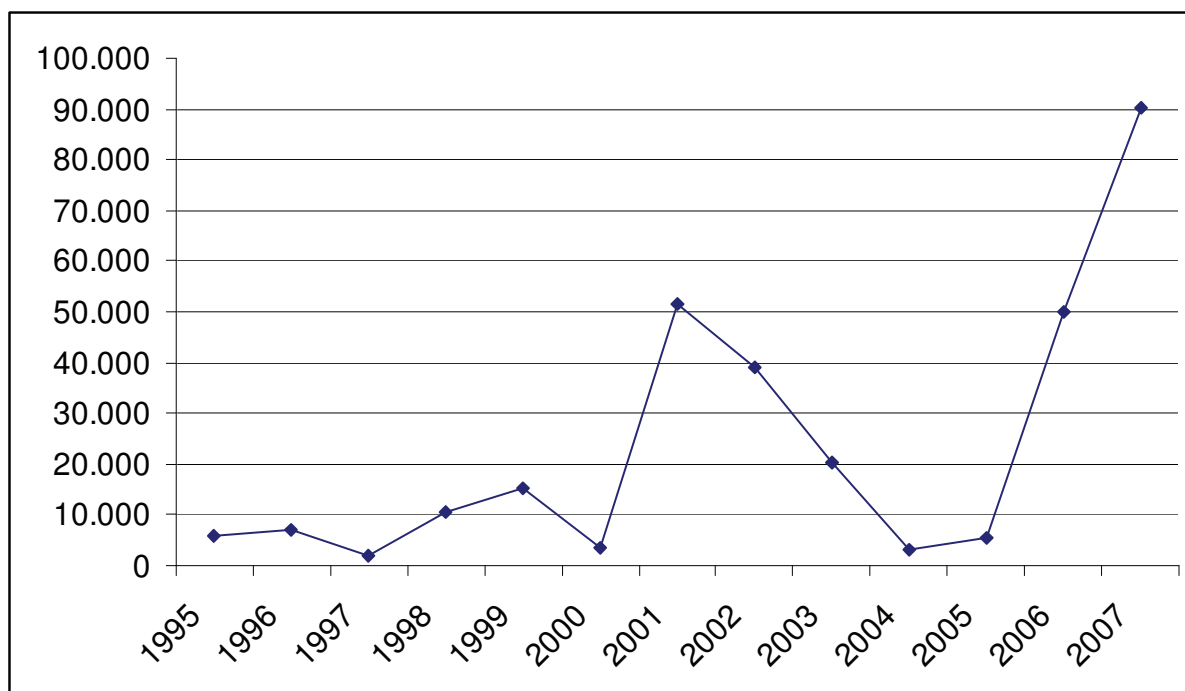
dengue, que é transmitida por um inseto, o *Aedes aegypti*, e considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública do Brasil. De acordo com o SINAN, no período de 2002 a 2006 foram notificados 1.339.579 casos da doença no país, sendo que, destes, 1.010 evoluíram para óbito. Em 2007, nos primeiros nove meses, o número de casos foi 50% maior que em 2006, ano em que a doença voltou a apresentar aumento significativo em sua incidência (AGÊNCIA ESTADO, 2007).



Fonte: MS, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008

Nesse mesmo ano, no estado de São Paulo foram notificados 92.345 casos de dengue, sendo considerado o ano com o maior número de notificações da doença desde que esta foi identificada no estado, em 1987 (SÃO PAULO, 2008).

Gráfico 1 - Casos de dengue autóctones no estado de São Paulo, de 1995 a 2007



Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”

Situações dramáticas, como a epidemia de dengue descrita no parágrafo anterior, poderiam ser evitadas se as orientações do Ministério da Saúde, que preconizam monitorização de vetores dentre outras, ocorresse de forma rotineira e eficiente permitindo ao setor saúde antecipar-se às ocorrências de surtos, epidemias, e outras situações de interesse epidemiológico (BRASIL, 2007). Hoje, no sistema de saúde brasileiro tal monitorização faz parte do rol de ações da vigilância epidemiológica que coleta, processa, analisa e interpreta dados; recomenda as medidas de controle apropriadas; promove as ações de controle indicadas; avalia a eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulga as informações pertinentes, sendo considerado um dos instrumentos mais importantes para o fortalecimento dos sistemas municipais de saúde (BRASIL, 2002).

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela constituição de 1988, ao município cabia somente a execução das ações de controle projetadas pelos governos estadual

e federal. Porém, com a lei 8.080, de 1990, que definiu as responsabilidades de cada esfera de governo quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a gama de ações em vigilância epidemiológica realizada pelos municípios vem se ampliando cada vez mais, desde a coleta de informações até a elaboração e execução das ações de controle (BRASIL, 1990). Apesar de algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde terem adotado o termo Vigilância à Saúde ou Vigilância da Saúde desde 1990, unificando administrativamente a vigilância epidemiológica com a vigilância sanitária e de saúde do trabalhador (BRASIL, 2006), optou-se pela utilização da vigilância epidemiológica como escopo desta pesquisa por estar nela inserido as ações para controle de zoonoses e das doenças transmitidas por vetores (BRASIL, 1990).

A partir da descentralização das ações em saúde preconizada pela lei 8.080 o financiamento torna-se questão essencial da área, principalmente para a esfera municipal (BRASIL, 2007). E o acompanhamento das transferências e do comportamento dos gastos públicos em saúde pelas esferas subnacionais torna-se essencial para a análise do processo de descentralização do SUS (LIMA et al, 2006). Com o objetivo de propiciar transparência e controle à receita da União, enfatizando a origem e o destino da arrecadação do Tesouro Nacional, e produzir informações sobre os orçamentos públicos nas demais esferas de governo, que permitam o desenvolvimento de pesquisas com a finalidade de apurar o perfil do financiamento e do gasto em saúde, o Ministério da Saúde começou a implantar, em 1999, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Esse sistema congrega informações sobre financiamento e gastos com Saúde Pública dos municípios, dos estados e da União, com detalhamento não encontrado em nenhum outro sistema de informações disponível. (LIMA, 2007; TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003).

Na área da vigilância epidemiológica, antes do SUS, o financiamento era voltado para realização de ações pontuais, por meio de convênios específicos para uma determinada

doença. Este tipo de repasse de verbas, do governo federal para o municipal e o estadual, para as ações de vigilância epidemiológica perdurou até 1997, quando foi instituído o Piso de Atenção Básica (PAB), que financiava algumas ações, como as vacinações de rotina (BARBOSA, 2004). Devemos também considerar que muitas políticas de saúde eram e ainda são tradicionalmente induzidas pelo financiamento, incluindo nesse os incentivos diretos aos municípios que adotam os programas formulados pelo governo federal em detrimento das definições locais (ELIAS et al, 2001).

Certamente o perfil de financiamento para as ações de vigilância epidemiológica pode fornecer dados importantes para o melhor conhecimento das políticas de saúde que vem sendo implementadas no nível local.

No entanto, não basta apenas descrever esses padrões de financiamento. Mais interessante seria, após sua identificação, cotejá-los com outros elementos centrais na análise das políticas de saúde, como o perfil da complexidade da atenção básica associado aos indicadores sociais dos municípios (VIANNA, 2006) e as dinâmicas urbanas (VIANNA, 2008). Dada a trajetória própria que a vigilância epidemiológica adquiriu no país ao longo do século XX, como será detalhado no capítulo IV, torna-se necessário incluir procedimentos específicos da área, como o controle de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores.

A escolha dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes como objeto da pesquisa deveu-se ao fato de que são áreas de maior concentração populacional e heterogêneas nos seus aspectos sociais e econômicos, o que acarreta no acesso e na utilização desigual dos serviços de saúde (VIANNA, 2006).

Desse modo o presente trabalho apresentará além dos seus objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusão, dois capítulos onde serão abordados, resumidamente, as políticas de saúde brasileira e seu financiamento e a trajetória da vigilância epidemiológica e o controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores no nosso país.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Identificar os perfis de financiamento e gasto em vigilância epidemiológica nos municípios com mais de 100 mil habitantes no estado de São Paulo, no período entre 2002 e 2006.

Objetivos específicos

Cotejar os perfis encontrados com:

- os *clusters* de atenção básica identificados na pesquisa Programa de expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) (VIANA, 2006);

- a incidência de zoonoses e doenças transmitidas por vetores nos municípios estudados;

- a classificação destes municípios na rede urbana do Estado de São Paulo.

No entanto, antes de entrar no perfil de cada município é necessária uma breve recuperação sobre as mudanças no financiamento e nas relações entre os entes federados na política de saúde no país e uma descrição da evolução das políticas de saúde voltadas à vigilância epidemiológica, com destaque para o controle de zoonoses, nos últimos anos.

3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O FINANCIAMENTO NO BRASIL

O Banco Mundial elaborou, em 1987, documento no qual indicava quatro políticas básicas em prol da reforma dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, dentre os quais se destacou a descentralização. No Brasil, as políticas orientadas para a descentralização na área da saúde compreenderam três fases: a primeira, com a implantação das ações integradas em saúde (AIS) pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1983 e a

criação de instâncias colegiadas que privilegiavam estados e municípios na programação e execução do orçamento da saúde, sob a responsabilidade da previdência oficial; a segunda, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), em 1987, que transferia recursos aos estados e municípios que se propusessem a criar conselhos estaduais ou municipais nessa área; e a terceira fase com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definida pelos artigos 196 a 200 da Constituição de 1988 (COSTA, 2002).

O SUS apresentou inovações na política de saúde, como a descentralização da prestação dos serviços de saúde para os estados e municípios, enquanto princípio organizador básico; a co-responsabilidade do financiamento dos recursos entre União, estados e municípios; e, fundamentalmente, o direito universal à saúde. Os recursos para o seu financiamento eram provenientes exclusivamente do Orçamento da Seguridade Social e dos Tesouros Federal, Estaduais e Municipais. A partir de 1997, foi incorporado o Imposto Provisório Sobre Movimentação Financeira, posteriormente denominada Contribuição Provisória Sobre Movimentação Financeira, que foi sucessivamente renovada até Dezembro de 2007 (UGÁ e SANTOS, 2006).

Complementando a Constituição de 1988, foram criadas as leis nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142, ambas de 1990, que estabeleceram, respectivamente, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e a instituição de conselhos de saúde em cada esfera de governo, visando a implementação de um processo decisório amplo. Porém, tanto a Constituição quanto as leis complementares não definiram as formas de participação das diferentes esferas de governo no financiamento para a universalização da cobertura da assistência médica estabelecida pelo SUS (COSTA, 2002).

O repasse de recursos foi então regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 e pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, que possuíam a finalidade de definir as formas de transferências de recursos entre as

esferas de governo, as modalidades de pagamento dos serviços de saúde, a regionalização do sistema, os tipos de assistência e de modelo de atenção (VIANA et al, 2002).

A **NOB 01/1991** sistematizou os critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios e, no entanto, a relação que se estabeleceu com este ente federado assumia o molde de um mero prestador de serviços, sendo que o município gozava de pequena autonomia para organizar redes de atenção à saúde em seu território, distorcendo um dos princípios fundamentais do SUS e ferindo o processo de descentralização que vinha sendo desenvolvido até então (UGÁ et al, 2003).

Com a edição da **NOB 01/1993**, ocorreu um retorno ao processo de descentralização, ao estabelecer três níveis de autonomia de gestão das esferas infranacionais: “incipiente”, “parcial” e “semi-plena”. Neste último nível, as secretarias estaduais e municipais de saúde, uma vez atendido o cumprimento de alguns pré-requisitos, passaram a receber um volume global de recursos para cobertura assistencial, denominados repasses fundo (nacional) a fundo (municipal), e a dispor sobre a sua aplicação. Contudo, em janeiro de 1997, último mês em que vigorou a NOB/93, apenas 144 municípios estavam classificados nesta categoria de maior autonomia de gestão. A criação, nesse período, das Comissões Intergestores Bipartites (integradas por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado) e Tripartites (integrada por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS) foi outro grande avanço no sentido da construção de um espaço de concentração das políticas setoriais entre as três esferas de governo, constituindo-se, também, em mecanismo de democratização do processo decisório (UGÁ et al, 2003).

