



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Mestrado em Saúde Pública



RODRIGO LINO DE BRITO

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO
DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO
BRASIL: DO DEBATE SOBRE O REPASSE DE
RECURSOS AO COMPROMISSO COM A
RESPONSABILIDADE SANITÁRIA.**

RECIFE
2007

RODRIGO LINO DE BRITO

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL: DO DEBATE SOBRE O REPASSE DE
RECURSOS AO COMPROMISSO COM A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz), para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. José Luiz do A. Correa de Araújo Jr.

RECIFE
2007

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

B862a Brito, Rodrigo Lino de.

Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária /Rodrigo Lino de Brito. — Recife: R. L. de Brito, 2007.

205 p.: il., tabs.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 17 abr. 2007.

Orientador: José Luiz do Amaral Correa de Araújo Jr.

1. Vigilância Sanitária. 2. Descentralização. 3. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 4. Política de Saúde. I. Araújo Jr., José Luiz do A. C. II. Título.

CDU 614.3

RODRIGO LINO DE BRITO

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO BRASIL: DO DEBATE SOBRE O REPASSE DE
RECURSOS AO COMPROMISSO COM A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz), para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 17/04/2007

BANCA EXAMINADORA

Dr. José Luiz do Amaral Correa de Araújo Jr – Orientador
CPqAM/Fiocruz

Dr. André Monteiro Costa – Debatedor
CPqAM/Fiocruz

Dra. Lídia Tobias Silveira – Debatedora
Anvisa/MS

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades oferecidas nesta trajetória de estudo e prática profissional.

À minha família, pelo apoio e incentivo dados irrestritamente.

À minha esposa, Roberta, pelo companheirismo e carinho verdadeiros demonstrados nestes 10 anos seguindo juntos.

À orientação tranqüila e generosa do Prof. José Luiz de Araújo Jr., pela atenção e paciência desprendidas.

Aos Docentes do Curso de Mestrado em Saúde Pública do CPqAM, responsáveis pela construção dos alicerces da minha prática profissional em Saúde Coletiva.

Agradecimento especial ao Prof. Djalma Agripino, pelas aulas tão estimulantes e dicas que se levam para uma vida toda.

A Sidney Feitosa e Luci Praciano, pelo bom debate na fase de qualificação desse projeto.

À Prof^a. Yara Gomes, Coordenadora do Curso de Mestrado, por ser afável e acessível ao corpo discente.

Aos Colegas do Curso, pelo alegre e bem humorado convívio.

Aos Funcionários do Nesc, por serem as pessoas atenciosas e prestativas que mostram ser, especialmente à Mégine, Adagilson, Nalva, Nilda, Dayse e Ana.

Às pessoas entrevistadas para esse trabalho, pelo acolhimento e disponibilidade em compartilhar de suas experiências profissionais e acadêmicas comigo.

Aos amigos da Assessoria de Planejamento da Anvisa, pelo dia-a-dia descontraído e alegre, a despeito de todas as tempestades, em especial, a Danila e Patrícia, pela recepção sempre acolhedora.

Ao amigo Diogo Soares, por sua disponibilidade e presteza.

Ao Dr. Dirceu Raposo, ao Dr. Cláudio Maierovitch e à Dra. Alúdimas Mendes, por acreditarem e apoiarem essa proposta de trabalho.

Ao Dr. André Costa, pela aceitação imediata em debater e contribuir com esse trabalho.

À Dra. Lídia Tobias, pelo acolhimento sincero e pela disposição em ajudar, sempre.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma com o caminhar desta jornada, meu muito obrigado.

“Política, a arte de pensar as mudanças e de criar as condições para torná-las efetivas”

Milton Santos

BRITO, Rodrigo Lino de. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil**: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária (Visa) no Brasil apresentou-se de forma mais lenta do que nas demais áreas da saúde, podendo-se dizer que, em âmbito nacional, é um evento recente, particularmente desenvolvido após a criação da Anvisa e a instituição do Termo de Ajuste e Metas (TAM), em 2000, como instrumento de pactuação das ações de média e alta complexidade – inicialmente apenas com os estados, e, só a partir de 2003, pactuando também ações de Visa com municípios. Apesar dos avanços já conseguidos, deve-se ter uma posição crítica e admitir que ainda é baixo o número de municípios com a pactuação do TAM realizada (791 atualmente), apresentando, inclusive, grandes desigualdades regionais. Portanto, a operacionalização da diretriz da descentralização na Visa ainda carece de um projeto político mais bem estruturado, que leve em conta as especificidades desta área, a qual envolve questões complexas, como a transcendência do risco sanitário, a definição clara do financiamento das ações e o estabelecimento das competências e responsabilidades de cada um dos componentes do sistema. Esse estudo utiliza como técnicas de pesquisa a revisão bibliográfica, a análise documental e a aplicação de entrevistas semi-estruturadas, na perspectiva da triangulação metodológica, configurando-se numa pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, de caráter analítico, com o objetivo de descrever o atual panorama em que se desenvolve a política de descentralização das ações de Visa no Brasil. Para tanto, procede-se uma análise balizada por quatro categorias analíticas que estão inter-relacionadas e compreendem toda a política: o contexto em que se insere a política, seu processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação, o conteúdo da política e os principais atores envolvidos. O que fica patente nesse debate é que a discussão do financiamento do sistema é importante, mas não se esgota em si mesma. É necessário, também, que os gestores e profissionais de Visa percebam a necessidade de priorizar o trabalho de Visa na agenda da Saúde. Logo, na consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a idéia do compromisso sanitário deve ser maior do que a idéia da autoridade territorial, para que transitemos, quando da discussão em torno da descentralização em Visa, do debate sobre a distribuição de recursos para o debate sobre o compromisso com a responsabilidade sanitária.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Descentralização; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

BRITO, Rodrigo Lino de. **Analysys of the Health Surveillance Decentralization Policy in Brazil**: from the debate about resources partition to the commitment with sanitary responsibility. 2007. Dissertation (Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The Health Surveillance (Visa) actions decentralization in Brazil was carried out in a slower pace than many other sectors of public health. We can even say that, in national scope, it is a recent event, particularly developed after the National Health Surveillance Agency (Anvisa) creation and the institution of the Settlement and Goals Term (TAM), in 2000, as instrument of agreement of the actions of average and high complexity - initially only with the states, and, only in 2003, also agreeing that scope of actions with municipalities. In spite of the achieved advances, we must have a critical position and admit that the number of municipalities with TAM agreement is still low (791 currently), presenting, also, great regional inequity. Therefore, the development of Visa decentralization still lacks of a policy project better structured, that take in account the specificities of this sector, which involves complex questions, as the transcendence of the sanitary risk, the clear definition of actions financing and the establishment of abilities and responsibilities of each one of the system components. This study uses as research techniques bibliographical revision, documentary analysis and the application of half-structured interviews, in the perspective of the methodological triangulation, configuring itself in a qualitative, exploratory-descriptive research, of analytical character, with the objective to describe the current panorama in which is developed decentralization policy for Visa actions in Brazil. In order to do so, it is proceeded an analysis with four interrelated analytical categories, which comprehend all the policy: the context where the policy inserts itself; its process of formulation, implementation, monitoring and evaluation; the content of the policy; and the main subjects involved. What is clear in this debate is that the discussion of system financing is important, but is not depleted in itself. It is necessary, also, that Health Surveillance managers and professionals perceive the necessity to prioritize the Visa actions in Health's agenda. Soon, in the consolidation of the National Health Surveillance System (SNVS), the idea of the sanitary commitment must be bigger than the idea of the territorial authority, to let us go, in the scope of the discussion around the decentralization in Health Surveillance, from the debate on the distribution of resources to the commitment with sanitary responsibility.

Key words: Health Surveillance; Decentralization; Health Policy, Planning and Management.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIT VISA	Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CpqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
[E1]	Entrevistado nº 1
[E2]	Entrevistado nº 2
[E3]	Entrevistado nº 3
[E4]	Entrevistado nº 4
[E5]	Entrevistado nº 5
[E6]	Entrevistado nº 6
[E7]	Entrevistado nº 7
[E8]	Entrevistado nº 8
[E9]	Entrevistado nº 9
[E10]	Entrevistado nº 10
[E11]	Entrevistado nº 11
[E12]	Entrevistado nº 12
EC 29	Emenda Constitucional 29
FCVS	Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GT Visa da Abrasco	Grupo Temático de Vigilância Sanitária da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
INCQS	Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde

INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
IVISA	Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC VISA	Ações de Média e Alta Complexidade em Visa
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PAB VISA	Parte referente à Visa na composição do PAB Variável
PAP-VS	Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde
PBVS	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PDAVS	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDVISA	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
PL	Partido Liberal
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PP	Partido Progressista
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI-VS	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSC	Partido Social Cristão
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RH	Recurso Humano
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratória Aguda Grave)
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS	Sistema Único de Saúde
TAM	Termo de Ajuste e Metas
TFVISA	Teto Financeiro da Vigilância Sanitária
TFVS	Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária
Visa	Vigilância Sanitária
VISAs	Vigilâncias Sanitárias (no sentido de Serviços/Órgãos de Vigilância Sanitária)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Objetivos do TAM, em sua primeira versão [2000]	57
Quadro 2 - Parâmetros do TAM, em sua primeira versão [2000]	58
Gráfico 1 - Quantidade de municípios pactuados no TAM [2004-2006]	60
Gráfico 2 - Percentual de municípios pactuados no TAM, por região [2006]	60
Quadro 3 - Objetivos do TAM, segundo a Portaria GM/MS n°. 2.473/2003 [repactuação 2004]	66
Quadro 4 - Parâmetros utilizados para a programação das ações de inspeção sanitária pactuadas no TAM, segundo a Portaria GM/MS n°. 2.473/2003 [repactuação 2004]	67
Gráfico 3 - Frequência de implantação de serviços municipais de Visa no Brasil nos últimos 30 anos [1975-2005]	74
Quadro 5 - Ações, parâmetros e metas relativos à vigilância sanitária na Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde [PAP-VS 2007]	84
Quadro 6 - Informantes-chave da pesquisa	97
Quadro 7 - Documentos analisados durante a pesquisa	99
Quadro 8 - Matriz de análise da categoria Contexto da política e suas subcategorias operacionais	104
Quadro 9 - Matriz de condensação e interpretação de significados	109
Quadro 10 - Modelo para a análise da política de descentralização das ações de Visa	111
Quadro 11 - Síntese do Contexto da política de descentralização das ações de Visa	135
Quadro 12 - Síntese do Processo político de descentralização das ações de Visa	150
Quadro 13 - Síntese do Conteúdo da política de descentralização das ações de Visa	155
Quadro 14 - Síntese dos Atores envolvidos com a política de descentralização das ações de Visa	163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dotação e execução orçamentária do órgão federal de Visa [1995-2007]	40
Tabela 2 - Quantitativo dos municípios com o TAM pactuado por região [até dezembro/2006]	60
Tabela 3 - Transferências de recursos efetuadas em 2006, por componente	61
Tabela 4 - Volume de recursos transferidos para os municípios pactuados no TAM em 2006	62
Tabela 5 - Comparativo dos repasses financeiros (em milhões de reais) da vigilância sanitária para estados e municípios, de 2000 a 2006	63
Tabela 6 - Transferências executadas para estados e municípios, constantes no orçamento da Anvisa e FNS [2004]	64
Tabela 7 - Transferências executadas para estados e municípios, constantes no orçamento da Anvisa e FNS [2005]	64
Tabela 8 - Transferências executadas para estados e municípios, constantes no orçamento da Anvisa e FNS [2006]	64
Tabela 9 - Valores da transferência de recursos para estados e municípios constantes do orçamento da Anvisa e FNS [comparativo LOA 2004/2005/2006]	65
Tabela 10 - Identificação do conhecimento acerca da utilização dos recursos financeiros por parte dos coordenadores estaduais e municipais de Visa [2006]	66
Tabela 11 - Avaliação dos coordenadores estaduais e municipais de Visa sobre o cumprimento das metas pactuadas no TAM [2006]	68
Tabela 12 - Gastos do SUS, por funções [2005]	128

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Objetivo geral	20
1.2 Objetivos específicos	20
2 REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA	21
2.1 O panorama da descentralização em saúde: conceito, mitos, tipos e implicações	21
2.2 A Vigilância Sanitária no contexto da Saúde Coletiva	35
3 O OBJETO DO ESTUDO: A DESCENTRALIZAÇÃO DA VISA, NO CENTRO DO DEBATE	46
3.1 Vigilância Sanitária: a descentralização e o financiamento em pauta	47
3.1.1 As primeiras bases normativo-legais	51
3.1.2 As inovações: da criação do Termo de Ajuste e Metas ao cenário atual	55
3.1.3 Uma análise crítica da atual proposta de classificação das ações de Visa	73
3.2 Tensões e reflexos do debate contemporâneo na agenda política setorial	78
3.2.1 Uma síntese possível	86
3.3 A descentralização da vigilância sanitária no âmbito das políticas públicas	87
4 PERCURSO METODOLÓGICO	90
4.1 Desenho do estudo	90
4.2 Coleta e registro dos dados	96
4.3 Plano de análise dos dados	101
4.3.1 A opção analítica	101
4.3.1.1 <i>Contexto</i>	102
4.3.1.2 <i>Processo</i>	105
4.3.1.3 <i>Conteúdo</i>	106
4.3.1.4 <i>Atores</i>	106
4.3.2 Sistematização, síntese e interpretação dos dados coletados	108
4.4 Considerações éticas	110
4.5 Quadro-Síntese	111

5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO: DISCUTINDO OS ACHADOS, RESPONDENDO ALGUMAS QUESTÕES E EVOCANDO OUTRAS	113
5.1 Análise do Contexto em que se desenvolve a descentralização das ações de Vigilância Sanitária	113
5.1.1 Macro-Contexto	113
5.1.1.1 <i>Esfera política</i>	113
5.1.1.2 <i>Esfera econômica</i>	115
5.1.1.3 <i>Esfera social</i>	118
5.1.2 Micro-Contexto	120
5.1.2.1 <i>O âmbito político setorial</i>	120
5.1.2.2 <i>O financiamento setorial</i>	124
5.1.2.3 <i>O panorama sanitário, epidemiológico e de organização dos serviços</i>	132
5.2 Análise do Processo de descentralização em Visa	136
5.2.1 Negociação e formulação no âmbito do processo de descentralização em Visa	136
5.2.2 Implementação do processo de descentralização em Visa	140
5.2.3 Monitoramento e avaliação do processo de descentralização em Visa	147
5.3 Análise do Conteúdo da política de descentralização em Vigilância Sanitária	150
5.3.1 Componentes programáticos da política	150
5.3.2 Marco normativo-legal	154
5.4 Análise dos Atores envolvidos nesse debate	156
6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS E NOVOS PONTOS DE PARTIDA	164
6.1 Uma síntese, à guisa de conclusões	164
6.2 As recomendações desse estudo: novos pontos de partida	170
POSFÁCIO	172
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICES	186
Apêndice A: Roteiro de entrevista semi-estruturada	187
Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido	188
Apêndice C: Matriz de condensação e interpretação de significados: um exemplo prático	189

Apêndice D: Marco normativo-legal da descentralização das ações de Vigilância Sanitária	190
ANEXOS	193
Anexo A: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAEE/Sisnep)	194
Anexo B: Rol de ações básicas, de média e de alta complexidade em Vigilância Sanitária, segundo a Portaria SAS n.º. 18/1999	195
Anexo C: Ações, parâmetros e metas adotados na programação das ações de Visa na PPI-VS nos anos de 2004, 2005 e 2006	198
Anexo D: Parâmetros e frequências das ações de inspeção sanitária pactuadas no TAM, segundo a Portaria GM/MS n.º. 2.473/2003	199
Anexo E: Instrumentos utilizados para o acompanhamento do TAM	200
Anexo F: Instrutivo para os procedimentos de Vigilância Sanitária na PAP-VS [2007]	203

1 INTRODUÇÃO

O campo da Vigilância Sanitária (Visa) não tem sido objeto de grande produção acadêmica, apesar de compor o campo da Saúde Pública e este ter sido alvo, nos últimos anos, de um incremento exponencial em termos de pesquisa e produção do conhecimento.

Nesse sentido, corroboramos a argumentação de Marques (2005), ao expor que, apesar de a vigilância sanitária constituir-se em assunto de alta relevância e importância no âmbito da Saúde Pública, observa-se que ainda são esparsas as pesquisas e publicações relacionadas ao tema, principalmente em relação à construção teórica e política que configurou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) tal qual se apresenta hoje no Brasil.

Portanto, no que diz respeito às suas políticas e à sua cultura organizacional especificamente, há ainda uma manifesta carência de estudos científicos que privilegiem a Vigilância Sanitária como objeto de interesse. Não obstante, alguns pesquisadores e profissionais da área vêm se dedicando a este trabalho, considerando o fato de que, nos últimos anos, a vigilância sanitária emergiu como um setor importante e crucial nas políticas públicas para a promoção e proteção da vida.

Por outro turno, a temática da descentralização em saúde já foi alvo de vários estudos; no entanto, praticamente não há estudos no Brasil tratando da especificidade da descentralização das ações de vigilância sanitária, seja no âmbito local, seja nos seus aspectos políticos mais globais.

Além disso, é fato a necessidade de que avaliações sobre a implantação do SUS ponderem os distintos contextos político-institucionais e os determinantes conjunturais e estruturais envolvidos nesse processo.

Percebendo-se a descentralização da Vigilância Sanitária como uma experiência relativamente nova no SUS, que ainda precisa ser compreendida e explicada, uma análise política e conjuntural de todo esse processo se mostra extremamente oportuna e significativa, uma vez que a descentralização não se constitui num movimento discreto, mas num processo social complexo cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas, sociais e econômicas do heterogêneo mosaico de realidades nacionais. Daí, as nossas opções metodológicas nesse trabalho terem tomado uma face majoritariamente qualitativa, mais especificamente no âmbito da análise de políticas de saúde.

A relevância desse estudo, portanto, se dá por conta da contemporaneidade do debate acerca da descentralização das ações de Visa e por permitir uma reflexão teórico-conceitual –

com a contribuição de idéias e o desenvolvimento de novas perspectivas para a temática em questão – além da essencial sistematização de um tema bastante debatido atualmente, porém ainda não fartamente publicizado.

Dessa forma, uma pesquisa qualitativa abordando esse tema é algo inédito e mesmo desafiador, face à complexidade do campo e às suas especificidades e interfaces dentro da Saúde Coletiva, da Administração Pública, da Economia e das Ciências Sociais, dentre outras áreas.

Por outro lado, trata-se de uma pesquisa perfeitamente viável, tendo em vista a minha inserção no universo da gestão em Visa – por ocasião do trabalho desenvolvido junto à Assessoria de Planejamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Aplan/Anvisa) – fato que possibilita o trânsito por diversos grupos de trabalho, fóruns e eventos, os quais contam com a participação de membros do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do meio acadêmico e de várias áreas da própria Anvisa, facilitando, sobremaneira, o contato com os atores e com os documentos importantes para o estudo.

A participação nesta discussão da temática da descentralização das ações de vigilância sanitária despertou em mim o desejo de analisar, de uma forma mais acurada e embasada num aparato metodológico apropriado, essa experiência, por entendê-la como inovadora, com potencial concreto de diminuir o insulamento e a fragmentação de práticas vivenciados pela área da vigilância sanitária, historicamente.

Para tanto, apresentam-se nesse trabalho os resultados, as reflexões e as críticas elaboradas durante o percurso dessa pesquisa – processo investigativo desencadeado no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

No capítulo dois, foi feita uma reflexão teórica sobre a descentralização – sua conceituação, tipologia, pressupostos gerais e implicações específicas para o setor saúde, a partir da instituição do SUS – e sobre a inserção da vigilância sanitária no contexto da Saúde Coletiva e do SUS – suas incipiências e potencialidades, seu direcionamento normativo e o contexto atual, dentre outros aspectos. Com isso, buscou-se apontar alguns aspectos importantes para o diálogo com o objeto desta investigação, na tentativa de compreender melhor os conceitos e contextos em que se apresenta o atual arranjo proposto para o processo de descentralização em Visa.

O capítulo três apresenta o objeto específico dessa pesquisa: a descentralização em vigilância sanitária analisada sob o olhar das políticas públicas, dando ênfase a um recorte

temporal que vai desde 1999, quando da criação da Anvisa, até o presente momento – apesar de discorrermos de forma um pouco mais abrangente temporalmente (voltando, por vezes, aos primórdios do SUS ou exercitando o pensamento em relação a cenários futuros), com o intuito de melhor contextualizar o objeto estudado para o leitor. Nesse capítulo, são explicitados os elementos mais marcantes e contemporâneos do debate travado nessa dissertação, conceitual, estrutural e conjunturalmente.

O capítulo seguinte, sobre a construção da pesquisa e os caminhos metodológicos adotados, apresenta o desenho geral do estudo, as etapas percorridas para o levantamento do material empírico e as ferramentas utilizadas para sua análise, além das considerações éticas implicadas nesse processo.

A análise crítica do material empírico é realizada no capítulo cinco, no qual são apresentados e discutidos os principais achados da pesquisa. Para tanto, procuramos dividir esse capítulo segundo as categorias analíticas propostas no capítulo do Percorso Metodológico, no intuito de agrupar os resultados encontrados, em consonância com o arsenal metodológico escolhido como norteador para o estudo. A matéria-prima básica para a construção desse capítulo partiu das entrevistas realizadas, dos documentos e instrumentos coletados na fase de campo e da análise do extenso marco normativo-legal que norteia os caminhos da política em questão – tudo isso debatido na perspectiva de se inter-relacionar os aspectos relevantes do material empírico com o norte teórico-metodológico adotado nos capítulos anteriores.

No capítulo seguinte, o das conclusões e recomendações desse trabalho, são explicitadas as singularidades – fortalezas, contradições e obstáculos – encontradas no universo da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, confirmando-se o potencial inovador e transformador do atual debate acerca da descentralização no campo da Visa. Trata-se de uma experiência ainda em curso, complexa, cuja implementação traz consigo dificuldades técnicas, políticas e até mesmo conceituais e normativas inerentes a um campo de práticas e de conhecimento que almeja ser mais integrado ao SUS, mais efetivo na sua ação e socialmente mais impactante.

Dessa forma, uma pesquisa que se concentre numa análise compreensiva da política de descentralização em vigilância sanitária no Brasil, num momento extremamente frutífero no campo sanitário como esse que acompanhamos, firma-se como uma possibilidade clara de identificar tanto os limites quanto as perspectivas do setor, considerando-se a descentralização como estratégia para o fortalecimento e a concreta implementação das ações de Visa em todas as esferas de governo.

Diante do exposto, coloca-se frente a nós a seguinte questão, como ponto norteador desse estudo: como está se dando o processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, mediante o marco normativo estabelecido nesta área e frente ao panorama atual de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro?

Balizados por esse questionamento e pela dinâmica metodológica proposta para essa pesquisa, derivam os nossos objetivos de investigação, descritos a seguir:

1.1 Objetivo geral

Descrever e analisar o atual panorama em que se desenvolve a política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, em fase de implementação no SUS, e contextualizar este processo frente ao debate contemporâneo da gestão em Vigilância Sanitária e ao atual estágio de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

1.2 Objetivos específicos

- a) Compreender e explicar o CONTEXTO da descentralização das ações de Vigilância Sanitária, no âmbito das políticas públicas de saúde;
- b) Analisar o PROCESSO de formulação e implementação da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, com ênfase no período de 1999 a 2006;
- c) Analisar o CONTEÚDO da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária;
- d) Analisar os ATORES envolvidos no processo de tomada de decisão e implementação da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, de 1999 a 2006, assim como as relações estabelecidas entre eles.

2 REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

Paulo Freire

Este capítulo faz uma breve discussão sobre a trajetória do processo de descentralização recentemente vivenciado pelo Brasil e os principais aspectos da vigilância sanitária como campo de saberes e práticas inserido no SUS. Seu conteúdo está distribuído em duas seções: a primeira é denominada de “O panorama da descentralização em saúde: conceito, mitos, tipos e implicações” e trata dos principais aspectos conceituais e tipológicos da descentralização, além de apresentar seus principais problemas, vantagens, desvantagens e conseqüências; já a segunda seção, “A Vigilância Sanitária no contexto da Saúde Coletiva”, aborda, de maneira panorâmica, as bases conceituais, legais e históricas da Vigilância Sanitária, a construção e consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e os principais problemas, desafios e avanços da VISA, realçando a sua importância como campo da Saúde Coletiva.

2.1 O panorama da descentralização em saúde: conceito, mitos, tipos e implicações

Há termos do vocabulário político que ganham sentido positivo *a priori*. Entre estes, “descentralização” foi um dos conceitos que mais adquiriu força como palavra de ordem nos últimos anos, quase sempre com sentido positivo. De maneira geral, os textos acadêmicos e a linguagem política têm defendido que descentralizar combina, quase automaticamente, com democracia, eficiência administrativa e inovação. Só que, na maioria das vezes, a quantidade de elogios que esse termo recebe é proporcional à sua imprecisão conceitual (ABRUCIO, 2006).

Além de leituras distintas, há entendimentos diversos sobre a descentralização. Mesmo porque a esse significante, normalmente, correspondem muitas significações. Não é um

movimento discreto, mas um processo social cujo ritmo e conteúdo são estabelecidos pelas determinações políticas das realidades nacionais. Enquanto processo, não é compatível com tempos políticos muito curtos nem pode ser implementado de maneira uniforme. Tampouco constitui conceito unívoco, articulado como oposto à centralização. Ao contrário, apresenta-se na realidade política, como unidade dialética que se exprime, factualmente, pela convivência de tendências de centralização e descentralização, ainda que o vetor de maior peso possa ser o descentralizatório. Por essa razão, torna-se difícil buscar uma conceituação geral que dê conta da descentralização. As tentativas de buscar um significado unívoco para a descentralização articulam-na com o deslocamento do poder para a periferia das instituições e dos fatos administrativos. Assim, a descentralização está sempre conotada a um movimento centrífugo do poder, com aumento relativo do poder periférico (MENDES, 2001).

Uma visão ideológica da descentralização, bastante prevalecente, além de tratá-la como conceito unívoco e impreciso, concebe-a como inerentemente positiva. Isso é especialmente verdadeiro para a devolução municipalizada. Criou-se, no país, uma crença generalizada - já incorporada ao discurso político e, até mesmo, da mídia - de que a municipalização é a melhor forma de viabilizar as políticas sociais. Em relação aos serviços de saúde, o movimento municipalista conseguiu vender a idéia de que a municipalização é o caminho; algo que se tornou indiscutível. Sem questionar a imprescindibilidade da descentralização do SUS e o protagonismo e os ganhos reais obtidos com a municipalização, há que se buscar evidências de suas fortalezas e de suas debilidades, o que permitirá conduzir o processo descentralizatório, compatibilizando descentralização com equidade, eficiência, qualidade e satisfação dos cidadãos (MENDES, 2001).

Com base nessa discussão conceitual, pode-se dizer que o processo descentralizador, em seu sentido essencialmente político, é um fenômeno bastante recente, que ganhou maior impulso, num maior número de países, somente nas últimas décadas do século XX. Em boa medida, o discurso e a prática descentralizadores derivaram da crise do modelo centralizador de intervenção estatal, visto que foram os resultados paradoxais da expansão e da complexificação do *welfare state* e da nacionalização da democracia que pavimentaram o terreno onde a descentralização foi inicialmente construída. O fascínio causado pela descentralização baseia-se não só na crise do modelo centralizador e no surgimento de novas realidades, mas também na força política adquirida por esse conceito. Agregando uma ampla e heterogênea coalizão de interesses, o discurso descentralizador teria suas principais qualidades associadas à democratização do poder público e a um melhor desempenho governamental (ABRUCIO, 2006).

Corroborando com toda essa discussão, Araújo Jr. (1994), em sua dissertação de mestrado, ao citar Fesler (1965), coloca que o debate sobre descentralização é mais complexo em conceituação e prática do que aquilo que geralmente é percebido. Alguns problemas envolvem esse conceito e levam a distintos equívocos: primeiramente, há um problema lingüístico, que dicotomiza centralização e descentralização como dois pólos muito distintos, dificultando o entendimento da tênue linha que há entre eles; em segundo lugar, há um problema com relação à mensuração pragmática de um processo de descentralização; a descentralização, por si só, está muito relacionada ao poder, e a distribuição do poder é algo muito difícil de se mensurar; e, por fim, há uma dificuldade em se estabelecer padrões gerais de descentralização, mesmo num mesmo espaço, ao mesmo tempo, principalmente por conta das variáveis espaciais envolvidas.

Esse debate faz sentido no momento em que constatamos que a diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado – implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados. Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do país ainda é relativamente recente. Uma das dimensões relevantes desse processo diz respeito à tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade política, econômica e social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações por que o Estado brasileiro vem passando nas diversas áreas da política, entre outras questões (SOUZA, 2002b).

Trata-se do que Abrucio (2006) aponta como a conformação de um federalismo compartimentalizado, em que cada nível de governo procura encontrar seu papel específico e não há incentivos ao compartilhamento de tarefas e à atuação consorciada. Disso decorreu também um “jogo de empurra” entre as esferas de governo. O federalismo compartimentalizado é mais perverso no terreno das políticas públicas, já que numa federação, o entrelaçamento dos níveis de governo é a regra básica para a produção e o gerenciamento de programas públicos, especialmente na área social. Só uma mudança profunda do sistema político brasileiro pode alterar esse modelo perverso, saindo da falsa dicotomia centralização *versus* descentralização e entrando numa era na qual o governo

federal e as instâncias subnacionais possam equilibrar melhor a cooperação e a competição intrínsecas a qualquer país norteado por um federalismo democrático.

Em relação à tipificação da descentralização, aparecem na literatura tipologias distintas de graus ou formas de descentralização, sendo uma das mais abrangentes a que identifica quatro formas de descentralização: desconcentração, devolução, delegação e privatização.

A desconcentração consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. Para alguns, a desconcentração é considerada como descentralização administrativa. Este processo geralmente não envolve a descentralização do poder, o que significa que ele não oportuniza ao nível local exercitar o seu poder discricionário na tomada de decisões. A desconcentração tem a vantagem de garantir a integridade organizacional vertical mas, ao não transferir o poder decisório, dificulta a responsabilização local, a integração intersetorial e a participação dos cidadãos. É a forma mais tímida de descentralização e, ao mesmo tempo, a mais utilizada. A devolução consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de nível subnacional que adquire, assim, autonomia política e administrativa em relação ao nível central em relação a uma série de funções definidas. Por isso, é denominada, também, de descentralização política. Ao contrário da desconcentração, a devolução dificulta a integração vertical, mas permite a responsabilização local, a integração intersetorial e a participação social. Seu sucesso está associado ao grau de desenvolvimento gerencial dos níveis regionais e locais. A delegação dá-se em outro âmbito, envolvendo as relações entre Estado e sociedade civil, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulação estatais. Aqui, dá-se a desconstrução do espaço estatal e o surgimento de entes públicos não-estatais. A privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Ela refere-se à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma de venda de ativos estatais (ARAÚJO JR., 1994; MENDES, 1998; RONDINELLI *et al.*, 1983 *apud* PESTANA; MENDES, 2004).

O processo de descentralização do SUS vem sendo feito através da combinação das três primeiras formas: há uma desconcentração das Secretarias Estaduais em regionais de saúde e de certas Secretarias Municipais de grandes municípios em distritos sanitários; a devolução foi realizada através, especialmente, da municipalização de serviços nacionais ou estaduais; e a delegação é uma prática rotineira, já que a maior parte dos serviços hospitalares

e quase um terço dos serviços ambulatoriais do SUS são prestados por entes privados lucrativos e não-lucrativos, sob contrato com os órgãos gestores (PESTANA; MENDES, 2004).

Não obstante, para o escopo desse trabalho, definir-se-á descentralização como a transferência de autoridade, ou distribuição de poder, no planejamento, gerenciamento e tomada de decisão da esfera pública, do nível federal para os entes subnacionais, ou, mais genericamente, dos níveis de governo mais centrais para aqueles mais locais (MILLS, 1990 *apud* ARAÚJO JR., 1994).

A descentralização, mesmo sendo ressaltada sua importância como possibilidade de organização territorial e distribuição mais adequada de poderes, tanto financeiros como funcionais, entre as esferas de governo (FIGUEIREDO *et al.*, 1998; LOBO, 1988), tem sido visualizada mais como um movimento de desconcentração das atribuições e funções do nível federal para os municípios. Ou seja, transferiram-se responsabilidades, mas não o poder nem o aporte de recursos financeiros necessários para garantir o desenvolvimento de ações de saúde (MULLER NETO, 1991; TOBAR, 1991). É, ainda, identificada apenas como "[...] uma descentralização administrativa do sistema de saúde, em que não houve incentivos para uma efetiva autonomia política e administrativa dos municípios" (GERSCHMAN, 1995, p. 53).

Ou seja, a ação dos governos locais depende em grande parte da ação do governo federal, com este último podendo unilateralmente induzir decisões e comportamentos nos primeiros, por meio de programas deliberadamente desenhados para tal. Assim, o processo de adesão dos municípios na gestão das políticas públicas, no Brasil, se dá – regra geral – em decorrência de uma estratégia de indução desenhada e implementada na forma de incentivos pelo nível de poder superior (ARRETCHE, 2000).

É por essa razão que a descentralização exige a construção de capacidades político-institucionais tanto do poder central quanto dos governos subnacionais. Ambos devem se preparar especificamente para esse processo. O governo central deve se habilitar ao repasse de funções e à coordenação das ações mais gerais, atuando em prol do equilíbrio entre as regiões, fornecendo auxílio técnico e financeiro aos níveis inferiores e avaliando as políticas de cunho nacional. Os entes subnacionais, por sua vez, precisam aprimorar sua estrutura administrativa e seus mecanismos de *accountability*¹ democrática (ABRUCIO, 2006).

¹ *Accountability* é um substantivo de origem inglesa que pode ser entendido basicamente como a capacidade de prestar contas e de assumir a responsabilidade sobre seus atos e o uso de recursos (ACCOUNTABILITY, 2007).

Nessa via de debate, a coordenação federativa depende muito do papel dos níveis superiores de governo no tocante à descentralização, especialmente da ação do governo federal. Por um lado, porque em vários países os governos subnacionais têm problemas financeiros e administrativos que dificultam a desconcentração de atribuições. Por outro, porque a União e outras instâncias federativas precisam arbitrar conflitos políticos e de jurisdição, além de incentivar a atuação conjunta e articulada entre os níveis de governo no campo das políticas públicas (ABRUCIO, 2006).

Para concretizar essa descentralização ótima, uma das propostas mais consistentes está em instituir, entre os níveis estaduais e locais dos sistemas de serviços de saúde, uma instância mesorregional (MILLS, 1990 *apud* ARAÚJO JR., 1994). A instituição desse nível mesorregional pode conduzir a uma descentralização mais racional porque permite compatibilizar o acesso pronto a serviços eficientes em função da escala, efetivos e de qualidade, com a proximidade dos problemas locais e da população (PESTANA; MENDES, 2004).

A isso podemos chamar regionalização cooperativa, a qual visa permitir recuperar uma escala adequada em espaços mesorregionais e ofertar serviços mais econômicos e com maior qualidade, criando, por uma ação sinérgica dos gestores, um excedente cooperativo (PESTANA; MENDES, 2004).