A **NOB-SUS 01/96** consolidou e aprofundou os avanços no sentido da descentralização do sistema iniciados pela NOB/93, reduzindo as modalidades de gestão de

municípios a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema, além da situação de “não-habilitado”, já existente e aplicável àquelas unidades da federação que não cumprissem os requisitos mínimos de habilitação. Na primeira modalidade, os municípios passam a receber integralmente os recursos destinados à atenção básica (implantação de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, aquisição de medicamentos básicos, ações de nutrição e alimentação a grupos populacionais vulneráveis, ações básicas de fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, e, ações básicas de diagnóstico, investigação e controle epidemiológico e ambiental de situações de risco ou dano para a saúde individual e coletiva), têm autonomia para aplicá-los e respondem totalmente pela assistência ambulatorial, pelas ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, pela gerência de todas as unidades básicas de Saúde Pública existentes na região e responsabilizam-se pela oferta de atendimento intermunicipal. Na segunda modalidade, os municípios, além das ações da atenção básica, passam também a responder integralmente por todas as ações referentes aos serviços do SUS em sua jurisdição, inclusive a oferta de procedimentos de média e alta complexidade tecnológica, sendo responsáveis, também, pelos contratos com os prestadores privados (COSTA, 2002; MELAMED E COSTA, 2003).

O mecanismo para a estruturação deste novo modelo consistiu no processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), entre as três esferas de governo, das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças. Esse processo visava assegurar a explicitação do pacto entre os gestores; as relações intermunicipais, traduzindo as responsabilidades de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde; a reorganização das ações e serviços na lógica do novo modelo de atenção; e a reorganização da gestão do sistema, direcionando a alocação de recursos. A PPI, segundo a norma, deveria ser elaborada a partir de processo ascendente, de

base municipal, configurando as responsabilidades do Estado na busca crescente da equidade, da qualidade da atenção e na conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores. Por uma série de questões, a PPI não se estabeleceu como processo consistente e estruturante do modelo de atenção na vigência da NOB/96, tendo sido retomada no conjunto de proposições para a regionalização dos serviços consolidadas na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001, que tem no alcance da integralidade e equidade e no cuidado à saúde seus principais objetivos (UGÁ et al, 2003).

A NOB 01/96 também criou o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB fixo), determinando o repasse sistemático mensal fundo a fundo de quantias que variam de R\$ 10,00 a R\$ 18,00 *per capita* anuais aos municípios.

Com o início da vigência da NOB/96, a União deixou de usar o pagamento direto ao prestador do serviço de saúde como a forma preferencial de alocar recursos, enfatizando as transferências a municípios, e priorizou a Atenção Básica, de modo que os recursos a ela destinados foram cada vez mais significativos no total das transferências, impedindo seu livre uso pela esfera recipiente. Criaram-se, então, as condições para o surgimento das políticas de incentivos financeiros que se seguiram posteriormente, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família e o Programa de Gestão do Atendimento Básico. O DATASUS registra em 1997 cinco tipos de despesas que vinculavam recursos a programas específicos; em 2001, esse número chega a 77, o que, segundo alguns autores, impede que o município planeje uma política mais adequada às suas necessidades locais (MARQUES e MENDES, 2002; MARQUES e MENDES, 2003; UGÁ et al, 2003).

A incorporação de algumas políticas incentivadas pela esfera federal determina, como contrapartida, o dispêndio de recursos próprios do município, levando-o a comprometer parte de sua receita que poderia ser disponibilizada a outras áreas não financiadas pela União. Por

outro lado, a criação do piso de atenção básica permitiu que os municípios de menor porte ou mais pobres obtivessem mais recursos, visto que, anteriormente, estes estavam vinculados à estrutura hospitalar e aos atendimentos realizados, determinando o repasse de pequenos valores devido a precariedade de suas redes hospitalares (MELAMED e COSTA, 2003).

Apesar das ações em vigilância epidemiológica estarem incluídas na atenção básica em saúde, o financiamento de atividades mais efetivas nessa área dependia dos convênios pontualmente realizados de acordo com as emergências epidêmicas que surgiam (BARBOSA, 2004). Até que, em 15 de Dezembro de 1999, foi criada a portaria GM/MS nº 1.399, que regulamentou as competências e a sistemática de financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças, para as três esferas de governo, instituindo o teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças (TFECD). O TFECD é composto por três parcelas: a primeira é calculada baseada na população residente no estado ou município certificado, consistindo num *per capita* anual, que varia conforme o estrato em que a unidade federada pertence. A divisão por estratos foi realizada considerando-se o perfil epidemiológico e o custo das operações de prevenção e controle das doenças neles prevalentes. O estado de São Paulo foi designado para o terceiro estrato, por apresentar uma menor necessidade de gasto em operações de campo e por já desenvolver, com recursos próprios, todas as atividades de prevenção e controle de doenças. A segunda parcela é relacionada com a área do estado, pressupondo-se que a extensão do território encarece o custo das ações; e também foi estabelecido um valor fixo por habitante/ano para todos os estratos visando incentivar os municípios para a descentralização. Para evitar um financiamento insuficiente aos municípios foi estipulado um piso de 60% do valor *per capita* calculado para o estado (SILVA, 2004). A portaria 1.399 foi revogada pela portaria GM/MS nº1.172, de 15 de Junho de 2004, onde a divisão por estratos foi reagrupada em 4 níveis e a denominação Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças foi substituído por Teto Financeiro de Vigilância em

Saúde (tabelas 1 e 2). A diferença entre ambos foi a incorporação das ações básicas em vigilância sanitária sob esta modalidade de financiamento.

Tabela 1 – Composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças por estrato. BRASIL, 1999.

Estrato	TFECD – Estados <i>Per capita</i> (R\$/Hab./ano)	TFECD – Estados Área (R\$/ Km2)	INCENTIVO DESCENTRALIZAÇÃO (R\$/Hab./ano)
1	4,08	3,00	0,48
2	2,88	2,04	0,48
3	1,80	1,20	0,48

Estrato 1: AC/AM/AP/PA/RO/RR/TO/MA/MT

Estrato 2: AL/BA/CE/ES/GO/MA/MG/MS/MT/PB/PE/PI/RJ/RN/SE

Estrato 3: PR/SP/DF/RS/SC

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

Tabela 2 – Composição do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (nova denominação para o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças) BRASIL, 2004.

Estrato	TFVS – Estados <i>Per capita</i> (R\$/Hab./ano)	TFVS – Estados Área (R\$/ Km2)	INCENTIVO DESCENTRALIZAÇÃO (R\$/Hab./ano)
1	4,23	3,00	0,48
2	2,98	2,04	0,48
3	1,88	1,20	0,48
4	1,84	1,20	0,48

Estrato 1: AC/AM/AP/PA/RO/RR/TO/MA/MT

Estrato 2: AL/BA/CE/ES/GO/MA/MG/MS/MT/PB/PE/PI/RJ/RN/SE

Estrato 3: PR/SP

Estrato 4: DF/RS/SC

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS

As **NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002** ampliaram as responsabilidades dos municípios na atenção básica e enfatizaram a regionalização, visando o aumento da equidade, através da organização de sistemas de saúde funcionais em todos os níveis de atenção, distribuindo regionalmente a assistência de alta e média complexidade (BRASIL, 2001).

Pode-se então dizer que as políticas de saúde implantadas no Brasil a partir da criação do SUS visaram, no início, à descentralização das responsabilidades administrativas e, gradativamente, as mudanças no padrão de financiamento vêm se mostrando essenciais para a consecução dos preceitos do SUS.

O financiamento da vigilância epidemiológica acompanhou este processo ao transcender das ações gerais da atenção básica às atividades específicas na área, desenvolvidas por cada município a partir das necessidades por ele destacadas.

4. A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E O CONTROLE DE ZOOSE E DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES NO BRASIL

O termo vigilância, na área de saúde, surgiu na idade média e era vinculado aos conceitos de isolamento e quarentena. Somente no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia, passou a ser utilizado como instrumento de Saúde Pública (ALBUQUERQUE et al, 2002). Atualmente a vigilância está relacionada não somente a coleta e análise de informações, mas também a oferta de bases técnicas para a elaboração e implementação de programas de saúde, bem como na agilização da identificação de problemas, permitindo rápida intervenção para o seu controle (WALDMAN, 1998).

No Brasil, o registro mais antigo de ações de prevenção e controle de doenças refere-se às medidas adotadas para conter uma epidemia de febre amarela no Recife, no século XVII. Considerada a primeira campanha profilática do país, preconizou o controle da doença, de

etiologia desconhecida à época, através de fumigações e recolhimento do lixo das ruas e casas; isolamento dos doentes; inumação dos cadáveres em covas profundas e individuais, com posterior ladrilhamento dessas para evitar a emissão de vapores; inspeção dos viajantes dos navios que chegavam ao porto, obrigando o internamento dos doentes (FRANCO, 1969).

Posteriormente, a constituição federal de 1891 atribuiu fundamentalmente aos governos estaduais os serviços relativos à Saúde Pública, com autonomia na organização e na regulação dos mesmos. A esfera federal, representada pela Diretoria Geral de Saúde Pública, criada em 1896, tornou-se responsável pela direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, estudos das doenças infectocontagiosas, organização de estatísticas demográfico-sanitárias e no auxílio aos estados, mediante solicitação destes (BRASIL, 2007). No início do século XX, com a difusão do modelo pasteuriano no meio científico brasileiro e em função do impacto causado pelo surto epidêmico de febre amarela no Rio de Janeiro (1897-1906), as ações federais em vigilância epidemiológica passaram a compreender as campanhas sanitárias, direcionadas para o diagnóstico, medidas profiláticas e imunizações das doenças transmissíveis em todo território nacional. Nesta mesma época teve início o estudo da participação de hospedeiros não humanos e reservatórios animais em doenças (ÁVILA-PIRES, 1989). Na década de 20, as atividades de vigilância epidemiológica até então desenvolvidas tornaram-se responsabilidades do recém criado Departamento Nacional de Saúde Pública e, em 1930, do novo Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Neste período, além da febre amarela, outras zoonoses e doenças transmitidas por vetores destacaram-se no país, como a Doença de Chagas, a malária e a peste bubônica. Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que passou a organizar e centralizar tais ações, através da obtenção de informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravos à saúde, incluindo as enfermidades não transmissíveis. Em 1956, é instituído o Departamento Nacional de

Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e combate da malária, leishmaniose, Doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias que assolavam o país (BRASIL, 2007). Apenas em 1976, a partir da instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, os municípios foram alçados a condição de executores das medidas e a notificação obrigatória dos agravos constantes na lei nº 6.259, regulamentada pelo Decreto 78.321 (BRASIL, 1975; TEIXEIRA et al, 1998; BRASIL, 2007).

Com a criação do Sistema Único de Saúde, através da Constituição de 1988, a execução de ações em vigilância epidemiológica foi delimitada pela lei 8.080/90, responsável pela instituição do novo sistema de saúde, em seu artigo 6º, como

o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos

e, em seu artigo 18º, estabeleceu que é de competência da direção municipal do Sistema Único de Saúde a execução desses serviços (BRASIL, 1990). Mas, somente com a edição da Norma Operacional Básica (NOB)-SUS/96 foi formalizada a criação e a operacionalização dos sistemas locais de vigilância epidemiológica, determinando a estruturação, pelos municípios, dos serviços de controle de zoonoses.

Porém, a portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de Novembro de 1998, ao aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica, que descrevia as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação a nível individual e coletivo, declarou que

as responsabilidades nas áreas de zoonoses, endemias e medicamentos serão objeto de pactuação em normas complementares. Não deverão, neste momento, ser atribuídas como responsabilidades aos municípios habilitados, uma vez que o repasse de recurso fundo-a-fundo referente a execução dessas atividades ainda não foi regulamentado.

Sendo assim, até esse momento, o controle de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores, pertinente a vigilância epidemiológica que havia sido descentralizada aos municípios, permanecia sob a responsabilidade das esferas federal e estadual. Tal situação começou a se

modificar em 1999, com a portaria MS N°832, que adicionou aos indicadores de acompanhamento da Atenção Básica à Saúde, a cobertura vacinal anti-rábica de cães, e com a portaria n° 1.399 de 15 de Dezembro do mesmo ano, que definiu a sistemática de financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças e, em seu artigo 3º, incluiu o controle e a prevenção de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores, descrevendo os componentes das atividades municipais do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde como sendo

captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação; registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem; ações de controle químico e biológico de vetores e eliminação de criadouros (BRASIL, 1999).

Finalmente em 2001, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão executivo do Ministério da Saúde e responsável pelas ações de saneamento, através da instrução normativa n° 02 de 06/12/2001, estabeleceu os procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças que inseriu, dentre outras atividades, a vigilância de doenças transmitidas por vetores.

5. METODOLOGIA

Os dados obtidos para a confecção deste trabalho, referentes aos valores de financiamento e gasto em vigilância epidemiológica pelos municípios, foram pesquisados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que disponibiliza informações sobre financiamento e gastos com Saúde Pública dos municípios, dos estados e da União (TEIXEIRA E TEIXEIRA, 2003), através do site <http://siops.datasus.gov.br>. Os dados informados são declarados pelos próprios estados e municípios, através do responsável pela finança municipal, não permitindo ao Ministério da Saúde qualquer tipo de alteração. A

declaração é eletrônica e transmitida via internet (TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003). As receitas oriundas do SIOPS respeitam a classificação da Secretaria do Tesouro Nacional, estabelecida através de normas e procedimentos publicados em portarias interministeriais específicas (LIMA, 2007).