Um outro aspecto a ser abordado, já citado sinteticamente mais acima, diz respeito às condições estruturais e conjunturais presentes em alguns estados do país, que têm conferido feições singulares ao processo de descentralização, influenciando o processo de implantação do SUS e suas condições de sustentabilidade. Na origem dessa diversificação podem ser destacados três grandes grupos de fatores:

a heterogeneidade geográfica, as dimensões continentais e uma população numerosa, irregularmente distribuída no território nacional, com influências distintas sobre os determinantes envolvidos no processo saúde-doença da população e sobre as necessidades assistenciais; a heterogeneidade socioeconômica e a concentração de renda, traduzidas nos indicadores de disparidades regionais e individuais de renda, que guardam estreita relação com o perfil sanitário e de acesso da população aos bens e serviços de saúde; os traços particulares da organização política federativa, na qual os três níveis de governo (27 unidades federadas e 5.560 municípios - 77,9% deles com população abaixo de 25 mil habitantes, onde residem 23,7% da população total do país) gozam de ampla autonomia administrativa, sem vinculações hierárquicas entre si (QUEIROZ, 2003, p. 95).

Diante do exposto, a estratégia mediante a qual a descentralização é implementada constitui fator fundamental para o seu êxito. Portanto, há que se observar alguns requisitos básicos, como o planejamento prévio cuidadoso, bem como acompanhamento e avaliação

permanentes de resultados, visando a correção dos rumos do processo; a definição clara das responsabilidades (ou deveres) e direitos das partes envolvidas no processo de descentralização; o equilíbrio entre encargos e recursos financeiros descentralizados; flexibilidade, de forma a garantir o respeito às heterogeneidades e às especificidades das situações envolvidas; gradualismo e progressividade – a descentralização deve avançar ao longo do tempo, mas respeitando a capacidade de resposta das instituições que receberão as novas funções e serviços; e a transparência no processo de tomada de decisões, incluindo o controle público (IPEA, 1994; MENDES, 2001).

Em um país continental e heterogêneo, no qual cada região está em um tempo sócio-cultural distinto, dificilmente, qualquer processo de descentralização poderia ser implementado de modo uniforme. É sob essa perspectiva que se faz importante a idéia de processo, pois a descentralização não é um movimento abrupto, que se faz apenas pela vontade de alguns, sem considerar os interesses e as determinações sociais das realidades locais. Esse processo, significando um reordenamento de funções governamentais, para dar eficácia à ação do poder público, não passará de um discurso se não se utilizar de estratégias distintas para cada realidade. Assim, a descentralização não pode ser compreendida de forma desvinculada das características mais gerais do padrão de incorporação de demandas e do perfil das políticas públicas no país, desde que se perceba que o fundamental reside no envolvimento de atores locais interessados no processo (BODSTEIN, 1996; JUNQUEIRA, 1997).

É necessário também desenvolver as capacidades administrativas e financeiras dos entes subnacionais para que a descentralização ajude a melhorar o desempenho da gestão pública. O repasse das funções antes centralizadas só alcança plenamente seus objetivos quando acoplado à existência ou à montagem gradativa de boas estruturas gerenciais nos níveis inferiores. Obviamente, uma grande concentração de tarefas no governo central é prejudicial à eficiência, porém a manutenção de padrões arcaicos de governança no plano local, além de reduzir a efetividade da ação estatal, desmoraliza a descentralização, podendo até incentivar propostas demagógicas de (re)centralização e paternalismo. Logo, a modernização administrativa dos governos subnacionais é condição *sine qua non* para um ciclo virtuoso descentralizador (ABRUCIO, 2006).

Como se percebe, a descentralização não tem qualidades intrínsecas e tampouco está isenta de aspectos negativos. A força política desse discurso e muitos resultados satisfatórios que daí se originaram nublam os problemas que se colocam, em muitas ocasiões, para a implantação de um processo descentralizador. Em especial, sete são as questões que colocam

obstáculos ao bom desempenho dos municípios do país: a desigualdade de condições econômicas e administrativas; o discurso do “municipalismo autárquico” e a atomização e a pulverização dos serviços de saúde decorrentes deste; a falta de capacidade dos governos municipais de administrar os serviços de saúde; os resquícios ainda existentes tanto de uma cultura política como institucional que dificultam a *accountability* democrática; o padrão de relações intergovernamentais e a ausência de cultura de gestão orientada para a economia de escala; o risco do uso das transferências do SUS como simples reforço para o orçamento municipal ou para outros fins que não a saúde e a influência conservadora e patrimonialista sobre a organização dos serviços públicos, que colide com a proposta de um sistema de saúde baseado numa administração pública profissionalizada, com padrões de eficiência e eficácia distantes dos atuais (ABRUCIO, 2005; COSTA, 2001b; QUEIROZ, 2003).

Nesse sentido, Bodstein (1996) nos alerta para o fato de que se, em tese, a descentralização significa, por um lado, a possibilidade de ampliação da capacidade resolutiva estatal e a própria oxigenação da administração pública pela via da participação dos cidadãos no cotidiano das instituições e serviços - potencializando o planejamento participativo na gestão do orçamento público -, por outro lado, pode tornar-se um instrumento poderoso de fortalecimento de novas formas de clientelismo.

Porém, Arretche (1997) contra-argumenta essa informação, ressaltando que parte importante das expectativas postas na descentralização está associada à noção de que uma maior proximidade entre prestador de serviços e usuários viabilizaria maior *accountability* dos governos em relação aos cidadãos e, por esta razão, maior responsabilização daqueles em relação às necessidades destes. Nesta perspectiva, a descentralização passaria a ser um dos elementos da Reforma do Estado pelo qual se combateria os problemas de ineficiência alocativa postos pelo clientelismo. Ainda que a proximidade possa ser um elemento importante para a visibilidade das ações de governo, o uso clientelístico de recursos públicos está historicamente associado à natureza das relações entre burocracias públicas e partidos políticos. Neste sentido, tais práticas parecem depender menos da escala da prestação de serviços e mais da natureza das instituições deles encarregadas. Portanto, nessa visão, nem a centralização explica o clientelismo e, muito menos, formas descentralizadas de prestação de serviços públicos implicam sua eliminação. Na verdade, a redução do clientelismo supõe a construção de instituições que fortaleçam a capacidade de gestão do governo e a capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações deste último.

No âmbito do setor saúde no Brasil – para focarmos melhor o nosso debate – podemos afirmar que a descentralização está intimamente ligada ao processo de normatização que se

instituiu no SUS a partir de 1991 (via Normas Operacionais Básicas). Obviamente, era necessária a criação de instrumentos que operacionalizassem a estratégia de descentralização e induzissem a transição do modelo centralizado e contributivo para o que previa o SUS. Entretanto, o excesso de normatização fez com que, muitas vezes, os gestores perdessem as condições de planejar a construção de políticas locais de saúde, já que estavam ocupados, cumprindo as exigências e determinações ministeriais. Manteve-se, por muito tempo, a velha tradição de atuação centrada em programas e a lógica de definição centralizada de ações com alto grau de verticalidade, engessando os gestores locais e inibindo a capacidade de produção de novas formas de gestão e de inovações na atenção a partir do município. Essa tradição, junto com o excessivo processo normativo, fez com que se construíssem muito mais processos de desconcentração, no qual se delegam competências e responsabilidades executivas sem a respectiva transferência de poder, do que efetivos processos de descentralização numa perspectiva democrática de divisão de poder (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Esse processo de descentralização dos serviços de saúde tem apresentado, por sua vez, contínua e simultaneamente, fortalezas e debilidades. As fortalezas e debilidades da descentralização presentes na experiência internacional aparecem todas no Brasil, marcadas pelas singularidades dos processos de descentralização política e do sistema de serviços de saúde. Algumas das fortalezas apontadas para a descentralização dos sistemas de serviços de saúde são: maior eficiência alocativa pela influência dos usuários locais; inovação, aumento do universo de experiências gerenciais e adaptação às condições locais; maior qualidade, transparência, responsabilidade e legitimidade derivadas da participação da população no processo de tomada de decisão; distribuição mais racional de funções pelos distintos níveis de governo e melhoria das atividades intersetoriais (ARAÚJO JR., 1994; MENDES, 2001).

Em concordância com o descrito acima, um documento publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), em 1994 (porém bastante atual ainda) categoriza as vantagens mais enfatizadas em relação à descentralização como sendo:

- a) de natureza econômica: maior conhecimento dos problemas, limitações, recursos e potencial econômicos da comunidade; maior possibilidade de uso desses recursos de uma forma social, ambiental e eticamente adequada;
- b) de natureza social: percepção dos problemas sociais em toda a sua pluralidade, complexidade e heterogeneidade, assim como aumento da sensibilidade para elegê-los como prioridade governamental; possibilidade de adequação das políticas e serviços públicos às especificidades e, mais precisamente, aos padrões culturais e ao estilo de vida local;
- c) de natureza tecnológica: adequação das soluções tecnológicas às peculiaridades locais; possibilidade de adoção de soluções diferentes para situações também diferentes;
- d) de natureza psicológica: estímulo à criatividade e à inovação; maior identificação dos usuários com o serviço ou o equipamento público (sen-

timento de co-propriedade e co-responsabilidade); e) de natureza administrativa: possibilidade de coordenação e racionalização da atuação intergovernamental, interinstitucional e intersetorial, a partir do eixo central dos interesses e necessidades locais; agilização da tomada de decisões e das ações; e f) de natureza política: descentralização, pluralidade e partilha do poder; facilidade de compreensão e negociação de conflitos de interesses; facilidade de obtenção da cooperação e de atuação conjunta com a sociedade; aumento da representatividade e legitimidade das instituições e agentes políticos, bem como do seu enraizamento social; estímulo à formação de consciência, bem como à mobilização e à luta pela universalização dos direitos da cidadania (IPEA, 1994, p. 15).

Tal processo de descentralização das políticas governamentais de saúde tem produzido avanços significativos. Dentre os quais, podem ser evidenciados: o aumento progressivo de transferências financeiras intergovernamentais em bloco (fundo-a-fundo); a ampliação da oferta e cobertura de serviços nos municípios; o incremento do processo de negociação e pactuação intergestores; e uma maior transparência e democratização na gestão pública do sistema de serviços de saúde. No entanto, se por um lado fica claro que a descentralização levou a avanços indiscutíveis, ela também enfrenta, por outro lado, dificuldades frente à sua consolidação, como as indefinições quanto a responsabilidades, atribuições e prerrogativas para a direção única do sistema de saúde por esfera de governo; a dificuldade de coordenação nacional de alguns programas e campanhas; a alocação financeira insuficiente para o investimento e o custeio dos serviços e ações de saúde; o incremento dos custos de transação; a ênfase no subsídio financeiro centrado na oferta e produção de serviços; a burocratização dos fluxos regulatórios do sistema de saúde, decorrente da produção constante e excessiva de normas institucionais para a regulamentação programática; a ineficiência por perda de escala e de escopo; o aumento das desigualdades e a persistência da indefinição sobre uma política de pessoal compatível com as necessidades das novas políticas de saúde (ARAÚJO JR., 1994; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004; MENDES, 2001).

Em suma, a diretriz constitucional de descentralização política e administrativa da saúde, com direção única em cada esfera de governo, tem gerado ao longo dos últimos anos uma série de iniciativas orientadas para a cooperação e a integração entre políticas governamentais de saúde. Porém, quando consideradas as fortalezas e as debilidades características deste processo de descentralização, evidencia-se um saldo positivo consubstanciado pela constituição permanente de arranjos decisórios, pactuações e iniciativas de cooperação intergovernamentais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

No entanto, é preciso evitar o crescimento das desigualdades entre as regiões. Algumas experiências recentes descentralizadoras não foram acompanhadas pela criação de

políticas redistributivas para as localidades mais pobres ou carentes de infra-estrutura, o que contribuiu para acentuar as diferenças socioeconômicas.

Nesses casos, a descentralização torna-se, na precisa definição de Remy Prud'Homme (1995), “a mãe da segregação”, uma vez que as disparidades entre as partes prejudicam o desenvolvimento de muitas delas e, ao fim e ao cabo, do próprio conjunto, pois o desempenho econômico global piora, o conflito distributivo aumenta e, no extremo, a luta política assume proporções preocupantes, tendo em vista a ordem nacional (ABRUCIO, 2006, p. 86-87).

Fica então patente que o acirramento dos conflitos entre os níveis de governo é outra questão que pode prejudicar a descentralização. O fato é que a fragilidade dos instrumentos de cooperação e coordenação entre as esferas de poder constitui um grande obstáculo ao sucesso da descentralização (ABRUCIO, 2006).

Aproveitamos esse momento para fazer uma crítica ao modelo municipalizado atomizado, o qual corresponde a uma gestão que, embora descentralizada para os municípios, ressoa-se da falta de coordenação por parte dos estados, que não cumprem seu papel de garantir a regionalização e a organização de um sistema de referência capaz de promover consistência à administração do SUS. Por falta de articulação do sistema, as ações dos municípios tornam-se dispersas, isoladas e deficientes (HEIMANN, 2000). Esse municipalismo atomizado (ou autárquico) incentiva, em primeiro lugar, a “prefeiturização”, num panorama em que cada prefeito defende seu município como uma unidade legítima e separada das demais, o que é uma miopia em relação aos problemas comuns em termos micro e macrorregionais. Ademais, há poucos incentivos para que os municípios consorciem-se, dado que não existe nenhuma figura jurídica de direito público que dê segurança política para os governos locais que buscam criar mecanismos de cooperação (ABRUCIO, 2005).

A situação que está dada, via de regra, é essa: o Ministério da Saúde e algumas secretarias de estado elaboram seus planos e definem objetivos e metas; no entanto, a não ser por mecanismos de indução indireta, o principal sendo o estímulo financeiro, não há como obrigar os municípios a aderir a esses desígnios. Isso tende a produzir um sistema com importante grau de heterogeneidade entre as redes locais e regionais. O empenho diferente de cada município em implantar o SUS, a adesão ou não a programas e ações considerados prioritários e essenciais, a diferença de ritmo no atendimento a necessidades de saúde da população, tudo isso tem comprometido a legitimidade da política de saúde brasileira nos últimos anos (WAGNER, 2006).

Ora é algum município que não executa os procedimentos esperados ou não adota medidas de reorganização da atenção necessárias ao cumprimento do objetivo, ora é o governo federal ou estadual que não suporta, financeira e tecnicamente, as

iniciativas locais. A mesma dificuldade de atuação coordenada e harmônica verifica-se em ações de promoção e prevenção, tendo em vista o avanço no processo de descentralização da vigilância epidemiológica e sanitária. Esse fenômeno tem somado novas iniquidades às antigas, decorrentes da irregular distribuição de recursos entre as regiões brasileiras. A implantação do SUS não é um trabalho simples, depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso dessa política depende não só de políticas adequadas dos governos federal e estaduais, mas também da iniciativa arrojada dos poderes locais. Como o contexto político e sanitário é muito heterogêneo, sendo também distintas a capacidade de pressão da população, a cultura sanitária acumulada e a vontade política dos governantes, tornaram-se bastante desiguais a reorganização do sistema e a garantia de acesso e de atenção, com qualidade, entre as várias cidades e regiões de todo o Brasil (WAGNER, 2006, p. 428).

Assim, em algumas regiões onde os recursos são mais escassos e as demandas são mais agudas, o sistema dá sinais evidentes de falência; em outras regiões, com maiores recursos, os municípios demonstram capacidade de gestão praticamente autônoma de seus sistemas de saúde (ARRETCHE, 1997).

Nessa via de debate, é interessante chamarmos a atenção também para um outro fato: o de que a descentralização não significa apenas um movimento na direção centro-periferia, mas que o poder local realmente reconheça o seu papel e poder de intervir, assumindo autonomamente a sua função perante a sociedade. Nesse sentido, é importante referir a questão do financiamento. Por mais que se automatize o repasse dos recursos federais para os municípios, eliminando-se os atuais pré-requisitos e condicionamentos, o crescimento real dos gastos com saúde e o aumento da resolutividade só pode contar com a vontade política dos próprios municípios. Todavia, o processo é difícil e longo na medida em que supõe a mudança das culturas institucionais - ainda arraigadas ao autoritarismo, ao patrimonialismo, ao clientelismo e ao fisiologismo -, que resistem ao processo de descentralização e a se subordinarem ao controle social e dificultam a transparência gestora (RODRIGUEZ NETO, 2003).

À luz dos princípios e também das contradições expostas ao longo desse texto, a descentralização deverá servir de base a um federalismo cooperativo e democrático, baseado na articulação e na colaboração entre as diferentes esferas de governo. Nesse sentido, ela tem que ser protegida contra a descontinuidade político-administrativa – autêntico flagelo da Administração Pública brasileira – buscando avanços nos seguintes sentidos: maior justiça e equidade na participação dos diferentes grupos sociais, regiões, estados e municípios; democratização das informações sobre os direitos e deveres de cidadania e sobre os instrumentos para concretizá-los na prática; e incremento da participação dos cidadãos nas decisões e ações governamentais (IPEA, 1994).

Outro pressuposto explicitado no decorrer dessa secção é que não se pode resumir a descentralização à mera desconcentração e, muito menos, servir de pretexto para a criação de qualquer tipo de subordinação hierárquica entre as diferentes instâncias de governo ou para a restrição da autonomia político-administrativa e financeira que lhes foi assegurada pela Constituição. Nessa via de debate, descentralização envolve, necessariamente, a redefinição de centros de poder, assegurando-lhes a pluralidade. Assim, ela se caracteriza como fenômeno predominantemente político (IPEA, 1994).

Além disso, destaque-se que o formalismo e a baixa autonomia administrativa das organizações públicas têm contribuído para a estagnação da administração pública que não incorpora novas formas de gestão; é voltada para controle de procedimentos e não de resultados; e inibe o julgamento dos usuários sobre a qualidade dos bens e serviços públicos. Isso se combina em muitos ambientes, de maneira perversa, com as condutas oportunistas dos dirigentes públicos, dada a ausência de mecanismos de responsabilização sobre suas decisões e escolhas. A agenda orientada para a qualidade e responsabilidade na gestão pública, no contexto da descentralização, terá como desafio responder por um novo desenho institucional baseado na contratualização e na autonomia de gestão no plano organizacional (COSTA, 2001b).

O que se tem que ter muito cuidado é para que a pactuação no SUS e seus desdobramentos pragmáticos nas três esferas de governo – com o estabelecimento claro das responsabilidades de cada ente – não sejam promovidos desprovidos de uma racionalidade sistêmica necessária ao ganho de escalas e à resposta mais efetiva da saúde, e por conseqüência também da Visa, perante a sociedade. Desse modo, ressalta-se a importância de um processo de descentralização em Visa respaldado por uma definição clara das responsabilidades, porém atrelado à real capacidade de cada esfera governamental responder às demandas nesse campo.

A otimização na utilização dos recursos e a criação de mecanismos de escala que possibilitem melhorar a eficiência econômica das ações de saúde é um desafio permanente do SUS e, por isso, deve também ser um objetivo a ser percorrido nesse processo de consolidação do SNVS.

A nova agenda da descentralização que se vislumbra, aperfeiçoando a regionalização, traz mudanças que são necessárias e essenciais, uma vez que se propõem a otimizar a utilização dos recursos de abrangência regional, criar mecanismos de escala que ampliem a eficiência econômica, e promover equidade locorregional, porém, é fundamental que seja preservada a autonomia política e administrativa própria do pacto federativo brasileiro. A

não-preservação dessa autonomia poderá interromper o processo de democratização das decisões e o aperfeiçoamento da gestão do sistema de saúde, que, apesar dos percalços, encontram-se em curso (SILVA, 2001).

Nessa perspectiva, não só os municípios, mas também os espaços microrregionais, devem ser entendidos como espaços privilegiados de gestão na construção do SUS, no qual se devem produzir condições para a construção de novas organizações que contribuam não só para a ampliação e qualificação da atenção, como também para a produção de sujeitos, cidadãos com potencial de pensar e agir com algum grau de autonomia (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Por fim, podemos concluir que o movimento de descentralização pode desempenhar um papel importante e positivo na construção de um país regionalmente (e socialmente) menos desigual, desde que não seja a descentralização atomizada que leva lenha à fogueira da fragmentação. Defende-se, portanto, a descentralização coordenada, mais complexa e difícil de construir, mas capaz de soldar diretrizes gerais e integradoras – de corte nacional – com escolhas locais capazes de dar conta das múltiplas e distintas potencialidades regionais desse imenso território, valorizando assim a enorme diversidade brasileira. Por outro lado, é lamentável perceber que o recente movimento de descentralização no Brasil foi muito marcado pela transferência de responsabilidades e encargos do governo central para os municípios. Nessas circunstâncias, a descentralização não se enquadra propriamente como um projeto concertado entre todas as partes, pois a transferência de responsabilidades, em geral, não foi sustentada por uma preparação adequada e pelo fortalecimento dos municípios e dos agentes locais. Mas, a despeito disso tudo, atualmente no Brasil a demanda não é pelo retorno ao centralismo, mas pelo avanço do processo de descentralização (ARAÚJO, 2006).

Em suma, descentralização não é um fim em si mesmo, nem algo bom por si só. Tem que se lidar com esses argumentos para realmente entender um processo de descentralização em sua amplitude, suas perspectivas e relações, dentro de um contexto político mais amplo que o contexto setorial em questão, entendendo-a como um processo de aprendizagem para todas as partes envolvidas, tanto na esfera governamental, quanto para a sociedade.

Até o momento, abordamos de uma maneira panorâmica os principais aspectos relativos aos recentes processos de descentralização vivenciados na esfera pública - *latu sensu* - e mais especificamente, no setor saúde do Brasil. O intuito dessa secção foi o de subsidiar, teórico-conceitualmente, a nossa discussão acerca do objeto de estudo dessa Dissertação, principalmente em relação aos capítulos 3, 5 e 6.

A seguir, como já informado no início desse capítulo, trataremos dos aspectos teórico-

conceituais mais relevantes da Vigilância Sanitária no Brasil, abarcando seu panorama doutrinário-legal e histórico, assim como a importância desse campo de saberes e práticas, os avanços conquistados e os desafios que estão postos frente a este setor da esfera pública atualmente.

2.2 A Vigilância Sanitária no contexto da Saúde Coletiva

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se numa das frentes de luta pela democratização e conquista de direitos sociais. Como abordamos anteriormente, as duas últimas décadas possibilitaram conquistas, porém, o exercício pleno do direito à saúde ainda não é um direito real da maioria da população brasileira, o que requer transformações profundas tanto nas condições de saúde das pessoas quanto na gestão do setor saúde (COSTA; BONFIM, 2001).

Costa e Bonfim (2001, p. 4) alertam que:

No tocante à vigilância sanitária, a conjuntura é favorável a mudanças. De um lado, no movimento de construção do SUS, surgem novos atores com capacidade de proposição e de pressão por políticas setoriais mais consentâneas com as necessidades em saúde, além do que os questionamentos sobre a ineficácia do modelo de atenção hegemônico apontam para a busca de novas formas de pensar e atuar em saúde, favorecendo a construção de modelos alternativos que privilegiam a intervenção sobre os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença, em vez da atuação focalizada na doença. De outro lado, o padrão atual de organização da produção, distribuição e consumo de tecnologias, bens e serviços numa economia globalizada tem colocado em cheque as funções, o aparato estatal e o sistema de fiscalização até então voltado para a produção interna e vem apresentando novos desafios para os sistemas de saúde dos diversos países. A reorganização dos mercados, o crescente intercâmbio entre as diversas regiões do planeta e a velocidade da propagação de riscos apontam claramente para novas demandas quanto à redefinição de conceitos, à incorporação de novos objetos de atenção e de concepções de controle às ações de Visa, requerendo competência técnica, gerencial e operativa.

É nesse contexto, caracterizado pelo surgimento de uma nova organização no setor saúde, que a vigilância sanitária se modifica, evoluindo para uma visão da vigilância como ação da cidadania, e sua fundamentação na epidemiologia e no enfoque de risco. Isso representa uma mudança de fundamental importância para a definição e organização da vigilância sanitária. No Brasil, até 1988, o Ministério da Saúde definia a vigilância sanitária como um conjunto de medidas que visavam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e

fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens, respeitadas a legislação pertinente, bem como o exercício profissional relacionado com a saúde (COSTA, 2000 *apud* SILVEIRA, 2006).

Refletindo a nova visão, a Lei nº. 8.080/1990 define, em seu artigo 6º, a vigilância sanitária como:

[...] um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir risco à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo. II - O controle da prestação de serviços que se relacionam diretamente ou indiretamente com a saúde (BRASIL, 1990, p. 2).

Nesse sentido, Costa (2004a, p. 50) enfatiza que:

A Constituição da República em 1988 confirmou a expressão Vigilância Sanitária, como uma das ações de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), pois esta denominação já estava incorporada ao jargão da Saúde Pública. A nova legislação sanitária destaca as ações de vigilância sanitária, que integram, em grande parte, o conteúdo do atual conceito jurídico de saúde. Nesse sentido a nova legislação contribui conceitual e doutrinariamente, introduzindo conceito abrangente de saúde - referida como resultado de política pública de governo e reconhecida como direito fundamental do ser humano, não havendo dúvidas sobre a posição que desfruta o conjunto de ações no campo da vigilância sanitária como componente do conceito atual de saúde.

Dessa forma, a vigilância sanitária passa então a ampliar o seu campo de atuação, pois, ao ganhar a condição de prática capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, torna-se uma prática com poder de interferir em toda a reprodução das condições econômicas, sociais e de vida, isto é, em todos os fatores determinantes do processo saúde-doença (EDUARDO, 1998).

Adentrando mais especificamente na seara histórica, podemos analisar a vigilância sanitária como a primeira atividade do campo da saúde assumida institucionalmente pelo Estado Brasileiro, materializada no controle de embarcações e dos portos, no início do século XIX. Tal pioneirismo não se manteve em nossa história acumulando-se uma dívida imensa nesse campo, cada vez maior com o crescimento e a complexificação da economia. A atividade de vigilância sanitária, ao longo desse período, diversificou-se e ganhou desenhos institucionais também variados, com ciclos de centralização e descentralização de ações,

isolada do restante das atividades públicas de saúde que se estruturavam, fortemente marcadas pelo papel de polícia (EDUARDO, 1998).

Em nossa organização federativa atual, um conjunto limitado de ações de vigilância sanitária é reservado à esfera federal, incluindo o registro de produtos, a autorização das empresas fabricantes, importadoras e distribuidoras, a certificação das mesmas quanto ao cumprimento de boas práticas e o controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras. Excetuadas estas, todas as atividades têm como seu primeiro responsável o município, seguindo-se o estado e só então a União.

Na verdade, a vigilância sanitária, desde a sua conformação como espaço institucional na década de 1970, embora legalmente tivesse como propósito contribuir para a proteção à saúde da população, salientou-se muito mais com espaço burocrático que responde aos interesses do setor produtivo do que em relação à finalidade para a qual foi instituída. Persistiram, então, práticas tradicionais e profundas resistências de profissionais dos serviços de Visa para romper com as concepções burocráticas e autoritárias e assumir uma proposta voltada para a proteção e a defesa da saúde (SOUTO, 2004).

Nessa direção, Costa (2004a, p. 53) argumenta que:

Só mais recentemente vem se fortalecendo um movimento voltado para a reflexão acerca da área de atuação da vigilância sanitária e suas interconexões [...]. Um dos aspectos mais relevantes desse movimento é o que diz respeito a essa ruptura da concepção tradicional de vigilância sanitária, emergindo um novo paradigma no qual a vigilância sanitária começa a ser assimilada como ação de proteção e promoção da saúde, percebendo-se seu papel interventor nos processos de construção do acesso aos bens essenciais de interesse da saúde. [...] No entanto, o conceito de vigilância sanitária, suas funções, saberes, práticas e instrumentos de ação ainda não são bem compreendidos no próprio âmbito da saúde, sendo freqüente confundir-se a função da vigilância sanitária com o modelo institucional que predominou ao longo do tempo no Brasil, [...] quase sempre restringido à ação fiscalizadora do cumprimento de normas que grande parte dos profissionais e gestores de saúde desconhece em seus fundamentos técnico-científicos, jurídico-políticos e sanitários.

Sendo uma atividade típica de Estado, os controles burocráticos que caracterizam a administração pública brasileira e o excessivo grau de formalismo (existência de muitas leis, regras e normas não cumpridas) são componentes que, embora não privativos da Vigilância Sanitária, nela assumem grande vulto. Por outro lado, as ações de proteção e de promoção que caracterizam a Visa implicam em atuação dentro e fora do setor saúde, em um contexto de competências compartilhadas entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – e entre diferentes órgãos de uma mesma esfera de governo (DE SETA; SILVA, 2001).

Retornando ao entendimento das bases legais da Visa, podemos afirmar que a Constituição Federal, ao abrir uma nova página na luta do povo brasileiro pela afirmação de

sua cidadania – proclamando a saúde um direito de todos –, destacou a importância das ações de proteção da saúde do âmbito da vigilância sanitária e a necessidade de proteção do consumidor. Se analisarmos mais profundamente, as ações de vigilância sanitária ocuparam quase todas as atribuições do SUS definidas no art. 200 da Constituição: o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, e a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, e as de saúde do trabalhador; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; a fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, e também das bebidas e águas para consumo humano; a participação no controle e na fiscalização da produção, do transporte, da guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; assim como a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (COSTA, 2001a).

Em suma, o trabalho da Vigilância Sanitária, como toda atuação do Poder Público, está fundamentado nos princípios constitucionais que regem a ação do Estado, haja vista a própria legislação do SUS, embasada na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). Ou seja, tanto na Lei Orgânica da Saúde como na Constituição Federal, as atividades destinadas à proteção da saúde são bastante enfatizadas, aparecendo tanto subsumidas na expressão *vigilância sanitária* quanto expressas nas ações de controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde (DALLARI, 2005).

Após toda essa explanação introdutória acerca do marco normativo-legal mais geral do campo da Visa, podemos resumir então que a reorganização dos serviços de vigilância sanitária, área estratégica na vida do país – visto que lida com o setor produtivo, altamente impactante na saúde da população, envolvendo algo em torno de 20% a 25% do PIB (COSTA, 2001a; DE SETA; SILVA, 2001; VECINA NETO, 1998) – começou a tomar corpo com o processo de efetivação do SUS, porém é reconhecido que a mesma vem ocupando um espaço maior na agenda política da saúde a partir da constituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária², com a instituição da Lei n.º. 9.782/99 (BRASIL, 1999a), a qual dispôs

² Integrante do Sistema Único de Saúde, este Sistema é responsabilidade das três esferas de governo: municípios, estados e ente federal e está sendo construído, visto que a sua consolidação é uma tarefa nacional e não restrita apenas ao setor saúde. Há que se reafirmar, todo o tempo, a inserção da Vigilância Sanitária no campo da Saúde Pública, pautando-se, portanto, pelos princípios e diretrizes do SUS. Entretanto, ao mesmo tempo, deve-se

sobre a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a definição das responsabilidades gerais para as três esferas de governo, assim como a instituição de repasses financeiros para estados e municípios, por meio de pactuação com os respectivos gestores. Tal reformulação adveio, sobretudo, por conta da busca por maior modernidade administrativa, agilidade e autonomia – tanto administrativa, quanto financeira – assim como a geração de renda própria.

Segundo Dallari (2005), a instituição do SNVS foi uma decorrência da obrigação de o Estado executar ações e prestar serviços destinados a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, dando, portanto, conseqüência lógica aos mandamentos constitucionais e legais que organizam o sistema de saúde no Brasil. De fato, a organização sistêmica se adequa à forma federativa do Estado brasileiro e, melhor ainda, ao federalismo de colaboração, no qual elaborar a legislação de proteção e defesa da saúde é competência concorrente da União e dos estados [C.F. art. 24, XII e §§ 1º e 2º] e complementar dos municípios [C.F. art. 24, XII e §§ 1º e 2º c/c art. 30, II]. Além disso, havia a exigência constitucional de se construir um Sistema Único de Saúde que organizasse as ações e os serviços públicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde – incluindo aqueles destinados especificamente a eliminar ou diminuir os riscos ou proteger a saúde – em uma rede regionalizada e hierarquizada, adotando como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade [C.F. art. 198].

Nessa perspectiva, Costa (2004a, p. 58) coloca que:

Um sistema³ nacional para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária se coaduna ainda com o princípio da integralidade das ações de saúde, abarcando o escopo da vigilância sanitária, o que exige o controle de riscos em todas as fases do ciclo produtivo de um bem ou de um serviço de saúde, com ações articuladas no Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo. Em face da natureza dos objetos de cuidado, a organização do sistema de vigilância sanitária requer uma racionalidade que significa atribuições distintas e intercomplementares entre cada nível de gestão, sob a coordenação do gestor federal – a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

procurar refletir, a partir de suas interfaces com o sistema de produção, a necessidade da Visa ser vista também como um Sistema com características próprias. Nesse subsistema do SUS, encontram-se, trabalhando em uma ampla rede cooperativa, Anvisa, Coordenações Estaduais e Municipais de Visa, Ministério da Saúde, Funasa, Laboratórios de Saúde Pública (Lacen), Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS/Fiocruz) e os Conselhos de Saúde das três esferas (em relação às ações de Visa), além da interação com outros setores e órgãos, como a Agricultura, o Meio Ambiente, o INMETRO, o Ministério Público, as Associações e Institutos de Defesa do Consumidor e os Organismos de Acreditação Hospitalar, dentre outros.

³ Em sua acepção mais simples e geral, a idéia de sistema refere-se a qualquer conjunto de instituições ou processos caracterizados por um certo grau de interdependência. Nele, há pelo menos dois componentes básicos: as unidades singulares que o compõem e as relações que essas unidades estabelecem em sua convivência. Assim, para ser observado adequadamente, um sistema precisa ser considerado sob esse duplo e indivisível aspecto: como uma constelação de unidades ou membros, e como uma rede de relações mais ou menos complexas que caracteriza sua convivência (SISTEMA POLÍTICO, 2000).

A Anvisa, por sua vez, surgiu num momento de reforma do aparelho de Estado e também de profunda crise no âmbito da saúde. A explosão de diversos problemas sanitários que passaram a estampar os jornais daquela época (dentre eles, as pílulas de farinha e o caso da hemodiálise em Caruaru) aumentou a pressão por uma instituição moderna, tecnicamente equipada, com visibilidade e incremento do seu poder de ação para ser capaz de dar respostas, no âmbito de sua atuação, aos problemas e necessidades latentes. Tudo isso vem contribuindo para romper o isolamento desse campo e dar a conhecer sua importância como ação de saúde, impulsionando esforços para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, refletido numa organização de serviços e ações em prol de uma atuação concertada entre os distintos níveis político-administrativos (COSTA; BONFIM, 2001).

Na moldura de autarquia especial, a Anvisa passou a contar com recursos do orçamento da União e receitas próprias bastante revigoradas – quando comparadas às da estrutura anterior – advindas das chamadas taxas de fiscalização. Desse modo, foram criadas novas bases para atuação institucional mais efetiva (COSTA, 2001a).

Reflexo disso é o fato da dotação orçamentária do órgão federal de Vigilância Sanitária (Secretaria Nacional de Vigilância sanitária até 1998 e Anvisa, a partir de 1999) ter sofrido um incremento de mais de 30 vezes (ou 3000%) entre 1995 e 2007 (de R\$ 13.187.000,00 para 414.400.000,00), como nos mostra a tabela abaixo:

Tabela 1 - Dotação e execução orçamentária do órgão federal de Visa [1995-2007].

ANO	AUTORIZADA	EXECUTADA	% DE EXECUÇÃO	MÉDIA DO % DE EXECUÇÃO	
1995	R\$ 13.187.000,00	R\$ 2.961.000,00	22,45%	24,29%	PRÉ-ANVISA
1996	R\$ 45.687.000,00	R\$ 4.433.000,00	9,70%		
1997	R\$ 55.539.000,00	R\$ 19.201.000,00	34,57%		
1998	R\$ 78.400.000,00	R\$ 23.851.000,00	30,42%		
1999	R\$ 140.815.000,00	R\$ 130.533.000,00	92,70%	94,64%	PÓS-ANVISA
2000	R\$ 161.400.000,00	R\$ 141.800.000,00	87,86%		
2001	R\$ 177.623.700,00	R\$ 172.026.365,14	96,85%		
2002	R\$ 210.194.780,00	R\$ 195.882.790,00	93,19%		
2003	R\$ 209.898.271,00	R\$ 207.972.717,11	99,08%		
2004	R\$ 281.167.289,00	R\$ 268.780.663,26	95,59%		
2005	R\$ 347.676.781,00	R\$ 328.541.603,64	94,50%		
2006	R\$ 361.133.514,00	R\$ 351.714.799,28	97,39%		
2007	R\$ 414.400.000,00				

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006d); Lucchese (2001b).