Desde Julho de 2002 o preenchimento do SIOPS é obrigatório e de periodicidade semestral, sendo o seu relatório parte integrante do relatório de gestão do SUS que todo município deve encaminhar ao Ministério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; TEIXEIRA e TEIXEIRA, 2003). A confiabilidade dos dados do SIOPS pôde ser comprovada através da constatação da convergência com os dados das transferências do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (LIMA et al, 2006).

A consulta foi feita com base em períodos anuais para cada unidade executora (município).

Os dados de receita referem-se às receitas realizadas presentes na planilha “receita total da administração direta” e proveniente de transferências do SUS, PAB variável, teto financeiro de epidemiologia e controle de doenças para os municípios.

Os valores de despesa referem-se aos gastos municipais na área de vigilância epidemiológica, que “compreende as ações de investigação por meios estatísticos, de verificação direta e outros meios disponíveis da ocorrência de doenças e agravos à saúde que levem à sua prevenção, subsidiando o planejamento e a programação em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Foram selecionados os dados da dotação atualizada e despesa liquidada, ou seja, previsão orçamentária e quantia efetivamente gasta, anualmente na realização das ações em vigilância epidemiológica, na planilha “subfunção administrativa direta – saúde”, para cada município.

As estimativas populacionais foram obtidas através da Fundação Sistema Estadual de Análise de dados (SEADE), na página da internet sobre informações dos municípios paulistas

(<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=consulta>), através das variáveis população (1980-2007), localidade (onde foram consultados os municípios selecionados para a pesquisa no item “todos os municípios”), e período (2002 a 2006). Tais estimativas foram utilizadas para os cálculos dos valores *per capita* de orçamento, gasto e financiamento em vigilância epidemiológica e incidências municipais de zoonoses.

Os dados sobre incidência de zoonoses e doenças transmitidas por vetores foram calculados a partir da casuística obtida do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através do site <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>. O SINAN é um dos subsistemas do Sistema de Informação em Saúde (SIS), que tem como finalidade orientar a implantação, o acompanhamento e a avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2007).

Foram selecionadas as enfermidades zoonóticas e/ou transmitidas por vetores de notificação obrigatória com maior casuística, no estado de São Paulo, no período de 2002 a 2006 (dengue, leptospirose e leishmaniose tegumentar americana). O SINAN possui um *link* para tabulação dos dados de cada agravo, onde cada município incluso na pesquisa foi selecionado enquanto local de infecção, notificação e residência, para o 1º ano de sintoma dos casos notificados.

O período determinado para análise, 2002 a 2006, foi selecionado baseado no fato de que somente a partir de 2002 iniciou-se a obrigatoriedade do envio do relatório de preenchimento do SIOPS pelos municípios, e 2006 é o último ano com todos os dados disponíveis para consulta à época da obtenção dos dados.

Foram incluídos na investigação os municípios do estado de São Paulo com mais de 100 mil habitantes, como já referido no capítulo I.

Como **critério de exclusão** foi desconsiderado o município que apresentou valor igual a zero em mais de dois anos da pesquisa, em qualquer um dos indicadores de receita e/ou despesa.

Para uma melhor comparação dos dados entre os municípios foram calculados os valores *per capita* de orçamento, gasto e financiamento e a porcentagem do montante efetivamente gasto por cada município em vigilância epidemiológica, anualmente, para cada ente federado. Também foram calculados a média e o desvio padrão dessas variáveis, para cada município, no período estudado.

Os valores de gasto e receita dos anos de 2002 a 2005 foram corrigidos para o ano de 2006 pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), que foi de 9,3%, 7,6%, 5,64% e 3,14%, respectivamente para os anos de 2003, 2004, 2005 e 2006.

Objetivando verificar a confiabilidade dos dados obtidos através do SIOPS optou-se pela confrontação com os dados de receita provenientes do Fundo Nacional de Saúde, obtidos através do site <http://www.fns.saude.gov.br/ConsultaFundoafundo.asp>, no bloco Vigilância em Saúde, componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na ação Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – ex TFECD. O tipo de consulta efetuada foi o caixa (pagamento) detalhado, de todos os meses, para cada ano da pesquisa.

Em síntese, foram coletados os seguintes dados, no período de 2002 a 2006, dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes:

- População de cada município;
- Dotação anual para a vigilância epidemiológica municipal;
- Valor gasto (realizado) anualmente em vigilância epidemiológica municipal;
- Valor anual transferido do SUS para epidemiologia e controle de doenças municipal (SIOPS)
- Valor anual transferido do SUS para epidemiologia e controle de doenças municipal (FNS);

- Casuísticas anuais de dengue, leptospirose e leishmaniose tegumentar americana (LTA).

A partir dos dados coletados foram calculados:

- valor *per capita* anual dotado e gasto em vigilância epidemiológica, para cada município;
- média e desvio padrão da dotação e do gasto *per capita* anual em vigilância epidemiológica para o período estudado;
- valor *per capita* anual transferido do SUS para epidemiologia e controle de doenças em cada município, segundo diferentes fontes de dados (SIOPS E FNS);
- média e desvio padrão do valor *per capita* anual transferido do SUS em cada município, segundo diferentes fontes de dados (SIOPS E FNS);
- razão entre o gasto anual do município em vigilância epidemiológica e a receita obtida através da transferência da epidemiologia e controle de doenças;
- média da razão entre o gasto anual do município em vigilância epidemiológica e a receita obtida através da transferência da epidemiologia e controle de doenças no período estudado;
- financiamento da vigilância epidemiológica com recursos do próprio município;
- casuística anual e incidência anual e acumulada de dengue, leptospirose e LTA para cada município incluído na pesquisa.

Após os cálculos de todos os valores determinados, os municípios selecionados foram agrupados conforme os *clusters* definidos pela pesquisa PROESF. Esses *clusters*, ou agrupamentos homogêneos, foram construídos a partir de duas variáveis: o Índice Paulista de Responsabilidade Social 2002 (IPRS 2002) ao qual pertence o município e a quantidade de produção ambulatorial municipal em 2004, de acordo com sua complexidade. Desta forma, foram identificados 6 *clusters*, conforme a seguinte caracterização:

Cluster	Definição	Municípios
1	Baixa complexidade e indicadores sociais menos favoráveis	Carapicuíba, Cotia, Embu, Francisco Morato, Guaratinguetá, Guarujá, Itapetininga, Itapevi, Itaquaquecetuba, Mauá, Praia Grande, Santa Bárbara D'Oeste, São Vicente, Sumaré, Suzano
2	Média complexidade e indicadores sociais menos favoráveis	Cubatão, Ferraz de Vasconcelos, Franca, Hortolândia, Itapeverica da Serra, Itu, Jacareí, Osasco, Pindamonhangaba, Piracicaba, Santo André, Taboão da Serra
3	Alta complexidade e indicadores sociais menos favoráveis	Atibaia, Barretos, Bragança Paulista, Diadema, Franco da Rocha, Guarulhos, Mogi das Cruzes, Santos
4	Baixa complexidade e indicadores sociais mais favoráveis	Americana, Araçatuba, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Carlos
5	Média complexidade e indicadores sociais mais favoráveis	Araraquara, Araras, Barueri, Mogi Guaçu, Presidente Prudente, Ribeirão Pires, Ribeirão Preto, Rio Claro, Taubaté
6	Alta complexidade e indicadores sociais mais favoráveis	Bauru, Botucatu, Campinas, Catanduva, Indaiatuba, Jaú, Jundiaí, Limeira, Marília, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, Sorocaba

Fonte: Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, 2006

Seguindo os objetivos do trabalho, os municípios foram posteriormente agrupados conforme a classificação da rede urbana. O Estado de São Paulo está dividido em 645 municípios agrupados em 3 regiões Metropolitanas, 13 regiões administrativas e 41 regiões de governo. Os municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes podem ser divididos em:

- municípios de regiões metropolitanas, subdivididos em pólo (município sede da região) e franjas metropolitanas (demais municípios da região);
- aglomerados urbanos, municípios com importante papel regional, que estabelecem fluxos diretos com a capital paulista;
- centros urbanos, cidades que são menos dinâmicas economicamente e, na sua maioria, podem ser concebidos como áreas de expansão econômica do estado (VIANNA ET AL, 2008; MORAES E THERY, 2005).

Desta forma, encontramos a seguinte divisão:

Caracterização	Municípios
Pólo	São Paulo, Campinas, Santos
Franjas Metropolitanas	Cotia, São Vicente, Embu, Osasco, Cubatão, Hortolândia, Mogi das Cruzes, Mauá, Diadema, São Caetano, Francisco Morato, Ribeirão Pires, Suzano, São Bernardo do Campo, Santo André, Itaquaquecetuba, Franco da Rocha, Carapicuíba, Itapeverica da Serra, Ferraz de Vasconcelos, Santa Bárbara D'oeste, Indaiatuba, Taboão da Serra, Americana, Guarulhos, Sumaré, Barueri, Guarujá, Itapevi, Praia Grande
Aglomerados urbanos	Guaratinguetá, São Carlos, Rio Claro, São José dos Campos, Jundiaí, Araraquara, Sorocaba, Mogi Guaçu, Bauru, Limeira, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Araçatuba
Centros urbanos	Franca, Botucatu, Itapetininga, Bragança Paulista, Jaú, Piracicaba, Presidente Prudente, Marília
Outros (sem classificação)	Barretos, Taubaté, Catanduva, Pindamonhangaba, Jacareí, Atibaia, Araras, Itu

Por fim, os municípios foram elencados em ordem crescente de incidência de zoonoses e de doenças transmitidas por vetores no período estudado, divididos em quartis e analisados quanto aos perfis de financiamento e gastos encontrados.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo primeiramente serão apresentados os municípios escolhidos para o estudo. Em seguida, os resultados serão apresentados e discutidos conforme os objetivos propostos: perfil de financiamento e gasto em vigilância epidemiológica de todos os municípios selecionados para o estudo; cotejamento dos perfis encontrados com os *clusters* de atenção básica identificados no PROESF, com a incidência das principais doenças zoonóticas e transmitidas por vetores e com a classificação da rede urbana do estado de São Paulo.

Os municípios selecionados podem ser observados no quadro 1. No período de 2002 a 2006 o estado de São Paulo possuía 645 municípios. Deste total, 62 (9,6%) apresentavam populações superiores a 100 mil habitantes, sendo que 43 (70%) foram selecionados para o trabalho.

Quadro 1 – Municípios selecionados para o trabalho

Americana	Jundiaí
Araçatuba	Limeira
Araraquara	Marília
Araras	Mogi Guaçu
Atibaia	Pindamonhangaba
Barueri	Piracicaba
Bauru	Praia Grande
Bragança Paulista	Presidente Prudente
Campinas	Ribeirão Pires
Carapicuíba	Ribeirão Preto
Ferraz de Vasconcelos	Santa Bárbara D’oeste
Franco da Rocha	Santo André
Guarujá	Santos
Guarulhos	São Bernardo do Campo
Indaiatuba	São José do Rio Preto
Itapeçerica da Serra	São José dos Campos
Itapetininga	São Paulo
Itapevi	Sorocaba
Itaquaquecetuba	Sumaré
Itu	Suzano
Jacareí	Taboão da Serra
Jaú	

Todos os municípios excluídos não declararam gastos em vigilância epidemiológica na maior parte do período estudado, sendo que 10 não o fizeram nos cinco anos do período estudado, 07, em quatro anos e 02, em três anos. Estes municípios podem ser identificados no quadro 2.

Quadro 2 – Municípios excluídos da pesquisa de acordo com o número de anos em que não apresentaram gastos em vigilância epidemiológica, no período de 2002 a 2006.

Em 3 anos	Em 4 anos	Nos 5 anos
Francisco Morato, Guaratinguetá	Cotia, Barretos, Botucatu, Mogi das Cruzes, Osasco, São Caetano, São Vicente	Catanduva, Cubatão, Diadema, Embu, Franca, Hortolândia, Mauá, Rio Claro, São Carlos, Taubaté,

Em relação à dotação para vigilância epidemiológica efetuada por cada município selecionado para o período estudado (anexo 1), as médias *per capita* variaram de R\$ 0,62 a R\$ 11,30, com média geral de R\$ 3,65 e desvio padrão médio de R\$ 2,01. Destes, 26 (60%) apresentaram a média *per capita* de dotação para vigilância epidemiológica para o período abaixo da média geral encontrada.

As médias *per capita* do gasto realizado em vigilância epidemiológica por cada município no período estudado apresentaram-se entre R\$ 0,21 e R\$ 11,30 (média geral de R\$ 3,28 e desvio padrão médio de R\$ 2,63).

Dos 43 municípios selecionados, 11 não realizaram orçamento para a vigilância epidemiológica em 1 ano da pesquisa, apesar de 4 destes municípios terem apresentado gasto no mesmo ano; 7 municípios não orçaram em 2 anos, sendo que 1 destes apresentou gasto em um ano não orçado. Três municípios orçaram verba para vigilância epidemiológica e não apresentaram gastos naquele ano, sendo que um destes municípios repetiu esta conduta em outro ano da pesquisa. Isto indica dificuldade na previsão de gastos na área de vigilância epidemiológica por alguns municípios, o que pode comprometer o cumprimento das ações programadas na PPI.

Ao comparar os valores *per capita* médios orçados e gastos em vigilância epidemiológica, observa-se que 95% dos municípios apresentaram valores orçados maiores que os gastos para o período estudado, denotando uma possibilidade de não ocorrência de atividades programadas para a área ou fragilidade dos municípios na elaboração dos orçamentos.

As médias *per capita* dos valores transferidos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças para os municípios no período de 2002 a 2006, de acordo com o SIOPS, foram de, no mínimo, R\$ 1,24 e, no máximo, R\$ 4,14, com valor médio de R\$ 2,15 e desvio

padrão de R\$ 0,61. Com base no Fundo Nacional de Saúde (FNS), as transferências *per capita* médias situaram-se entre R\$ 1,46 e R\$ 2,40, com valor médio de R\$ 1,98 e desvio padrão entre as médias de R\$ 0,31. Apenas 04 municípios não declararam no SIOPS transferência em um ano da pesquisa, porém receberam verba, de acordo com o FNS. Dos 43 municípios selecionados, 16 declararam no SIOPS que receberam verba do TFECF em um ou dois anos da pesquisa e não apresentaram gastos em vigilância epidemiológica nesses mesmos anos. De acordo com o FNS, são 19 municípios nesta condição.

Os valores de financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios dos municípios ficaram entre -R\$ 2,05 (municípios que gastaram valores menores do que os transferidos do SUS) a R\$ 9,56, com média de R\$ 1,12 e desvio padrão entre as médias do período de R\$ 1,86. Dentre os 43 municípios do estudo, 24 (56%) apresentaram valores *per capita* médios para o período abaixo da média encontrada (R\$ 1,12).

O artigo 15º da portaria MS/GM nº1399 de 15 de Dezembro de 1999 estabelece que os municípios e o estado de São Paulo efetuem uma contrapartida financeira de 40% do valor transferido pelo TFECF. Sendo assim, o gasto em vigilância epidemiológica deveria ser sempre maior que o transferido pelo TFECF, situação não observada nas médias obtidas para o período em 18 (41%) dos 43 municípios estudados, demonstrando o não cumprimento da referida portaria.

Considerando a média *per capita* estabelecida para o estado de São Paulo pela portaria do Ministério da Saúde nº 950, de 23 de Dezembro de 1999 no valor de R\$ 2,29 para o TFECF, 23 dos 43 municípios (53%) receberam valores inferiores a média estadual. Em relação ao artigo 17º da portaria MS/GM nº1399 de 15 de Dezembro de 1999, que define “os municípios certificados (...) não poderão perceber valores *per capita* inferiores a 60% (sessenta por cento) daquele atribuído à unidade da federação correspondente”, verifica-se

que 3 dos 43 municípios selecionados (Carapicuíba, Itu e Sorocaba - 7%) receberam abaixo do valor mínimo estipulado (R\$ 1,37).

No cotejamento dos perfis encontrados nos municípios com os *clusters da pesquisa PROESF*, é interessante observar que os menores percentuais de exclusão da pesquisa ocorreram exatamente nos *clusters* com bons indicadores sociais e média e alta complexidade (tabelas 3 e 4), que podemos relacionar a uma maior capacidade institucional dos entes federados que compõem esses grupos .

Tabela 3 – Municípios que não apresentaram gastos em vigilância epidemiológica no período estudado e não foram selecionados para o estudo, segundo a divisão por *clusters* da pesquisa PROESF.

<i>Cluster</i>	Período em que os municípios não apresentaram gastos em vigilância epidemiológica no período de 2002 a 2006		
	Em 3 anos	Em 4 anos	Nos 5 anos
1	Francisco Morato, Guaratinguetá	Cotia, São Vicente	Embu, Mauá
2		Osasco	Cubatão, Franca, Hortolândia,
3		Barretos, Mogi das Cruzes	Diadema
4		São Caetano	São Carlos
5			Rio Claro, Taubaté
6		Botucatu	Catanduva

Tabela 4 – Municípios selecionados para o estudo segundo a divisão por *clusters* da pesquisa PROESF

<i>Cluster</i>	Definição	Municípios selecionados	% de municípios excluídos
1	Baixa complexidade e indicadores sociais menos favoráveis	Carapicuíba, Guarujá, Itapetininga, Itapevi, Itaquaquetuba, Praia Grande, Santa Bárbara D'Oeste, Sumaré, Suzano	40%
2	Média complexidade e indicadores sociais menos favoráveis	Ferraz de Vasconcelos, Itapecerica da Serra, Itu, Jacareí, Pindamonhangaba, Piracicaba, Santo André, Taboão da Serra	33%
3	Alta complexidade e indicadores sociais menos favoráveis	Atibaia, Bragança Paulista, Franco da Rocha, Guarulhos, Santos	37%
4	Baixa complexidade e indicadores sociais mais favoráveis	Americana, Araçatuba, São Bernardo do Campo	40%
5	Média complexidade e indicadores sociais mais favoráveis	Araraquara, Araras, Barueri, Mogi Guaçu, Presidente Prudente, Ribeirão Pires, Ribeirão Preto	22%
6	Alta complexidade e indicadores sociais mais favoráveis	Bauru, Campinas, Indaiatuba, Jaú, Jundiaí, Limeira, Marília, São José do Rio Preto, São José dos Campos, São Paulo, Sorocaba	15%

Dentre os 26 municípios que apresentaram a média *per capita* de dotação para vigilância epidemiológica no período abaixo da média geral encontrada (R\$ 3,65), 14 (54%) estão inseridos nos *clusters* com indicadores sociais menos favoráveis e 20 (77%), nos *clusters* com alta e média complexidade. Dos 17 municípios que apresentaram dotações acima da média, 09 (53%) pertencem aos *clusters* com indicadores sociais mais favoráveis e 11 (65%), aos *clusters* com alta e média complexidade.

Dentre os 43 municípios, 26 (60%) possuem valores para o gasto *per capita* em vigilância epidemiológica abaixo da média encontrada, R\$ 3,28, sendo que 14 (52%) estão inseridos nos *clusters* PROESF com indicadores sociais menos favoráveis e 20 (74%), nos *clusters* com alta e média complexidade. Nos 17 municípios com gastos *per capita* acima da média encontrada, 09 (53%) pertencem aos *clusters* PROESF com indicadores sociais mais favoráveis e 11 (65%), aos *clusters* com média e alta complexidade.

Dos 43 municípios estudados, 22 (51%) apresentaram valores *per capita* médios de transferência do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, para o período, abaixo da média geral (R\$ 2,15), dos quais 14 (63%) estão inseridos nos *clusters* com indicadores sociais menos favoráveis e 17 (77%), nos *clusters* com alta e média complexidade. Dentre os 21 municípios (48%) com valores médios *per capita* acima da média, 13 (62%) pertencem aos *clusters* com indicadores sociais mais favoráveis e com alta e média complexidade. Dos três municípios que receberam valores *per capita* abaixo do mínimo estipulado pela portaria MS/GM nº 1399 de 15 de Dezembro de 1999 (R\$ 1,37), dois (66%) pertencem aos *clusters* com indicadores sociais menos favoráveis.

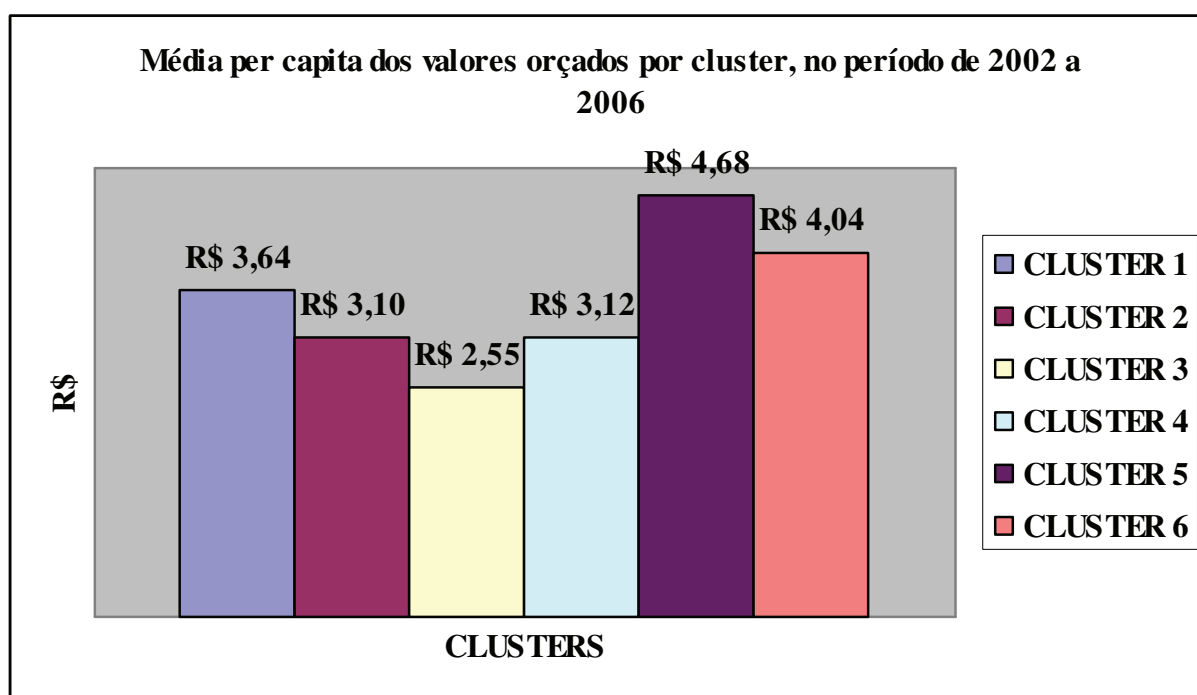
Dentre os 24 municípios que apresentaram valores *per capita* médios do financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios para o período abaixo da média encontrada (R\$ 1,12), 13 (54%) estão inseridos nos *clusters* com indicadores sociais menos favoráveis e 17 (70%) nos *clusters* com alta e média complexidade. Dentre os 19 municípios (44%) com valores médios *per capita* acima de R\$ 1,12, 10 (52%) pertencem aos *clusters* com indicadores sociais mais favoráveis e 14 (73%) aos *clusters* com alta e média complexidade.

Observa-se, então, que na análise por município, tanto na dotação quanto no gasto e no financiamento com recursos federais ou próprios, a variação dos valores encontrados não apresentou correlação com o nível de complexidade da assistência hospitalar. Porém, a maioria dos municípios que apresentaram valores abaixo da média geral encontrada para todas as variáveis possuem indicadores sociais menos favoráveis.

Na comparação entre as médias obtidas em cada *cluster* observamos que o maior valor dotado é encontrado no *cluster* 5 (gráfico 2), devido a presença de 4 dos seus 9 municípios (44%) com médias de dotação para vigilância epidemiológica no período superiores a R\$ 4,09 (anexo 2). Também entre os *clusters*, a menor média é encontrada no *cluster* 4, que possui o

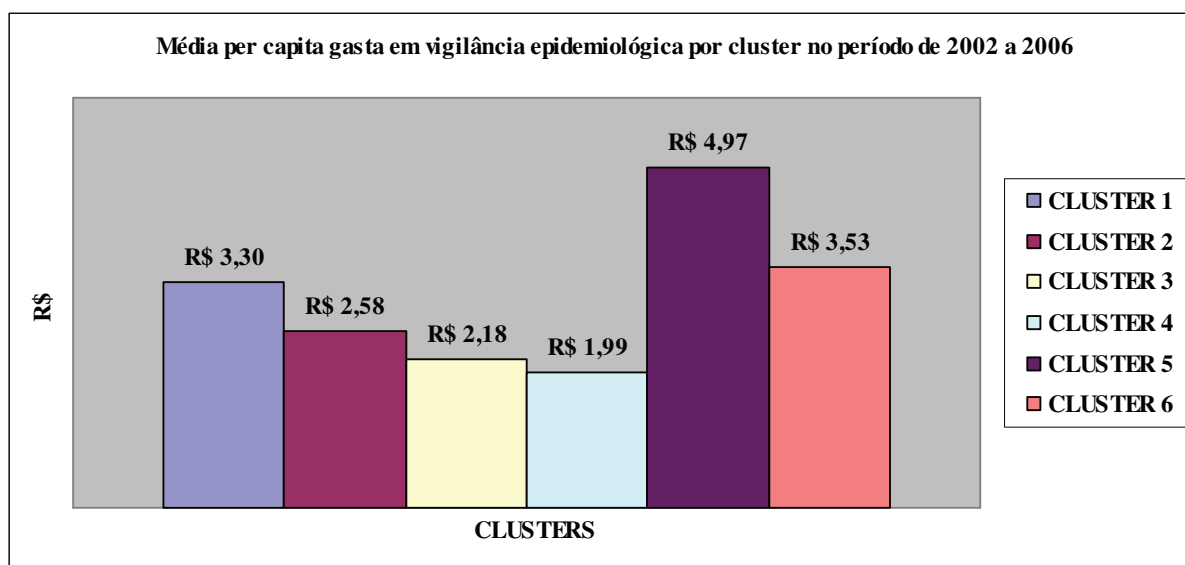
menor número de municípios selecionados e com a maior proporção dentre os mesmos (66%) com dotações inferiores a média. Porém, 66% dos *clusters* com valores acima da média possuem indicadores sociais mais favoráveis e alta e média complexidade e 66% dos *clusters* abaixo da média apresentam indicadores sociais mais desfavoráveis e alta e média complexidade, semelhante ao encontrado na análise por município.