Para Lucchese (2001b), a criação da Anvisa modificou profundamente o componente federal e a forma existente do controle sanitário do país, por meio da descentralização de suas

ações aos estados e municípios. No que se refere aos integrantes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, vale salientar a heterogeneidade das vigilâncias estaduais e municipais. Esse autor, ao analisar a organização das vigilâncias estaduais, em 2000, constatou que existia significativa diferença de recursos institucionais disponibilizados para os estados, carência de profissionais, insuficiência de capacitação, ausência de carreira de fiscal, problemas de transporte, ausência de um sistema de informação, recursos precários de informática e ausência de assessoria jurídica própria. Apesar disso, para os gestores estaduais, a criação da Anvisa criou expectativa de melhoria:

A criação da Agência foi vista como esperança de estruturação de um SNVS, em particular, pelos recursos que tem repassado aos estados e pela busca tanto de entendimento com as instâncias estaduais quanto de estratégias para estruturação dos órgãos estaduais de vigilância sanitária (LUCCHESI, 2001b, p. 141).

É importante ressaltar alguns pontos considerados positivos, associados à estruturação da Anvisa, como: uma maior importância para as ações direcionadas ao controle sanitário, antes marginalizado; a própria estruturação de um sistema nacional de vigilância sanitária: a institucionalização da Anvisa com um órgão de defesa da saúde, buscando ocupar um espaço diferenciado e legitimado pela população, como reguladora e promotora do bem-estar social; a definição de ações que buscam a estruturação, acompanhamento, avaliação e o apoio ao processo descentralizado de ações de vigilância sanitária; um movimento na formulação, revisão e consolidação da legislação sanitária; a construção de canais de relacionamento com a sociedade (implantação da ouvidoria, câmaras técnicas e setoriais); e a busca de qualificação do processo decisório. Soma-se a essas ações a elaboração das diretrizes de desenvolvimento de recursos humanos (SILVEIRA, 2006).

De Seta e Silva (2001), ainda em relação a essa questão, colocam que apesar da polêmica que cercou – e ainda cerca – a constituição da Anvisa, são inegáveis os avanços, principalmente se comparados à estrutura anterior, em que eram mínimas as possibilidades de controle gerencial dos escassos recursos (vemos hoje um percentual de execução orçamentária quatro vezes maior que na era pré-Anvisa, como mostra a tabela acima apresentada) e freqüentes as injunções políticas que levavam à descontinuidade político-administrativa e à rotatividade nos cargos.

No entanto, este conjunto de iniciativas não foi ainda suficiente para superar um cenário permeado por problemas de diversas ordens e que impactam negativamente na resolubilidade das ações de vigilância sanitária, quais sejam: baixo grau de coesão entre as esferas de governo, ações de Visa fragmentadas, mecanismos de financiamento existentes que

não resolvem as iniquidades no setor, reduzida autonomia dos órgãos estaduais e municipais, ingerências políticas, constantes mudanças no processo de trabalho e nas concepções de controle sanitário, ausência de planejamento das ações de Visa, na maioria dos serviços municipais e estaduais, com a execução de atividades voltadas prioritariamente para o atendimento à demanda espontânea e às denúncias, refletindo-se em planejamento e programação de ações pouco sistemáticos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001).

De tudo isso, deduz-se que o ordenamento jurídico do Estado brasileiro não deixa dúvidas quanto ao caráter sistêmico que deve ser dado à organização estatal para responder às necessidades de saúde no país, configurando-se num federalismo cooperativo, ordenado pela Constituição Federal e que inscreve o direito à saúde como competência comum para a União, estados e municípios⁴. Assim a organização sistêmica mostra-se a mais adequada para o cumprimento da Constituição Federal (DALLARI, 2000). O enfoque sistêmico nos permite analisar o Sistema de Vigilância Sanitária como parte de um sistema mais amplo que é o Sistema Único de Saúde, configurado nos três níveis jurídico-político-administrativos do Estado: o nacional, o estadual e o municipal (SOUZA, 2002a).

Como nenhum direcionamento político consegue se manter sustentavelmente de maneira isolada e fechado em si, a consolidação da Vigilância Sanitária como subsistema integrado ao Sistema Único de Saúde pressupõe, inicialmente, o fortalecimento dos entes federados que o integram. Para que as ações de vigilância sanitária resultem em maior impacto na proteção da saúde da população, as responsabilidades entre os gestores do SUS devem ser efetivamente assumidas.

Ademais, no caso da Vigilância Sanitária, além da complexidade que cerca a gestão em saúde, existe uma dificuldade adicional que a cerca, que é a baixa demanda social por ações de promoção e prevenção (DE SETA; SILVA, 2001). Assim sendo, as estratégias adotadas pela Vigilância Sanitária devem ser fruto de todo um processo de planejamento e programação que expressem as necessidades das ações institucionais organizadas, cada uma em seu nível de competência, coerente em relação aos compromissos pactuados e às responsabilidades compartilhadas entre si. Nesse sentido, deve-se priorizar o fortalecimento entre os demais serviços internos às Secretarias de Saúde que possuam interface com a Vigilância Sanitária (IBAÑEZ, 2002).

Dessa forma, ratificando alguns pressupostos já mencionados nesse texto, a noção de sistema de vigilância sanitária implica a articulação e integração de componentes de um todo;

⁴ Constituição Federal, art. 23 (BRASIL, 1988).

coaduna-se com a natureza das questões de vigilância que envolvem problemas relacionados à produção, circulação e ao consumo de bens e serviços, meio ambiente e ambiente do trabalho, e também com o mandamento constitucional de criação de um Sistema Único de Saúde organizado numa rede pública, regionalizada e hierarquizada, de serviços e ações destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo por diretrizes a descentralização, a integralidade e a participação social. A Visa, nesse panorama, deve observar a necessidade de transformações no âmbito institucional e de suas práticas, para que possa ser incorporada orgânica e efetivamente ao Sistema de Saúde, dentro de um modelo de integralidade da atenção, respeitando os princípios e diretrizes do SUS (COSTA, 2001a; SOUZA, 2002a).

Nessa via de debate, Costa (2001a, p. 63) argumenta que:

Dois grandes desafios estão colocados frente à reestruturação da Visa: o primeiro seria a necessidade de se organizar um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária coerente com os princípios do SUS e capaz de instrumentalizar-se, adequadamente, para dar respostas efetivas aos velhos e aos novos problemas que se apresentam na situação sanitária do país; e o segundo, inserir a promoção, a proteção e a defesa da saúde coletiva no centro de suas práticas.

Mesmo depois de alguns anos já de um fortalecimento maior das questões referentes à descentralização em Visa, pós-criação da Anvisa, ainda se pode dizer que esse é um processo que está dando os seus primeiros passos no Brasil. Visivelmente, trata-se de uma ação que ocorre com atraso em relação à descentralização do subsistema público de saúde, em geral e se vê permeada por dificuldades que são decorrentes tanto das indefinições político-doutrinárias sobre o que vem a ser um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, quanto das constatações da insuficiência das suas práticas, assentadas até então no poder de polícia, para alteração do quadro sanitário do país (SOUZA, 2002a).

Quanto a essa temática, De Seta e Silva (2001, p. 75) referem que:

Os órgãos estaduais e distrital de Vigilância Sanitária organizam-se de forma diferenciada, compreendendo desde estruturas com maior autonomia administrativa e financeira até a extrema dependência administrativa do nível central da Secretaria Estadual. A maior parte destes órgãos integra a administração direta. Têm eles reduzida autonomia para gerir os recursos orçamentário-financeiros e, geralmente, ocorre baixa articulação com as demais áreas da estrutura das Secretarias Estaduais. Muitos Estados não dispõem de regionais de saúde ou instâncias similares, cabendo diretamente ao órgão central de Visa do estado a execução das ações que lhes são próprias, bem como as que não são desenvolvidas pelos municípios. Já os órgãos municipais de vigilância sanitária encontram-se em situação de estruturação ainda mais heterogênea que a dos estados. Isto é reflexo da heterogeneidade de nossos mais de cinco mil municípios: há municípios grandes e médios com estruturas de Vigilância Sanitária; todavia, a maior parte dos pequenos municípios tem dificuldade de implementar ações de Visa. Sua reduzida capacidade de arrecadação resulta em dependência dos repasses financeiros federais para o funcionamento dos seus sistemas locais de saúde, resultando em dificuldades para dispor e fixar recursos humanos em seu território.

Contudo, a descentralização, no campo da Vigilância Sanitária, mais do que um mandamento legal a ser operacionalizado, é uma diretriz que precisa ser qualificada, sob o risco de perder-se nos rearranjos institucionais que estão postos nacionalmente. Compreende-se que a descentralização da Visa para o nível local do sistema de saúde é a possibilidade de aproximá-la dos problemas sentidos pela população, de torná-la institucionalmente permeável aos interesses sociais, de integrá-la às demais práticas de saúde e de romper, na prática, com o isolamento institucional a que foi relegada, especialmente, a partir de 1976, quando se instituiu o Decreto n.º. 79.056/76, que reorganizou administrativamente o Ministério da Saúde, criando a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde com incumbências relativas aos serviços de Vigilância Epidemiológica, estatísticas de saúde, laboratórios de saúde pública, programação e educação em saúde, ecologia humana e saúde ambiental (COSTA, 1999 *apud* SOUZA, 2002a).

Faz-se necessário, então, que se tenha uma compreensão da Vigilância Sanitária em sua natureza reguladora, interventora e possibilitadora de articulação de ações para a melhoria da qualidade de vida, afirmando que:

a) é necessária estreita e harmônica articulação entre as esferas de gestão do SUS; b) há que se estabelecer maior integração entre os diversos setores do poder público, que atuam no campo ou que têm interfaces com a Vigilância Sanitária; c) a área de Vigilância Sanitária requer maior aporte de recursos; d) as ações de vigilância sanitária devem constituir mecanismos propiciadores da equidade no acesso a condições de melhor qualidade de vida para todos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 72).

Também é importante promover uma discussão sobre o modelo de organização e funcionamento da Anvisa e das Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais, a fim de subsidiar a construção de propostas e modelos mais adequados às distintas realidades regionais (CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001).

Nessa via de discussão, Costa (2004a, p. 281) complementa que:

Em síntese, no Brasil, ações de vigilância sanitária sempre existiram, mas com pouca visibilidade para a população, e até mesmo para os profissionais e gestores de saúde que se acostumaram a perceber essa área identificando-a com atuação policial ou burocrático-cartorial. A falta de formulação e explicitação de políticas de vigilância sanitária nas políticas públicas, a pouca atenção governamental à área, entre outros determinantes relacionados ao baixo estágio de desenvolvimento científico e tecnológico do país, foram concorrendo para o aprofundamento do fosso que se estabeleceu entre a estrutura dos serviços de vigilância sanitária e as demandas por suas ações, seja em nível das necessidades em saúde ou do segmento produtivo.

Porém, tanto no passado, como ainda hoje, um dos grandes problemas da Vigilância Sanitária se refere ao fato de que as suas discussões e mesmo seus avanços não conseguem

sensibilizar massivamente nem os governantes, nem os gestores da saúde e nem os acadêmicos da saúde coletiva, confinando-se os debates acerca dos problemas e desafios dos serviços de vigilância sanitária ao seu próprio "gueto".

No entanto, apesar das deficiências estruturais e dos entraves postos frente à sua visibilidade dentro do espaço acadêmico e do debate da saúde, a vigilância sanitária configura-se numa área fascinante e muito importante para: i) a Saúde Coletiva, por buscar o controle dos riscos sanitários envolvidos na produção e consumo de produtos e serviços; ii) contribuir com a reversão do modelo antigo de atenção à saúde, pela possibilidade de regulamentar os serviços de saúde e monitorar e controlar os riscos sanitários; iii) para o desenvolvimento da cidadania no país; e iv) para o desenvolvimento econômico, uma vez que apresenta um largo potencial para implementar o valor da qualidade, não apenas nos produtos sob seu controle, mas também nas relações sociais que envolvem toda a cadeia de produção de produtos e serviços de interesse para a saúde (LUCCHESE, 2001b).

Nesse sentido, a vigilância sanitária, com sua forte contribuição à saúde, é um dos instrumentos que contribui para a efetivação dos direitos sociais da população e tem, portanto, um relevante papel social. Mas ela exerce também um papel econômico, pois, dada a natureza de suas atividades, ela interage fortemente - influencia e é influenciada - com o sistema produtivo. É como esse elemento da *práxis* da Saúde Coletiva que a Vigilância Sanitária revelará seu potencial de conceito inovador – mostrando-se como um campo de saberes multidisciplinares e práticas que integram a Saúde Pública, fazendo parte do processo civilizatório e adquirindo um significado cada vez maior com a complexidade da ordem econômica e social contemporânea; caso contrário, terá por referência a antiga e superada noção de poder de Estado mais omissa que ativo nas questões sanitárias, ou será apenas mais uma categoria discursiva para arbitrar as contradições das relações sociais produção-consumo (COSTA, 2004a; SILVEIRA, 2006).

No próximo capítulo, utilizando-se como subsídio as referências e debates expostos nesse capítulo, explorar-se-á detalhadamente o objeto desse estudo: a política da descentralização em vigilância sanitária estabelecida contemporaneamente no SUS e suas principais nuances, expondo ao leitor o atual panorama da Visa em relação ao seu processo de descentralização e financiamento, assim como as bases históricas, normativas e institucionais desse processo político.

3 O OBJETO DO ESTUDO: A DESCENTRALIZAÇÃO DA VISA, NO CENTRO DO DEBATE

“Um dos grandes desafios que está posto para o Brasil é construir uma política nacional que não seja sinônimo de política federal, apesar do papel fundamental do governo da União nesse campo, nem resultado de mero somatório de iniciativas locais, como pregam os “localistas”. Mas uma política capaz de articular múltiplas escalas de atuação, envolver agentes de todas as esferas da Federação brasileira e mobilizar entes governamentais e não-governamentais”.

Tânia Bacelar de Araújo

Como já dito, neste capítulo, trataremos mais especificamente do objeto desse estudo: o panorama da descentralização da Visa, com a abordagem de algumas informações essenciais para a sua compreensão – determinados aspectos críticos da organização do SNVS, os números da descentralização em Visa, seus importantes conceitos, sua base legal, seus parâmetros e objetivos, além de uma crítica à atual lógica de classificação das ações de vigilância sanitária. O capítulo está subdividido em três seções: Vigilância Sanitária: a descentralização e o financiamento em pauta – maior parte do capítulo, na qual se optou por fazer uma divisão didática em 03 subseções que tratarão basicamente dos aspectos citados acima; Tensões e reflexos do debate contemporâneo na agenda política setorial – seção em que abordamos a atualidade das discussões relacionadas à temática estudada, no campo da própria Visa e também no SUS, de uma maneira global; e A descentralização da vigilância sanitária no âmbito das políticas públicas – segmento final no qual justificamos a importância de se considerar a descentralização da Visa como uma política pública, embasando conceitualmente os nossos argumentos (fato que ratifica as nossas opções metodológicas, explicitadas mais à frente).

Como será possível perceber, não se trata de um capítulo destinado à mera revisão bibliográfica do objeto de estudo; iremos adiante, no sentido de problematizar e discutir os aspectos inerentes e importantes à temática pesquisada.

3.1 Vigilância Sanitária: a descentralização e o financiamento em pauta

As imensas dificuldades, em nosso país, para as ações de Vigilância Sanitária serem efetivas podem ser mais bem compreendidas se considerarmos o alto grau de complexidade do objeto de intervenção das mesmas, e a baixa capacidade de regulação e controle do poder público sobre esse objeto. Assim, é necessário aumentar a governabilidade do Estado sobre as complexas e múltiplas variáveis intervenientes e relações presentes nos processos de produção, circulação e consumo de bens e prestação de serviços que interferem nas condições de saúde das populações e no meio ambiente (SÁ; PEPE, 2000). Esse argumento, por si só, já justificaria a urgente necessidade de se implementar as ações e serviços de vigilância sanitária em todos os municípios brasileiros.

Portanto, deve-se garantir a possibilidade de se implementar mecanismos para que a Vigilância Sanitária, nas três esferas de governo, possa conhecer as realidades locais e definir prioridades de ação, privilegiando as questões que oferecem maior risco para a saúde da população e/ou aquelas que apresentam maior potencial de redução de riscos, sem prejuízo das atividades de rotina, assegurando:

a) [...] que sejam realizadas ações de vigilância sanitária em todos os municípios, dando cumprimento à Lei nº. 8.080/90 e efetivando a Vigilância Sanitária no âmbito do SUS; b) descentralizar as ações de vigilância sanitária, com definição de competências e atribuições dos níveis federal, estadual e municipal, e com base em critérios técnicos e jurídicos, para que haja homogeneidade das ações e dos mecanismos de controle e avaliação sistemáticos em todos os níveis do Sistema; c) incluir as ações de vigilância sanitária nos Planos de Saúde, de forma articulada com as demais ações de saúde; [...] e) acompanhar o processo de descentralização, tendo em vista a definição de competências e atribuições das distintas esferas de governo, e os mecanismos de controle e avaliação da execução das ações e da aplicação dos recursos financeiros; f) redefinir a classificação das ações [de vigilância sanitária] (CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001, p. 89-90).

Há ainda que se considerar a complexidade, a natureza e a abrangência das ações. Contudo, mesmo que se entenda que a organização da produção implica na racionalidade de definição de certas competências no nível federal, a exemplo do registro de produtos, ratificamos que todos os municípios devem estar capacitados para organizar seus serviços e responsabilizar-se por ações de vigilância sanitária do modo mais abrangente possível, a fim de promover a existência de espaços saudáveis e a melhoria da saúde e da qualidade de vida da sua população (COSTA; BONFIM, 2001).

Como refere Costa (2004a, p. 282):

A vigilância sanitária das três esferas de governo se estrutura com base em uma multiplicidade de formas organizativas, desde o modelo de agência, no plano federal às mais variadas configurações administrativas nos âmbitos estadual e municipal. Igualmente varia o escopo das competências institucionais: há serviços que incluem o componente ambiental e o sistema de informação e/ou atendimento toxicológico; outros ainda a saúde do trabalhador. No sistema brasileiro de vigilância sanitária, os órgãos estaduais têm organização variada: raros têm estruturas com maior autonomia administrativa e financeira; predomina a forma organizacional de administração direta, em geral com extrema dependência administrativa dos níveis centrais das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), reduzida autonomia para gerir recursos orçamentário-financeiros e tomar certas decisões, com outras deficiências que limitam a agilidade necessária a um órgão com função fiscalizadora.

A situação é bastante heterogênea no que concerne à organização de serviços de vigilância sanitária nos municípios, e ainda mais limitada nos municípios de pequeno porte, que, embora concentrem apenas 37% da população brasileira, apresentam mais dificuldade para montar estruturas de Vigilância Sanitária, explicitando uma dimensão crítica para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, considerando-se que 91 % dos municípios brasileiros têm menos de 50 mil habitantes (BITTENCOURT, 2004; COSTA, 2004b).

Em estudo realizado em 2000⁵ pela Anvisa, em parceria com o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG), observou-se que 55% dos municípios de até 10 mil habitantes, 27% dos que têm entre 10 e 50 mil habitantes e 15% dos que têm entre 50 e 100 mil habitantes não possuem nenhum órgão de Vigilância Sanitária (totalizando 32,1% dos municípios brasileiros). Entretanto, a maior parte deles conta com uma pessoa responsável pelas ações de Visa, o que quer dizer que apesar de não terem o órgão formal, têm alguém responsável pela Vigilância Sanitária. Talvez o dado mais agravante seja de que, em quase 15% dos municípios estudados, não se realizava inspeção sanitária alguma no comércio de alimentos, a mais tradicional atividade de competência municipal (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000).

Pesquisa semelhante foi realizada em 2006⁶, também em parceria com o Nescon/UFMG, com o intuito de comparar os resultados encontrados em 2000 com a realidade atual e percebeu-se que, numa amostra de 338 municípios brasileiros, 317 (93,8%) referiram possuir serviços de Vigilância Sanitária instituídos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b).

Nesse mesmo inquérito, verificou-se ainda um percentual alto de municípios que não dispunham de cadastros informatizados, chegando tão somente a 41,4% (em 2000, eram

⁵ Pesquisa “Desenvolvimento e organização das ações básicas de Vigilância Sanitária em municípios brasileiros a partir da implantação do PAB/VISA: um estudo exploratório” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000).

⁶ Pesquisa “Descentralização das ações de vigilância sanitária: estudo exploratório em estados e municípios brasileiros” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b).

29,6% dos municípios pesquisados), embora 92,5% possuam algum tipo de cadastro. Isso indica que a informatização ainda não é uma realidade na operacionalização da Visa em grande parte dos municípios brasileiros (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b).

Numa outra pesquisa, desenvolvida pela Anvisa em 2004, no estado da Paraíba, acerca da análise de contextos locais de gestão da vigilância sanitária em oito municípios do estado, evidenciou-se que 75% dos municípios pesquisados relataram não possuir nem recursos humanos suficientes para a execução das ações de Visa nem uma coordenação efetiva de Visa no município, sendo que 87,5% não planejavam ações de Visa, nem possuíam nenhum grau de articulação técnica com a Visa estadual. Além disso, 100% dos municípios da amostra referiram não haver prioridade para a Visa nas políticas municipais ou integração da Visa com a comunidade. O escopo de ação das VISAs pesquisadas, independentemente do porte do município, circunscrevia-se ao recebimento de denúncias e cadastramento de estabelecimentos, em boa parte (62,5%) desatualizado e em sua totalidade (100%) não informatizado. Constatou-se ainda que, entre os atores entrevistados, 75% supunham que os Serviços de Vigilância Sanitária não tinham visibilidade para a sociedade, 87,5% desconheciam seu papel de proteção e promoção da saúde, 75% não entendiam o exercício de seu poder de polícia. Para 87,5% dos entrevistados, a influência político-partidária prevalecia sobre a missão da Vigilância e, na totalidade dos municípios pesquisados, a Vigilância Sanitária não tinha influência no contexto político-social (PIOVESAN *et al.*, 2005).

Esta desarticulação da Vigilância Sanitária com o seu entorno, segundo os pesquisadores, suscita Paulo Freire, quando pergunta: “A política que nós fazemos está a favor de quem?” Por desconhecer a realidade local e por não se reconhecer como ator institucional, social e político importante para a proteção e promoção do interesse público, foi possível constatar que a Vigilância Sanitária acaba por reforçar a exclusão social existente. Isto porque ela atua, em sua maioria, sobre o território do que é oficial ou legalizado. Por exemplo, na época da pesquisa, em um dos municípios visitados, somente 0,28% da população era abastecida por rede geral de água, e a atuação da Vigilância local no controle da água para consumo humano se dava somente sobre este percentual, ou seja, 99,72% da população não contava com o controle sanitário da água que consumia (PIOVESAN *et al.*, 2005).

Constatações desse tipo nos obrigam a ratificar sempre que a condição de responsabilidade local está implícita à atenção básica em saúde e à vigilância sanitária, embora para essa última a responsabilidade não seja exclusiva, podendo – e mesmo devendo –

haver atuação conjunta ou complementar, de forma solidária. E isto se justifica pelo fato dos riscos decorrentes da produção e circulação de produtos e prestação de serviços, freqüentemente ultrapassarem os limites geográficos dos municípios e poderem atingir amplitude intermunicipal, estadual, interestadual e, até mesmo, internacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a).

Trata-se do que Lucchese (2001b), baseado na análise do conceito de interdependência social desenvolvido por Hochman (1998), chama de externalidade⁷ negativa:

Os efeitos indiretos das deficiências e adversidades de uns indivíduos atingem imediatamente outros, apesar de estes não sofrerem das mesmas deficiências ou adversidades. Tais conseqüências são identificadas como efeitos externos ou externalidades, formadores dos elos de interdependência que fundam a necessidade da coletivização do cuidado com os indivíduos. Encaminhando o tema para a vigilância sanitária, pode-se afirmar que um medicamento, uma vacina ou um alimento, produzido e distribuído sem a observância de todos os requisitos que garantam sua qualidade, segurança e eficácia, representa uma potencial externalidade. Ou seja, este medicamento, vacina ou alimento, ao circular no mercado, põe em risco não apenas a comunidade que pertence ao município ou a unidade federada onde esses bens são produzidos e consumidos, mas constitui perigo para todas as comunidades por onde aqueles bens circulam e são consumidos. [...]. Existe, portanto, no campo da Saúde Pública, uma interdependência social entre as unidades federadas e entre os municípios gestores do SUS e executores de ações de preservação ou recuperação da saúde, na medida em que as externalidades de uns provocam riscos e danos à saúde de outros. Desse modo, os problemas sanitários devem ser tratados como importantes elos de interdependência entre os estados ou municípios, sejam eles produtores e consumidores ou apenas consumidores de bens, processos e serviços em regime de vigilância sanitária. A externalidade negativa, nesse caso, pode ser entendida como risco sanitário. Ao se conceber os estados e municípios como unidades da comunidade nacional, torna-se claro que o controle que uma unidade faz, ou deixa de fazer, repercute de forma imediata ou mediata nas outras. Se uma unidade tem grandes deficiências para a produção de ações de vigilância sanitária, ou apresenta um nível muito baixo de consciência dos efeitos externos, ou, ainda, uma frágil percepção da unidade nacional, estará atingindo negativamente as outras unidades que não contribuem para a existência de externalidades. Dito de outra forma, os problemas sanitários de uma localidade podem produzir efeitos externos negativos sobre outras localidades, independentemente de qualquer ação ou desígnio destas (HOCHMAN, 1998 *apud* LUCCHESE, 2001b, p. 32-34).

Nesse sentido, a responsabilidade dos gestores estaduais e federal não se limita apenas à complementaridade, mas extrapola ao favorecimento de condições aos municípios e estados

⁷ Externalidade é um conceito eminentemente econômico, usado muito em estudos de Economia da Saúde para ressaltar os canais através dos quais a saúde afeta o crescimento econômico. Nesse âmbito, as externalidades fazem com que a saúde afete o crescimento econômico, não só através de seu nível médio, mas também através da distribuição de saúde e acesso aos serviços médicos ao longo dos grupos populacionais. Esse efeito é mais presente principalmente em países menos desenvolvidos, nos quais se observa uma relação estreita entre o estado de saúde e pobreza. A experiência vivida atualmente nos países africanos que apresentam níveis elevados de incidência da AIDS mostra como a presença de externalidades em saúde pode solapar o processo de crescimento econômico. A presença dessas externalidades afeta também, ainda que indiretamente, as decisões de investimento produtivo das empresas (FIGUEIREDO; NORONHA; ANDRADE, 2003). Para a Vigilância Sanitária, especificamente, é um conceito-chave, pois trata da transcendência do risco sanitário potencial ou real presente nos objetos de atuação da Visa.

para construírem sua responsabilidade sanitária plena, não desconsiderando a economia de escala necessária para disponibilização de profissionais e serviços na formação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a).

A operacionalização da descentralização para a vigilância sanitária, enquanto diretriz do SUS, portanto, ainda carece de um projeto político mais bem estruturado, que leve em conta as especificidades desta área, a qual envolve questões complexas, como a transcendência do risco sanitário, a definição clara do financiamento das ações e, principalmente, o estabelecimento – mais do que das competências formais/legais – das responsabilidades de cada um dos componentes do sistema. Esse é o principal foco de discussão do nosso trabalho.

3.1.1 As primeiras bases normativo-legais

Passando para o exame das bases normativas gerais da descentralização das ações de vigilância sanitária, podemos começar a nossa análise pelo que talvez tenha sido o primeiro grande marco legal em relação a esse tema: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Ao examinar-se as NOBs, verificam-se avanços e a permanência de nós críticos que evidenciam a falta de uma formulação abrangente no SNVS que contemple, respeitando as especificidades da área, as diretrizes de regionalização e hierarquização e a gestão descentralizada. A NOB 93⁸ tratou superficialmente a vigilância sanitária (como de resto a outras ações de saúde coletiva), fato atribuído à imaturidade da discussão acerca da descentralização e inexistência de propostas estruturadas para a área, naquele momento, configurando a ausência de um projeto político para a vigilância sanitária, integrando as prioridades da agenda⁹ em saúde (LUCCHESI, 2000).

Assim, embora haja referência à Visa na descrição das responsabilidades e dos requisitos que estados e municípios devem cumprir para poderem assumir as diferentes condições de gestão estabelecidas nessa norma, a essa referência não corresponderam

⁸ Instituída pela Portaria GM/MS n°. 545, de 20 de maio de 1993 (BRASIL, 1993).

⁹ Termo que tem, no campo das ciências políticas, sido definido como a relação dos assuntos que mereceram a atenção dos formuladores de políticas. Alguns desses assuntos são priorizados e entram na lista dos que serão decididos; os outros são descartados. Dessa forma, pode-se analisar as arenas políticas e também determinados processos políticos nos quais se dá a formação da denominada agenda de governo (SILVA, 2001).

propostas para sua operacionalização. Deu-se um prazo de 90 dias para se estabelecerem definições específicas para a área e isso nunca ocorreu de fato (LUCCHESE, 2000).

Já a NOB 96¹⁰ representou avanços em relação à anterior: embora tímida e pouco precisa em relação ao elenco de responsabilidades das diferentes condições de gestão, incluiu a vigilância sanitária entre as atividades da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e apresentou inovações, ao prever mecanismos de financiamento das ações. A PPI ganhou importância porque a NOB 96 estabeleceu que, de acordo com a condição de gestão, o município poderia estar habilitado para realizar ações de Vigilância Sanitária de baixa, média e alta complexidade, restando ao estado executá-las no caso da não habilitação do município. Entretanto, a Norma é mais uma vez omissa ao não deixar explicitados os critérios que definiriam quais as atividades e procedimentos em Visa deviam ser considerados de baixa, média ou alta complexidade (LUCCHESE, 2000; SOUZA, 2002a).

A inovação da NOB/96 se deu pelo fato de terem se estabelecido formas de financiamento para as atividades de vigilância sanitária, por intermédio da criação do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS), o qual correspondia aos recursos federais que podiam ser destinados, através de transferência regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, para remuneração das ações de Visa.

Nesse sentido, Souza (2002a, p. 47) coloca que:

Os recursos eram destinados ao custeio das ações básicas em Visa, por intermédio do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS); ao Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA), para o qual é destinado até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado para obtenção de impacto positivo sobre as condições de vida da população; ao Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), através do pagamento direto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e, por fim, ao pagamento direto às Secretarias de Saúde de Estados e Municípios pela execução das ações de média e alta complexidade.

Porém, as estratégias constantes na NOB 96 explicitaram uma dificuldade nos três níveis de governo, mas, especialmente, no federal, no tocante a debater e identificar políticas inovadoras para a estruturação da vigilância sanitária no país. Buscou-se o financiamento das ações dessa área por meio de um sistema nacional de vigilância sanitária sem um projeto para a estruturação dessas ações. Os níveis estaduais e municipais buscavam apoderar-se de uma fatia dos recursos do orçamento federal mediante o recurso ao mecanismo clássico do pagamento por produção de serviços (seguindo a configuração do custeio das assistências ambulatorial e hospitalar); por sua vez, o nível federal sucumbia novamente ao organizar-se

¹⁰ Instituída pela Portaria GM/MS n.º. 2.203, de 05 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996).

por essa lógica, demonstrando falta de alternativas para garantir recursos a ações e serviços de qualidade (LUCCHESI, 2001b).

O processo de normatização complementar que iria então operacionalizar as inovações previstas na NOB 96 para o campo da vigilância sanitária, em especial no que concerne ao seu financiamento, não saiu do papel para a maioria dos mecanismos de repasse financeiro citados acima. IVISA e PDAVS não foram regulamentados por portarias específicas. Este último talvez até pelo fato de representar uma lógica extremamente questionável de modalidade de financiamento para ações de impacto coletivo, como as de Visa: a de remuneração por produção de serviços.

Nesse sentido, Lucchese (2000) indaga quais procedimentos deveriam compor essa tabela. Como atribuir valor a cada procedimento, dada a heterogeneidade da complexidade de ação em Visa – muitas vezes para um mesmo objeto, por estarem em locais diferentes, sob dinâmicas sociais e econômicas diversas? Seria interessante criar a vinculação pagamento/produção para a Visa, quando são conhecidas as distorções geradas por esse mecanismo na assistência ambulatorial e hospitalar? Possivelmente, essas preocupações fizeram a regulamentação específica dos mecanismos de financiamento supra-citados perder espaço na pauta política do SUS naquele momento, embora a remuneração direta às SES e SMS pela execução de ações de média e alta complexidade em Visa tenha sido formalizada posteriormente ao se enquadrar esses dois elencos (assim como o elenco de ações básicas em Visa) nos procedimentos da Portaria SAS n.º. 18¹¹, de 21 de janeiro de 1999, a serem gerenciados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A Portaria GM/MS n.º. 1.882, de 18 de dezembro de 1997, por sua vez, extinguiu o PBVS, criando um novo incentivo ao incremento das ações básicas de Vigilância Sanitária - conceituadas como "ações básicas de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à Vigilância Sanitária" - e às atividades de educação em Vigilância Sanitária, incorporado à parte variável do Piso Assistencial Básico (PAB¹²). Já a Portaria GM/MS n.º. 2.283, de 10 de março de 1998, estabeleceu o valor, deste novo incentivo, em R\$ 0,25/hab/ano para cada município brasileiro, para o ano de 1998, valor que permanece o mesmo até hoje – com exceção feita às transferências referentes ao ano de 2006, que sofreram

¹¹ Vide Anexo B. Essa Portaria será alvo de nosso exame mais acurado nos próximos sub-tópicos.

¹² O PAB é composto de uma parte fixa, destinada à assistência básica, e de uma variável, relativa aos incentivos para o fortalecimento e desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica. O incentivo às ações básicas de Vigilância Sanitária (PAB VISA), referente ao conteúdo da parte variável, consiste num montante de recursos financeiros destinados ao incentivo de ações básicas de inspeção e controle sanitário em produtos e serviços e ambientes sujeitos à Vigilância Sanitária, bem como para atividades de educação sanitária, compondo um elenco de 30 atividades.

um incremento, repassado em duas parcelas, fazendo com que o PAB VISA chegasse aos R\$ 0,40/*per capita* nesse ano, como veremos mais adiante.

O pagamento do PAB Variável para a Vigilância Sanitária, ainda que vinculado a um valor *per capita* que pode ser considerado baixo e abrangendo apenas as ações básicas de Visa no âmbito municipal, representou uma medida concreta no sentido de colocar na ordem do dia o debate sobre as responsabilidades e parcerias necessárias para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária nas três esferas de governo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000).

Porém, nesse contexto de permanente tensão entre a exigência por um crescente aporte de recursos (para a efetiva garantia do direito constitucional à saúde) e a contenção de despesas estatais (pela necessidade de produção de superávit primário e de redução dos recursos disponíveis para gastos específicos do setor Saúde), as Normas Operacionais do SUS não foram capazes de induzir a descentralização e a organização dos estados e municípios para a assunção concreta da vigilância sanitária. Pois, se, por um lado, a NOB 96 trouxe a Visa para a agenda do SUS, com a implementação do PAB VISA, por outro, ficou evidente a insuficiência dos valores alocados e a não implementação dos outros mecanismos de repasse. Esse baixo poder de indução, representado pelo subfinanciamento da área, não motiva os gestores, notadamente os municipais, a assumirem responsabilidades inerentes ao seu âmbito de gestão.