Gráfico 2 – Média *per capita* dotada para vigilância epidemiológica, por *cluster*, no período de 2002 a 2006.



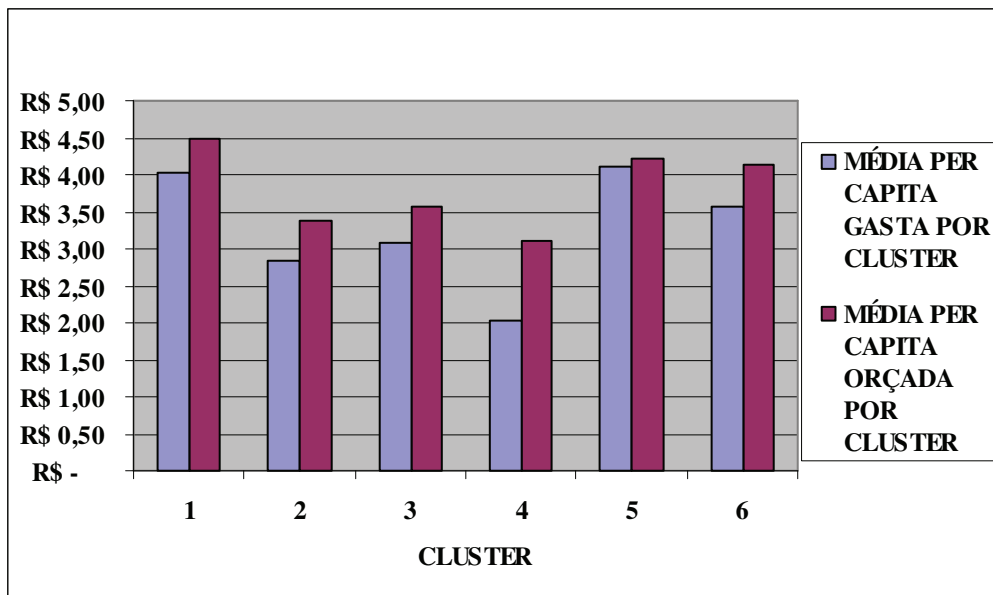
Ao comparar as médias *per capita* do gasto municipal em vigilância epidemiológica para o período por *cluster*, observa-se um comportamento semelhante ao apontado no orçamento, com o *cluster* 1 apresentando a segunda maior média para o período estudado, pelos mesmos motivos já descritos para o orçamento (gráfico 3).

Gráfico 3 - Média *per capita* gasta em vigilância epidemiológica por *cluster* no período de 2002 a 2006.



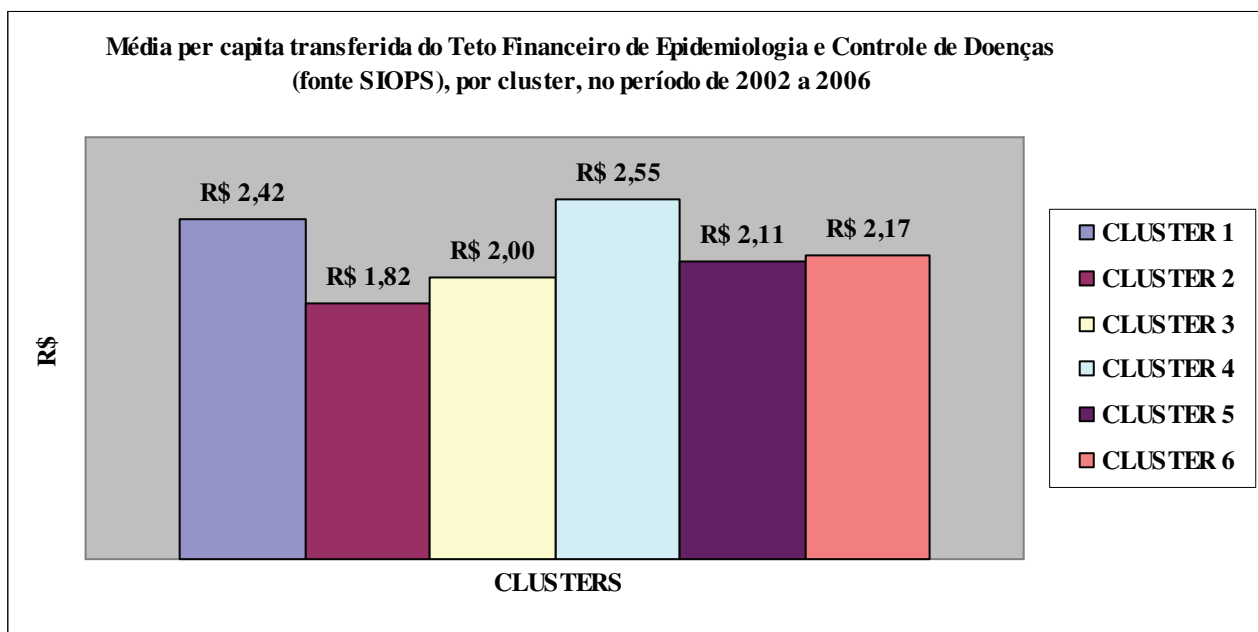
Ao comparar os valores *per capita* médios orçados e gastos em vigilância epidemiológica, observa-se que 100% dos *clusters* apresentam valores orçados maiores que os gastos para o período (gráfico 4).

Gráfico 4 - Comparação entre os valores orçados e gastos em vigilância epidemiológica por *cluster*, no período de 2002 a 2006.



Na avaliação por *cluster*, observa-se que o grupo com a maior média *per capita* de valores transferidos do TFECED possui os indicadores sociais mais favoráveis e baixa complexidade (gráfico 5). Considerando a média *per capita* estabelecida para o estado de São Paulo pela portaria do Ministério da Saúde nº 950, de 23 de Dezembro de 1999 para o TFECED no valor de R\$ 2,29, apesar de 4 dos 6 *clusters* da pesquisa PROESF terem recebido valores inferiores a média estadual, todos os *clusters* foram contemplados com o valor mínimo pré-estipulado de 60% da média estadual.

Gráfico 5 - Média *per capita* transferida do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (fonte SIOPS), por *cluster*, no período de 2002 a 2006.



Em relação à contrapartida financeira de 40% do valor transferido pelo TFECD, observamos que ela não ocorreu no *cluster* 4 (gráficos 6 e 7), em que 2 dos 3 municípios (66%) pertencentes a esse grupo possuem uma relação despesa/receita do TFECD menor que 1, ou seja, o gasto em vigilância epidemiológica foi menor que o valor transferido do SUS para esses municípios.

Gráfico 6 - Média *per capita* do financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios, por *cluster*, no período de 2002 a 2006.

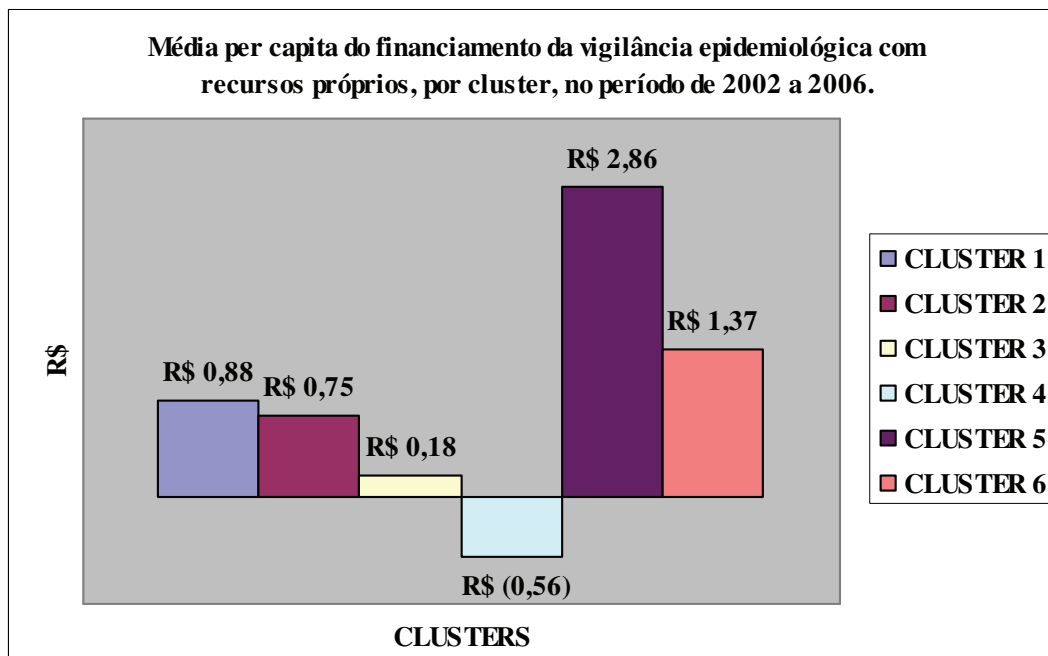
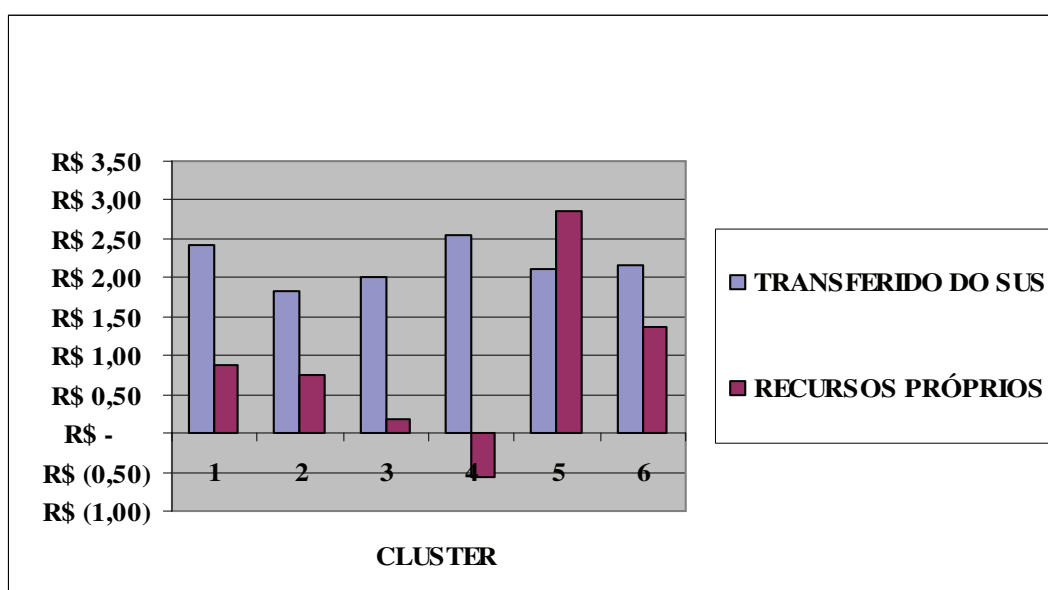


Gráfico 7 - Comparação das médias *per capita* do gasto em vigilância epidemiológica entre os *clusters* da pesquisa PROESF, de acordo com a fonte de financiamento e os valores declarados pelos municípios com mais de 100 mil habitantes no SIOPS, no período entre 2002 e 2006.



De acordo com a **classificação das redes urbanas** no Estado de São Paulo, as menores porcentagens de exclusão estão localizadas entre os municípios com maior dinâmica econômica (tabela 5).

Tabela 5 – Municípios selecionados para o estudo de acordo com a classificação da rede urbana.

Caracterização	Municípios selecionados	% de municípios excluídos
Pólo	São Paulo, Campinas, Santos	0%
Franjas Metropolitanas	Ribeirão Pires, Suzano, São Bernardo do Campo, Santo André, Itaquaquecetuba, Franco da Rocha, Carapicuíba, Itapeverica da Serra, Ferraz de Vasconcelos, Santa Bárbara D'oeste, Indaiatuba, Taboão da Serra, Americana, Guarulhos, Sumaré, Barueri, Guarujá, Itapevi, Praia Grande	37%
Aglomerados urbanos	São José dos Campos, Jundiaí, Araraquara, Sorocaba, Mogi Guaçu, Bauru, Limeira, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Araçatuba	23%
Centros urbanos	Itapetininga, Bragança Paulista, Jaú, Piracicaba, Presidente Prudente, Marília	25%
Outros (sem classificação)	Pindamonhangaba, Jacareí, Atibaia, Araras, Itu	37%

Dentre os 26 municípios selecionados que apresentaram a média *per capita* de dotação para vigilância epidemiológica no período abaixo da média geral encontrada (R\$ 3,65), 19 (73%) são economicamente menos dinâmicos e 03 (11%) são os municípios pólo das regiões metropolitanas do Estado de São Paulo (anexo 3).

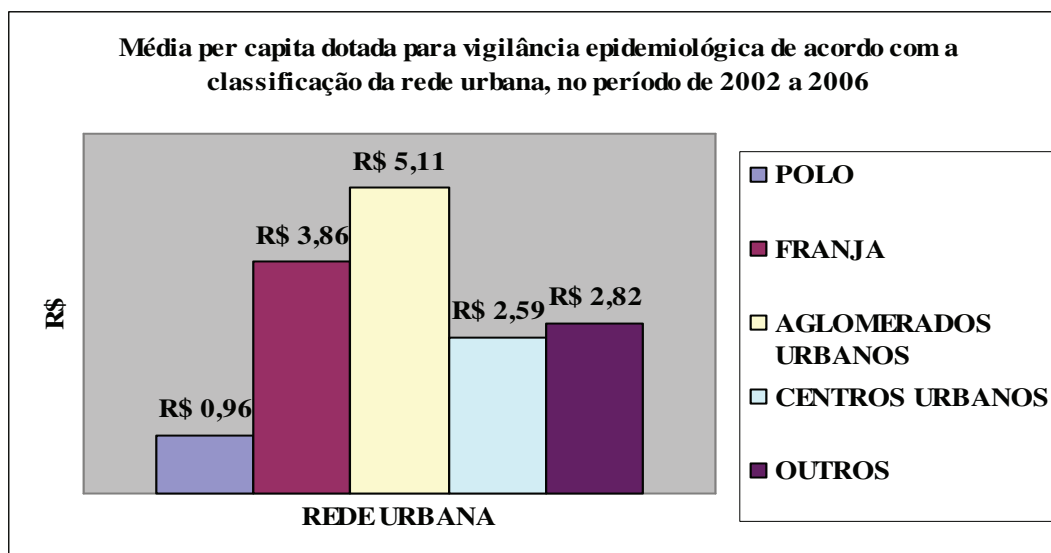
Em relação ao gasto *per capita* em vigilância epidemiológica, dentre os 26 municípios selecionados para o estudo que apresentam este valor abaixo da média encontrada (R\$ 3,28), 18 (70%) são economicamente menos dinâmicos e 03 (11%) são os municípios pólo das regiões metropolitanas do Estado de São Paulo. A maioria dos municípios (59%) que gastam acima da média pertence às franjas metropolitanas do Estado de São Paulo.

Dos 22 municípios que apresentaram valores *per capita* médios de transferência do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, para o período, abaixo da média geral (R\$ 2,15), 17 (80%) são economicamente menos dinâmicos. Dentre os 21 municípios com transferências acima da média, 08 (38%) são economicamente mais dinâmicos.

Em relação ao financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios, dentre os 24 municípios que apresentam valores *per capita* médios para o período abaixo da média encontrada (R\$ 1,12), 18 (75%) são economicamente menos dinâmicos e 3 (12%) são os municípios pólo do estado de São Paulo.

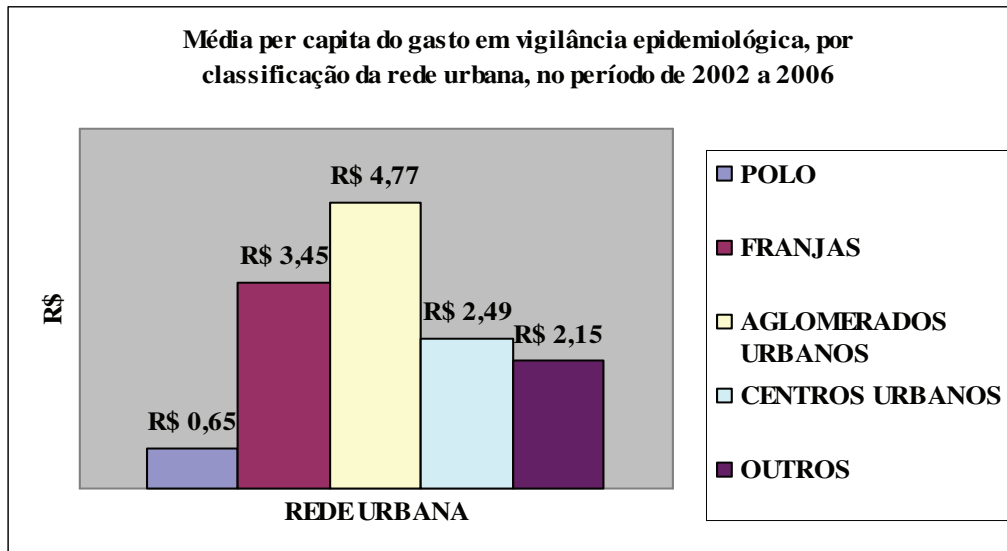
Na comparação das médias obtidas entre os municípios de uma mesma classificação na rede urbana paulista (gráfico 8), observa-se que o maior valor orçado encontrado é dos aglomerados urbanos, que possui a menor proporção de municípios (40%) abaixo da média geral encontrada. O menor valor dotado pertence aos municípios pólo, onde 100% apresentaram valores abaixo da média.

Gráfico 8 - Média *per capita* dotada para vigilância epidemiológica de acordo com a classificação da rede urbana, no período de 2002 a 2006.



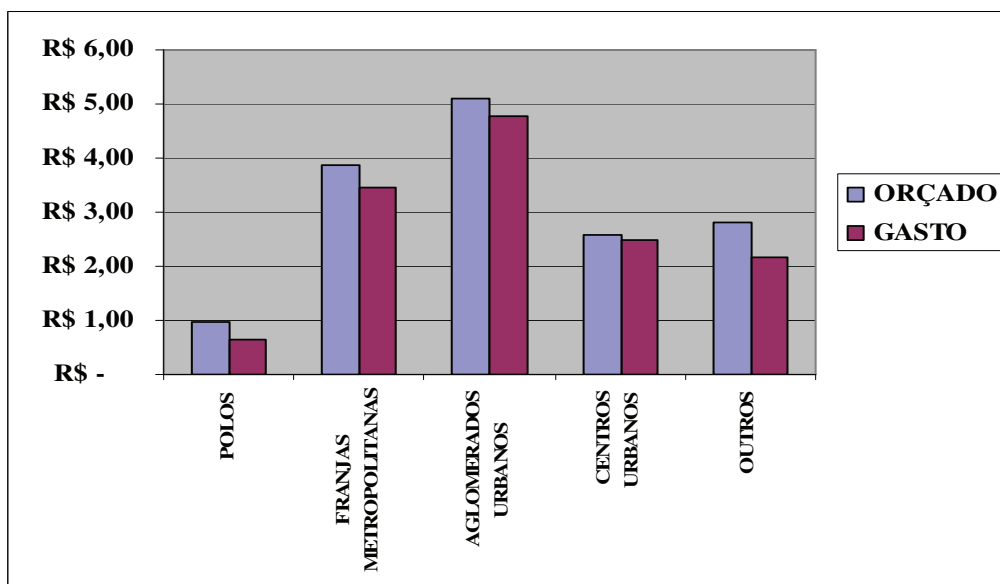
Quanto ao gasto em vigilância epidemiológica, novamente os aglomerados urbanos encontram-se à frente, porém, devido a menor variação dos valores encontrados acima da média geral (R\$ 4,49 a R\$ 10,41), quando comparados às franjas metropolitanas, que apresentaram maior proporção de municípios (53%), porém maior variação dos valores encontrados acima da média geral (R\$ 3,29 a R\$ 11,30). Neste quesito, também os municípios Pólo aparecem como o menor valor médio *per capita* gasto em vigilância epidemiológica por apresentar 100% dos municípios nesta classificação abaixo da média.

Gráfico 9 - Média *per capita* gasta em vigilância epidemiológica, de acordo com a classificação da rede urbana, no período de 2002 a 2006.



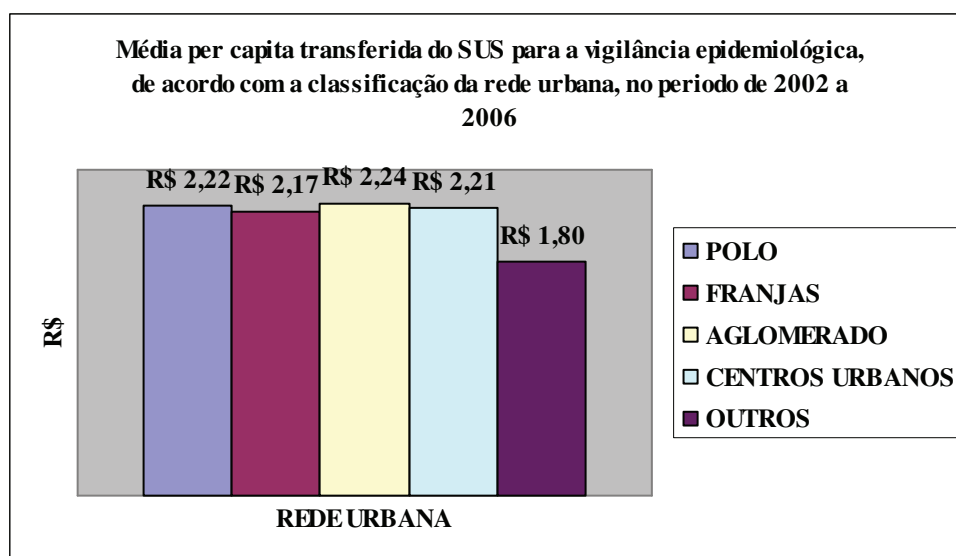
Comparando-se os valores orçados e gastos pelas diferentes redes urbanas paulistas observa-se que todas apresentaram os orçamentos maiores que os gastos (gráfico 10).

Gráfico 10 - Comparação entre os valores orçados e gastos em vigilância epidemiológica de acordo com a classificação da rede urbana, no período de 2002 a 2006.



Na comparação entre as transferências realizadas pelo SUS do TFECD para os municípios, a diferença encontrada entre as redes urbanas que receberam os maiores valores *per capita* foi pequena, com variação de R\$ 2,17 (franjas metropolitanas) a R\$ 2,24 (aglomerados urbanos).

Gráfico 11 - Média *per capita* transferida do SUS (TFECD, fonte SIOPS) para vigilância epidemiológica, de acordo com a classificação da rede urbana, no período de 2002 a 2006



O financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios apresentou uma grande variação entre as diferentes classificações da rede urbana paulista. Os municípios pólo das regiões metropolitanas apesar de serem economicamente mais dinâmicos são totalmente dependentes do financiamento federal nessa área, apresentando, inclusive, um gasto menor do que os valores transferidos.