Seguindo o raciocínio desse resgate histórico, Souza (2002a, p. 47-48) argumenta que:

O processo de descentralização da Vigilância Sanitária era conduzido em âmbito nacional pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. A partir da publicação da Lei 9.782/99, que criou a Anvisa, a responsabilidade sobre a condução do processo de descentralização de ações de Vigilância Sanitária para estados e municípios passou a ser assumida pela Anvisa. A Anvisa, investida do poder legal de coordenar, em âmbito nacional, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, passou a utilizar os espaços políticos de discussão, a exemplo da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), e das instâncias de gestão do SUS – CIT e CIBs, para as negociações referentes às condições para o repasse de recursos financeiros em função da descentralização de ações para os estados e municípios.

Nesse contexto, até o ano de 2006, a pactuação de ações básicas de Vigilância Sanitária se deu por intermédio da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS)¹³, com as seguintes possibilidades no seu rol de procedimentos: Cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à Visa; Ações educativas em Visa e Ações de inspeção sanitária em comércio de alimentos, drogarias, ervanarias, postos de medicamentos, creches,

¹³ Para conhecer os instrumentos de programação utilizados no processo de pactuação da PPI-VS nos anos de 2004, 2005 e 2006, vide Anexo C.

estabelecimentos do ensino fundamental e estações rodoviárias e ferroviárias¹⁴. Como bem se percebe, este rol de procedimentos não contempla a complexidade das ações de Visa, por toda a discussão pregressa em torno das externalidades negativas inerentes ao seu objeto de atuação. Portanto, muitos ainda são os desafios que estão postos frente ao campo.

3.1.2 As inovações: da criação do Termo de Ajuste e Metas ao cenário atual

No bojo desse debate, a Anvisa trouxe como inovação nas relações intergovernamentais, a partir de discussões na Câmara Técnica de Visa do Conass e da aprovação na Comissão Intergestores Tripartite, a figura jurídica do Termo de Ajuste e Metas (TAM), com a regulamentação do financiamento das ações de média e alta complexidade¹⁵ em vigilância sanitária com os estados, em setembro de 2000, tendo em vista o disposto na Lei nº. 9.782/1999, em especial o seu art. 7º §§1º e 2º¹⁶. O TAM se caracterizou como instrumento de planejamento para descentralização das ações de vigilância sanitária, orientado para a negociação e pactuação entre os gestores do SUS. Ao inovar na pactuação, buscou uma nova forma de controle que, muito mais do que uma pactuação de metas, pretendia ser um compromisso político entre governos para a organização do SNVS. A política de financiamento destas ações em Vigilância Sanitária buscou também a reversão da lógica do pagamento por produção que remunerava atividades/procedimentos realizados, individualmente, baseadas em tabelas de pagamentos na maioria das vezes com valores fixados que não representavam os custos reais das ações executadas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003).

Esse instrumento, a despeito de alguns problemas iniciais, veio como uma alternativa aos convênios que eram celebrados pontualmente entre a Secretaria Nacional de Vigilância

¹⁴ Esse rol de procedimentos adotados para a elaboração da PPI-VS está contido no Grupo de Procedimentos Básicos em Visa presente na Portaria SAS nº. 18/1999 (Vide Anexo B).

¹⁵ Cabe aqui uma ressalva crítica: mesmo não correspondendo às exigências da área, essa denominação hierarquizada para as ações de Vigilância Sanitária tem sido utilizada como indicativo para uma pactuação mais pragmática sobre responsabilidades a serem assumidas pelos respectivos níveis de governo, como disposto na Portaria SAS nº. 18/1999 (Vide Anexo B). Só mais recentemente vêm se implementando iniciativas de se romper com esse paradigma e, ao invés da complexidade das ações, nortear a pactuação e a execução das ações de vigilância sanitária por meio da responsabilidade sanitária inerente aos gestores para com os riscos e os objetos de intervenção desse campo. Essa discussão será mais aprofundada na próxima subseção desse capítulo.

¹⁶ § 1º A Agência poderá delegar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a execução de atribuições que lhe são próprias, excetuadas as previstas nos incisos I, V, VIII, XV, XVI, XVII e XIX deste artigo.
§ 2º A Agência poderá assessorar, complementar ou suplementar as ações estaduais, municipais e do Distrito Federal para o exercício do controle sanitário.

Sanitária e os estados (no tocante a projetos específicos, como estruturação laboratorial, por exemplo), uma vez que os convênios mostravam-se de difícil operacionalização e fiscalização, além de todas as amarras legais inerentes (burocracia exacerbada, objeto imutável, rigor na prestação de contas). No TAM, os repasses são feitos pelo Fundo Nacional de Saúde, que possui larga experiência na operacionalização de transferências de recursos para os fundos estaduais e municipais, com mecanismos que fazem destas transferências mais práticas e rápidas (MARQUES; ALMEIDA; COSTA, 2002).

Além disso, o gestor estadual tem ampla liberdade de utilização desses recursos dentro das ações de vigilância sanitária. Trata-se de recursos “não carimbados”, que podem ser gastos em praticamente tudo o que diz respeito a esse campo de práticas (segundo a RDC n.º. 200/2002¹⁷). Com isto, as Coordenações de Vigilância Sanitária (nesse momento, principalmente as Estaduais), que sempre foram vistas como não prioritárias e estiveram, de um modo geral, relegadas a um plano secundário nas prioridades dos Secretários de Saúde, tiveram um visível salto de qualidade em suas estruturas físicas e em seus processo de trabalho.

Com isso, o financiamento das ações de vigilância sanitária de média e alta complexidade foi definido então nas Portarias GM/MS n.º. 1.008, de 08 de setembro de 2000, e n.º. 145, de 31 de janeiro de 2001, condicionado à realização de Termos de Ajuste e Metas entre a Anvisa e os estados (LUCCHESI, 2001b).

Nessas portarias, os recursos financeiros destinados às unidades federadas foram definidos pela somatória de:

1. um valor *per capita* de R\$ 0,15 – dos quais R\$ 0,06 deveriam ser utilizados como incentivo à municipalização;
2. mais o valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (TFVS¹⁸), por fato gerador (OLIVEIRA JÚNIOR, 2001).

¹⁷ Art. 2º Os recursos [...] destinam-se exclusivamente ao financiamento das ações de vigilância sanitária estabelecidas no Termo de Ajuste e Metas, vedada sua utilização em finalidade diversa da pactuada.

§ 1º Estes recursos poderão ser utilizados para custeio das Ações de Vigilância Sanitária das Unidades Federadas e dos Municípios, aquisição de equipamentos e material permanente e adequação de infra-estrutura física.

§ 2º Os recursos, de que trata a presente Resolução, também poderão ser utilizados para remuneração de pessoal e incentivo à produtividade da força de trabalho em efetivo exercício nas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, respeitadas em cada Unidade Federada e em cada Município suas legislações próprias.

Art. 3º No caso de despesas para adequação de infra-estrutura física, estas, somente poderão ser realizadas se destinadas ao aparelhamento das Vigilâncias Sanitárias Estaduais, do Distrito Federal e Vigilâncias Sanitárias Municipais, ao abrigo do disposto no Termo de Ajuste e Metas.

¹⁸ Os valores apurados para repasses referentes às Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária, instituídas pela Lei n.º. 9.782/99, são estabelecidos anualmente, mediante Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa. Para obtenção do valor nominal da TFVS, as unidades federadas são classificadas segundo o número dos

Os objetivos estabelecidos nessa 1ª pactuação do TAM, em 2000, com os estados podem ser observados no Quadro abaixo:

1. Aprimorar o SNVS para garantir a proteção à saúde da população;	6. Desenvolver os RH necessários para executar as ações de vigilância sanitária frente ao conjunto de responsabilidades compartilhadas assumidas;
2. Aperfeiçoar as ações de inspeção sobre processos produtivos, produtos e serviços de interesse da Visa, tendo a análise de risco como base metodológica do planejamento das ações;	7. Aprimorar as ações de vigilância sanitária no âmbito dos municípios;
3. Aperfeiçoar o processo de concessão de registro de medicamentos, cosméticos, saneantes, alimentos, produtos para a saúde, bem como autorização de funcionamento, certificação e análise;	8. Minimizar os riscos e danos à saúde da população por intermédio do monitoramento da presença de resíduos e contaminantes em alimentos;
4. Ampliar e aprimorar a realização de análises fiscais de medicamentos, sangue, seus componentes e derivados, produtos para a saúde e agrotóxicos e o controle laboratorial da qualidade de alimentos na Rede Nacional de Laboratórios Oficiais em Controle de Qualidade em Saúde - RNLOQS, inclusive para resíduos de agrotóxicos, componentes e afins;	9. Informar, educar e comunicar os temas de interesse da vigilância sanitária;
5. Obter informações para o monitoramento e a avaliação da atuação do estado na melhoria de cobertura das ações de vigilância sanitária e para subsidiar o processo de tomada de decisões em todos os níveis do sistema;	10. Consolidar a análise de risco como base metodológica do planejamento do trabalho do sistema de vigilância sanitária.

Quadro 1 - Objetivos do TAM, em sua primeira versão [2000].
Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006f).

As atividades pactuadas nessa 1ª versão do termo, por sua vez, envolviam a inspeção em: indústria farmacêutica, farmácias de manipulação, drogarias, distribuidoras e importadoras de medicamentos, indústria de cosméticos, indústria de saneantes, indústria de alimentos, unidades hemoterápicas, laboratórios de análises, pesquisas patológicas clínicas e congêneres, unidades de hemodiálise, serviço de radiações ionizantes e hospitais, seguindo os parâmetros de cobertura anual de inspeção descritos abaixo.

estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária presentes em sua área geográfica, agrupados por macro-setor de atuação e relacionados com a magnitude dos recursos advindos das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária, quais sejam:

- I – Macro-setor de Medicamentos;
- II – Macro-setor de Alimentos;
- III – Macro-setor de Tecnologia em Saúde.

Esses macro-setores, vistos no seu conjunto, são indicativos para definição de prioridade na alocação de recursos. Eles têm peso específico diferente, no que se refere ao valor das taxas recolhidas, à importância estratégica para o setor saúde e aos fatores de risco inerentes a cada um deles individualmente. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária por unidade federada em relação aos macro-setores e à procedência das taxas recolhidas determina o valor que cada unidade federada irá receber.

Produtos/Serviços	Cobertura Proposta Anualmente (%)
Indústria de Medicamentos	100
Atacadistas de Medicamentos	50
Farmácias de Manipulação	50
Drogarias e Farmácias	20
Indústrias de Cosméticos	10
Indústria de Domissaneantes com ação residual	50
Demais Indústrias Domissaneantes	10
Indústrias de Alimentos	20
Unidades Hemoterápicas de Alta Complexidade	100
Clínicas de Hemodiálise	100
Serviços de Radiações Ionizantes	20
Unidades Hospitalares	20
Laboratórios	10

Quadro 2 - Parâmetros do TAM, em sua primeira versão [2000].
Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006e).

Como se percebe, a consequência imediata do Termo de Ajuste e Metas foi a adoção de uma nova modalidade de repasse de recursos do governo federal para os estados e o Distrito Federal. Este repasse foi estabelecido para que as Vigilâncias Sanitárias Estaduais pudessem ter condições de conceber o seu planejamento estratégico e de elaborar as suas programações, estabelecendo metas e objetivos de curto, médio e longo prazo. Isso repercutiu em ganhos visíveis para a estruturação dos serviços e ações de Visa nas esferas estaduais.

Como complementação da política de descentralização na área de vigilância sanitária, os órgãos estaduais (não todos) promoveram, então, contratos semelhantes com os municípios, os quais, para receber o percentual *per capita* das transferências incluídas no Termo de Ajuste e Metas, teriam que cumprir certos requisitos, dentre os quais implantar uma estrutura municipal de vigilância sanitária, formalizada legalmente, caso ainda não a possuíssem. Esta etapa da descentralização foi – e, na verdade, é a que ainda continua sendo – bem mais complexa, não somente pelo grande número de municípios, com sua variedade de recursos e problemas, mas também pelo fato de muitos deles não ter experiência com as ações de vigilância sanitária. Segundo Lucchese (2001b), em sua pesquisa de doutorado, todos os dirigentes estaduais de vigilância sanitária entrevistados afirmaram que as habilitações dos municípios, segundo a NOB 96, não seguiram o ritual estabelecido, conformando, sobretudo, um processo de ações políticas com o objetivo de angariar recursos para os municípios. Em muitos casos de concessão da habilitação, não foram observados os requisitos técnicos, administrativos, jurídicos e estruturais.

No último grande movimento de repactuação do TAM, ocorrido em 2004, após modificações incorporadas pela Portaria GM/MS nº. 2.473, de 29 de dezembro de 2003 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004), apresentou-se como inovação a incorporação dos municípios ao processo, com uma nova modalidade de financiamento para estes.

Os recursos financeiros destinados a cada unidade federada continuaram a ser definidos pelo somatório das parcelas:

1. valor *per capita* de R\$0,15 (quinze centavos)/hab/ano multiplicado pela população de cada unidade federada; e
2. valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária, por fato gerador (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Porém, como resultado da repactuação do TAM/2004, apresentou-se, naquele momento a adesão de 598 municípios no país, estando hoje esse número em 791 municípios, como mostra o Gráfico 1 e, mais detalhadamente, a Tabela 2 e o Gráfico 2 – o que tem representado incrementos reais no repasse direto de recursos do ente federal – conforme nos apresenta a Tabela 5. Para um melhor entendimento desse processo de repasse de recursos referentes à pactuação de ações de média e alta complexidade em Visa com os municípios brasileiros, vale a pena uma explanação acerca da composição desses valores.

Para o município que pactuar a execução das ações de Média e Alta Complexidade, o valor a ser repassado contemplará:

1. valor de R\$ 0,10 a 0,12 *per capita*/ano a ser deduzido do teto global resultante do critério *per capita* por estado;
2. R\$ 0,10 *per capita*/ano alocados pela Anvisa.

Os recursos destinados aos municípios para execução das ações são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS diretamente ao Fundo Municipal de Saúde - FMS, após aprovação da CIB, em conta específica (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

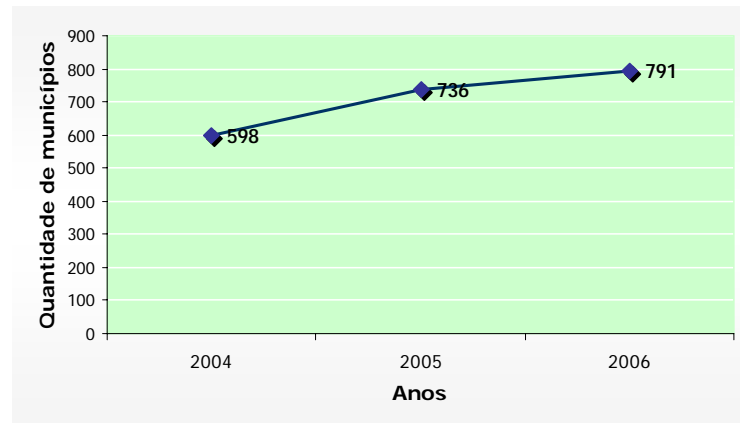


Gráfico 1 - Quantidade de municípios pactuados no TAM [2004-2006]
 Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006e).

Tabela 2 - Quantitativo dos municípios com o TAM pactuado por região [até dezembro/2006].

REGIÃO	Nº DE MUNICÍPIOS PACTUADOS	PERCENTUAL	Nº DE ESTADOS COM MUNICÍPIOS PACTUADOS
NORTE	6	0,76	1
NORDESTE	69	8,72	7
SUDESTE	511	64,60	4
CENTRO-OESTE	12	1,52	3
SUL	193	24,40	3
TOTAL	791	100,00	18

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006e).

A região Sudeste, como retrata a Tabela 2, foi a região que apresentou o maior número de municípios que aderiram ao processo (511) correspondendo a 64,6% da totalidade dos municípios pactuantes, seguida das regiões Sul (193), Nordeste (69), Centro-Oeste (12) e Norte (06). O gráfico abaixo nos ajuda a ter uma dimensão da proporcionalidade de distribuição dos municípios pactuantes, por região do país.

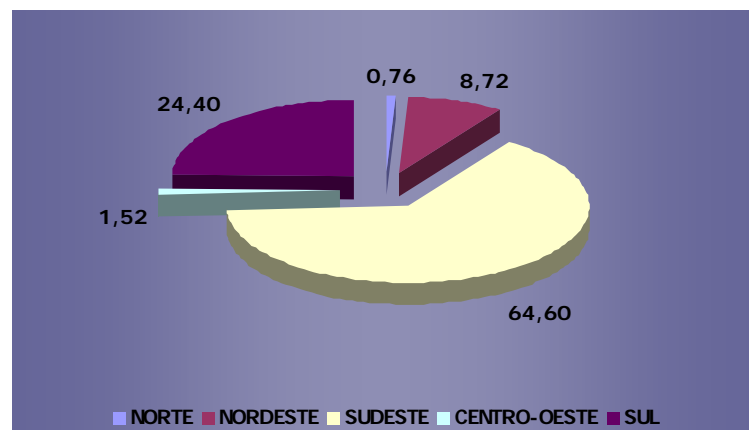


Gráfico 2 - Percentual de municípios pactuados no TAM, por região [2006].
 Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006e).

A implementação de sistema de repasse de recursos fundo a fundo para os estados e municípios, para custear ações de média e alta complexidade em Visa, vem sendo cumprida mensalmente, e em escala crescente a cada ano. Esse montante soma, entre repasse direto aos estados – vinculado ao seu teto orçamentário (R\$0,15 *per capita*/ano + TFVS) – e repasse direto aos municípios – referente aos R\$0,10 *per capita*/ano repassados diretamente pela ANVISA aos municípios pela pactuação de ações de média e alta complexidade – algo em torno dos R\$ 90 milhões transferidos do ente federal para os entes subnacionais.

Tabela 3 - Transferências de recursos efetuadas em 2006, por componente.

ESTADOS	PAB VISA	MAC VISA <i>Per Capita</i>	MAC VISA Fato Gerador	TOTAL DE TRANSFERÊNCIAS
Acre	R\$ 267.894,40	R\$ 420.000,00	R\$ 82.323,02	R\$ 770.217,42
Alagoas	R\$ 1.206.364,80	R\$ 864.320,70	R\$ 153.075,80	R\$ 2.223.761,30
Amapá	R\$ 237.834,80	R\$ 420.000,00	R\$ 66.684,94	R\$ 724.519,74
Amazonas	R\$ 1.292.932,00	R\$ 809.069,60	R\$ 86.202,66	R\$ 2.188.204,26
Bahia	R\$ 5.526.133,60	R\$ 3.743.791,80	R\$ 866.233,02	R\$ 10.136.158,42
Ceará	R\$ 3.238.910,40	R\$ 2.037.013,10	R\$ 563.874,24	R\$ 5.839.797,74
Distrito Federal	R\$ 933.243,20	R\$ 653.310,80	R\$ 163.333,72	R\$ 1.749.887,72
Espírito Santo	R\$ 1.363.346,00	R\$ 862.602,85	R\$ 172.415,49	R\$ 2.398.364,34
Goiás	R\$ 2.247.966,80	R\$ 1.525.079,85	R\$ 1.229.981,64	R\$ 5.003.028,29
Maranhão	R\$ 2.441.330,80	R\$ 1.661.307,95	R\$ 193.977,65	R\$ 4.296.616,40
Mato Grosso	R\$ 1.121.309,60	R\$ 780.697,80	R\$ 388.677,33	R\$ 2.290.684,73
Mato Grosso do Sul	R\$ 905.787,20	R\$ 689.394,00	R\$ 325.541,89	R\$ 1.920.723,09
Minas Gerais	R\$ 7.694.980,00	R\$ 5.476.884,40	R\$ 3.435.981,48	R\$ 16.607.845,88
Pará	R\$ 2.788.234,40	R\$ 2.002.463,60	R\$ 567.060,79	R\$ 5.357.758,79
Paraíba	R\$ 1.438.354,40	R\$ 898.971,50	R\$ 147.837,32	R\$ 2.485.163,22
Paraná	R\$ 4.104.742,40	R\$ 3.116.213,00	R\$ 2.948.366,56	R\$ 10.169.321,96
Pernambuco	R\$ 3.365.437,20	R\$ 2.359.874,55	R\$ 782.102,80	R\$ 6.507.414,55
Piauí	R\$ 1.202.754,00	R\$ 751.721,25	R\$ 82.156,84	R\$ 2.036.632,09
Rio de Janeiro	R\$ 6.153.362,80	R\$ 4.668.516,00	R\$ 5.556.970,78	R\$ 16.378.849,58
Rio Grande do Norte	R\$ 1.201.234,80	R\$ 828.575,75	R\$ 174.777,43	R\$ 2.204.587,98
Rio Grande do Sul	R\$ 4.338.034,80	R\$ 3.048.543,45	R\$ 2.020.868,50	R\$ 9.407.446,75
Rondônia	R\$ 613.837,60	R\$ 468.725,00	R\$ 131.812,12	R\$ 1.214.374,72
Roraima	R\$ 156.526,80	R\$ 420.000,00	R\$ 40.558,04	R\$ 617.084,84
Santa Catarina	R\$ 2.346.627,20	R\$ 1.726.863,85	R\$ 1.519.532,83	R\$ 5.593.023,88
São Paulo	R\$ 16.177.118,00	R\$ 12.309.418,00	R\$ 14.961.697,47	R\$ 43.448.233,47
Sergipe	R\$ 787.116,40	R\$ 600.221,00	R\$ 276.999,45	R\$ 1.664.336,85
Tocantins	R\$ 522.291,20	R\$ 424.572,00	R\$ 140.751,71	R\$ 1.087.614,91
TOTAIS	R\$ 73.673.705,60	R\$ 53.568.151,80	R\$ 37.079.795,52	R\$ 164.321.652,92

Fonte: Brasil (2006c, 2006d, 2006e).

Como se percebe na tabela acima, dos R\$ 164.321.652,92 totais repassados em vigilância sanitária no ano de 2006, R\$ 73.673.705,60 são referentes ao repasse do PAB VISA¹⁹. Calculando-se esse valor em relação à estimativa populacional do IBGE para 2005²⁰

¹⁹ Numa pesquisa recente realizada pela Anvisa, em convênio com a Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP), 85% (34 de um total de 40) dos serviços municipais de Visa pesquisados (Capitais e

(referência utilizada pela Anvisa para a atualização dos valores a serem repassados em 2006), observa-se que o valor *per capita* do PAB VISA, pela primeira vez em quase dez anos, saiu de R\$ 0,25 para R\$ 0,40. Isso se deveu a uma solicitação da área responsável pela condução da política de descentralização das ações de vigilância sanitária na Anvisa, fundamentada na escassez de recursos e na demanda crescente por uma maior estruturação dos serviços de vigilância sanitária no país, notadamente no nível municipal, além do fato de ter havido um saldo orçamentário considerável em 2005 (como se pode observar na Tabela 7).

Os R\$ 90.647.947,32 restantes referem-se propriamente aos repasses efetuados no âmbito do TAM²¹, como já ressaltamos mais acima. Desse valor, R\$ 25.376.659,61 são referentes ao repasse de recursos para a execução de ações de média e alta complexidade nos 791 municípios que pactuaram o TAM, no âmbito de suas CIBs (ao todo, em 18 estados brasileiros), até o momento, como podemos observar na tabela abaixo.

Tabela 4 - Volume de recursos transferidos para os municípios pactuados no TAM em 2006.

ESTADOS	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS PACTUADOS	RECURSOS DEDUZIDOS DOS TETOS ESTADUAIS	RECURSOS ALOCADOS PELA ANVISA	TOTAL
Alagoas	2	R\$ 260.823,20	R\$ 110.342,70	R\$ 371.165,90
Bahia	32	R\$ 579.916,60	R\$ 308.691,45	R\$ 888.608,05
Ceará	17	R\$ 25.388,20	R\$ 56.621,80	R\$ 82.010,00
Espírito Santo	1	R\$ 21.023,20	R\$ 10.511,60	R\$ 31.534,80
Goiás	1	R\$ 240.201,20	R\$ 120.100,60	R\$ 360.301,80
Maranhão	3	R\$ 270.952,40	R\$ 135.476,20	R\$ 406.428,60
Mato Grosso	5	R\$ 159.758,60	R\$ 79.879,30	R\$ 239.637,90
Mato Grosso do Sul	6	R\$ 221.220,80	R\$ 110.610,40	R\$ 331.831,20
Minas Gerais	17	R\$ 1.668.804,75	R\$ 667.521,90	R\$ 2.336.326,65
Pará	6	R\$ 561.810,24	R\$ 259.817,10	R\$ 821.627,34
Paraná	156	R\$ 2.194.417,70	R\$ 802.355,30	R\$ 2.996.773,00
Pernambuco	8	R\$ 512.952,60	R\$ 260.077,65	R\$ 773.030,25
Rio de Janeiro	11	R\$ 1.733.600,04	R\$ 880.491,30	R\$ 2.614.091,34
Rio Grande do Norte	1	R\$ 155.608,00	R\$ 77.804,00	R\$ 233.412,00
Rio Grande do Sul	15	R\$ 812.309,75	R\$ 337.271,70	R\$ 1.149.581,45
Santa Catarina	22	R\$ 582.295,92	R\$ 260.892,30	R\$ 843.188,22
São Paulo	482	R\$ 7.099.478,51	R\$ 3.494.203,25	R\$ 10.593.681,76
Sergipe	6	R\$ 210.596,55	R\$ 92.832,80	R\$ 303.429,35
TOTAIS	791	R\$ 17.311.158,26	R\$ 8.065.501,35	R\$ 25.376.659,61

Fonte: Brasil (2006c, 2006d, 2006e).

Municípios com mais de 500.000 habitantes) declararam que o recurso do PAB VISA é destinado à Visa. Porém, quando associado à variável autonomia no uso do recurso, apenas 14 (35%) declararam possuir essa autonomia (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006c).

²⁰ 184.184.264 pessoas.

²¹ Daí o título MAC VISA per capita e MAC VISA Fato Gerador utilizado nas tabelas. MAC VISA refere-se às ações de Média e Alta Complexidade em Visa, isto é, o escopo de pactuação do TAM.

Ao examinarmos os Relatórios de Gestão da Anvisa de 2000 a 2005, além dos valores estabelecidos nas portarias para o repasse efetivo de recursos financeiros no ano de 2006²², podemos inferir um aumento da ordem de 145% (de R\$ 67.100.000,00, em 2000, para R\$ 164.321.652,93, em 2006) no montante de recursos repassados em todos os componentes: PAB VISA e TAM [MAC VISA *per capita* e MAC VISA Fato Gerador], como nos mostra a Tabela 5. O interessante é analisarmos aqui que esse percentual é exatamente o mesmo relativo ao incremento dos orçamentos autorizados pelas Leis Orçamentárias Anuais (LOAs), no mesmo período, para a Anvisa (de R\$ 161.400.000,00, em 2000, para R\$ 394.500.000,00, em 2006), como citamos na Tabela 1.

Tabela 5 - Comparativo dos repasses financeiros (em milhões de reais) da vigilância sanitária para estados e municípios, de 2000 a 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PAB VISA ²³	38,8	40	38,2	52,8	45,7	41,7	73,6
TAM	11,1	26,9	27,7	27,7	41,7	29,4	53,5
[MAC <i>per capita</i>] ²⁴							
TAM	17,2	23,9	25,9	10,4	22,4	33,1	37,0
[MAC Fato Gerador] ²⁵							
TAM [Valor Total]	28,3	50,8	53,6	38,2	64,2	62,5	90,6
TOTAL	67,1	90,8	91,8	91,0	109,9	104,3	164,3

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006d); Brasil (2006c, 2006d, 2006e).

Em face de toda essa nossa análise, podemos inferir, portanto, que o Termo de Ajuste e Metas veio corrigir, em parte, uma das distorções do processo de descentralização empreendido pelo SUS no Brasil, regulamentado e implementado via Normas Operacionais Básicas. Como citado acima, a vigilância sanitária só fora contemplada pela NOB 96, sendo operacionalizada apenas no que se referia às ações básicas, definida por um elenco de procedimentos a serem executados pelos municípios e remunerada por um fator *per capita* de valor nacional, na configuração do PAB VISA.

Talvez seja interessante nesse momento analisarmos também o percentual de repasse efetivo dos recursos do PAB VISA e TAM nos últimos três anos, quando comparados com os

²² Há três resoluções que normatizaram o repasse de recursos financeiros em 2006 (Portarias GM/MS n.ºs. 2.476/2006, 2.939/2006 e 2.940/2006), as quais serviram de base para a análise da transferência de recursos em 2006, para os fins desse estudo.

²³ Transferências fundo-a-fundo, realizadas pelo FNS a todos os municípios, desde 1998.

²⁴ Transferências fundo-a-fundo, realizadas pelo FNS a todos os estados (estes, quando têm municípios pactuantes no TAM, repassam recursos de seus tetos estaduais, como já explicado anteriormente).

²⁵ Transferências financiadas com recursos próprios da Anvisa (TFVS).

orçamentos aprovados para tal nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais, o que nos remete, por outro lado, aos saldos orçamentários gerados ao final de cada ano desses.

Tabela 6 - Transferências executadas para estados e municípios, constantes no orçamento da Anvisa e FNS [2004].

TRANSFERÊNCIA	ORÇAMENTO 2004	REPASSES EXECUTADOS 2004	% de repasses executados	SALDO ORÇAMENTÁRIO 2004	% de saldo orçamentário
PAB VISA	53.800.000,00	45.774.568,00	85,1	8.025.432,00	14,9
TAM [MAC <i>per capita</i>]	37.600.000,00	41.745.669,85	111,0		
TAM [MAC Fato Gerador]	28.800.000,00	22.469.645,00	78,0	6.330.355,00	22,0
TAM [Valor Total]	66.400.000,00	64.215.314,85	96,7	2.184.685,15	3,3
TOTAL	120.000.000,00	109.989.882,85	91,7	10.010.117,15	8,3

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006c).

Tabela 7 - Transferências executadas para estados e municípios, constantes no orçamento da Anvisa e FNS [2005]

TRANSFERÊNCIA	ORÇAMENTO 2005	REPASSES EXECUTADOS 2005	% de repasses executados	SALDO ORÇAMENTÁRIO 2005	% de saldo orçamentário
PAB VISA	59.180.000,00	41.745.669,85	70,5	17.434.330,15	29,5
TAM [MAC <i>per capita</i>]	41.360.000,00	29.430.324,84	71,2	11.929.675,16	28,8
TAM [MAC Fato Gerador]	34.800.000,00	33.126.757,11	95,2	1.673.242,89	4,8
TAM [Valor Total]	76.160.000,00	62.557.081,95	82,1	13.602.918,05	17,9
TOTAL	135.340.000,00	104.302.751,80	77,1	31.037.248,20	22,9

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006c).

Tabela 8 - Transferências executadas para estados e municípios, constantes no orçamento da Anvisa e FNS [2006]

TRANSFERÊNCIA	ORÇAMENTO 2006	REPASSES EXECUTADOS 2006	% de repasses executados	SALDO ORÇAMENTÁRIO 2006	% de saldo orçamentário
PAB VISA	75.200.000,00	73.673.705,60	98,0	1.526.294,40	2,0
TAM [MAC <i>per capita</i>]	56.800.000,00	53.568.151,80	94,3	3.231.848,20	5,7
TAM [MAC Fato Gerador]	38.281.000,00	37.079.795,53	96,9	1.201.204,47	3,1
TAM [Valor Total]	95.081.000,00	90.647.947,33	95,3	4.433.052,67	4,7
TOTAL	170.281.000,00	164.321.652,93	96,5	5.959.347,07	3,5

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006f); Brasil (2006c, 2006d, 2006e).

Como se percebe, ao analisar rapidamente as tabelas acima, no ano de 2005 (Tabela 7), boa parte dos recursos aprovados na LOA para a execução de ações de Visa de estados e municípios não foram efetivamente repassados aos mesmos. Esse foi um dos elementos para que se tivesse, em 2006, o maior montante de recursos já orçados e transferidos no âmbito do PAB VISA e do TAM em todos esses últimos anos, uma vez que esse saldo orçamentário de

31.037.248,20 em 2005 entrou como restos a pagar em 2006, gerando um incremento do volume de recursos para 2006.

Analisando apenas os valores fixados nas LOAs dos últimos três anos (Tabela 9), percebe-se uma tendência bastante favorável ao incremento de recursos, pois o aumento percentual foi de praticamente o dobro em 2006, passando de 12,8% em relação aos montantes das LOAs 2004/2005 para 25,8% em relação ao período 2005/2006.

Tabela 9 - Valores da transferência de recursos para estados e municípios constantes do orçamento da Anvisa e FNS [comparativo LOA 2004/2005/2006]

TRANSFERÊNCIA	ORÇAMENTO 2004	ORÇAMENTO 2005	% de aumento 2004/2005	ORÇAMENTO 2006	% de aumento 2005/2006
PAB VISA	53.800.000,00	59.180.000,00	10,0	75.200.000,00	27,1
TAM [MAC <i>per capita</i>]	37.600.000,00	41.360.000,00	10,0	56.800.000,00	37,3
TAM [MAC Fato Gerador]	28.800.000,00	34.800.000,00	20,8	38.281.000,00	10,0
TAM [Valor Total]	66.400.000,00	76.160.000,00	14,7	95.081.000,00	24,8
TOTAL	120.000.000,00	135.340.000,00	12,8	170.281.000,00	25,8

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006d); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006f).

Porém, se por um lado, no ano de 2005 houve um aumento real de 12,8% dos recursos de Visa em relação ao ano anterior, por outro, esse incremento pode não ter propiciado o impacto esperado na área, até porque não foi repassado a estados e municípios na mesma ordem, e numa constatação mais dura, pode não ter sido sequer executado, uma vez que, segundo a pesquisa sobre descentralização das ações de Visa realizada pela Anvisa e Nescon/UFGM, em 2006 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b), os municípios pesquisados apresentaram altos percentuais de desconhecimento acerca dos recursos repassados no âmbito da Visa – seja no tocante à existência de repasses específicos, às ações que devem ser realizadas em função desses repasses, à aplicação efetiva dos mesmos em ações de Visa ou mesmo à destinação própria de recursos para serviços e ações de Visa.

Como se pode perceber na tabela abaixo, os percentuais em relação aos estados são mais equilibrados e denotam uma situação mais favorável em relação ao gerenciamento dos recursos financeiros repassados no âmbito da Visa. No entanto, quanto aos municípios estudados na amostra dessa pesquisa (338, ao todo), pouco mais da metade aplica os recursos repassados exclusivamente em Visa e só 38,5% destinam recursos de outras fontes (que não TAM e PAB VISA) para a execução de ações de vigilância sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b).

Tabela 10 - Identificação do conhecimento acerca da utilização dos recursos financeiros por parte dos coordenadores estaduais e municipais de VISA [2006].

CONHECIMENTO SOBRE O REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS	ESTADOS	MUNICÍPIOS
	N=27	N = 338
	%	%
Tem conhecimento sobre recursos recebidos pela VISA	96,3	64,5
Tem conhecimento das ações que devem ser realizadas em função destes recursos	100,0	64,0
Recursos recebidos são aplicados exclusivamente em VISA	92,6	51,5
Destina recursos de outras fontes para a VISA	66,7	38,5

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006b).

Uma vez que tenhamos feito toda essa análise orçamentária dos repasses federais em relação à vigilância sanitária, penso que seja válido nos voltarmos ainda um pouco mais sobre alguns aspectos estruturais importantes do TAM, particularmente em relação à sua repactuação ocorrida em 2004, sob os ditames de um novo marco normativo – o da Portaria GM/MS n°. 2.473/2003. Nesse sentido, destacaremos a seguir os principais objetivos do TAM, sob a ótica desse novo referencial.

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<p>Fomentar a estruturação, o desenvolvimento e a consolidação do subsistema de vigilância sanitária, no âmbito do Sistema Único de Saúde, em todo o país.</p>	Promover maior equidade na alocação de recursos financeiros para os gestores estaduais e municipais;
	Fortalecer a estrutura gerencial das Vigilâncias Sanitárias estaduais e municipais;
	Priorizar o processo de inspeções periódicas sobre o processo produtivo, produtos, bens e serviços, submetidos ao controle e fiscalização sanitária;
	Fortalecer a capacidade da Rede Nacional de Laboratórios de Controle de Qualidade em Saúde - RNLOCQS;
	Desenvolver sistema de informações, enquanto elemento estratégico para a vigilância sanitária;
	Desenvolver recursos humanos para a vigilância sanitária;
	Incentivar o processo de descentralização para os municípios, de modo a aprimorar as ações de vigilância sanitária.

Quadro 3 - Objetivos do TAM, segundo a Portaria GM/MS n°. 2.473/2003 [repactuação 2004].

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2004).

Nessa repactuação, o TAM passou a ter, então, como diretrizes estratégicas: fortalecer institucionalmente a Vigilância Sanitária, com ênfase no processo de descentralização; desenvolver recursos humanos, para atuação de equipes multiprofissionais, com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalho intersetorial, na perspectiva da promoção da saúde; buscar maior eficiência alocativa de recursos financeiros pelo repasse fundo a fundo, regular, mensal e automático, obedecendo aos valores definidos e com

contrapartida dos estados, Distrito Federal e municípios, além do estabelecimento de metas operacionais relativas às tecnologias específicas de vigilância sanitária, com destaque para inspeções periódicas²⁶.

O rol de ações de média e alta complexidade pactuadas por meio do TAM, já de acordo com a Portaria GM/MS nº. 2.473/2003, inclui inspeções sanitárias em serviços hospitalares, serviços de terapia renal substitutiva e quimioterapia, serviços de radiodiagnóstico, medicina nuclear e radioterapia, laboratórios clínicos, serviços de hemoterapia, bancos de células e tecidos, indústrias de alimentos (considerados os grupos de alimentos de maior risco à época da publicação da Portaria, dentre eles palmito, sal e amendoim), empresas produtoras de medicamentos, comércio farmacêutico, empresas produtoras de saneantes e cosméticos e empresas do ramo de tecnologia de produtos para a saúde, a exemplo de empresas distribuidoras e importadoras de *kits* diagnósticos e empresas de esterilização e reprocessamento de artigos médicos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Desse direcionamento, construiu-se um rol de atividades parametrizadas, por área temática, para programação e pactuação de atividades de inspeção. O quadro abaixo apresenta os maiores níveis de agregação dessas atividades parametrizadas, por áreas e sub-áreas, além do número de atividades a serem programadas/pactuadas em cada uma delas²⁷.

ÁREAS		NÚMERO DE ATIVIDADES PACTUADAS
1. SERVIÇOS DE SAÚDE		18
1.1	SERVIÇOS HOSPITALARES	03
1.2	SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	
1.2.1	TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA E QUIMIOTERAPIA	02
1.2.2	RADIAÇÕES IONIZANTES	05
1.2.3	LABORATÓRIOS CLÍNICOS	02
1.3	SERVICOS DE HEMOTERAPIA E BANCOS DE CÉLULAS E TECIDOS	06
2. PRODUÇÃO E CONSUMO DE ALIMENTOS		08
3. MEDICAMENTOS E DEMAIS PRODUTOS		27
3.1	EMPRESAS PRODUTORAS DE MEDICAMENTOS	10
3.2	COMERCIO FARMACÊUTICO E EMPRESAS PRODUTORAS DE SANEANTES E COSMÉTICOS	12
3.3	TECNOLOGIA DE PRODUTOS PARA A SAÚDE	05
TOTAL		53

Quadro 4 - Parâmetros utilizados para a programação das ações de inspeção sanitária pactuadas no TAM, segundo a Portaria GM/MS nº. 2.473/2003 [repactuação 2004]
Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2004).

²⁶ O Quadro 4 e o Anexo D dessa Dissertação trazem os principais aspectos envolvidos na operacionalização das inspeções sanitárias pactuadas no TAM.

²⁷ Para o conhecimento do detalhamento das ações a serem programadas e pactuadas no Termo de Ajuste e Metas e de suas respectivas metas de cobertura anual, vide Anexo D.

Já as atividades que também deveriam ser programadas e pactuadas, mas que não derivavam de nenhum tipo de parametrização foram agrupadas em: capacitação de recursos humanos, melhoria da gestão e execução financeira.

A pesquisa referida mais acima (realizada por Anvisa e Nescon/UFMG, em 2006) traz mais um dado interessante para a nossa discussão, na medida em que, ao perguntarem sobre o cumprimento integral das metas físicas pactuadas pelo TAM aos estados e municípios, identificaram um percentual muito baixo de respostas afirmativas por parte dos municípios da amostra (14,8%), conforme nos mostra a Tabela 11. Esse dado é preocupante, não só por refletir uma baixa execução das ações programadas em um pacto, como também pelo fato de 50,3% dos municípios em questão não terem sabido responder ao que foi requerido nesse item (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b). Isso, em conjunto com outros dados já explorados ao longo desse capítulo, pode denotar, por sua vez, a baixa capilaridade das temáticas afeitas à descentralização das ações de vigilância sanitária, quando descemos ao nível municipal.

Tabela 11 - Avaliação dos coordenadores estaduais e municipais de Visa sobre o cumprimento das metas pactuadas no TAM [2006]

METAS PACTUADAS	ESTADO N = 27		MUNICÍPIO N = 338	
	n	%	n	%
Integralmente Cumpridas	17	63,0	50	14,8
Parcialmente Cumpridas	10	37,0	49	14,4
Assinou TAM/ não recebeu metas	0	0,0	3	0,8
Não se aplica	0	0,0	69	20,4
Não-resposta	0	0,0	170	50,3
TOTAL	27	100,0	338	100,0

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006b).

Ainda no bojo dessa discussão em torno da pactuação do TAM, foi estabelecido o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA) no valor de R\$420.000,00/ano para aqueles estados cujos recursos obtidos pela parcela *per capita* ficassem abaixo desse valor, com a finalidade de apoiar os estados com menor densidade demográfica²⁸ (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Como estratégia de gerenciamento do Termo de Ajuste e Metas, foi também criado, por meio da RDC n°. 219/2005, um Fundo de Compensação em Visa, a ser administrado pela Anvisa, ao qual todos os gestores têm direitos iguais de acesso. O Fundo tem como fonte

²⁸ Atualmente: Acre, Amapá e Roraima, como consta na Tabela 2.

única os recursos destinados e não transferidos aos estados, municípios e Distrito Federal, cujas contas se apresentem com saldos superiores a 40% dos recursos repassados semestralmente, e que não cumprirem o cronograma pactuado da execução financeira. Considera-se como saldo, para efeito de composição do Fundo, os recursos financeiros em conta bancária, excluídos os recursos comprovadamente empenhados e os efetivamente comprometidos. Quando o saldo apurado for superior a 40% do valor total repassado no período, o Fundo Nacional de Saúde suspenderá, por solicitação da Anvisa, o repasse mensal, até que o gestor em questão comprove utilização dos recursos e apresente saldo inferior a 40%. Os recursos não transferidos por força deste instrumento serão retirados do cronograma de repasse e as unidades federadas, das quais estes forem suspensos, não terão mais direitos sobre os mesmos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Os recursos financeiros deste Fundo serão utilizados para financiar projetos demandados pelos gestores do SUS para, entre outros, apoiar o processo de gestão e descentralização das ações de vigilância sanitária. Estes projetos serão encaminhados pelas respectivas CIBs, analisados pelo Comitê Consultivo de Visa no âmbito da CIT (CITVISA) e aprovados pela CIT. Os critérios de elegibilidade e acesso aos recursos do Fundo serão indicados pelo CITVISA e aprovados pela CIT. O atendimento das solicitações encaminhadas, observados os critérios definidos, será determinado pela ordem de chegada do pleito e sua aprovação associada ao cumprimento dos compromissos do gestor estadual ou municipal com o Ministério da Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Embora esteja regulamentado, o Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária não foi ainda efetivamente implantado, portanto essa ainda é uma discussão meramente retórica no meio da gestão em vigilância sanitária. No entanto, a idéia do Fundo, por si só, mexe com o imaginário de gestores e profissionais de Visa e pode atuar como fator motivador, a despeito do seu caráter punitivo, como nos reporta o trecho citado abaixo, tirado de uma das entrevistas realizadas na fase de campo do estudo:

A partir dessa ameaça do fundo, os coordenadores de vigilância sanitária se sentiram mais respaldados, porque conseguiam ter acesso ao secretário. [...] Eu acho que o Fundo tem um foco punitivo, mas é extremamente necessário. A gente não está falando de convênio. A gente está falando de repasse fundo a fundo, que tem que estar numa rotina de gestão (informação verbal). [E1]

Quanto ao monitoramento e avaliação das ações pactuadas com estados e municípios, percebe-se ainda uma incipiência muito grande nesse processo, como será observado no relato dos próximos parágrafos. Atualmente, os instrumentos utilizados para o acompanhamento das

pactuações realizadas no âmbito do TAM são: os formulários padronizados, os relatórios trimestrais físico-financeiros, os relatórios semestrais financeiros e o relatório anual de gestão²⁹. Já em relação à PPI-VS, o monitoramento é feito por meio da evolução dos indicadores e do cumprimento das metas relativas às ações básicas de vigilância sanitária nos vinte e seis estados, no Distrito Federal e nas capitais³⁰.

Em maio de 2006, o Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (Nadav/Anvisa), realizou, em Cuiabá-MT, uma Oficina de Trabalho para Avaliação do Termo de Ajuste e Metas e para o debate acerca das Novas Perspectivas para o Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária. Por ocasião desse encontro, que reuniu representantes das três esferas de governo, promoveu-se uma discussão bastante produtiva e fundamental para uma análise mais aprofundada³¹ dos rumos da descentralização em vigilância sanitária, tanto por parte dos coordenadores desse processo – no caso, a Anvisa –, quanto por parte dos profissionais e gestores de estados e municípios responsáveis por implementar os pactos realizados em torno da Visa.

Nessa perspectiva, alguns dos problemas identificados em relação ao acompanhamento das informações foram: a falta do cumprimento do prazo para envio das informações e da consolidação destas nos municípios pactuados, a ausência de informação sobre a contrapartida dos estados e municípios e a incoerência do montante de recursos transferidos e informados pelo FNS com os recebidos e informados por estados e municípios – fato que tem sido apontado nesse estudo e que pode denotar a falta de governabilidade sobre a execução orçamentária dos recursos repassados pela esfera federal por parte de alguns órgãos de Visa; esta, por sua vez, reflexo da dificuldade de acesso da Visa às instâncias decisórias e aos altos escalões de suas esferas de governo.

Saindo do âmbito específico do monitoramento e avaliação das ações pactuadas em Visa e passando para uma análise mais global da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, os fatores positivos alcançados nesse período de implementação do TAM foram, segundo o Nadav/Anvisa: a melhoria organizacional, estrutural e logística dos Serviços de Vigilância Sanitária (VISAs); uma maior representatividade política da vigilância sanitária, com participação de seus representantes em fóruns privilegiados (Comitê Tripartite, Câmaras Técnicas, Abrasco, etc.); a definição de uma linha exclusiva para financiamento das ações de vigilância sanitária; o reconhecimento, nas estruturas organizacionais das Secretarias

²⁹ Vide Anexo E.

³⁰ Vide Anexo C.

³¹ Os avanços e desafios expostos nesse ponto da Dissertação servirão de subsídio para a nossa discussão no capítulo 5 e são fruto da análise documental feita para esse estudo, no caso, do relatório da oficina supracitada.

Estaduais de Saúde, da Visa como parte integrante da gestão; e o processo descentralização para os 791 municípios pactuantes atualmente.

Por outro lado, os aspectos negativos, ainda na visão do órgão federal, seriam: não ter ainda alcançado todos os objetivos e diretrizes incluídas no pacto, nem implantado um sistema de informação informatizado para o acompanhamento das pactuações; não ter construído critérios de avaliação qualitativa e indicadores de desempenho, estando a avaliação na esfera quantitativa do cumprimento das metas de inspeção; não ter acompanhado de forma eficiente o processo de descentralização para os municípios; assim como não ter garantido maior aproximação nas relações com estados e municípios.

Já na visão dos estados, segundo consta em seus Relatórios de Gestão enviados anualmente à Anvisa, os maiores avanços alcançados se referem ao estabelecimento de parcerias intersetoriais, investimentos na capacitação da equipe técnica e aquisição de equipamentos de tecnologia avançada, realização do planejamento das ações de Visa em conjunto com as vigilâncias ambiental e epidemiológica, a melhor estruturação dos órgãos de Visa, autonomia para implementação das ações de Visa, e a descentralização da execução das ações com definição de papéis nos níveis estadual e municipal.

Para esses atores, os principais entraves no processo de implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária seriam: a existência de uma pactuação generalizada – não observando as diferenças locais e comprometendo o princípio da equidade; a fragilidade no relacionamento com as células de gestão das microrregionais de saúde; a morosidade na operacionalização dos recursos financeiros; RH's insuficientes e não capacitados; apoio insuficiente ao Lacen; ingerências políticas; o recurso ainda ser pouco para desenvolver ações de Visa de uma forma mais efetiva; a falta de conhecimento sobre Visa por parte dos gestores de saúde e prefeitos; a ausência de um sistema de acompanhamento informatizado e interligado às VISAs municipais; e a inexistência de cadastros atualizados de estabelecimentos sujeitos à Visa.

Corroborando com a visão dos atores do SNVS, os resultados da pesquisa desenvolvida por Anvisa e Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, em 2005 e 2006, apontaram que número insuficiente de profissionais, falta de capacitação aos servidores, escassez de recursos físicos e financeiros e precariedades das instalações e condições de trabalho são as dificuldades mais prevalentes, tanto no âmbito estadual, quanto no âmbito municipal. Já quanto aos aspectos positivos relacionados à criação da Anvisa e ao advento do

TAM, os estados e municípios pesquisados³² apontaram o seguinte panorama: incentivo à descentralização; aumento dos recursos financeiros (a despeito deles ainda serem poucos), com maior segurança em relação ao recebimento destes; melhoria na estrutura de trabalho e na qualidade dos serviços prestados; maior autonomia nas ações realizadas; aumento na capacitação dos profissionais (a despeito de toda a problemática ainda existente em relação à gestão de pessoas em relação à Visa). Tudo isso denota um visível fortalecimento da Vigilância Sanitária, segundo os autores do estudo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006c).

De um modo global, na visão do Nadav/Anvisa, pode-se dizer que o TAM, na sua versão de 2000, limitava-se aos entendimentos entre a União e os Estados, apresentava uma baixa performance da execução financeira e restringia-se a algumas atividades de Visa apenas. Já com a repactuação, em 2004, o pacto passou a ser negociado entre as três esferas de governo, passou a abranger todas as atividades de Visa e foi criado o Fundo de Compensação em Visa.

Num esforço de síntese para com os trechos acima dispostos, podemos citar Costa (2001a, p. 42), a qual argumenta que:

Os processos decorrentes desses arranjos têm resultado em fortalecimento dos serviços estaduais – em certos casos chegando aos municípios –, pois a pactuação com os estados tem significado o repasse de recursos financeiros e apoio técnico não experimentados antes. Os critérios de aplicação são flexíveis, permitindo o emprego dos recursos para atender a um amplo leque de opções e necessidades dos serviços: infra-estrutura, equipamentos, materiais, veículos, formação e capacitação de recursos humanos são alguns. Contudo, devido à pouca experiência de planejamento, programação e gestão orçamentária, entre outros aspectos, observa-se que a maioria dos órgãos estaduais tem tido dificuldade em empregar tais recursos com agilidade. Essa situação indica a necessidade de apoio, na questão orçamentária, aos órgãos que dele necessitem, para que os recursos públicos, sempre escassos, possam produzir resultados mais rapidamente.

Além disso, e a despeito de todos os avanços conseguidos na descentralização das ações e recursos referentes à Visa, deve-se ter uma posição crítica e admitir que ainda é baixo o número de municípios com a pactuação referente ao Termo de Ajuste e Metas realizada, apresentando inclusive grandes desigualdades regionais em relação à efetivação desse instrumento de pactuação e descentralização.

Assim, entre os desafios para o futuro da Anvisa está a perspectiva de ampliar e reforçar sua atuação com uma série de parceiros, com evidente destaque para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contemplando a heterogeneidade do país, admitindo-se,

³² Lembrando: todas as VISAs estaduais e VISAs municipais das capitais do país, além de 14 VISAs municipais de municípios com população acima de 500.000 pessoas.

portanto, que o sistema de saúde tenha a conformação que mais se adapte a cada realidade locorregional e às decisões das instâncias deliberativas respectivas, uma vez que a descentralização das ações de vigilância sanitária para estados e municípios apresentou-se de forma mais lenta do que nas demais áreas da saúde.

Nessa via de debate, o Pacto pela Saúde, editado pelo Ministério da Saúde em março de 2006, traz a pactuação como um instrumento de fundamental importância para consolidação do processo de descentralização em novo ambiente de negociação, o da responsabilidade solidária compartilhada pelos três entes federados. Faz-se então necessário definir, de forma tripartite, um novo modelo de financiamento e responsabilização que contemple as novas atribuições assumidas pelos gestores, com aumento do leque de responsabilidades – o que iremos abordar de uma forma mais detalhada à frente: nas próximas subsecções desse capítulo e ao longo do capítulo 5.

3.1.3 Uma análise crítica da atual proposta de classificação das ações de Visa

Em uma outra pesquisa recente, realizada por Anvisa e Nescon/UFMG³³, com o intuito de conhecer o grau de incorporação das ações incluídas no campo da Visa às rotinas dos profissionais que atuam na atenção básica em saúde, em uma amostra de 379 municípios de todas as regiões do país e todos os tipos de porte populacional, constatou-se que 71,5% dos serviços municipais de Visa foram criados há até dez anos, ou seja, a partir de 1996 (Vide Gráfico 3, abaixo). Esse fato parece reforçar a importância das medidas descentralizatórias implementadas em nível nacional desde então. Por outro lado, apenas 15 municípios da amostra (4%) afirmaram possuir serviços de Visa implantados anteriormente à criação do SUS, fato que reforça o impulso técnico, normativo e organizacional dado ao campo da Visa após a instituição das bases doutrinárias, legais e operacionais do SUS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006a).

³³ Pesquisa “Ações de Vigilância Sanitária na Atenção Básica” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006a).

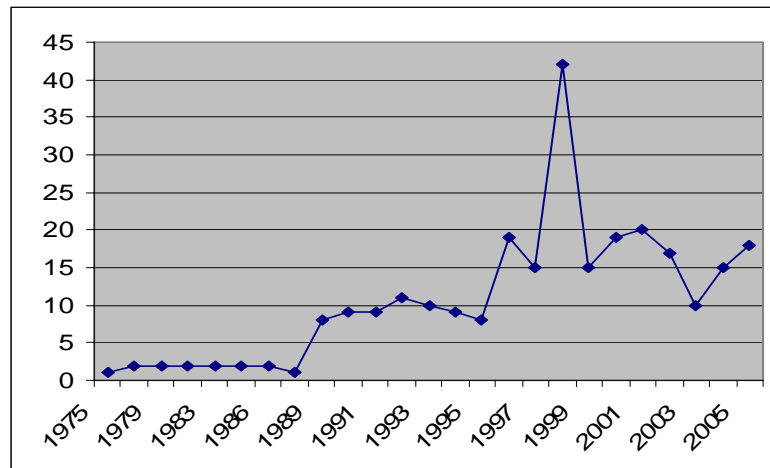


Gráfico 3 - Frequência de implantação de serviços municipais de Visa no Brasil nos últimos 30 anos [1975-2005]

Fonte: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006b).

Assim, mais cedo ou mais tardiamente – com a instituição do SUS, a partir da NOB 96 (com a inclusão de repasses de recursos financeiros específicos para a área) ou da criação da Anvisa e advento do TAM – os estados e parte dos municípios brasileiros passaram a experimentar um processo de dinamização, ampliando as ações de vigilância sanitária.

No que diz respeito ao nível de complexidade das ações realizadas pelos serviços municipais de Visa, adotando-se como parâmetros a baixa, a média e a alta complexidade – os quais, a despeito de toda crítica que possamos fazer nessa dissertação, compõem efetivamente a proposta que ainda está em vigor, portanto, parâmetro para desde a pactuação de ações entre as esferas de governo até a realização de estudos acadêmicos – verificou-se que todos executam aquelas ações consideradas básicas ou menos complexas, sendo que 42,2% se limitam a atuar apenas nesse nível. Para as ações de média complexidade, constatou-se que quase a metade (42,7%) dos municípios executam procedimentos neste nível, além das ações básicas. E um último dado bastante interessante desse estudo é que, entre os 40 municípios que se disseram capacitados para realizar ações de alta complexidade, 75% estão situados nas regiões Sul e Sudeste e possuem mais de 100.000 habitantes – fato que condiz perfeitamente com a realidade da pactuação do TAM hoje no Brasil (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006a).

Essa classificação de serviços de baixa, média e alta complexidade precisa ser melhor discutida para o campo da Vigilância Sanitária, isso porque ela sempre esteve relacionada à hierarquização dos serviços para responder aos problemas de saúde de acordo com os níveis de atenção, primário, secundário e terciário que corresponderiam respectivamente aos serviços de baixa, média e alta complexidade, e a nossa discussão acerca de transcendência de

risco e heterogeneidade de atributos para execução de ações de Visa talvez não permita um modelo tão linear assim.

Todas as ações citadas até o momento neste trabalho, na verdade, são apenas representativas do universo das ações de média e alta complexidade de Visa listadas na Portaria SAS nº. 18/1999 (BRASIL, 1999b), porém, não atendem plenamente às necessidades atuais do SNVS. No momento da instituição dessa portaria, essas ações foram incorporadas à Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, porém, deve-se ressaltar a sua importância, tendo em vista o contexto histórico em que ela foi emitida (à época da criação da Anvisa) e a sua forma de elaboração, que contemplou a criação de um grupo de trabalho integrado por coordenadores de Visa dos estados (CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Essa Portaria definiu a hierarquização das ações de vigilância sanitária em básica, média e alta complexidade. Esta definição, por sua vez, vincula as ações hierarquizadas às modalidades de gestão habilitadas (no momento de sua instituição normativa, pela NOB 96³⁴). Em particular, no que se refere aos municípios, em muitas ocasiões não se encontrava correspondência entre a hierarquia das ações de Visa e a modalidade de habilitação. Entretanto, mesmo não atendendo completamente às exigências da área, essa hierarquização foi o ponto de partida para uma discussão mais pragmática (apesar de poder ser julgada como primária, também se tratou de uma proposta primordial e inovadora naquele momento), definindo o que deve ser assumido como atribuições de cada um dos gestores envolvidos e escalonando as atividades pactuadas em função das realidades de cada instância gestora (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Todavia, é claro que desde o primeiro TAM, celebrado em 2000 entre a Anvisa e os estados, e nas subseqüentes pactuações entre os estados e os municípios, estes buscavam alternativas de “interpretação” da classificação das ações de Visa relacionadas naquela Portaria para que fossem contempladas as especificidades locais, uma vez que a complexidade

³⁴ Para o estado, as condições de gestão eram: a Gestão Plena do Sistema Estadual e a Gestão Avançada do Sistema Estadual, em ordem crescente de complexidade e de assunção de responsabilidades. Já para os municípios, essas condições eram: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. A responsabilidade pelas ações de Visa deveria ser assumida, em tese, segundo a capacidade de gestão denotada pela graduação da modalidade de habilitação do ente governamental em questão. Por exemplo, aos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção básica, cabia a execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS; já para aqueles habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, competia a execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS. Para os estados, utilizou-se uma lógica semelhante, só que com ações voltadas à coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar, nos casos em que se fizesse necessário, conforme previsto na Lei nº. 8.080/90. Esse foi um dos objetivos explicitados na Portaria SAS nº. 18/1999: tornar compatível a hierarquização das ações com os requisitos da NOB 96, proporcionando instrumentos necessários ao desenvolvimento do processo de descentralização em saúde.

em vigilância sanitária é, em grande parte, decorrente da dimensão e diversidade territorial do país e da necessária abordagem intersetorial, mesmo para ações/objetos de baixa densidade tecnológica. Concorrem também para essa complexidade, a repercussão política e econômica que pode ter a atuação da Visa e os conflitos de interesses que podem ser suscitados. Assim é que inúmeras discussões e críticas apontam a necessidade de ir além da reformulação à classificação das ações e ao seu conteúdo, mas avançar no entendimento das ações de Visa de forma mais ampla, sendo a sua “categorização” ou classificação algo mais complexo do que a mera elaboração de uma lista de procedimentos (CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Ademais, não fechando esse ponto só em relação à complexidade, deve-se também reforçar a todo o momento que a descentralização da Visa não pode ser feita em correspondência direta ao porte do município. Há necessidade de se considerar várias dimensões e, especialmente, não relacionar a questão da complexidade apenas à densidade tecnológica, uma vez que o risco à saúde da população não tem correspondência direta a ela, ou seja, pode inclusive ser maior quando a densidade tecnológica for menor (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a).

Um outro aspecto importante a ser abordado é que a descentralização da vigilância sanitária não tem correspondência direta com a descentralização das demais ações de saúde, uma vez que, sendo a vigilância sanitária uma ação típica do Estado³⁵, deve ser realizada por profissionais com investidura para tal, não sendo possível “terceirizar” suas ações como se tem feito com a assistência à saúde.

Além disso, como já ressaltado, os riscos à saúde advindos de danos ambientais, produção e circulação de bens e pela prestação de serviços nem sempre respeitam territórios ou espaços geográficos, já que os produtos podem circular por todo o território nacional (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a). Nesse sentido, Souza (2002a, p. 43) coloca que:

³⁵ No mundo ocidental, dentro da lógica que construiu o Estado moderno, a vigilância sanitária é, sem dúvida, uma das áreas que se convencionou chamar de funções típicas do Estado. Sua tarefa de mediatizar, técnica e politicamente, os interesses dos diversos segmentos sociais na definição dos regulamentos e usar de poder coercivo para fazer cumpri-los é intransferível (LUCCHESI, 2001b). Ou seja, o poder de polícia é inerente ao Estado. Trata-se de um poder-dever que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização de seu cumprimento, assim limitando as liberdades individuais, e as condicionando aos interesses coletivos assegurados pelo Poder Judiciário. Apenas deve-se ter o cuidado de não reduzir as práticas de Visa ao próprio poder de polícia e à fiscalização, pois isso tem produzido sérias distorções. A fiscalização é uma função essencial e intransferível do Estado, mas reduzir a ação da Visa à mesma é simplificar o longo processo histórico de construção do seu objeto e limitar seu alcance na transformação das condições de saúde (COSTA; ROZENFELD, 2000).

As diretrizes de regionalização e hierarquização para organização do SUS aplicam-se aos seus subsistemas, inclusive ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Estas, enquanto diretrizes para organização do SNVS estão condicionadas à capacidade de cada nível de gestão do sistema em resolver os seus problemas. No entanto, o modelo de prática que a Vigilância Sanitária desenvolverá no nível local do SUS está diretamente condicionado pelo modelo de atenção à saúde no qual ela estará inserida – mais um pressuposto para reforçar a necessidade de uma discussão mais profunda acerca das especificidades locorregionais quando da pactuação de ações em Visa.

Portanto, não se pode conviver, num campo como o da vigilância sanitária – com tantos vetores de risco diferenciados e com uma complexidade de atuação tão visível – com elencos mínimos obrigatórios focados apenas em metas quantitativas de inspeção e ações orientadas pelos mesmos níveis de complexidade da assistência à saúde. Seria perder a grande oportunidade de se fazer um exercício genuíno de planejamento e gestão: novo, peculiar, premente, com espaço para o debate das especificidades locorregionais, mas também das necessidades e vocações regionais e nacionais, para só então promover uma pactuação de ações que seja realmente impactante, tanto nas dimensões social, epidemiológica e sanitária, quanto economicamente.

Igualmente, não obstante ao que já se conseguiu mediante o uso de instrumentos de pactuação e da adoção de metodologias inovadoras de planejamento, é possível constatar que a Visa ainda não construiu uma “cultura de planejamento” em estreita relação com os objetivos organizacionais do setor (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a).

Fica patente, então, que a política de Visa tem um viés normativo muito forte, com o foco na montagem de um sistema administrativo, configurado por uma série de rotinas orientadas para o controle e o cumprimento de metas quantitativas. Esse traço deve ser modificado, com vistas a agregar aspectos relativos também à qualidade das ações executadas e àqueles voltados para a melhoria de características político-institucionais e organizacionais.

Assim, para que os gestores estaduais e municipais possam propiciar melhores condições de trabalho e de gestão em seus serviços de Visa, torna-se urgente e inadiável uma revisão dos critérios de pactuação³⁶ – incluindo aí a categorização de ações de Visa –, dos

³⁶ Um primeiro indício do movimento que tem sido feito no sentido de se efetivar essa mudança de lógica da programação das ações de vigilância sanitária classificadas por níveis de complexidade, por um embasamento na lógica da responsabilidade sanitária é a edição da Portaria GM/MS n°. 399/2006 (que regulamenta as diretrizes operacionais do Pacto pela Vida, do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão – pactos que, somados, representam o Pacto pela Saúde, nova estratégia de direcionamento técnico e político, no âmbito da gestão do SUS), o que nos remete à idealização de uma proposta de ações voltadas para estruturação dos órgãos de vigilância sanitária, para o fortalecimento da gestão e para o controle dos riscos sanitários, em consonância com as prioridades definidas no Pacto pela Saúde. Do Pacto pela Saúde falaremos mais adiante, para que o mesmo fique mais bem contextualizado no escopo dessa Dissertação.

valores dos recursos financeiros alocados para a área e da dinâmica de monitoramento e avaliação dos pactos firmados, visto se tratar de um dos campos com ação mais transversal da Saúde Coletiva, em termos da transcendência de impacto – desde a promoção e proteção até a reabilitação da saúde.

3.2 Tensões e reflexos do debate contemporâneo na agenda política setorial

Com uma dinâmica de atuação complexa, heterogênea, interdisciplinar e intersetorial em todos os níveis de governo, a Vigilância Sanitária requer um novo olhar político para enfrentar velhos desafios. Um dos principais desafios a ser enfrentado diz respeito à consecução de uma política de financiamento que garanta sustentabilidade às ações de vigilância sanitária em todos os níveis do sistema (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006e).

No entanto, é preciso ter cuidado para não se pensar em alguns momentos desse trabalho que se defende unicamente uma política de financiamento mais vigorosa para o campo da Visa, pois embora o financiamento da vigilância sanitária tenha que passar a ser visto como um investimento social e como um componente essencial ao desenvolvimento econômico, o nosso intuito nesse estudo é exatamente não dar um destaque maior à política de financiamento, mas sim situá-la no contexto global das relações governamentais e o dos debates em torno da gestão do SNVS.

Essa preocupação ocorre porque a discussão da descentralização, ao se dar de forma acoplada à do financiamento, faz com que, muitas vezes, a motivação dos governos locais seja prioritariamente assegurar o maior aporte de recursos. No entanto, sabe-se que o repasse de recursos, isoladamente, pouco contribui para a descentralização das ações com efetividade, e que essa efetividade só poderá ser alcançada pela incorporação das categorias risco e qualidade no processo de trabalho da vigilância sanitária e pelo modo de operação articulado dos serviços de vigilância sanitária em um sistema, cuja estrutura não se restrinja ao organograma, mas tenha relação com o escopo das práticas, com a capacidade institucional para realizar o trabalho, com o conteúdo e os fluxos da informação, com o chamado corpo doutrinário que orienta a realização das atividades e com o estabelecimento de mecanismos regulares de controle, tanto em relação à responsabilidade e transparência administrativa,

quanto em relação à eficiência do sistema (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005c).

Por outro lado, a descentralização transformada em ideologia corre o risco de perder o seu sentido estratégico e, da forma como está predominantemente interpretada, deixa o Sistema deficitário em termos de eficiência na avaliação do risco e de prevenção do dano sanitário. Como dito acima, a construção do Sistema não depende somente de transferência de recursos, embora esta seja fundamental. Apesar de fragmentado em partes e níveis de governo, a eficiência do SNVS depende não somente de aspectos administrativos que articulem a sua coesão. Os interesses envolvidos são fortes, enquanto que a ação deve cobrir as funções previstas de forma a abranger todos os focos de risco, objetos de sua ação preventiva. Nesse sentido, a mediação política é parte inseparável da ação técnica em vigilância sanitária. Logo, a ação principal, pelo menos nesse momento de construção do SNVS, situa-se na dimensão política (LUCHESE, 2001b). A inclusão dos municípios na responsabilização de efetivar ações de vigilância sanitária tem representado avanço formidável e um bom exemplo da dose de pragmatismo necessária ao que estamos nos reportando neste subtópico.

Nesse sentido, é preciso que o financiamento seja discutido levando-se em consideração que ele se encontra diretamente relacionado a uma proposta de descentralização, que por sua vez deve ser pensada à luz do fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sistema este complexo, que deve funcionar de forma cooperativa e integrada e pautado pelo princípio da equidade. Ou seja, dando mais a quem mais necessita e não apenas se pautando pelo financiamento *per capita*. Além disso, deve-se incentivar os municípios que ainda não realizam ações de VISA a se estruturarem para tal, de forma a compor de fato o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a).

Sabe-se que a responsabilidade maior pelo financiamento da saúde é atribuído da União. Porém, isto não exclui outras instâncias de governo de compartilhar seu custeio. Nesse sentido, faz-se necessário que os demais gestores, ao elaborarem seus orçamentos, garantam um patamar de recursos que se some aos alocados pela instância federal (DE SETA; SILVA, 2001).

Essa, por sua vez, não é uma discussão simples, pois, ao se refletir sobre as ações e o financiamento do SNVS, há sempre a dificuldade de se estimar o custo das ações de vigilância sanitária, tendo em vista que cada estado e município do país possuem especificidades e diferenças que devem ser levadas em consideração, não apenas para a

alocação de recursos, mas também para o desenho da política de descentralização e para a proposta de elenco de ações de Visa possíveis/necessárias de serem realizadas em cada local, considerando-se que os riscos sanitários e os processos de trabalho não são necessariamente os mesmos em todos os locais, ainda que a densidade populacional possa ser semelhante (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005a). Tudo isso torna urgente a qualificação desse processo de descentralização/municipalização da inteligência sanitária e das ações de Visa, de modo a efetivamente poder descentralizar e implementar a Visa nos pequenos municípios – grande lacuna do sistema (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005c).

Por tudo isso, a criação da Anvisa proporcionou o resgate político e técnico da área e a pactuação passou a ser instrumento de fundamental importância para consolidação do processo de descentralização em novo ambiente de negociação e com um propósito claro: o da responsabilidade solidária compartilhada pelos três entes federados, a despeito do baixo poder de indução do financiamento disponível para o setor (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006e).

Porém, ainda é possível se observar que existe certo desequilíbrio no SNVS, considerando-se a ação da Anvisa, dos estados e dos municípios e a demanda de amplos setores cujas atividades dependem, de maneira direta ou indireta, de regulamentação do Estado. A Agência ampliou sua capacidade organizativa, de interlocução com o setor regulado e com os demais níveis de gestão do SUS. Contudo, a própria Anvisa ainda está em processo de organização e compreensão acerca de sua ação regulatória, fato que gera conflitos na definição de seu papel e das competências de estados e municípios (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005c).