Gráfico 12 - Média *per capita* do financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios, de acordo com a classificação da rede urbana, no período de 2002 a 2006

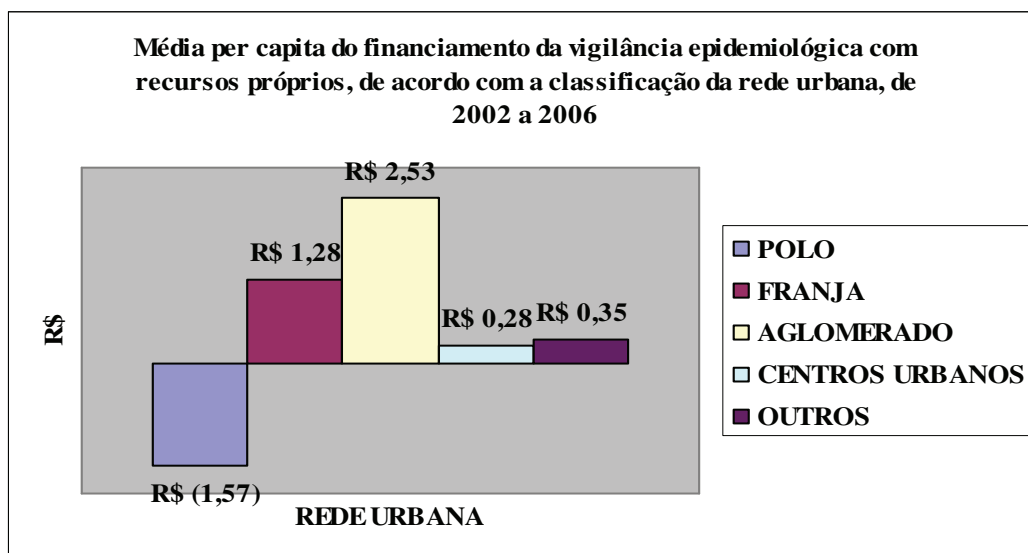
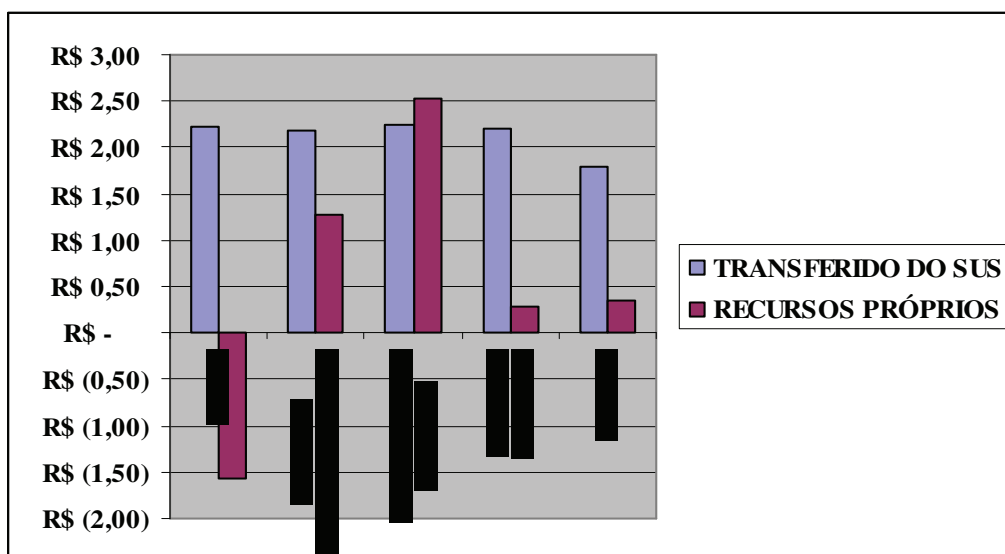


Gráfico 13 - Comparação das médias *per capita* do gasto em vigilância epidemiológica entre as diferentes redes urbanas paulistas, de acordo com a fonte de financiamento e os valores declarados pelos municípios com mais de 100 mil habitantes no SIOPS, no período entre 2002 e 2006.



Dividindo os municípios selecionados em **quartis por incidência crescente de zoonoses e doenças transmitidas por vetores** (anexo 4), observamos que em relação à dotação para a vigilância epidemiológica, os quartis de menor incidência (1 e 2) apresentam a maior proporção de seus municípios, (70 e 63%, respectivamente) com médias *per capita* abaixo da média geral encontrada (R\$ 3,65).

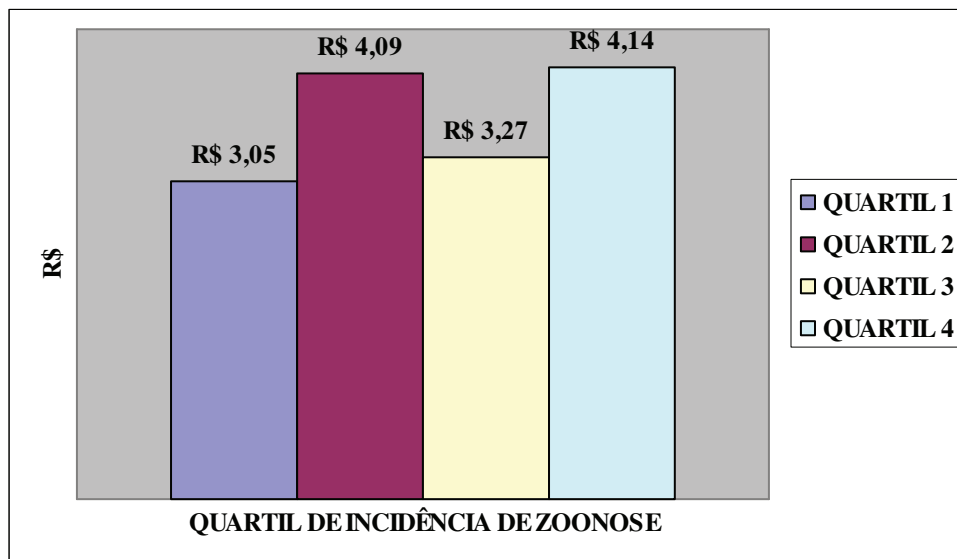
Seguindo na divisão por quartis, a maior proporção de municípios com gasto *per capita* em vigilância epidemiológica abaixo da média geral encontrada (R\$ 3,28) é observada no quartil de menor incidência de zoonoses (quartil 1), onde 80% dos municípios apresentam valores abaixo de R\$ 3,28, diferente dos demais quartis que apresentam esta proporção próxima de 55%.

A maior proporção de municípios com média *per capita* dos valores transferidos do SUS para a vigilância epidemiológica, de acordo com o SIOPS, abaixo da média geral encontrada (R\$ 2,15) encontram-se nos quartis 1 e 2, que apresentam 90% e 73%, respectivamente, dos seus municípios com valores abaixo de R\$ 2,15, ao contrário dos quartis 3 e 4, onde 73% e 82% dos municípios, respectivamente, apresentam transferências *per capita* médias maiores que R\$ 2,15.

Quanto a utilização, pelos municípios, de recursos próprios em vigilância epidemiológica, pode-se observar que o quartil com as maiores incidências de zoonoses (quartil 4) possui 72% dos seus municípios com valores *per capita* abaixo da média geral encontrada (R\$ 1,12). Nos quartis 1, 2 e 3 esta proporção é de 50, 45 e 54%, respectivamente.

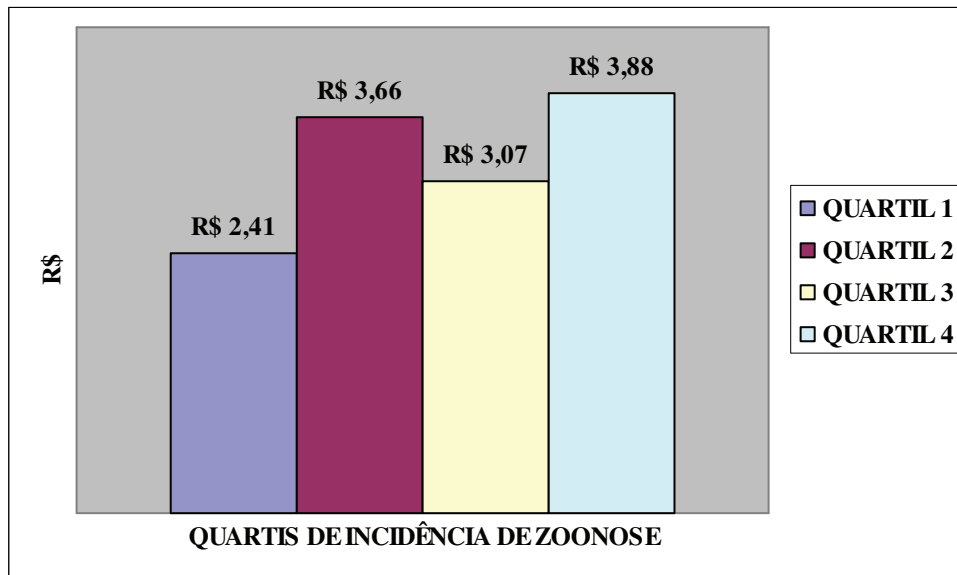
Ao comparar os quartis, observa-se que em relação à dotação, apesar do quartil 2 possuir a maioria de seus municípios com valores *per capita* abaixo da média geral encontrada no estudo, os demais municípios possuem valores muito acima da média, caracterizando-o como o 2º quartil em valor médio *per capita* de dotação para a vigilância epidemiológica. Os quartis 1 e 4, que representam, respectivamente, os municípios com as menores e maiores incidências de zoonoses, também possuem, nesta ordem, as menores e maiores médias de dotação para vigilância epidemiológica.

Gráfico 14 - Média *per capita* dotada para vigilância epidemiológica, por quartil de incidência de zoonoses, no período de 2002 a 2006.



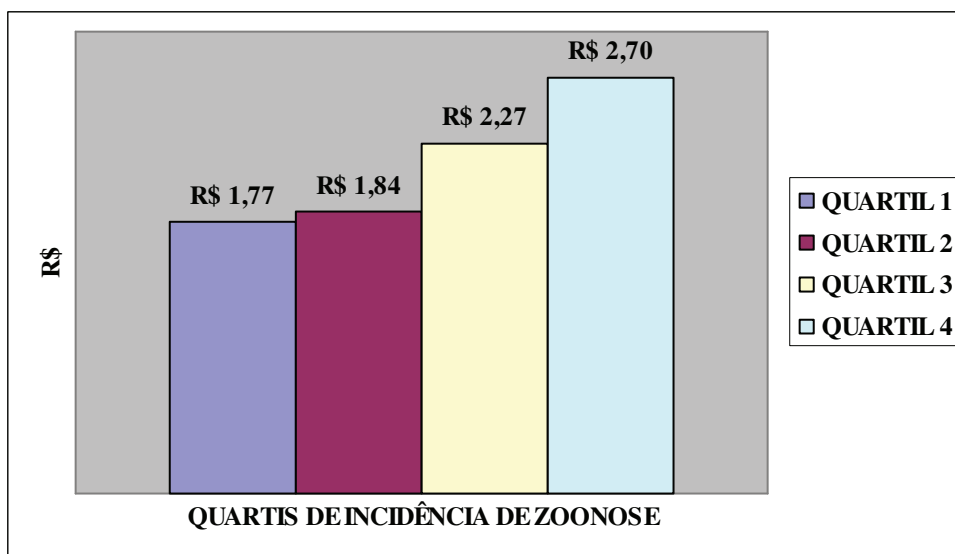
Quanto ao gasto em vigilância epidemiológica, por quartil, observa-se que apesar da mesma proporção em número de municípios abaixo e acima da média geral encontrada nos quartis 2, 3 e 4, as médias entre os quartis diferem entre si devido aos valores apresentados por seus componentes. Os quartis com as menores e maiores incidências de zoonoses, também possuem as menores e maiores médias de gasto para vigilância epidemiológica (quartis 1 e 4, respectivamente).

Gráfico 15 - Média *per capita* gasta em vigilância epidemiológica, por quartil de incidência de zoonoses, no período de 2002 a 2006.



Analisando os quartis quanto às transferências de recursos do SUS (TFECD) para os municípios, observa-se uma relação diretamente proporcional desta com a incidência de zoonoses e doenças transmitidas por vetores.

Gráfico 16 - Média *per capita* do valor transferido do SUS para vigilância epidemiológica, por quartil de incidência de zoonoses, no período de 2002 a 2006.



O perfil do comportamento dos quartis quanto ao financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios apresenta o quartil 2 com o maior valor por ser este o quartil que, proporcionalmente, menos utiliza recursos do SUS na vigilância epidemiológica.

Gráfico 17 - Média *per capita* de financiamento da vigilância epidemiológica com recursos próprios, por quartil de incidência de zoonoses, no período de 2002 a 2006.