Paralelo a isso, considere-se a pouca qualificação dos gestores municipais para implementação do processo de descentralização da Visa, a baixa prioridade atribuída ao campo da proteção à saúde pelos gestores do SUS; a hegemonia do campo da assistência à saúde e a baixa visibilidade da Visa dentro das práticas sanitárias (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005c). Esse é o contexto complexo e multifacetado no qual a descentralização das ações de vigilância sanitária se insere.

Nessa perspectiva, num movimento de recomposição das práticas de gestão do SUS e, por conseqüência, em Visa, o Ministério da Saúde editou recentemente uma portaria regulamentando o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde na forma de Blocos de Financiamento, bem como o respectivo

monitoramento e controle dos recursos³⁷. Entretanto, pelo artigo 22, fica definido que o “componente da vigilância sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde”. Para a elaboração de uma proposta para essa regulamentação, foi criado um grupo de trabalho tripartite, o qual deverá estabelecer os critérios para o financiamento do componente vigilância sanitária, a proposta de construção dos elencos de ações que nortearão a pactuação entre as três esferas de governo e o sistema de monitoramento e avaliação dos pactos firmados.

Esse trabalho de regulamentação específica do componente da vigilância sanitária no Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, por sua vez, tem que se dar de uma forma extremamente coerente com a realidade em que estamos inseridos atualmente: em conformidade com a dinâmica do Pacto pela Saúde e com as diretrizes do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Digo isso porque esses foram os grandes movimentos que impactaram no campo da Visa no ano de 2006 – a construção tripartite do Pacto pela Saúde e do PDVISA.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, ao mesmo tempo em que redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Sua implementação se dá pela adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), o qual substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente (BRASIL, 2007a).

Como já dito em nota anteriormente, o Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão – todos com suas prioridades, diretrizes, iniciativas e ações definidas visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, as formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), substituindo, assim, as mais de cem "caixinhas" que eram utilizadas para essa finalidade (BRASIL, 2007a).

³⁷ Portaria GM/MS n°. 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007b).

Em conformidade com a dinâmica de construção e implementação do Pacto pela Saúde, também em 2006, construiu-se o Plano Diretor de Vigilância Sanitária, com o intuito de se firmar como um instrumento de eleição de prioridades em Visa, que reconhece a diversidade do país e respeita a dinâmica das especificidades e heterogeneidades locais, contemplando as diretrizes norteadoras necessárias à consolidação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS. Esse Plano Diretor, além de atender a uma reivindicação da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária (realizada em novembro de 2001), é o resultado de um processo amplo e democrático de discussão e pactuação, iniciado em março de 2005, com as três esferas de governo, observando as múltiplas visões e experiências dos gestores, profissionais de saúde e conselheiros, entre outros atores do SUS envolvidos nesse processo. Estima-se que em torno de 10.000 pessoas tiveram a oportunidade de participar de um dos momentos de discussão desse processo e que esse movimento propiciou, além do acúmulo de conhecimentos, a possibilidade de articulação entre as esferas de gestão e de integração entre os atores do SUS (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Nesse sentido, é importante ratificar que a construção desse Plano Diretor se deu no bojo dos debates do Pacto pela Saúde e, por isso, está articulado com suas diretrizes e seus desdobramentos, num esforço de se manter relações tanto temáticas quanto processuais entre esses dois instrumentos contemporâneos do SUS. Portanto, todo o processo de elaboração do PDVISA também foi devidamente balizado e pactuado pelas instâncias colegiadas do SUS: CIT e Conselho Nacional de Saúde e suas comissões e grupos de trabalho temáticos de vigilância.

Como dito, esse Plano aborda as diretrizes para o fortalecimento do SNVS e sua efetiva consolidação como parte integrante do SUS, agregando-as em cinco eixos, a saber:

1. Organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS;
2. Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes;
3. A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde;
4. Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico e
5. Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social. O intuito é que essas diretrizes orientem o processo de planejamento das ações de Vigilância Sanitária, tornando-se um facilitador dos instrumentos de gestão já instituídos no SUS.

A concretização das diretrizes do PDVISA, por sua vez, se dará por meio da construção de um instrumento de planejamento, negociação e cooperação pactuada e

ascendente, baseado na lógica da responsabilidade sanitária – o Plano de Ação em Vigilância Sanitária. Nele, serão explicitadas as ações a serem implementadas, possibilitando a definição de responsabilidades de cada gestor e considerando os instrumentos de pactuação e programação vigentes no SUS. Ou seja, o Plano de Ação, a ser elaborado por cada município e estado de uma forma integrada aos seus Planos de Saúde, é o documento pelo qual será efetuado o pacto entre os gestores, no que diz respeito à realização de ações de Visa, as quais vão depender da responsabilidade e capacidade de gestão desse ente e do risco sanitário presente no território, dentre outras características peculiares à Visa – já citadas nesse estudo (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007).

Talvez o grande intuito de todo esse processo seja provocar uma reflexão profunda sobre as repercussões das atividades de vigilância sanitária, apontando para a mediação entre aquilo que cada ente federado pode e deve fazer, dentro das suas possibilidades e responsabilidades gestoras, para que tenhamos realmente um plano factível dentro do SNVS.

O recurso financeiro para o custeio e investimento das ações de Visa, estabelecidas no Plano de Ação, é tripartite. No que diz respeito aos recursos federais, estes serão regulamentados no Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde³⁸, em conformidade com o Pacto pela Saúde, considerando os recursos financeiros do TAM e do PAB VISA.

Em síntese, a elaboração do Plano de Ação representa o primeiro passo para a operacionalização do PDVISA e integra o Termo de Compromisso de Gestão (TCG³⁹) a ser

³⁸ Segundo consta na Portaria GM/MS n.º. 204/2007, O Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes: I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e II - Componente da Vigilância Sanitária, e os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

No entanto, existem diferenças importantes nos critérios envolvidos no financiamento e na descentralização dos componentes Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária, notadamente no sentido de que é possível se perceber que a magnitude dos recursos destinados ao primeiro é extremamente diferenciada, em relação ao segundo (DE SETA, 2006). A título de ilustração, basta sabermos que os valores *per capita* para custeio das atividades referentes às ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde variam de R\$ 1,80 a R\$ 4,08 *per capita*/ano, enquanto na Vigilância Sanitária, o que temos são os R\$ 0,25 *per capita*/ano do PAB VISA (diferenciados apenas em 2006, para R\$ 0,40, por conta de um incremento pontual) e os repasses do TAM, que são de R\$ 0,15 *per capita*/ano para os estados (dos quais, de R\$ 0,10 a R\$ 0,12 destinam-se aos municípios pactuados naquele estado), R\$ 0,10 *per capita*/ano alocados diretamente pela Anvisa aos municípios pactuantes e os valores referentes às TFVS, que são variáveis, mas não chegam a ultrapassar tanto o montante referente ao MAC VISA *per capita* de cada estado. Portanto, há que se cuidar para que todo esse processo culmine com o efetivo envolvimento da Visa para o alcance das metas sanitárias prioritárias no âmbito do Pacto pela Saúde, mas sem descuidar do aporte de recursos para esse campo, de modo a lhe dar não só sustentabilidade de ação, mas também, e mais que isso, avanços na direção de sua consolidação como ação transversal e estruturante do SUS.

³⁹ No escopo da Portaria GM/MS n.º. 699/2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, estão estabelecidos os conteúdos dos Termos de Compromisso de Gestão das três esferas de governo. Nesse sentido, nos TCGs Estadual e Federal, estão delineados indicadores referentes à elaboração de Planos de Ação em Vigilância Sanitária, quais sejam: Proporção de municípios com Planos de Ação em Visa aprovados pela CIB (Meta de 30%) e Proporção de estados com Planos de Ação aprovados pela CIB (Meta de 100%), respectivamente.

assinado pelos gestores, harmonizando as ações empreendidas por cada esfera de governo e proporcionando, dessa forma, a efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Porém, considerando que a regulamentação da inserção das ações de vigilância sanitária no Pacto pela Saúde será efetivada em 2007 e que vivemos um momento de transição importante, permanece em vigor o Termo de Ajuste e Metas, como instrumento de planejamento e de regulamentação do repasse de recursos financeiros para apoiar a descentralização das ações de Vigilância Sanitária, orientado para a negociação, para a pactuação e para a realização das ações de média e alta complexidade (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006e).

No bojo desse debate, instituiu-se ainda, no âmbito do SUS, a Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP-VS), que vem a substituir a dinâmica de pactuação e programação da PPI-VS. A PAP-VS, no que concerne à Visa, traz como inovação a pactuação de ações que visam a atender às Prioridades do Pacto pela Vida (vide Quadro abaixo e Anexo E), assim como ao reforço dos desdobramentos pragmáticos do PDVISA, quando se compromete com a ação de “elaborar Planos de Ação para a implementação da vigilância sanitária, integrados aos Planos de Saúde”, com parâmetros e metas que se coadunam com o disposto nos TCGs das esferas estaduais e federal.

AÇÃO		PARÂMETROS	METAS
12. PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA			
12.1	Elaborar Plano de Ação para implementação da Vigilância Sanitária, integrado ao Plano de Saúde	Plano de Ação em Vigilância Sanitária elaborado, conforme instrutivo.	100% dos estados e DF com Plano de Ação em Vigilância Sanitária elaborado; 30%, no mínimo, dos municípios de cada estado, incluindo os 10 municípios com população maior de 100.000 habitantes, com Plano de Ação em Visa elaborado.
12.2	Expedição de alvará e de licença sanitária para estabelecimentos cadastrados abaixo:		
12.2.1	Serviços de diagnóstico e tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama	Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.	100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.
12.2.2	Serviços hospitalares (Maternidade e UTI Neonatal)	Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.	100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.
12.2.3	Serviços de alimentação	Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.	20% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.
12.2.4	Serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia	Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.	100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.

Quadro 5 - Ações, parâmetros e metas relativos à vigilância sanitária na Programação de Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde [PAP-VS 2007].

Fonte: Brasil (2007c).

É importante ressaltar que urge decidir sobre uma proposta mais bem estruturada e que abarque um mais longo prazo⁴⁰, com vistas ao cumprimento dos Planos de Ação, decorrentes do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, a partir de 2007, levando-se em consideração que não existe recurso novo para indução dos Planos de Ação; que os recursos da Vigilância Sanitária (PAB VISA e TAM) compõem o bloco de financiamento da Vigilância em Saúde, conforme a Portaria GM/MS n°. 698/2006; que o SUS é co-financiado pelas três esferas de gestão, conforme Emenda Constitucional n°. 29; e que o subsistema de Visa é parte integrante do SUS, sendo importante negociar com municípios e estados o compromisso de alocar, em ações de promoção à saúde, parte dos recursos do cumprimento da EC.

Por fim, podemos inferir alguns argumentos interessantes de toda essa discussão: mesmo a definição legal da vigilância sanitária colocando que esta área se constitui como possibilidade de intervenção do Estado na produção de bens e de serviços de interesse da saúde, não se pode perder a perspectiva de que esta possibilidade de intervenção também se constitui como espaço para construção da cidadania e para promoção da saúde. É necessário, portanto, que a vigilância sanitária sofra um processo de ressignificação no campo da Saúde Coletiva, compartilhado com o conjunto de profissionais do setor saúde e com a sociedade brasileira, o que demandará um conjunto de mudanças, que inclui novas formas de relação com a sociedade, o setor produtivo e dentro do SUS e a recomposição de suas práticas de trabalho para além da fiscalização, do extremo apego à base legal. Desta forma, deve ser estendida a compreensão da vigilância sanitária para além de seu aspecto regulatório (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005c).

A perspectiva colocada é da consolidação de uma rede muito ampla, composta pelas organizações especificamente responsáveis por vigilância sanitária nas três esferas de governo, laboratórios de saúde pública, serviços de vigilância epidemiológica, instituições de ensino e pesquisa, serviços assistenciais de saúde, Ministério Público, organizações não governamentais, empresas privadas e um grande número de outros atores, cuja atuação interfere nas condições de vida da população.

Isso tudo significa mudar muito, forjar efetivamente um novo paradigma para a vigilância sanitária – realmente inserido no SUS (física, financeira, doutrinária e estrategicamente) –, transformar a cultura sanitária do país e as mentes dos trabalhadores e

⁴⁰ Por enquanto, tem se vivido a fase de transição para o Pacto pela Saúde no Brasil, até que todos os entes governamentais assinem e implementem seus TCGs. Em 2006, continuou havendo a PPI-VS; para 2007, propôs-se a PAP-VS. Porém, o que eu chamo a atenção aqui é para que se busque mecanismos que garantam a sustentabilidade e potencial de impacto dos Planos de Ação em Visa, na condição de um instrumento inovador e estruturante para o campo da Visa.

gestores da área da saúde. Dessa forma, considera-se que partes de um mesmo processo devem funcionar harmonicamente para a aproximação de um mesmo objetivo comum: a melhoria da qualidade de vida e a redução do risco e do dano à saúde.

3.2.1 Uma síntese possível

Uma das tônicas desse capítulo foi mostrar que a discussão do financiamento do sistema é importante, mas não se esgota em si mesma, uma vez que realizar melhorias na gestão não depende apenas de recursos financeiros. Para além disso, é necessário que os gestores percebam a necessidade de priorizar o trabalho de VISA na agenda da Saúde, mudando a forma de olhar a questão sanitária. O SNVS foi construído pela lógica da complexidade das ações, e o plano é para que se trabalhe a partir da lógica da responsabilidade sanitária, o que é fundamental para a melhoria dos serviços prestados à população brasileira, ressaltando-se que, na consolidação do SNVS, a idéia do compromisso sanitário (responsabilização pela saúde dos cidadãos, cooperação entre os entes federados) deve ser maior do que a idéia da autoridade territorial (poder de polícia, fiscalização e punição), para que transitemos, quando da discussão em torno da descentralização das ações de vigilância sanitária, do debate sobre a distribuição de recursos para o debate sobre o compromisso com a responsabilidade sanitária.

Nessa perspectiva, Costa (2004a, p. 263) coloca que:

A estruturação dos serviços de vigilância sanitária, nas três esferas de governo, é um condicionante fundamental à plena implementação do SUS e a conseqüente ampliação do Estado nas funções de suprir as necessidades de saúde da população e de regular e controlar um conjunto de fatores de riscos relacionados com a qualidade de vida, a saúde humana e ambiental. Construir o sistema e lhe conferir efetividade é uma tarefa política que requer um esforço de articulação em todos os níveis de gestão, para superação de nós críticos estabelecidos. A efetividade do SNVS implica, portanto, no esforço de construção da intersetorialidade, pois proteger e promover a saúde transborda do âmbito setorial. Tratando-se da vigilância sanitária, implica na necessidade de articulação interinstitucional e de atuação competente no âmbito de diversos organismos multilaterais das esferas econômica e da saúde, de interesse para a segurança sanitária dentro e fora do país.

Nesse sentido, algumas medidas e diretrizes estratégicas voltadas prioritariamente para contribuir na construção do direito à saúde começam a ganhar vida: está em curso, nos últimos oito anos principalmente, um rico processo de discussão e organização institucional, de compartilhamento de recursos financeiros e apoio técnico a estados e municípios, de

qualificação de recursos humanos, de articulação entre os entes governamentais, de aproximação com instâncias organizadas da sociedade e do Sistema Único de Saúde, configurando-se um esforço coletivo para a reconfiguração das práticas de vigilância sanitária e de contribuição para a compreensão da importância da vigilância sanitária numa esfera de responsabilidade pública como ação de saúde e expressão de cidadania (COSTA; BONFIM, 2001).

3.3 A descentralização da vigilância sanitária no âmbito das políticas públicas

O panorama apresentado neste capítulo ressalta a debilidade do setor frente à ausência de uma política de Vigilância Sanitária formalizada, com seus princípios e bases doutrinárias explicitados, que oriente a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária⁴¹. Como explicitou Souza (2002a, p. 7), “a problematização acerca da inexistência de uma política de Vigilância Sanitária para o país é algo que já vem acontecendo há algum tempo e vem se intensificando, principalmente a partir da descentralização do Sistema Único de Saúde”.

Isto tem gerado, dentre outras conseqüências, a adoção de arranjos voltados para as questões de financiamento e repasse de recursos vinculados ao cumprimento de metas quantitativas. Se, por um lado, tais arranjos têm seus méritos reconhecidos no SNVS e foram capazes de promover a melhoria, em especial de estrutura dos serviços da esfera estadual, sua capacidade estruturante esgotou-se e se mostrou insuficiente para o desenvolvimento de um modelo harmônico, cooperativo e solidário entre os componentes do sistema (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005c).

É importante ressaltar que este sistema sofreu o que poderíamos chamar de uma reforma incompleta, visto que apenas seu componente federal foi reestruturado⁴². Apesar das competências definidas para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Lei n°. 9.782/1999, que incluem a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, este

⁴¹ O PDVISA, apesar da extensão de seu processo de construção e de seu caráter majoritariamente político, não pode ser considerado a Política Nacional de Vigilância Sanitária, tanto porque lhe faltam alguns aspectos formais de uma Política, quanto porque compete ao Ministério da Saúde (MS), conforme disposto no artigo 2º da Lei n°. 9.782/1999, a formulação, acompanhamento e avaliação da Política de Visa. Sabe-se que o MS foi partícipe do processo de construção do PDVISA, mas não o seu coordenador efetivo. Esse é um debate que precisa ser travado concretamente no SUS, hoje – o da efetivação das competências da União (MS e Anvisa) na definição conjunta das diretrizes políticas do SNVS.

⁴² A Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi criada no contexto de substituição do modelo burocrático de Administração Pública pelo modelo gerencial, de acordo com as diretrizes do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, implementado no governo FHC.

ainda não foi suficientemente delineado, ou, porque não dizer, efetivamente construído, consolidado, inclusive quanto à oficialização da sua Política Nacional.

Nessa perspectiva, também pode-se afirmar que, assim como a Política Nacional de Vigilância Sanitária não está dada oficialmente, não há ainda uma Política de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária estabelecida formalmente, a despeito de existir todo um marco normativo e processual que vem demonstrando evolução nas questões referentes à descentralização e ao financiamento das ações de vigilância sanitária. Porém, o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária será entendido, durante todo o transcorrer desse estudo, como um processo inserido no âmbito das políticas públicas de saúde. Argumentaremos a seguir os pressupostos em que nos baseamos para fazer tal afirmação.

Segundo Paim (2003), a expressão *Política de Saúde* abrange tanto as questões relativas ao poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Desse modo, existem pelo menos três concepções subjacentes às definições de Políticas de Saúde: (a) um conjunto de princípios, propósitos, diretrizes e decisões de caráter geral voltados para a questão saúde (BRASIL, 1999 *apud* PAIM, 2003); (b) uma proposta de distribuição de poder no setor (TESTA, 1992 *apud* PAIM, 2003); (c) as formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde e sobre os problemas de saúde da população (TEIXEIRA; PAIM, 1994 *apud* PAIM, 2003).

Esse autor ainda ressalta que *política de saúde* pode ser definida como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade. Portanto, no estudo das políticas de saúde, são examinadas determinadas conjunturas⁴³ nos seus aspectos econômicos, políticos e culturais. Assim, é possível identificar fatos pelos discursos de autoridades, leis, documentos, intervenções, notícias, manifestações de entidades ou grupos, etc.

Logo, as políticas públicas são o resultado da interação do Estado com a sociedade. Pode-se dizer que a política colocada em prática pelos governos é o vetor resultante desta interação e da constante disputa de posições que se dá na arena do aparelho de Estado. Elas são formuladas e executadas em ambientes dinâmicos, onde existe um elevado grau de

⁴³ Conjuntura pode ser concebida como a estrutura social (infra-estrutura econômica e superestrutura político-ideológica) em movimento. Na análise de uma dada conjuntura, procura-se definir um determinado período de referência, assim como se buscam levantar os principais fatos político-institucionais produzidos e a posição dos atores ante aos mesmos no período.

incerteza, tanto no que diz respeito às informações necessárias à sua formulação, como nas conseqüências práticas decorrentes da sua implementação. Dessa forma, a política é tanto uma estratégia de ação do Estado, como uma luta em função do exercício do poder real, que se constitui numa variável de extrema importância no seu processo de análise (GURGEL JR., 2003).

O exposto acima reflete um panorama bastante coerente com o campo da Visa no Brasil e ao seu processo político de descentralização, onde encontramos uma problemática extremamente marcada pelas debilidades da estrutura administrativa e da dinâmica funcional do Estado – quadro típico de países que apresentam um processo de desenvolvimento do aparelho estatal tardio, acelerado e confuso, como o Brasil, onde inúmeras irracionalidades administrativas podem ser detectadas em conseqüência deste percurso histórico.

Diante de tal explanação, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é uma política pública instituída para cumprir sua função no SUS. Quando esse campo da Saúde Coletiva está buscando sua inserção e integração junto a outras áreas do SUS, é importante analisar como esse campo foi construído e como o ideário que consolidou o sistema nacional de saúde no Brasil perpassa a política de vigilância sanitária (MARQUES, 2005).

Nesse sentido, esse estudo enfoca a análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, entendida mais como um processo dinâmico onde se dão as relações sociais, políticas e econômicas que repercutem setorialmente do que como um plano formalizado, normatizado, com conteúdo e objetivos bem definidos “no papel”.

Nessa linha de argumentação, trataremos, no capítulo seguinte, do Percurso Metodológico desse estudo, ressaltando as abordagens utilizadas durante todas as etapas da execução dessa pesquisa – das opções metodológicas em termos do desenho do estudo ao instrumental escolhido para a análise dos dados empíricos coletados.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“O pesquisador das questões da saúde não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é aquele que ele realiza, e sua objetividade é uma construção. [...] Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa. [...] A realidade aí encontrada como todo o social é infinitamente mais rica, mais dinâmica, mais complexa do que qualquer discurso científico sobre ela. [...] A ciência que a aborda não a captura, ela apenas indica a direção e a organização intelectual segundo a qual se pode ter maior certeza da aproximação do real.”

Maria Cecília Minayo

Neste capítulo, serão apresentados o desenho da investigação e as opções metodológicas para sua construção, argumentando-se por que foi utilizada majoritariamente a abordagem qualitativa e a pesquisa exploratória como arsenal para investigação do objeto em questão. Nesse sentido, estão descritos a técnica de coleta de dados e os instrumentos utilizados, explicando-se os porquês da utilização de entrevistas semi-estruturadas como principal instrumento de coleta de informações nesse estudo e, ainda, como a análise documental foi desencadeada de maneira que se permitisse estabelecer importantes correlações entre o material teórico e documental explorado e o discurso dos atores entrevistados. Por fim, descreveremos os procedimentos para a análise do material coletado na fase de campo, desenvolvida por meio do ordenamento dos dados, seguido de sua classificação e análise, tendo como pano de fundo as técnicas de condensação e interpretação de significados, propostas por Kvale (1996).

4.1 Desenho do estudo

A estratégia de pesquisa condizente com a pergunta norteadora deste trabalho foi delineada como um estudo majoritariamente qualitativo, exploratório-descritivo, de caráter analítico, que utiliza como técnicas de pesquisa a revisão bibliográfica, a análise documental e

dos dados quantitativos disponíveis, a aplicação de entrevistas semi-estruturadas e a elaboração de um diário de campo.

Nesse sentido, o presente estudo se propõe a analisar a política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, entendida aqui no âmbito das políticas públicas, tendo o intervalo entre 1999 e 2006 como período de referência do estudo. Portanto, ao se reportar ao tema central do estudo no decorrer desse trabalho, cabe a denominação análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária, pois, mesmo não se tendo uma Política explícita de descentralização em Visa (oficializada, documentada e formalizada pelas instâncias gestoras do SUS), as atuais ações voltadas para essa temática se configuram sim em uma ação direcionada pelo Estado para regular aspectos referentes à configuração do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária de uma forma efetiva, e fortalecendo a diretriz de descentralização das ações e dos recursos necessários.

A Política possui fins segundo as metas que um grupo organizado se propõe, de acordo com os tipos e circunstâncias em que eles se encontram, devendo ser entendida mais como um processo que como ação ou decisão específica (POLÍTICA, 2000; VIANA, 1997).

Nessa via de debate, algumas dificuldades devem ser superadas nessa análise. Uma delas consiste em situar a significação de “política”, cuja definição é controvertida, na medida em que pode adotar diferentes sentidos no campo das várias disciplinas do conhecimento e a depender também da racionalidade de quem o utiliza. Isso faz com que o termo “política” seja apropriado de diferentes formas por administradores, políticos, cientistas sociais, empresários e economistas, dentre outros, os quais o utilizam ao se referir à política organizacional, política institucional, política empresarial, política econômica, etc. Neste estudo, a palavra política é utilizada mais como algo processual do que como um conjunto de ações/recursos específicos norteados por um marco normativo, com objetivos bem definidos, na tentativa de regular situações que apresentam problemas públicos (PARSONS *apud* ARAÚJO JR., 2000; VIANA, 1997).

Também controvertido é o conceito de política pública. Salazar-Vargas (1995) considera que, quando essas diretrizes ou cursos de ação são desenvolvidos por algum ministério ou organismo do governo, fala-se em "políticas públicas". Estas, da mesma forma como ocorre para o termo política, têm várias definições. O autor propõe para políticas públicas a seguinte definição: "o conjunto de sucessivas respostas do Estado diante de situações consideradas socialmente problemáticas". Independentemente do conceito que se adote para políticas públicas, é importante que se considere que elas dizem respeito ao processo que se relaciona com a tomada de decisões pelo Estado.

Diante do exposto acima e das argumentações em que se fundamenta esse estudo, ficará claro, ao longo desse trabalho, que o objeto aqui tratado está claramente situado no campo das Políticas Públicas.

A análise de políticas é um empreendimento que exige empenho e alta capacidade crítica de seus executores, portanto algo naturalmente desafiador. O objeto deste estudo – a política de descentralização em Visa – não poderia, deste modo, ser abordado do ponto de vista meramente quantitativo, a partir de indicadores ou metas precisos ou de resultados objetivos, pois as respostas a esses parâmetros ainda não têm a precisão requerida para um estudo de ordem objetiva. Mesmo que houvesse um sistema de informações bem estruturado e a disponibilidade de dados necessária, perder-se-iam alguns componentes extremamente ricos do processo, no que tange às relações estabelecidas, às experiências de gestão em andamento e à percepção do modo de fazer e da subjetividade entranhada no cotidiano das práticas de Visa.

Portanto, por se referir a um fenômeno social complexo e dinâmico, que requer a análise da interação de diferentes variáveis na compreensão de seu processo, envolvendo mudança de práticas, de valores e até mesmo da cultura dos serviços de vigilância sanitária, a escolha foi pela priorização de um método majoritariamente qualitativo, na tentativa de manter a coerência com a idéia de que a análise de uma política de saúde, seja ela qual for, terá, sempre, que levar em conta a conjuntura maior na qual ela se insere – as interferências que sofre, as forças políticas envolvidas, a coerência entre o normativo e o dia-a-dia, os reflexos de sua implementação.

Na análise qualitativa, a ênfase é dada aos algoritmos de extração de sentido, não precisando de contagem nem de quantificação para ser válida, completa e grandiosa (apesar de não excluir a complementariedade de informações quantitativas que reforcem o seu argumento). Nesse sentido, a análise é tida como reconstituidora de conjuntos de significados, exigindo um esforço intelectual constante, intuitivo e natural que visa rearranjar dados de maneira pertinente, de modo a torná-los compreensíveis globalmente a partir de um problema prático ou teórico que preocupe o pesquisador (SÁ, 2002).

Esse tipo de abordagem metodológica atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores (MINAYO *et al.*, 2005). Seu objeto está orientado para o estudo dos motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam na vida cotidiana e no fato de que ela deve ser empregada para a compreensão de fenômenos específicos e delimitáveis, adequando-

se, por exemplo, ao estudo do desempenho de uma instituição ou da configuração de um fenômeno ou processo (MINAYO; SANCHES, 1993).

Os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno, quanto a sua origem e razão de ser. Eles são descritivos. Neles, a palavra escrita ocupa lugar de destaque, visando à compreensão ampla do fenômeno observado como um todo, não reduzindo a variáveis objetivas (GODOY, 1995). Assim, a potência explicativa de um fenômeno ou objeto encontra-se na profundidade de sua análise, não no número de unidades analisadas, apoiando-se na coerência da estrutura das relações entre seus componentes (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Pesquisar com métodos qualitativos envolve, portanto, o emprego da observação em primeira mão, das entrevistas com perguntas abertas, dos relatos, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos; situar-se no contexto de descobrimento e não tanto no de justificação e/ou aplicação; ocupar-se mais dos significados do que da frequência dos fatos; a tendência a considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos, do que como repetíveis e claramente definidos e captar a informação de maneira mais flexível e menos estruturada (TOBAR; YALOUR, 2001).

Porém, como já expressei mais acima, não existe uma descontinuidade tão marcante entre qualitativo e quantitativo quanto se pensa, em que o primeiro termo seria o lugar da intuição, da exploração e do subjetivismo; e o segundo representaria o espaço do científico traduzido objetivamente e em dados matemáticos. Os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, complementam-se, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO *et al.*, 1994).

Essas oposições entre o objetivo e o subjetivo, o qualitativo e o quantitativo, decorrem da influência exercida por diferentes correntes sociológicas sobre o campo da avaliação. Contudo, alguns autores defendem abordagens integradoras onde o método e as técnicas relacionam-se com o objeto da avaliação, sendo que em muitas circunstâncias uma combinação entre as diversas perspectivas não somente é possível, mas também desejável (COOK, 1997 *apud* SILVA, 1999).

Cada estratégia ou modelo tem seus pontos fortes e suas debilidades. Em termos gerais, nenhuma é superior ou inferior às demais. Por tal motivo, e em coerência com os temas e interesses da Pesquisa Qualitativa, cada vez mais se aceita a proposta de triangulação metodológica, como uma estratégia complementar de trabalho. Esse termo dá conta, no campo específico da pesquisa qualitativa, do uso de diversas teorias, estratégias, métodos, procedimentos e dados em torno do mesmo objeto ou fenômeno a estudar. Em outras

palavras, assume-se que a combinação de estratégias pode ser uma opção de maior utilidade frente à unicidade de técnicas comumente empregadas em torno de determinado problema de investigação (MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2004).

Na investigação avaliativa por triangulação de métodos, o conjunto de elementos e procedimentos propostos é bastante amplo e complexo, conjugando abordagens qualitativas e quantitativas e a análise de contexto, da história, das relações e das representações, de forma bem relevante, fazendo dialogar questões objetivas e subjetivas e privilegiando a análise dos consensos, dos conflitos e das contradições que são indícios de mudança (MINAYO, 2005).

Desta forma, em lugar de se apoiar em um marco referencial disciplinar, a triangulação metodológica amplia o espectro de contribuições teórico-metodológicas, de forma a perceber movimentos, estruturas, ação dos sujeitos, indicadores e relações entre micro e macro realidades, como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão de atores diferenciados sobre o processo em questão (MINAYO, 2005).

Ademais, por se tratar de uma investigação empírica sobre um fenômeno que não pode ser dissociado de seu contexto e que requer a observação de vários elementos simultaneamente, pode-se qualificar esse estudo também como um estudo de caso, indicado por Víctora, Knauth e Hassen (2000) e por Yin (1994) para questões de como ou por que ocorre um determinado fenômeno contemporâneo da vida real e para quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos.

O termo “estudo de caso” vem de uma tradição de pesquisa médica e psicológica onde se refere a uma análise detalhada de um caso individual que explica a dinâmica e a patologia de uma doença dada. Supõe que se pode adquirir conhecimento do fenômeno a partir da exploração intensa de um único caso (BECKER, 1994). É definido por Yin (1994) como uma investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto.

Na pesquisa qualitativa, o estudo de caso permite a observação de vários elementos simultaneamente em um determinado grupo e é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, apesar de demandar um grande investimento de tempo e perícia do investigador para sua efetivação (VÍCTORA; KNAUTH; HASEN, 2000; YIN, 1994).

Dessa forma, percebe-se que os estudos de casos são adequados para indicar tanto as peculiaridades quanto as heterogeneidades de um fenômeno social, possibilitando, inclusive, o

levantamento de hipóteses que podem ser mais bem testadas e analisadas em futuros estudos – como é o caso desse trabalho.

A análise de políticas públicas tem a finalidade de desenvolver explicações para as diferentes fases ou etapas da política, como assinala Viana (1996, p. 11). Para essa autora:

conhecer os caminhos da ação estatal, que se traduzem no ato de ‘fazer’ políticas públicas, na verdade busca principalmente analisar o modo de funcionamento da máquina estatal, tendo como ponto de partida a identificação das características das agências públicas ‘fazedoras de política’; dos atores participantes desse processo de ‘fazer’ políticas; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por ‘fazer’ políticas; de inter-relações entre essas variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo.

Assim, a Análise da Política de Saúde tem como propósitos compreender o processo político setorial e sistematizar o conhecimento científico necessário a sua compreensão. Este ramo das Ciências Sociais utiliza modelos que buscam sua explicação, ao mesmo tempo em que procura evidências que justifiquem as propostas de ação do Estado no campo da Saúde para auxiliar nas melhores escolhas, contribuindo para o uso racional dos meios de que dispõe para instrumentalizar a política.

Logo, para entender as políticas públicas, a ciência se utiliza de teorias que evoluem e estrutura métodos científicos confiáveis, de modo a abordar o universo das políticas públicas em dada realidade social, com o objetivo de instrumentalizá-la. Esse é o intuito desse estudo, ao se propor a analisar, de uma forma ampla, o panorama contemporâneo da descentralização das ações de Vigilância Sanitária.

Fica claro, então, que para compreender processos sociais, faz-se necessário ir além do senso comum. Com senso crítico e rigor acadêmico, o conhecimento técnico-científico torna possível o exercício da compreensão do processo político de fenômenos sociais e organizacionais.

Tal como um iceberg, os fenômenos sociais apresentam na superfície apenas uma pequena parte do fenômeno; sua quase totalidade está na verdade submersa em obscuros processos de poder que não se explicitam. Sem um olhar apurado e o uso de instrumentos adequados, não é possível enxergá-lo na plenitude. Este instrumental está em franco desenvolvimento nas ciências sociais aplicadas à saúde, onde existe, atualmente, produção científica pronunciada (POUVOURVILLE, 1999).

Em síntese, estudos que se proponham a abordar a questão de análise de políticas públicas constituem um grande desafio para qualquer pesquisador, pois, ao procurar compreender a ação governamental, exige-se do mesmo um aporte teórico de múltiplas áreas do conhecimento. Os modelos existentes hoje para análise de políticas propõem realizar uma

análise mais detalhada de todo o processo - da formulação até a execução de uma política pública (LABRA, 1997).

Vale salientar aqui que o foco central deste trabalho distingue-se do campo de abordagens que tratam de avaliação de políticas. Arretche (2001) ajuda a fazer uma distinção entre avaliação de políticas e análise de políticas, esclarecendo que, no primeiro caso, busca-se o entendimento dos critérios que fundamentam a política através da elucidação do caráter político do processo decisório ou valores políticos identificados. Portanto, a avaliação utiliza-se de "[...] métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou ainda que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y" (ARRETCHE, 2001, p. 31), enquanto na análise de políticas públicas procura-se entender os elementos constitutivos dos programas.

Por exemplo, tenta-se apreender os diversos desenhos e características institucionais de uma política no setor saúde quanto às formas de relação entre os níveis de governo, de financiamento, de pactuação nas instâncias gestoras, etc. No entanto, mesmo que se possa atribuir alguns resultados prováveis de uma certa política ao desenho institucional assumido, apenas a avaliação da referida política poderá aferir com maior precisão uma relação de causalidade entre um programa e dado resultado. Em suma, para esse objeto de estudo, pelo fato de o mesmo estar orientado para a compreensão do processo de implementação de uma política pública de descentralização em vigilância sanitária, o corpo teórico-metodológico que mais parece favorecer esse tipo de investigação refere-se ao escopo das análises de políticas (ARRETCHE, 2001).

4.2 Coleta e registro dos dados

Na escolha de uma amostra em pesquisa qualitativa, define-se apenas um pequeno número de pessoas a ser abordado. Essa escolha é orientada para atores caracterizados como informantes-chave, em virtude de prestarem maior contribuição à pesquisa por incorporarem requisitos que estão em perfeita harmonia com o estudo. Ou seja,

[...] envolvimento desde o começo no fenômeno que se quer estudar; [...] conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que têm envolvido o foco em análise; [...] capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e o detalhe vital que enriquece a compreensão do mesmo (TRIVIÑOS, 1992, p. 144).

A seleção da amostra buscou, portanto, atender os critérios de uma abordagem qualitativa, que deve preocupar-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão da política, definir claramente o grupo social mais relevante para a pesquisa e privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer, de modo que a escolha do lócus⁴⁴ e do grupo de informação⁴⁵ contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa (MINAYO, 1998).

Seguindo os preceitos e idéias supracitadas, optou-se por trabalhar a fase de coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro de entrevista específico (Apêndice A), porém não tão fechado que não permitisse mudanças e novas formas de intervenção. Além disso, vale destacar que também foram utilizados como fontes de informação, dados secundários referentes ao processo de descentralização em Visa, a exemplo do repasse de recursos financeiros, do quantitativo de municípios pactuados, dentre outros.

INSTITUIÇÃO (OU ENVOLVIMENTO COM O TEMA)	QUANTITATIVO	REPRESENTAÇÃO
ANVISA	03	<ul style="list-style-type: none"> • 02 Membros da Diretoria Colegiada • Representante da Assessoria de Planejamento - Aplan/Anvisa
CONASS	02	<ul style="list-style-type: none"> • Representante do estado de Santa Catarina (Coordenadora da Câmara Técnica de Visa do Conass e Membro do CIT VISA) • Representante do estado do Ceará (e Membro do GT Visa da Abrasco)
CONASEMS	03	<ul style="list-style-type: none"> • 02 Representantes do município de Curitiba-PR (A Coordenadora de Visa do Município e uma Assessora Técnica, Membro do CIT VISA) • Representante do município de Ubatuba-SP (Membro da Diretoria do Cosems/SP e do Conasems, além de ser Membro do CIT VISA)
MS	01	<ul style="list-style-type: none"> • Secretário Executivo do MS (Ex-Assessor-Chefe da Assessoria de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária - Adavs/Anvisa, atual Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária – Nadav/Anvisa)
ENVOLVIMENTO ACADÊMICO COM O TEMA [NOTÓRIO SABER NA ÁREA DE GESTÃO EM VISA]	03	<ul style="list-style-type: none"> • Representante do ISC/UFBA • Representante da FSP/USP e Ex-Diretor-Presidente da Anvisa • Consultor Legislativo da Câmara dos Deputados (Ex-funcionário da extinta Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do MS e Doutor em Saúde Pública, com reconhecida tese defendida no campo da Vigilância Sanitária)
TOTAL DE 12 ENTREVISTADOS		

Quadro 6 - Informantes-chave da pesquisa.

Fonte: O autor

⁴⁴ Os ambientes institucionais das práticas de gestão em Vigilância Sanitária, em âmbito tripartite.

⁴⁵ Informantes-chave que tenham envolvimento com a temática da descentralização em Visa – gestores do campo de Visa nas três esferas de governo, representantes do Conass e Conasems e membros do CIT VISA (Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite), gestores do MS e profissionais ligados ou não à Universidade que apresentem notório saber em relação à temática da Gestão em Visa (Quadro 6).

No caso desse estudo, a fase de campo foi sobejamente facilitada pela vinculação profissional do pesquisador com a Assessoria de Planejamento da Anvisa – lócus privilegiado de informações voltadas para a gestão institucional estratégica e de contatos com o meio acadêmico e com profissionais, grupos de trabalho e comitês envolvidos com a temática da gestão em Visa.

Quanto ao tipo de entrevistas realizadas durante a fase de campo, pode-se afirmar que as entrevistas semi-estruturadas são baseadas, particularmente, no uso de guias de entrevista, que constam de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas. Para tanto, foram listadas algumas questões relacionadas aos objetivos traçados no estudo, procurando-se conhecer e explorar as opiniões e motivações dos entrevistados a respeito do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil.

A ordem exata e a redação das perguntas podem variar para cada entrevistado. O pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas, que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras relativas às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados. O guia de entrevistas ajuda a mostrar que o pesquisador tem clareza sobre seus objetivos, mas é também suficientemente flexível para permitir liberdade ao pesquisador e ao informante. Também, devido ao fato de que as mesmas perguntas centrais são feitas a cada informante, torna-se mais fácil sistematizar os dados dessas entrevistas (TOBAR; YALOUR, 2001).

Nesse sentido, reconhecem-se as entrevistas claramente como uma ponte entre a linguagem oral e a escrita. Paralelo a isso e por isso, salientamos a importância do diário de campo, quando da efetivação da fase prática da pesquisa, para registrar o não dito, aquilo que é apenas observado pelo pesquisador nas entrelinhas do discurso, nos gestos, atitudes e ações dos atores entrevistados.

Em pesquisa qualitativa, a entrevista representa um dos principais instrumentos de que dispõe o investigador para a coleta de dados (TRIVIÑOS, 1992). Neste estudo, assume papel relevante, pois, estando inserida no campo da análise de políticas públicas, a obtenção de informações por meio de entrevistas com indivíduos envolvidos com a temática e o processo em questão apresenta-se como um dos melhores meios de coleta. A propriedade do emprego da entrevista em detrimento de outros instrumentos, como os vários tipos de observações, justifica-se ainda mais, quando se opta por uma pesquisa retrospectiva, enfocando um campo ainda pouco explorado (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

O uso da entrevista é ainda reforçado por sua adequação aos propósitos da pesquisa que se apresenta. Minayo (1998, p.110) argumenta que nas entrevistas a fala dos atores traduz

não só uma expressão individual, mas é também a expressão do grupo social que representa, pois compartilham das mesmas "[...] condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos [...]". Logo, encontra-se o apoio para realizar a pesquisa sem precisar incluir o universo de atores presentes no período estudado, o que a tornaria mais onerosa e exigiria um tempo maior para sua realização, bastando, para isso, contemplar a diversidade de inserção social dos diferentes sujeitos que, direta ou indiretamente, participaram do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no referido período, o que conseguimos com a escolha dos informantes-chave identificados no Quadro 6.

Enfim, atentando-se para os princípios de uma entrevista semi-estruturada - como não dirigir e, sim, guiar o entrevistado, incentivar para o aprofundamento do tema e facilitar o processo de entrevista -, cada uma delas foi iniciada com o pesquisador explicando os motivos e objetivos do trabalho e o papel e a importância da participação do entrevistado na consecução desses objetivos. Foram ainda registrados, num Diário de Campo, aspectos tidos como relevantes observados durante a realização das mesmas, para serem considerados no momento da análise.

Uma outra grande fonte de informações para esse estudo foi a análise dos textos escritos (relatórios, planos, programas) e do marco normativo-legal que consolida o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, contribuindo para esclarecer os significados e implicações das proposições expressas nas diretrizes, estratégias e linhas de ação investigadas (BELLONI, 2001).

DOCUMENTO	
01	Relatório da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária
02	Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde
03	Relatórios de Gestão Anuais da Anvisa [2000 a 2005]
04	Relatório Semestral de Gestão da Anvisa [2006.1]
05	Relatório de Atividades da Anvisa [2005 e 2006]
06	Plano Diretor de Vigilância Sanitária
07	Categorização das Ações de Vigilância Sanitária: minuta para discussão
08	Descentralização da Vigilância Sanitária: um espaço de negociação – Reunião da Câmara Técnica de VISA do CONASS [Brasília, Março de 2005] (<i>Apresentação em powerpoint</i>)
09	Oficina de Trabalho: Avaliação do Termo de Ajuste e Metas e Novas Perspectivas para o Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária [Cuiabá, Maio de 2006] (<i>Apresentação em powerpoint e Relatório</i>)
10	Relatório de Pesquisa: Desenvolvimento e Organização das Ações Básicas de Vigilância Sanitária em Municípios Brasileiros, a partir da implantação do PAB/VISA: um estudo exploratório [Belo Horizonte, outubro de 2000] (<i>Parceria da Anvisa com o Nescon/UFMG</i>)
11	Relatório de Pesquisa: Ações de Vigilância Sanitária na Atenção básica [Belo Horizonte, setembro de 2006] (<i>Parceria da Anvisa com o Nescon/UFMG</i>)
12	Relatório da Pesquisa: Descentralização das ações de vigilância sanitária: estudo exploratório em estados e municípios brasileiros. [Belo Horizonte, dezembro de 2006]

	<i>(Parceria da Anvisa com o Nescon/UFMG)</i>
13	Relatório da Pesquisa: Pesquisa Diagnóstico sobre Tecnologias em Vigilância Sanitária. [São Paulo, dezembro de 2006] <i>(Parceria da Anvisa com a Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo)</i>
14	Novas Perspectivas para Pactuação e Financiamento da Vigilância Sanitária em 2007 [Brasília, Outubro de 2006] (Informe do Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária – NADAV/Anvisa)
15	Termo de Ajuste e Metas celebrado entre Anvisa e os Governos do estados brasileiros (instrumento convenial)
16	Planilhas de Acompanhamento da pactuação do TAM com municípios e estados brasileiros, ao longo dos últimos anos
17	Planilhas de Programação das metas pactuadas no TAM, por ação e estado
18	Planilhas de Acompanhamento da programação anual de inspeções pactuadas por meio do TAM
19	Planilhas do SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal), com os repasses financeiros realizados em 2004, 2005 e 2006 para a Vigilância Sanitária [PAB, MAC VISA <i>per capita</i> e MAC VISA Fato Gerador]

Quadro 7 - Documentos analisados durante a pesquisa⁴⁶
Fonte: o autor.

Entende-se que a análise documental constitui um importante instrumento de produção das informações qualitativas. A utilização da análise do conteúdo de documentos incorpora uma estratégia metodológica relevante para o estudo de políticas públicas, como instrumento que permite "[...] identificar o encadeamento sócio-político das propostas e de suas estratégias de implementação [permitindo ainda, considerar] o contexto sócio-político-econômico no qual a política setorial é formulada e implementada" (BELLONI, 2001, p. 55) – o que, no caso, é um dos grandes alvos deste estudo.

Na análise dos documentos em uma pesquisa qualitativa, o pesquisador deverá orientar sua atenção não só para o conteúdo manifesto, mas tentar descobrir o conteúdo latente dos mesmos, ou seja, as características estruturais e históricas do fenômeno social estudado (TRIVIÑOS, 1992).

Ademais, a lógica metodológica é a da busca de instrumentos que permitam ao pesquisador uma maior compreensão do processo investigado. Portanto, nessa tentativa do pesquisador de aproximar-se da realidade estudada, ele deve constantemente buscar instrumentos de pesquisa que permitam "[...] abranger a máxima amplitude da descrição, explicação e compreensão [...]" dessa realidade (TRIVIÑOS, 1992, p. 138-139). É nesse propósito que se insere a análise documental, definida como "[...] um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referência", permitindo uma aproximação

⁴⁶ Não estão incluídos nessa lista aqueles documentos referentes ao marco normativo-legal da descentralização em vigilância sanitária. Estes estão elencados no Apêndice D dessa Dissertação.

com os elementos produzidos pelo meio em que estão inseridos os sujeitos envolvidos no estudo (BARDIN, 1977, p. 45).

Por tudo isso, como já abordamos em secção anterior, buscou-se realizar uma triangulação metodológica entre os dados presentes nos documentos e textos analisados, no conteúdo exposto – e também no conteúdo implícito – das falas dos atores entrevistados, no Diário de Campo do pesquisador e na literatura consolidada no Referencial Teórico desse estudo – atitude recomendável para validar qualquer pesquisa qualitativa.

4.3 Plano de análise dos dados

Seguindo o curso estabelecido dentro do desenho do estudo, chegamos à etapa de análise dos dados – tida como a mais determinante em uma pesquisa qualitativa; uma operação discursiva e significativa de reformulação, de explicitação ou de teorização de um depoimento, de uma experiência ou de um fenômeno (PAILLÉ, 1996 *apud* SÁ, 2002). A lógica essencial consiste na descoberta ou na construção de um sentido para os dados colhidos. O resultado é sempre uma qualidade, uma dimensão, uma extensão, uma conceitualização do objeto de pesquisa (SÁ, 2002).

Podemos apontar três finalidades para a etapa da análise dos dados: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa ao responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto mais geral do qual faz parte. Essas finalidades são complementares, em termos de pesquisa social (MINAYO *et al.*, 1994).

4.3.1 A opção analítica

Nesse projeto especificamente, o percurso metodológico visa responder à pergunta norteadora e, por sua vez, aos objetivos do estudo, sendo necessário, para tanto, que os dados bibliográficos, documentais e narrados sejam analisados segundo uma metodologia criteriosa, validada e ampla o suficiente para abarcar todas as dimensões de interesse na proposta de investigação expressa pelo pesquisador.

Nesse sentido, optou-se pela metodologia denominada Análise Compreensiva de Política de Saúde, a qual apresenta um horizonte analítico mais ampliado e objetiva estudar todo o processo, conteúdo e contexto em que está inserida a política, além dos atores e das correlações de forças relevantes para a sua implementação.

Embora diversos modelos tenham sido propostos, para Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), o modelo de análise de Walt e Gilson parece ser o mais adequado, pois, além de incorporar elementos dos demais, possibilita a sua aplicação em diferentes casos de análise de política de saúde, especialmente para países em desenvolvimento, onde esta prática tem sido negligenciada.

É um modelo que considera uma análise abrangente de política de saúde, sendo indicado na perspectiva de fortalecer uma cultura de análise das políticas, de modo a sedimentar a prática de formular políticas baseadas em evidências e contribuir com o desenvolvimento de estudos no setor (ARAÚJO, 2004). Segundo Araújo Jr. e Maciel Filho (2001), a análise de políticas de saúde deve resultar no conhecimento e explicação da sua globalidade, podendo contribuir com o aperfeiçoamento da política em questão.

Esse modelo recomenda que o processo de análise seja orientado por quatro aspectos que são inter-relacionados e compreendem toda a política: o Contexto, o Processo, o Conteúdo e os Atores. Neste sentido, Araújo Jr. (2000), em sua tese de doutorado, operacionalizou o Modelo de Walt e Gilson e suas principais categorias⁴⁷, até então pouco aplicáveis.

4.3.1.1 Contexto

Tratando-se do ambiente em que as mudanças acontecem, e onde a política é implantada, o contexto exerce influência sobre a política, assim como os possíveis impactos da política são refletidos nesse contexto. Analisar o contexto significa buscar entender a importância e as possíveis características complexas da política, avaliando-a em termos da sua

⁴⁷ As categorias empíricas são elaboradas com uma finalidade operacional, visando ao trabalho de campo (a fase empírica) ou a partir do trabalho de campo. Elas têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica" (MINAYO, 1998). Nesse estudo, as quatro categorias foram definidas ao se adotar a Metodologia Compreensiva de Análise de Políticas como método de análise dos dados coletados na fase de campo, portanto, previamente a esta fase, já se havia adotado as mesmas.

coerência, quanto à relevância, à necessidade e à suficiência da mesma (ARAÚJO JR., 2001; COSTA, 2003).

A partir do contexto, caracteriza-se o ambiente social, político e econômico em que a política é gestada e operacionalizada – possivelmente em uma realidade multifacetada, na qual vários aspectos interagem em uma conjuntura particular, influenciando todo o processo e dando, assim, um significado histórico e explicativo a essa política.

A sua abordagem deve ser focalizada nas mudanças demográficas, educacionais, culturais, epidemiológicas, tecnológicas, políticas e econômicas e, para tanto, esta categoria é operacionalizada a partir de duas subcategorias: o macro-contexto e o micro-contexto:

- **Macro-contexto** - aborda os aspectos políticos, econômicos e sociais da realidade em que a política se insere (ARAÚJO JR., 2000).
 - Na *esfera política* do macro-contexto da descentralização em vigilância sanitária, foram considerados os aspectos relativos ao regime político e às mudanças políticas do período, à tensão entre as políticas econômicas e sociais implementadas, ao panorama da globalização e sua interface com a regulação sanitária, assim como às influências internacionais decisivas no contexto da política;
 - A *esfera econômica* do macro-contexto da descentralização em vigilância sanitária considera como elementos para análise o tamanho e as condições da economia, as mudanças econômicas ocorridas e as políticas econômicas e financeiras em vigor, ressaltando aí o direcionamento dos gastos públicos e a concentração da renda e da carga tributária no país;
 - Na *esfera social* do macro-contexto da descentralização em vigilância sanitária, aborda-se as mudanças demográficas, a qualidade de vida da população, as desigualdades sociais e a distribuição de renda, além de alguns índices, como o de pobreza e de desenvolvimento humano.
- **Micro-contexto** - abarca os aspectos setoriais da política em questão:
 - O *âmbito político setorial*, no qual são ressaltadas as diretrizes e linhas de ação da política de saúde, além das relações com o processo de Reforma Sanitária Brasileira e com o contexto político-institucional contemporâneo no setor saúde, com destaque para o panorama das relações sistêmicas entre a Visa e o SUS;

- A estrutura do *financiamento setorial* (as finanças setoriais, os gastos com saúde e suas tendências nas três esferas de governo, os mecanismos instituídos de repasses financeiros, assim como as fontes e o valor dos recursos destinados ao setor saúde no Brasil, fazendo-se inclusive um paralelo destes aspectos entre as ações curativas e preventivas, no âmbito do SUS);
- E o *panorama sanitário, epidemiológico e de organização de serviços* (contemplando os principais problemas e mudanças no contexto epidemiológico e sanitário, assim como os aspectos referentes à organização da rede de serviços de saúde e de vigilância sanitária no país).

Em suma, a categoria Contexto, e suas subcategorias macro-contexto e micro-contexto serão sistematizadas e analisadas segundo quadro abaixo:

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
CONTEXTO		
Macro-contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regime político; ▪ Mudanças políticas; ▪ Tendências das políticas implementadas; ▪ Influências internacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamanho e condições da economia; ▪ Mudanças econômicas; ▪ Políticas econômicas e financeiras; ▪ Gastos públicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudanças demográficas; ▪ Qualidade de vida; ▪ Desigualdades sociais e distribuição de renda; ▪ Pobreza; ▪ Desenvolvimento humano.
Micro-contexto		
O Âmbito Político Setorial	O Financiamento Setorial	O Panorama Sanitário, Epidemiológico e de Organização dos Serviços
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diretrizes e linhas de ação das políticas setoriais; ▪ Relações com o processo de Reforma Sanitária Brasileira e com o atual contexto político-institucional do SUS; ▪ Relações sistêmicas entre a Visa e o SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orçamento e gastos com saúde; ▪ Tendências do gasto sanitário público no Brasil; ▪ Mecanismos financeiros; ▪ Fonte e quantidade de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principais problemas de saúde; ▪ Mudanças epidemiológicas e sanitárias; ▪ Organização da rede de serviços do SUS, incluindo o padrão organizativo da vigilância sanitária no país.

Quadro 8 - Matriz de análise da categoria Contexto da política e suas subcategorias operacionais
Fonte: Adaptado de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

4.3.1.2 Processo

As interações e as relações sociais que conduzem às decisões políticas e ao controle e à revisão dessas decisões constituem o que se denomina processo político, ao passo que os componentes e as estruturas nos quais o processo se realiza constituem o sistema político da sociedade. Não se trata de tarefa fácil identificar, com clareza, os distintos processos políticos que conduzem às decisões e às formulações de políticas. Esses processos podem ocorrer nos espaços oficialmente designados pelo sistema político, mas também podem ocorrer em fóruns extra-oficiais, nos quais atores influentes utilizam seu poder para influir nas decisões políticas (SILVA, 2001).

Ou seja, toda política é, primeiramente, formulada. Isto é, concebida no âmbito de um processo decisório pelos “tomadores de decisão”, que pode ser democrático e participativo (pluralista) ou autoritário e “de gabinete” (elitista); de “baixo para cima” (com abertura para o envolvimento de todos os grupos interessados) ou de “cima para baixo” (considerando apenas os gestores de primeiro escalão); do tipo racional e planejado (quando seus processos e procedimentos são largamente controlados por técnicos específicos) ou incremental (mediante um processo adaptativo, com o ajuste mútuo entre os atores intervenientes); detalhadamente definida ou deixada propositadamente incompleta para “ver se cola” e como é que fica “na prática”. Dependendo principalmente do grau de racionalidade do processo decisório, essa fase de formulação pode contemplar etapas como pesquisa do assunto, filtragem do assunto, perspectivas, explicitação de valores e objetivos globais (ARAÚJO JR., 2000; DAGNINO, 2002).

Depois de formulada, inicia-se a implementação da política, mediante os órgãos e mecanismos existentes ou especialmente criados, pelos burocratas. Dependendo, sobretudo do grau de definição da política, eles exercem seu poder discricionário – variável principalmente segundo o nível em que se encontram na hierarquia – adaptando a política formulada à realidade da relação Estado-Sociedade e das regras de formação do poder econômico e político que estas impõem ao jogo entre os atores sociais (DAGNINO, 2002).

Portanto, a análise do processo político leva em consideração tanto essa tomada de decisão (fases de emergência e formulação da política), quanto a implementação da política (com seus processos inerentes de avaliação e reajustes). Nesse sentido, é importante analisar as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, as estratégias políticas para a sua implementação e os recursos envolvidos.

E mais, o grau de racionalidade da fase de formulação e o estilo de implementação da política interferem, sobremaneira, na forma como se darão possíveis processos de acompanhamento e análise da política em questão.

4.3.1.3 Conteúdo

O conteúdo representa o corpo da política, isto é, refere-se aos seus fundamentos de caráter mais programático – as suas diretrizes estratégicas e operacionais, determinadas em relação aos problemas e objetivos explícitos e implícitos da política, seus programas, projetos, ações, alvos e recursos requeridos – assim como ao seu marco normativo, a sua base legal.

A análise do conteúdo da política é um elemento fundamental para sua compreensão, sendo a relevância dessa análise expressa pelas possibilidades de impacto impressas pela política e pela avaliação da adequação das suas medidas e recursos, buscando identificar elementos da política que apontam, ou não, para mudanças (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).

4.3.1.4 Atores

O papel dos atores é fundamental para se compreender inovações políticas e/ou processos de racionalização administrativa, equacionados via compatibilização ou adequação de estratégias políticas. Estas são encampadas ou geradas por atores sociais específicos que em determinados momentos assumem interesses diversos – de classe, corporativos, de grupos, individuais e até específicos ou até de caráter clientelista. O desempenho de tais estratégias é dado pelo desempenho dos atores (GERSCHMAN, 1989).

Os atores são os agentes de algum processo inerente à política – pessoas, organizações coletivas ou instituições – que podem exercer diversos papéis: como formuladores da política, como responsáveis por sua implantação, como aliados ou até mesmo opositores da política, porém sempre trazendo consigo seus valores ideológicos e visões políticas.

Para a análise dos atores, é necessário caracterizar: os principais atores, como se mobilizam em relação às propostas da política, e as possibilidades de alianças e coalizões,

assim como se devem identificar as estratégias adotadas pelos diferentes atores para assegurar a viabilidade da política – cooperação, cooptação ou conflito (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001). A compreensão desse panorama pode facilitar uma análise acerca da viabilidade da política em questão, segundo as correlações de forças identificadas.

Segundo Matus (1981 *apud* ARAÚJO JR., 2000) uma característica importante de ser ressaltada em relação a todos os atores sociais é que eles detêm alguma forma de poder, ou seja, de influência sobre os outros.

O poder é a principal variável deste processo que perpassa todas as categorias de análise, e é fundamental no entendimento do ciclo da política. A compreensão da sua dinâmica na atualidade permite ir além da simples idéia de que ele representa apenas a influência que um ator exerce sobre outros. A capacidade de definir quais são os problemas prioritários que vão entrar na agenda política, assim como, as questões importantes merecedoras da atenção do Estado são uma forma de expressão de poder. O entendimento da dinâmica de poder é fundamental para identificar os atores ou grupos que se beneficiam com as políticas colocadas em prática pelos governos, e assim estabelecer uma análise que demonstre o caráter incluyente ou não de determinada política social, considerando-a tanto uma estratégia de ação do Estado, como uma luta em função do exercício do poder real, que se constitui numa variável de extrema importância no seu processo de análise (ARAÚJO JR.; MACIEL FILHO, 2001).

O poder, nas sociedades modernas, pode ser classificado em três grandes classes: econômico, ideológico e político. O poder econômico vale-se da posse de determinados bens a induzir os que não os possuem e deles necessitam, a adotar o comportamento que o que os detêm, desejam. O poder ideológico utiliza a influência das idéias, que expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certos processos, influenciam a conduta dos que dela são alvos. O poder político é o que pode recorrer à força para fazer prevalecer a sua vontade. A categoria de poder exercido pelo homem sobre o homem, segundo estes autores, corresponde ao poder político. É necessário ficar claro que para o poder político ser exercido não é preciso haver o uso da força. O que o caracteriza não é o seu uso, mas a prerrogativa ou a exclusividade para fazê-lo (PODER, 2000).

De Seta e Silva (2001, p. 77) sintetizam bem essa discussão acerca do poder, fazendo uma análise da relação deste com o campo da vigilância sanitária, ao afirmarem que:

O poder é uma categoria central em qualquer abordagem política. Este não é considerado um atributo pessoal, mas fruto das relações entre pessoas e entre instituições. São fontes de poder o controle de recursos financeiros, de informação, conhecimento técnico, a autoridade formal (hierarquia) e a formação de alianças e

coalizões. Na Vigilância Sanitária, o poder encontra-se compartilhado e desigualmente distribuído entre os órgãos das três esferas de governo: a Anvisa tem uma considerável capacidade financeira, principalmente se comparada à estrutura federal anterior, mas, para cumprir seus objetivos, o órgão federal não pode prescindir da atuação da esfera estadual e esta, da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil politicamente é representado pelo município.

4.3.2 Sistematização, síntese e interpretação dos dados coletados

Os arquivos de áudio com as gravações das entrevistas realizadas durante a fase de campo do estudo foram entregues a uma profissional especializada em transcrição de fitas, com vasta experiência em trabalhos na área da Saúde Pública. Por esse motivo, os produtos entregues ao pesquisador estavam extremamente fidedignos àquilo que havia sido dito nas entrevistas. Mesmo assim, houve toda uma preocupação em se ler esse material degravado, ao mesmo tempo em que se escutava os arquivos de áudio das entrevistas, uma a uma, para que se identificassem possíveis falhas de transcrição.

A esta etapa podemos chamar de ordenamento dos dados. Num primeiro momento, o ordenamento dos dados, conseguido pela transcrição e leitura do material gravado, organização dos relatos e releitura de documentos, permitiu a organização dos dados coletados e a identificação das idéias centrais abordadas, com o intuito de se constituir aquilo que Bardin chama de *corpus* de análise, ou seja, o conjunto dos documentos e elementos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 1977; MINAYO, 1998).

A constante preocupação com normas de validação em uma pesquisa qualitativa orientou a organização de todo o material. Assim, perseguimos a homogeneidade, quando o material selecionado foi todo referido ao tema estudado; a representatividade, por representar o material (entrevistas, textos e os mais variados documentos) uma expressão da totalidade do processo de descentralização da vigilância sanitária aqui focalizado; a exaustividade e a pertinência, conseguidas pela consulta à grande parte dos documentos produzidos no período estudado, elaborados pela Anvisa ou editados por outras fontes, por apresentarem correspondência com os objetivos propostos para a análise (BARDIN, 1977; MINAYO, 1998).

Em seguida, procedeu-se à classificação dos dados, realizada tomando-se por base o entendimento de que por meio da realização de um processo "[...] os dados brutos são

transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo" (HOLSTI *apud* BARDIN, 1977, p. 103-104).

Dando seguimento, como técnica para classificação, recorremos à proposta de Kvale (1996), denominada de condensação de significados. Em uma matriz, conforme exemplificado no quadro a seguir, o conteúdo de cada entrevista foi relacionado com os objetivos específicos, tomando-se uma frase ou segmento do texto como unidade de registro com significação para o objetivo analítico em questão (BARDIN, 1977).

Em seguida, para cada unidade de registro foi realizada uma síntese e, ao final da matriz, registrada a interpretação do entrevistador referente ao objetivo analisado.

Fonte de Dados:	
<input type="checkbox"/> Entrevista (nº.: ____)	
<input type="checkbox"/> Documento/Texto	
<input type="checkbox"/> Diário de Campo	
Objetivo Específico/Categoria Analítica relacionados: _____	
Unidades de Registro	Temas centrais
Trechos do material de pesquisa <i>[fala, registro de campo, documento]</i>	Análises do pesquisador sobre o trecho em questão <i>[num esforço de síntese de conteúdo]</i>
Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado	

Quadro 9 - Matriz de condensação e interpretação de significados⁴⁸
Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

A condensação de significados permite uma abreviação dos significados encontrados no conteúdo das entrevistas conduzidas, num formato condensado, porém sem perder a sua essência, o que possibilita transformar longos trechos de texto em notas mais curtas. Essa abordagem se baseia numa hipótese interpretativa, a qual considera a idéia de que a compreensão de fenômenos sociais deve se dar através da própria perspectiva do ator social, da valorização da descrição do mundo por meio da subjetividade e com a pressuposição de

⁴⁸ Ver um exemplo prático da aplicação dessa matriz durante a fase de análise dos dados coletados no Apêndice C, localizado ao final desse trabalho.

que a realidade que realmente importa é aquela percebida pelas pessoas (KVALE, 1996). No modelo exposto no quadro acima, as unidades de registro podem estar relacionadas a trechos da fala do entrevistado, de documentos analisados ou mesmo de idéias e percepções registradas pelo pesquisador em seu Diário de Campo.

Essa abordagem de tratamento analítico de dados foi aplicada nesse estudo como o principal tratamento dado ao material transcrito das entrevistas realizadas, o que permitiu a organização de textos compactos, condensados e diretamente relacionados com os objetivos do trabalho⁴⁹ (ARAÚJO JR., 2000).

Já a interpretação de significados é uma abordagem que permite ao pesquisador olhar para o texto selecionado de diferentes pontos de vista, os quais devem estar embasados em diferentes conhecimentos teóricos ou perspectivas. Ela recontextualiza as entrevistas de acordo com os diferentes cenários, com vistas a elucidar os diversos significados possíveis – incluindo aqueles não expressos tão claramente no discurso oral do momento da entrevista. Em contraponto à técnica anterior, que resume os textos selecionados, esta técnica tende, na maioria das vezes, a expandi-los (ARAÚJO JR., 2000).

A interpretação de significados também foi utilizada no rol de técnicas metodológicas desse trabalho, em seguida ao tratamento de condensação de significados, de modo a facilitar a interpretação dos significados condensados das entrevistas (ARAÚJO JR., 2000), confrontado-se essas idéias com os principais marcos conceituais e teóricos citados nesse trabalho.

A condensação de significados objetiva organizar e sumarizar os dados para a apresentação das idéias síntese abordadas em relação ao problema estudado e a interpretação de significados objetiva a procura do sentido mais amplo das idéias e temas suscitados, devido a sua ligação com conhecimentos previamente adquiridos.

4.4 Considerações éticas

Ao início de cada entrevista, foram realizados os procedimentos éticos relativos ao estudo, no que concerne à leitura, esclarecimento de eventuais dúvidas e assinatura do Termo

⁴⁹ As respostas mais relevantes para a temática estudada dadas às perguntas do roteiro de entrevista foram relacionadas a algum dos quatro objetivos específicos da pesquisa, buscando-se uma agregação temática aos pontos cruciais do discurso de cada ator entrevistado.

de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada sujeito entrevistado (Apêndice B), com a devida garantia da confidencialidade de sua identidade, além da explicitação dos objetivos da pesquisa e da contextualização dos motivos que levaram à escolha daquele informante-chave para contribuir com a coleta de dados.

Esse projeto de mestrado foi protocolado no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos) no dia 12/09/2005 e aprovado em 07/10/2005, com o número de CAAE⁵⁰ (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) 0724.0.095.000-05 (Anexo A).

4.5 Quadro-Síntese

Em síntese, para analisar a política de descentralização das ações de vigilância sanitária, no panorama contemporâneo, foi aplicado o modelo do quadro abaixo:

OBJETO DA ANÁLISE	CATEGORIAS DE ANÁLISE	PRODUTO DA ANÁLISE
A descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil, no período de 1999 a 2006.	<ul style="list-style-type: none"> • O contexto em que acontece a política de descentralização das ações de vigilância sanitária; 	A descrição, reflexão crítica e compreensão dos motivos que desencadearam a atual configuração da descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil.
	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação da descentralização das ações de vigilância sanitária; 	
	<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo orientador da política de descentralização das ações de vigilância sanitária; 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Os atores sociais envolvidos nesse processo. 	

Quadro 10 - Modelo para a análise da política de descentralização das ações de Visa
Fonte: Adaptado de Walt e Gilson (1995 *apud* ARAÚJO JR., 2000).

Bodstein (1997) ratifica as opções de exploração temática e metodológica feitas nesse estudo, ao afirmar que as análises das políticas de saúde devem considerar os efeitos do processo de descentralização do SUS, como a redefinição das arenas decisórias e dos principais atores envolvidos, bem como a capacidade destes atores de formulação de

⁵⁰ O CAAE significa um respaldo para o pesquisador, demonstrando que apresentou seu projeto para aprovação ética no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de sua instituição de pesquisa – no caso, o CEP do CPqAM/Fiocruz – e também uma segurança para as pessoas envolvidas na pesquisa, além de ser uma obrigação a ser cumprida nos trâmites ético-metodológicos de qualquer projeto de pesquisa de uma instituição séria.

propostas inovadoras de construção de novas práticas e modelos de atenção e de impacto na modificação no perfil epidemiológico e sanitário. Desse modo, é relevante realizar análises a partir de pesquisas empíricas, que procurem reconstruir os ambientes e as relações que estão postos em determinado panorama setorial, compreendendo as organizações coletivas e a influência dos interesses que moldam cotidianamente a ação dos sujeitos políticos envolvidos no processo.

É nessa linha de argumentação que nos baseamos ao afirmar que o estudo em questão busca valorizar todos os ingredientes envolvidos num fenômeno social: sua história, seu contexto, as relações estabelecidas, a pluralidade de atores envolvidos, o acesso aos recursos e alguns resultados e ganhos quantitativos e qualitativos obtidos.

Para tanto, esse capítulo procurou mostrar todas as possibilidades metodológicas consideradas nessa Dissertação, os referenciais em que se fundamenta e alguns conceitos importantes para que se possa subsidiar a nossa discussão mais à frente, ressaltando a grande contribuição das Ciências Sociais no campo da Saúde Coletiva, a partir do desenvolvimento e da proposição de novos enfoques – em especial no que concerne à metodologia qualitativa – para o encaminhamento de investigações e explorações que possibilitem novos olhares sobre as instituições e sobre as práticas da saúde e da vigilância sanitária.

No próximo capítulo, abordaremos a discussão propriamente dita dos achados empíricos dessa Dissertação. Para tanto, nossos principais subsídios serão os apontamentos das entrevistas e da análise documental realizadas na fase de campo do estudo, confrontados com os marcos conceituais, metodológicos e normativos explicitados e analisados ao longo dos primeiros capítulos desse trabalho.

5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO: DISCUTINDO OS ACHADOS, RESPONDENDO ALGUMAS QUESTÕES E EVOCANDO OUTRAS

“A explicação da realidade se opera num processo de decomposição e composição da totalidade mediante um movimento do pensamento que vai do abstrato ao concreto, do mais simples ao mais complexo.”