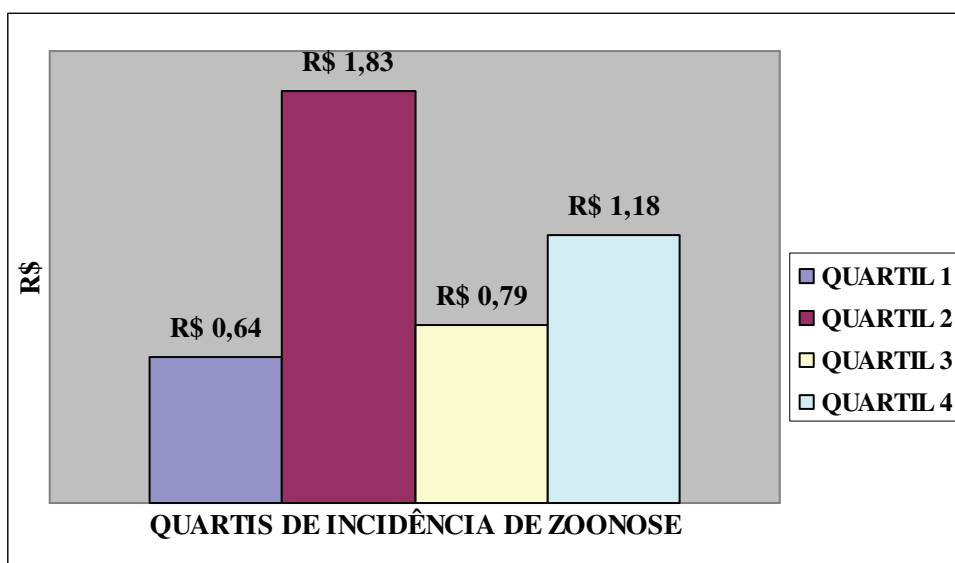
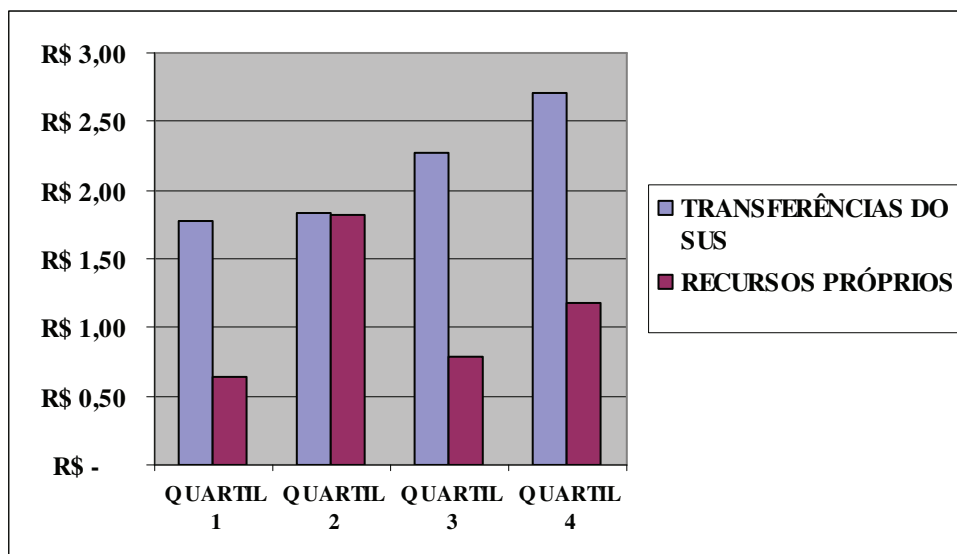
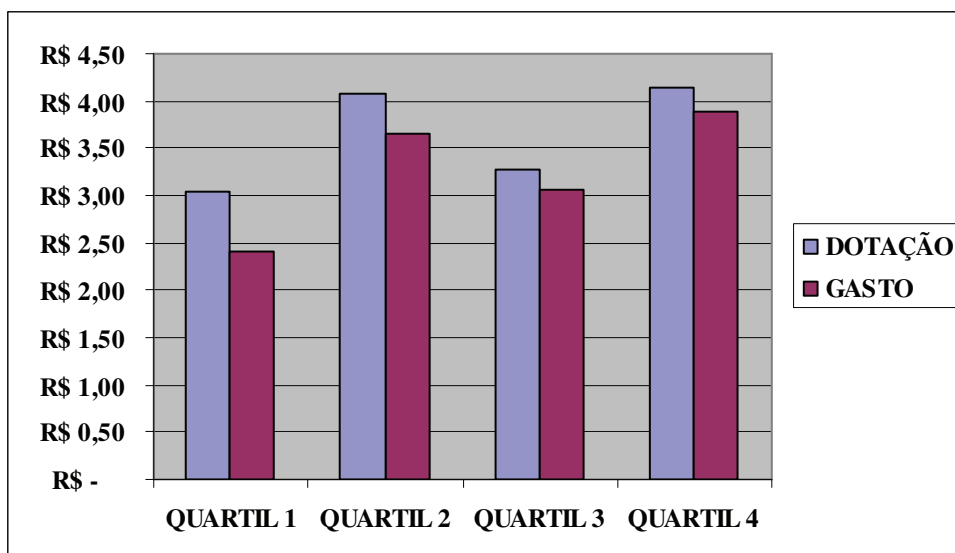


Gráfico 18 - Comparação das médias *per capita* do gasto em vigilância epidemiológica entre os quartis de incidência de zoonoses, de acordo com a fonte de financiamento e os valores declarados pelos municípios com mais de 100 mil habitantes no SIOPS, no período entre 2002 e 2006.



Ao comparar os valores *per capita* médios orçados e gastos em vigilância epidemiológica, observa-se que 100% dos quartis apresentam valores orçados maiores que os gastos para o período (gráfico 19).

Gráfico 19 - Comparação entre os valores orçados e gastos em vigilância epidemiológica por quartil, no período de 2002 a 2006.



7. CONCLUSÃO

Ao observar, na maior parte dos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes, planejamentos orçamentários maiores do que os gastos em vigilância epidemiológica, conclui-se que provavelmente tais municípios possuam dificuldades em prever suas reais necessidades financeiras nesta área, acarretando em menores valores repassados aos demais entes federados do estado. Este resultado também pode estar relacionado com o fato de que as ações previstas não estão sendo executadas conforme as respectivas PPI's.

Na análise por município, tanto na dotação quanto no gasto e no financiamento com recursos federais ou próprios, a variação dos valores encontrados não apresentou correlação com o nível de complexidade da assistência hospitalar. Porém, a maioria dos municípios que apresentaram valores abaixo da média geral encontrada para todas as variáveis possui indicadores sociais menos favoráveis.

A existência de municípios com os gastos em vigilância epidemiológica menores que os valores transferidos do TFECD demonstra que nem todos efetuaram a contrapartida estipulada pela portaria MS/GM nº1399 de 15 de Dezembro de 1999, no período de 2002 a 2006, necessitando um maior acompanhamento no cumprimento desta portaria .

Os valores transferidos do SUS para os municípios na área de vigilância epidemiológica não apresentaram variações significativas, o que pode ser comprovado pelo desvio padrão observado entre as médias calculadas para o período. Sendo assim, os diferentes valores de gasto em vigilância epidemiológica encontrados estão relacionados com os recursos próprios que cada ente federado aplica nesta área.

Por sua vez, os maiores valores gastos são encontrados em municípios com bons indicadores sociais, mais dinâmicos economicamente e que apresentam as maiores incidências de zoonoses e/ou doenças transmitidas por vetores.

Os valores de orçamento, gasto, transferência do TFECD e financiamento com recursos próprios da vigilância epidemiológica tendem a ser diretamente proporcionais a incidência de zoonoses e doenças transmitidas por vetores, nos municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes. Porém, são necessários mais estudos para distinguir se tal proporção é uma relação de consequência ou de causa, isto é, se a casuística elevada é resultado do investimento em ações de vigilância epidemiológica focadas no controle profilático através de levantamentos epidemiológicos sistemáticos ou se devido ao elevado número de casos ocorre um maior gasto no controle de epidemias.

Cabe salientar que as conclusões apontadas por este estudo são limitadas aos dados obtidos pelos sistemas de informações utilizados, que estão subordinados as ações dos responsáveis pelo seu preenchimento em cada município.

Os valores apresentados como recursos próprios representam a somatória dos investimentos municipais e estaduais, visto que não há como diferenciá-los através dos sistemas de informações pesquisados.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA ESTADO. Brasil vive epidemia de dengue, diz ministro da saúde. **Globo.com**, Brasil, 16 out. 2007. Notícias. Disponível em <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/0,,AA1655103-5598,00-BRASIL+VIVE+EPIDEMIA+DE+DENGUE+DIZ+MINISTRO+DA+SAUDE.html>> Acesso em 28 de jul. 2008.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de; CARVALHO, Eduardo M. Freese de; LIMA, Luci Praciano. Vigilância epidemiológica: conceitos e institucionalização. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 2, n. 1, p7-14, 2002.

ALVES, Maria Cecilia Goi Porto et al. Dimensionamento da população de cães e gatos no interior do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 06, p.891-897, 2005.

BRASIL. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Disponível em: <<http://ww010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1975/6259.htm>> Acesso em: 09 abr. 2007.

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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>> Acesso em: 15 out. 2006.

BRASIL. 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 intergovernantes de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante> Acesso em: 15 out. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 231 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Brasília, DF, 36 p, 1997. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nob96.pdf>> Acesso em: 19 nov. 2007.

BRASIL. Portaria nº 3925, de 13 de Novembro de 1998. Aprova o Manual para a organização da Atenção Básica no Sistema único de Saúde. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante> Acesso em: 06 abr. 2007

BRASIL. Portaria nº 832, de 28 de Junho de 1999. Regulamenta o processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante> Acesso em: 19 nov. 2007.

BRASIL. Portaria n. 1.399, de 15 de Dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS/96 - Competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante> Acesso em: 19 nov. 2007.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante> Acesso em: 13 ago. 2006.

BRASIL. Instrução normativa nº 2 de 06 de Dezembro de 2001. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças – PPI-ECD. Disponível em:
http://www.funasa.gov.br/Web%20Funasa/legis/pdfs/ins/in_002_2001.pdf Acesso em: 19 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Manual de preenchimento. Brasília, DF, 2002. 80 p

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Guia de vigilância epidemiológica / Fundação Nacional de Saúde. 5. ed. Brasília, FUNASA, 2002. 447 p.

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/20002. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/?page=legislacao_estruturante> Acesso em: 08 abr. 2007.

BRASIL. Portaria nº 5, de 21 de Fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou

Regional e normas para notificação de casos. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_5_2006.pdf> Acesso em: 26 jan. 2008.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2007. 164 p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, CONASS, 2007. 278 p.

COSTA, Ricardo Cesar Rocha da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 18, 2002.

ELIAS, Paulo Eduardo; MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. O financiamento e a política de saúde. **Revista Usp**, São Paulo, n. 51, p.16-27, set/nov, 2001.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, WORLD HEALTH ORGANIZATION AND WORLD ORGANIZATION FOR ANIMAL HEALTH. **Report of the WHO/FAO/OIE joint consultation on emerging zoonotic diseases.** Genebra, 2004. 72 p.

FORATTINI, Oswaldo Paulo. Determinantes Biológicos. In: FORATTINI, Oswaldo Paulo. **Ecologia, epidemiologia e sociedade.** 2ª São Paulo: Artes Médicas, 2004. Cap. 15, p. 433-465.

INTERNATIONAL COMPANION ANIMAL MANAGEMENT COALITION. **Humane dog population management guidance.** 2007. Disponível em: <http://www.icam-coalition.org/downloads/ICAM_dog_pop_guide_English25-09-08.pdf> Acesso em: 20/07/2008.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; CARVALHO, Marilia Sá; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade. Financiamento público em saúde e confiabilidade dos bancos de dados nacionais. Um estudo dos anos de 2001 e 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1855-1864, 2006.

LIMA, Luciana Dias de. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p.163-171, 2002.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p.404-415, 2003.

MELAMED, Clarice; COSTA, Nilson do Rosário. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Encontro Nacional dos Coordenadores de Zoonoses. Relatório Anual**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

MORAES, Carlos R. M.; THÉRY, Hervé. Introdução ao atlas SEADE da economia paulista, 2005. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/atlasecon/>. Acesso em: 08 de Set. 2008.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. **Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde**. 2004. 318 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SÃO PAULO. [Lei n. 1866, de dezembro de 1978](#). Autoriza o Poder Executivo a instituir a "Fundação Sistema Estadual de Análise Dados – SEADE". Disponível em: <http://www.seade.gov.br/master.php?opt=leg>> Acesso em: 19 nov. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac”. **Casos autóctones de dengue por GVE e município no Estado de São Paulo 2007 e 2008**. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/den_gve08.htm>. Acesso em: 15 out. 2008.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. IN: *IESUS*, VII (2) abr/jun, Bahia, pp. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, Hugo Vocurca; TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do SIOPS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p379-391, 2003.

UGA, Maria Alícia Domínguez et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p 417-437, 2003 .

UGA, Maria Alicia Domínguez; SANTOS, Isabela Soares. Uma análise da progressividade do financiamento do Sistema único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2006.

Viana, Ana Luiza d'Ávila (Org.) et all. **Caracterização dos municípios paulistas com população superior a 100 mil habitantes**. S. Paulo: Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, Consórcio Medicina USP, 2006.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al . Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set. 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008001300013.