Sílvia Gerschman

5.1 Análise do Contexto em que se desenvolve a descentralização das ações de Vigilância Sanitária

5.1.1 Macro-Contexto

5.1.1.1 Esfera política

De acordo com a Constituição de 1988, o Brasil é uma República Federativa presidencialista. No período desse estudo – de 1999 a 2006 – o país foi governado por dois presidentes: Fernando Henrique Cardoso (até 1º de janeiro de 2003, findando seu segundo mandato consecutivo), do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), cuja política econômica, apesar da ressalva ideológica ao social na concepção da sua legenda, era considerada neoliberal; e Luís Inácio Lula da Silva (presidente empossado em 1º de janeiro de 2003 e reeleito para o período de 2007 a 2010), filiado ao Partido dos Trabalhadores (PT), habitual partido de oposição à direita tradicionalmente instituída no governo federal, nos últimos anos.

Trata-se de um regime político democrático, no qual o presidente tem se esforçado para conseguir o maior número de alianças possíveis (sendo as principais hoje PMDB, PTB, PSB, PL, PC do B, PP e PSC) e assim garantir a sua governabilidade e a priorização de seus projetos de governo. Nesse sentido, atualmente, uma das tônicas do governo Lula é a criação

de superávits primários para o pagamento da dívida externa, com o foco na estabilização econômica e na geração de um ambiente favorável a investimentos.

Isso se deve, em parte, por conta da disponibilidade de dólares no Brasil, fruto dos bons resultados da balança comercial, possibilitando que o governo pagasse parte de sua dívida externa, aumentasse as reservas internacionais e reduzisse a vulnerabilidade externa. Nos quatro anos do primeiro governo Lula, o endividamento do país caiu de US\$ 210,711 bilhões do final de 2002 para US\$ 168,867 bilhões – uma queda de 19,9%. No ano passado, o superávit comercial (saldo positivo entre exportações e importações) foi de US\$ 46,077 bilhões – o maior da história. Como a maior parte desses recursos entra e fica no país, a cotação do dólar cai, já que a oferta de moeda estrangeira é grande (RIBEIRO, 2007).

Não que essa seja uma medida de consenso nacional; pelo contrário, ações desse tipo geram questionamentos em vários setores da sociedade brasileira, com críticas acerca da política econômica adotada, dos beneficiários dessa política e de seus efeitos a médio e longo prazo. Isso tudo ainda torna algumas contradições mais aparentes, por conta de se tratar de um governo de esquerda.

Como se percebe, apesar do intuito de promover um maior equilíbrio entre seus entes constitutivos ao estabelecer um federalismo de cooperação para o Brasil, as regras ditadas pela Constituição de 1988 continuam submetidas à tensão proveniente das novas demandas macroeconômicas trazidas pelas mudanças no ambiente internacional e que exigem, entre outras medidas, rígido controle fiscal e geração de superávits. Tal tensão limita, obviamente, os recursos governamentais a serem usados em políticas de correção das desigualdades regionais, estaduais e municipais, elevando o conflito entre a demanda macroeconômica por controle fiscal *versus* a demanda federativa por menor desigualdade entre os entes constitutivos da Federação (SOUZA, 2006).

Esse debate nos remete à necessidade de uma consolidação concreta e definitiva do campo da vigilância sanitária frente ao cenário político, social e econômico que se coloca como imagem-objetivo para uma economia forte e competitiva no âmbito interno e também internacionalmente. Para tanto, como a Visa está inserida no SUS, faz-se necessário que esse Sistema seja preservado dos efeitos deletérios da política econômica vigente, não só por sua inscrição como direito universal na Carta Magna, mas, sobretudo, em coerência com o contexto explorado acima, devido ao papel da saúde na geração de um ambiente social e economicamente favorável ao estabelecimento de uma política econômica que se pretende ovigorosa e estruturadora do desenvolvimento nacional.

Um dos entrevistados dessa pesquisa abordou essa questão, fazendo referência às perspectivas políticas que rondam o SUS:

Na saúde, nesse momento, nós estamos em uma encruzilhada muito séria, em uma encruzilhada política. [...] Nós vamos caminhar, de fato, na perspectiva política da construção de um sistema de saúde que dê conta das necessidades de saúde da população, de trabalhar a qualidade da saúde, [...] ou nós vamos caminhar no sentido neoliberal de desresponsabilização do Estado na área de saúde? Essa é a encruzilhada que está dada agora neste momento pra gente, no governo Lula. [...] Eu particularmente acho que existe uma chance do sistema de saúde avançar nessa lógica de construção do SUS constitucional. [...] Mas, por outro lado, existe uma chance de retrocesso muito séria que se avizinha, e se a gente não souber se mobilizar nesse processo, a gente pode ser passado para trás (informação verbal). [E2]

5.1.1.2 Esfera econômica

Na passagem do século XX para o XXI, o ambiente econômico brasileiro sofreu grandes mudanças. Entre as principais, destacam-se uma política de abertura financeira e comercial intensa e rápida, a priorização da chamada integração competitiva, reformas profundas na ação do Estado e, finalmente, a implementação de um processo de estabilização que já dura mais de uma década. Paralelamente, o setor privado promoveu uma reestruturação produtiva também intensa e muito rápida (ARAÚJO, 2006).

O PIB (Produto Interno Bruto – soma das riquezas produzidas por um país) brasileiro totalizou R\$ 1,937 trilhão no ano de 2005, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O resultado fez o Brasil avançar da 15^a para a 11^a posição no ranking das maiores economias do mundo. O crescimento do PIB em 2005, divulgado há cerca de um mês, foi de 2,3%, pouco mais da metade da média mundial estimada pelo FMI para o ano passado (4,3%). Convertido em dólares, o PIB alcançou US\$ 795,776 bilhões e o Brasil voltou a ser a maior economia da América Latina. O país, entretanto, já chegou a ser a oitava economia mundial em décadas passadas. Entretanto, o PIB *per capita* brasileiro é de apenas US\$ 4.333, o que coloca o Brasil em 72^o lugar no ranking dos maiores do mundo, atrás de países como Argentina (71^o), Panamá (70^o) e Costa Rica (69^o) (SPITZ, 2006).

No entanto, os últimos anos têm se caracterizado por forte crescimento do saldo da balança comercial. Desde 2002, o saldo cresceu cerca de US\$ 10 bilhões por ano e atingiu US\$ 44,8 bilhões em 2005, retratando um panorama de aumento superior das exportações do país em relação às importações (TAFNER, 2006).

Percebe-se, portanto, que a economia brasileira apresenta um grande potencial de crescimento e conta com um significativo mercado consumidor. Porém, no Brasil, a concentração de renda permaneceu praticamente inalterada - seus índices oscilando dentre as 10 últimas posições do mundo - durante as últimas quatro décadas. A distribuição de renda no Brasil somente dá os primeiros sinais de melhora a partir de 2001. As estatísticas comprovam que em 2004 ocorreu o primeiro avanço significativo para a melhora de desigualdade econômica no país: a taxa de crescimento da renda *per capita* para os mais pobres foi de 14,1%, enquanto a renda *per capita* média cresceu 3,6% no mesmo período (DISTRIBUIÇÃO..., 2007).

Segundo o Radar Social, estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), embora o país tenha conseguido melhorar alguns de seus principais indicadores sociais, a distribuição de renda ainda é um dos piores problemas do país. O Brasil tem uma das piores distribuições de renda do mundo. O coeficiente de Gini⁵¹ no Brasil, em 2001, foi calculado em 0,593⁵², muito próximo de países como Namíbia (0,707) Serra Leoa (0,629) e muito distante dos padrões de distribuição de renda de países desenvolvidos, como Suécia (0,250), Japão (0,249) e Dinamarca (0,247). Nesse sentido, a metade pobre da população brasileira ganha em soma quase o mesmo valor (12,5% da renda nacional) que os 1% mais ricos (IPEA, 2006).

No entanto, se analisarmos a renda *per capita* do Brasil com a de outros países, não podemos considerá-lo um país pobre: a comparação internacional quanto à renda *per capita* coloca o Brasil entre o terço mais rico dos países do mundo. Apenas 36% dos países do mundo possuem renda *per capita* superior a do Brasil, mas o seu grau de pobreza é significativamente superior à média dos países com renda *per capita* similar à brasileira. A população pobre do Brasil representa 30% de sua população total, enquanto em países com renda *per capita* similares, esse número é de 10%. De acordo com essa comparação, o Brasil deveria ter apenas 8% de sua população na linha da pobre (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2001).

Esses dados demonstram que a origem da pobreza do Brasil não está na falta de recursos, mas na má distribuição dos recursos existentes. Poucos detêm muito e muitos não detêm quase nada. A renda média dos 10% mais ricos do país é 28 vezes maior do que a renda

⁵¹ Medida comumente utilizada para calcular a desigualdade de distribuição de renda. Consiste em um número entre 0 e 1, onde 0 corresponde à completa igualdade de renda (onde todos têm a mesma renda) e 1 corresponde à completa desigualdade (onde uma pessoa tem toda a renda, e as demais não têm nada).

⁵² Segundo o Relatório de desenvolvimento da ONU de 2005 (IPEA, 2006).

média dos 40% mais pobres. Nos EUA, por exemplo, a proporção é de 5 vezes; na Argentina, 10 vezes e na Colômbia, 15 vezes (BARROS; HENRIQUES; MENDONÇA, 2001).

Em face do panorama exposto, muitos dos entrevistados da pesquisa, em suas falas, referiram a importância de uma vigilância sanitária bem estruturada – na lógica sistêmica e valorizando um projeto concreto de descentralização – para compor e dar suporte a um cenário de desenvolvimento econômico nacional, como podemos observar nos trechos abaixo transcritos:

Além disso, ainda tem uma outra perspectiva, especificamente em relação à vigilância sanitária, que é esse processo da inserção do país no processo de globalização. A gente está assistindo o país se reinserindo globalmente na economia mundial. [...] Se a gente, de fato, caminhar para sair desse permanente estado histórico de subdesenvolvimento e inserir o país no processo de globalização e de desenvolvimento, acho que isso vai exigir, ao menos no setor de vigilância sanitária, uma perspectiva de organização melhor (informação verbal). [E2]

O Brasil é um dos países candidatos a potências com a aceleração no desenvolvimento nos próximos anos. As providências de estabilização macroeconômicas estão encaminhando para níveis de crescimentos bem significativos anuais, a exemplo do que está acontecendo com Índia, com a China, com a Rússia. Se essas projeções se confirmarem, nós vamos precisar de uma vigilância sanitária diferenciada. O que tem a ver isso com o plano diretor e com a conformação da descentralização? Tudo. Desenhar correta e concretamente esse Sistema Nacional de Vigilância Sanitária vai dar suporte a esse crescimento todo esperado para o Brasil. E esse é um papel muito maior para a própria Anvisa, como coordenadora do Sistema [...] de estruturar essa ação mais pesada (informação verbal). [E5]

Porém, quando se observam os números recentes da distribuição da elevada carga tributária nacional (cerca de 38,9% do PIB), verifica-se que a União continua a concentrar mais da metade do bolo da receita disponível e que os municípios não conseguem capturar percentual significativo, pois ficam com cerca de 20%, após todas as transferências intergovernamentais constitucionais, enquanto os estados capturam cerca de 30%. Portanto, promover o desenvolvimento local e impulsionar a descentralização num país onde os recursos destinados ao financiamento das políticas públicas ainda são pouco descentralizados constitui um grande desafio (ARAÚJO, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

5.1.1.3 Esfera social

O Brasil apresenta hoje uma população estimada de 188.241.777⁵³ pessoas, com uma densidade demográfica de 19,94 habitantes por km² (2000) e uma taxa de crescimento populacional médio anual de 1,73%, entre 2000 e 2004. Sua distribuição populacional é de 83% de população urbana e 17% de população rural (2000), fato que espelha a levada taxa de urbanização recente do país.

No tocante à esfera social, em consonância com os contextos já apresentados nas outras esferas, a magnitude e a complexidade atingida pelos problemas sociais, como a pobreza e a desigualdade têm feito o país apresentar taxas de analfabetismo⁵⁴, desemprego⁵⁵ e mortalidade infantil⁵⁶ superiores a de países em patamar semelhante de crescimento econômico, apesar de os indicadores sociais terem apresentado importantes progressos no Brasil ao longo das décadas de 80 e 90 do século passado, devido à expansão do consumo de água potável e à ampliação do acesso à atenção à saúde e a saneamento básico⁵⁷, dentre outros fatores.

Um dos vieses possíveis de se examinar essa complexidade na esfera social do Brasil é a constatação de que os milhares de municípios brasileiros apresentam, à semelhança do país como um todo, altíssimos diferenciais de tamanho, população e desigualdades socioeconômicas: 40% dos municípios brasileiros têm menos de 10.000 habitantes, dos quais 16% menos de 5.000 habitantes; apenas 0,5% dos municípios apresentam mais de 500.000 habitantes; e 47% da população urbana está concentrada em nove regiões metropolitanas. E os municípios não param de surgir. De 1988 a 1996, os municípios brasileiros passaram de 4.172 para 5.506, o que representa, em média, a criação de novo município a cada 2,46 dias (MENDES, 1998). Hoje, já chegam a 5.560. Em 1996, 2.947 municípios, 53,5% do total, não arrecadavam, sozinhos, o suficiente sequer para sustentar as despesas com prefeitos e câmaras de vereadores. É sobre este país federativo, grande, complexo e desigual que se faz esse

⁵³ Dados da página eletrônica do IBGE, em 19/02/2007.

⁵⁴ No Brasil, o analfabetismo é um problema que atinge cerca de 14,6 milhões de pessoas, o que corresponde a uma taxa de 11,2%, em 2004 (IPEA, 2006).

⁵⁵ O mercado de trabalho brasileiro foi marcado, no período entre 1995 e 2003, por um significativo crescimento da taxa de desemprego. Entretanto, recentemente, essa tendência tem sido invertida, mostrando uma redução generalizada do desemprego no país (IPEA, 2006).

⁵⁶ A taxa de mortalidade infantil brasileira ainda é alta, embora tenha havido uma redução considerável nos últimos 25 anos. Em 2005, essa taxa ficou no patamar de 22,5 por mil nascidos vivos (IPEA, 2006).

⁵⁷ Recentemente, houve um aumento de mais de dois pontos percentuais na população com acesso simultâneo a água, esgoto e coleta de lixo adequados. Mas, mesmo assim, a ausência de saneamento básico adequado ainda atingia 28,7% da população urbana brasileira em 2004 (IPEA, 2006).

estudo, focado no objeto da descentralização das ações de vigilância sanitária, tema também bastante complexo e perpassado por muita desigualdade, tanto social quanto econômica.

Em nosso país, o quadro demográfico é resultado de várias transformações – tais como a queda da fecundidade, a redução da natalidade, o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento da população – e aproximadamente 1/3 da população vive em situação de indigência e pobreza. Acrescente-se a isso um processo acelerado nos anos mais recentes de flexibilização das relações de trabalho traduzido na informalidade do mercado de trabalho e deterioração dos postos de trabalho (BRASIL, 2005; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001) e teremos um panorama totalmente propício ao caos social: violência, más condições de vida e de saúde e perspectivas pessimistas.

Paradoxalmente, esse contexto dificulta a organização da sociedade civil em torno de temas como cidadania, direitos e justiça social e associando-se, comumente, à menor capacidade de cobrança de desempenho da população junto aos dirigentes públicos, no que lhes compete como formuladores e responsáveis pela implantação de políticas sociais e pela elevação do padrão dos serviços públicos (QUEIROZ, 2003). Esse posicionamento foi expresso por um dos atores-chave desse estudo:

Na verdade, se a população enxergasse a vigilância sanitária como uma necessidade, eu não tenho a menor dúvida que esses gestores todos estariam pautando a vigilância sanitária. E se ela não está hoje pautada na Agenda do SUS é porque ela tem uma dificuldade política de ser operacionalizada e porque ela não está pautada no seio da sociedade (informação verbal). [E2]

Porém, na visão de outros atores, esse quadro de apatia social em relação à busca dos direitos de cidadania vem, pouco a pouco, se modificando:

Nós podemos verificar que tem um processo, no Brasil, de crescimento da consciência de cidadania. Não é uma coisa assim tão generalizada, tão grande, mas os consumidores já estão mais atentos para as questões que lhes dizem respeito em relação ao consumo de produtos. [...] Então, pode-se dizer que se tem um ambiente social favorável à vigilância sanitária. [...] Um dos fundamentos para essa expectativa positiva é porque vigilância sanitária, apesar de todas as dificuldades, acho que já é uma coisa que a população começou a incorporar. [...] Tem essas mudanças do ponto de vista da população, vendo rótulo de produtos, prazo de validade de produtos. Isso não é ainda generalizado, mas você já vê mudanças. O consumidor está um tanto preocupado com aspectos que tem a ver com as relações de consumo. Já é um começo (informação verbal). [E11]

Por tudo que abordamos na configuração do macro-contexto político, econômico e social brasileiro, podemos concluir que estão entre os desafios mais marcantes nesse momento para o Brasil o fortalecimento da capacidade administrativa dos entes federados, a adoção de políticas de desenvolvimento equilibradas com a redução efetiva das desigualdades regionais

e sociais do país – no mínimo, aquelas mais gritantes no tocante à renda, educação e acesso a serviços básicos – e a estratégias que promovam a conscientização cidadã da população.

Nesse sentido, o posicionamento adotado nesse trabalho é o de que vigilância sanitária não deve ser um campo hermético, fechado em sua tecnicidade, voltado apenas para questões de ordem sanitária ou econômica. Há que se expandir a visão dessa área para além dos limites da fiscalização, da regulamentação – e mesmo da saúde – e posicioná-la concretamente frente ao macro-contexto político, econômico e social na qual ela se insere, dando suporte às opções escolhidas para o desenvolvimento nacional e localregional, considerando as mais diversas interfaces de atuação possíveis.

O trecho abaixo sintetiza bem essa idéia:

Eu acho que a vigilância deve se integrar, buscar sua intersectorialidade com outras áreas que demandam políticas das quais ela faz parte: a política estratégica da economia do país, da organização da indústria, da agricultura. [...] Nas opções econômicas que o país faz, a vigilância sanitária tem que estar lá. Políticas de cunho social, que saem da área da saúde, também nestas a vigilância sanitária precisa ser mais presente porque ela permeia quase tudo na vida das pessoas. Então ela tem que se fazer presente e mostrar que tem muito a contribuir, que ela não aparece só na hora que fiscaliza, mas que ela tem um olhar qualificado que pode ajudar nessa construção de condições de vida melhores para o país, de um modo geral. Eu vejo isso também como uma coisa que está começando a acontecer (informação verbal). [E8]

5.1.2 Micro-Contexto

5.1.2.1 O âmbito político setorial

A Constituição Federal de 1988 foi um momento inaugural da orientação descentralizadora para o setor saúde como uma alternativa para a reversão da baixa qualidade da gestão pública na área social, para a redefinição das prioridades da ação do Estado em relação ao atendimento das necessidades da população e para a ampliação da autonomia de gestão local. Esse é o marco de materialização da Reforma Sanitária Brasileira, processo desencadeado por oportunidade da reabertura democrática do país, que se configurou como um projeto civilizatório, de produção de mudanças dos valores prevalentes na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação e a solidariedade como valor

estruturante (COSTA, 2001b; SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Em todos esses anos de implementação do SUS, houve muitos avanços e também desafios constantes a suplantar. Isso tem exigido um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais, a exemplo das Normas Operacionais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, devido à sua fixação normativa, a qual tem um viés uniformizante muito forte, tendendo ao detalhamento excessivo e a desconsiderar a enorme complexidade e as especificidades de um país tão grande e desigual.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas é que se configura nesse momento a construção do Pacto pela Saúde, processo que obviamente se baseia nos princípios constitucionais do SUS, dando ênfase às necessidades de saúde da população e implicando no exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas, nas três esferas de governo. Como já abordado anteriormente, no âmbito do Pacto de Gestão – uma das três vertentes do Pacto pela Saúde – as transferências entre gestores deverão ser feitas, a partir de agora, em bloco, por orçamentos globais, sem nenhuma vinculação apriorística (BRASIL, 2006b; MENDES, 1998).

Nesse sentido, alguns achados interessantes da fase de campo do estudo trazem à tona a questão do novo papel gestor em face do Pacto pela Saúde e da interface da Visa com este, no sentido de ter que se firmar como pauta política e prioridade de ação no SUS:

O que aumenta, eu acho que não é tanto a autonomia do gestor, mas sim a responsabilidade do gestor em função da gestão que ele tem que fazer. [...] O principal é o reflexo que isso vai ter na organização da sua gestão, na melhoria da sua capacidade de gestão. Porque se antes tinha lá 120 modalidades de repasse, era muito fácil eu me ater aos gastos em cima das normas daqueles repasses. [...] Ele não vai poder fazer gestão fragmentada mais; ele vai ter que fazer a gestão global dos seus recursos, e aí ele vai ter que ver onde que é prioridade para aplicar os recursos (informação verbal). [E4]

Eu acho que, para Visa, o Pacto pela Saúde passa a ser um instrumento importante também, pela seguinte razão: a Visa vai ter que se colocar como uma ação de prioridade para o gestor. E vai ter que se colocar como uma ação organizada e bem planejada (informação verbal). [E4]

Para o recurso financeiro não dispersar para outras áreas eu tenho que ter: capacidade de negociação, capacidade de formulação, capacidade de mostrar resultados, capacidade de programar, capacidade de cumprir aquela programação, capacidade de avaliar e capacidade de mostrar que, no âmbito das políticas públicas do estado e do município, Visa é algo importante sim, e não apenas aquela questão que fica ali escondida, criando problema para secretário estadual ou secretário municipal, quando fecha um açougue, quando fecha um supermercado, quando fecha uma fábrica de medicamento (informação verbal). [E4]

É preciso ter claro, entretanto, que a construção de uma normatividade nova é condição necessária, mas não suficiente para a superação dos problemas da Vigilância Sanitária e do SUS. No tocante à Vigilância Sanitária, uma das coisas que tem que ser feita nesse âmbito político setorial é a sedimentação de uma relação sistêmica entre a própria Visa e o SUS, o que, de fato, ainda não é regra – daí a necessidade de recomposição do campo de intervenção e de conhecimento da Visa no âmbito da Saúde Coletiva.

Nessa perspectiva, temos que perceber a Visa de uma forma ampla o suficiente, inclusive entendendo que:

[...] uma plena estruturação da vigilância sanitária é requisito fundamental para a implantação do SUS. É grande o seu potencial de contribuição à ruptura e superação do antigo padrão de ação governamental no campo da saúde, acusado de ineficiente, perdulário e fraudulento. [...] As ações da vigilância sanitária têm exatamente o propósito de implementar as concepções e atitudes éticas a respeito da qualidade das relações, dos processos produtivos, do ambiente e dos serviços. Por este motivo é que se entende que esta área é um instrumento importante, tanto para a reversão do nosso antigo modelo assistencial de saúde, quanto para alimentar ou enriquecer os processos indispensáveis à construção da cidadania em nosso país (LUCCHESI, 2001a, p. 54).

Ou seja, há que se entender a Visa como processo estruturante do SUS, com uma importância estratégica para a consecução dos seus objetivos, na medida em que se tire proveito dos atributos e possibilidades descritos acima.

Porém, mesmo a Constituição Federal de 1988 tendo consagrado as diretrizes e princípios organizativos do SUS, no que se refere à Vigilância Sanitária, esses princípios e diretrizes não têm conseguido integrar a agenda de prioridades e ela permaneceu à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor saúde. Integrando o Sistema Único de Saúde no plano institucional e legal, a Visa permaneceu, na prática, como um espaço restrito e resguardado (DE SETA; SILVA, 2001).

Esse é um debate que confronta posições distintas. Há quem ache que ainda se tem muito caminho a percorrer para a inserção real da Visa no SUS:

É preciso, de fato, a gente inserir a vigilância sanitária dentro do SUS. [...] A vigilância sanitária não está pautada nessa discussão [da implementação do SUS], e eu acho que hoje, a gente tem que discutir a maneira de fazer com que os gestores enxerguem a vigilância sanitária como um instrumento de interferência no processo de saúde/doença, de construção da qualidade de vida da população. Isso tem que estar pautado na discussão da construção do SUS. Ou a gente faz isso hoje, ou a gente vai ter uma dificuldade na construção do processo da descentralização. Eu não tenho a menor dúvida disso. [...] A gente vai ter que angariar esforço político em todos os momentos para que a gente possa pautar a vigilância sanitária nessa questão (informação verbal). [E2]

Assim como há quem pense nesse processo como algo que já apresenta seus primeiros resultados positivos:

A vigilância sanitária está entrando na agenda dos secretários municipais. Temos conseguido ocupar alguns espaços estratégicos, então acredito que isso tudo é um grande avanço (informação verbal). [E9]

O fato é que, para ser uma ação integral, a vigilância sanitária necessita ainda de muita articulação com todas as outras práticas de saúde. E, nesse caminho, tem que se mostrar para o SUS e para a sociedade, destacando o seu viés universalizante de atuação:

O que a gente tem procurado esclarecer, tanto para o setor regulado, quanto para os Secretários Municipais é que 100% da população se beneficia da Visa, e isso é SUS e é política universalizante. Então não importa o seu padrão de consumo: se você come caviar ou se você passa a pão e manteiga, você tem uma Visa lhe garantindo os produtos seguros. Então, até para o gestor, nós teremos que mostrar essa visibilidade de que Visa é 100% SUS. Porque hoje, se não fossem os recursos da Anvisa, tanto para estados quanto para municípios, não haveria esse nível de estruturação das VISAs. O compromisso do gestor é só com a folha de pagamento. [...] A Visa só se torna visível quando ela falha ou quando ela não age a tempo (informação verbal). [E9]

Um bom exemplo para exercitar essa articulação é diagnosticar as conexões da Visa com as ações prioritárias do Pacto pela Vida e dos Pactos de Gestão e em Defesa do SUS. Há que se estabelecer, no âmbito da Visa, claramente quais são as ações que podem ter impacto efetivo nas ações e indicadores priorizados nesses Pactos. Num rápido exercício – uma vez que não é intuito desse trabalho exaurir esse assunto – já podemos perceber várias dessas interfaces:

- quanto ao Pacto pela Vida - a vigilância dos resíduos dos serviços de saúde; a vigilância dos riscos e avaliação quanto ao uso de tecnologias em saúde (serviços de diagnóstico); a vigilância da qualidade da água; e a ação intersetorial para o enfrentamento das doenças emergentes e das endemias, como a dengue e a influenza aviária;
- quanto ao Pacto em Defesa do SUS - atividades voltadas para o desenvolvimento da consciência sanitária da população; a produção e disseminação da informação (alertas, informes técnicos, etc.); e a adoção da comunicação do risco sanitário como uma prática;
- e quanto ao Pacto de Gestão - a cooperação técnica entre as esferas de governo, no âmbito da Visa; a elaboração dos Planos de Ação em Visa, adotando o PDVISA como instrumento estratégico de gestão e planejamento; a formação de equipes multidisciplinares voltadas para uma ação mais articulada em saúde,

além da regulamentação da força de trabalho, com a desprecarização dos vínculos dos trabalhadores de vigilância sanitária do país.

Em síntese, os problemas do SNVS não serão resolvidos exclusivamente por meio de uma nova norma, porque isso estaria limitado aos marcos técnicos isoladamente, o que se faz imperativo, mas insuficiente. Para além desse aspecto, a consolidação do SNVS e a real implementação da Visa no Brasil depende de uma solução política, na qual se discuta, junto com a sociedade brasileira e os profissionais e gestores do SUS, de que vigilância sanitária precisamos e quanto estamos dispostos a pagar por ela.

Uma coisa extremamente importante quanto a esse debate é a Vigilância Sanitária conseguir mostrar à sociedade e ao SUS, como um todo, o quanto se economiza e o quanto se evita, em termos de danos e agravos à saúde, com um Sistema de Vigilância Sanitária eficaz e de qualidade. Abordaremos alguns desses aspectos em maior profundidade na secção a seguir.

5.1.2.2 O financiamento setorial

É um dado já bastante documentado que os serviços de saúde, no mundo inteiro, são caros e os gastos em saúde são altos e crescentes. Segundo números da Organização Mundial da Saúde, em 1997, os serviços de saúde representaram um gasto global de três trilhões de dólares – 8% do PIB mundial (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

Nessa via de debate, trazendo o enfoque para o Brasil, aqui se gasta pouco com o sistema de serviços de saúde e se tem uma qualidade de gasto ruim. Segundo o Relatório Anual da OMS de 2006, com dados relativos a 2002 e 2003, o financiamento estagnou entre US\$ 120 e 150 públicos *per capita*, o que representa um gasto de, na melhor das hipóteses, menos que R\$1,00 por dia por habitante, enquanto no Canadá, países europeus, Japão e Austrália, a média do financiamento público é de US\$ 1.400,00 *per capita*, na Argentina é de US\$ 362,00 e no Uruguai, de US\$ 304,00. Isto significa menos que do que o gasto público em países vizinhos como Chile, México, Argentina, Panamá, Costa Rica dentre outros, e menos que 10% em relação ao Canadá e aos países europeus. Enquanto nos países desenvolvidos, de todos os gastos com saúde, no mínimo 70% são de orçamentos públicos, no Brasil, quase 18 anos após a criação do SUS, permanecemos com apenas 45% dos orçamentos públicos nos gastos totais com saúde. Na comparação internacional em relação ao PIB, nossos recursos

públicos destinados à saúde significam 3,2%, correspondendo a patamares menores que os da Bolívia, Colômbia, África do Sul, Argentina (5,12%), Cuba (6,25%), Estados Unidos (6,2%), Japão, Inglaterra, Canadá, França, Alemanha (8,1%) (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2006; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004; FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006).

Os reflexos desse contexto econômico na área de saúde e, por consequência, no campo da Visa, foi destacado por um dos atores entrevistados, no trecho que se segue:

Hoje não é a vigilância que tem um panorama de financiamento complicado; hoje é a saúde que tem um panorama de financiamento complicado. E a vigilância faz parte do sistema de saúde. [...] Quando você tem, por exemplo, uma situação de superávit orçamentário como está sendo imposto no país nesse momento, por um lado, tem um processo de estabilização da economia, por outro lado, tem um processo de desassistência, tem um processo de não evoluir na qualidade sanitária do país. Nós temos o segundo financiamento mais baixo, per capita, da América. Eu acho que isso é próximo do ridículo, não é?! [...] O que a gente tem hoje é, na verdade, um desfinanciamento e um sucateamento muito sério do Sistema Nacional de Saúde. A gente tem que revisar isso (informação verbal). [E2]

Nos últimos 15 anos, o intensivo comprometimento do orçamento público da União com o pagamento crescente dos serviços da dívida pública correspondeu, na mesma proporção, a retração dos orçamentos sociais, tanto por meio da desvinculação, inclusive das receitas das contribuições sociais, como das dificuldades impostas pelos Ministérios da Fazenda e do Planejamento, ao desempenho ágil da execução orçamentária dos Ministérios da área social e da infraestrutura do desenvolvimento (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2005).

Um estudo da Universidade Federal do Rio de Janeiro mostrou que as prefeituras e os governos estaduais reduziram fortemente os investimentos na área social e na infra-estrutura urbana desde 2002. No entanto, o único setor em que não houve retração foi o da saúde, com incremento de 17%, entre 2002 e 2004, no âmbito estadual (o gasto *per capita* anual dos governos estaduais está hoje em R\$ 144,00) e de 3,5% por parte das prefeituras (que gastam anualmente com a saúde de cada munícipe uma média de R\$ 175,00, atualmente). O gasto público total das três esferas de governo com saúde cresceu mais de 110% entre 2000 e 2005 (passando de R\$ 34 bilhões para R\$ 72 bilhões). Entretanto, a União ainda responde por 50,6% do gasto público total em saúde (BRASIL, 2006h; CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2006; LAVINAS, 2006).

Contudo, ainda se configura um quadro de financiamento público insuficiente, o qual está comprometendo o processo de construção do SUS e colocando em risco a viabilidade das políticas de saúde, sendo o fator que mais impossibilita os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade, de acordo com as necessidades e direitos da

população usuária, pondo em risco a viabilidade da gestão (FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2005). Isso é reflexo do paradoxo de se implantar uma política universalista em um contexto de ajuste econômico muito estrito.

Porém, a questão do financiamento do SUS não deve ser discutida somente no campo de sua tecnicidade. Ela deve ser politizada, ou seja, levada ao conjunto da sociedade como parte de um processo de escolha entre as duas propostas do SUS destacadas mais acima. É a sociedade brasileira que deve decidir qual SUS teremos e, também, definir quanto está disposta a pagar por isso (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

No bojo de todos esses movimentos, e até como desdobramento natural dos processos inovadores de gestão que se implantam nesse momento no SUS, percebe-se a necessidade de refletir sobre a atual política de financiamento da vigilância sanitária.

Para que se tenha um processo de descentralização em Visa concreto, há que se viabilizar um forte modelo de financiamento, de modo a garantir o compromisso dos gestores com a manutenção de fontes estáveis (tripartites e públicas), ao mesmo tempo em que congregue características de flexibilidade e agilidade na execução orçamentária e transparência, com vistas ao processo de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação.

O quadro atual na vigilância sanitária também é de insuficiência de recursos, principalmente para a maior parte dos municípios brasileiros, que só tem como fonte orçamentária para a Visa o PAB VISA (muitas vezes, sem os gestores e profissionais de Visa nem ao menos saberem da existência deste). Os trechos abaixo refletem esse panorama:

O recurso é totalmente insuficiente para municípios que possuem uma população menor e isso gerou uma não implementação da descentralização porque você fazia de conta que tinha um recurso da vigilância sanitária, era super pequeno e não dava a garantia de, no mínimo, as ações básicas serem feitas pelo município; dele assumir as ações básicas (informação verbal). [E1]

A indução do financiamento [via TAM] veio, não para descentralizar, mas para organizar as infra-estruturas básicas, principalmente no nível do Sistema de Saúde Estadual (informação verbal). [E12]

O relatório da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, nesse aspecto, ainda se encontra bastante atual, ao citar que os recursos financeiros constituem um dos elementos estruturantes da Vigilância Sanitária, cuja deficiência redundava nos seguintes problemas: os valores repassados fundo a fundo, pela esfera federal, além de insuficientes para o custeio das ações de vigilância sanitária, nem sempre são aplicados na própria área; não há um compromisso efetivo de propor contrapartidas financeiras, por parte de estados e municípios;

a pouca agilidade e autonomia administrativa de que gozam as secretarias e seus respectivos órgãos de Vigilância Sanitária criam obstáculos para a utilização dos recursos, e torna-se difícil, com os mecanismos instituídos, o exercício do controle social sobre os recursos financeiros destinados à Vigilância Sanitária (CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001).

Quanto a essa questão das contrapartidas, a maior parte dos entrevistados que a abordaram em seu discurso foi enfática em falar da sua inexistência na prática – ou da sua restrição ao pagamento da folha de funcionários.

A descentralização em vigilância sanitária tem também [como questão polêmica] a questão da garantia de financiamento, do não aporte de recursos do estado e até mesmo do município para essa ação. A contrapartida de estados e municípios é para a assistência e o recurso nosso do nível federal para descentralizar ainda é muito pequeno (informação verbal). [E1]

Eu acho que nós temos que brigar por uma fatia da Emenda Constitucional 29, porque hoje os estados vivem com recursos da Anvisa. A contrapartida dos estados é, única e exclusivamente, folha de pagamento. Quando muito, com algum custeio. E acabou sendo um alívio a vigilância ter algum dinheiro, mas a gente não consegue sensibilizar os gestores de que precisamos de mais recursos (informação verbal). [E8]

Como pano de fundo disso tudo, é possível deduzirmos que ainda está por ser reconhecido o impacto da vigilância sanitária – por onde passa parcela considerável do PIB brasileiro e da produção científica e tecnológica – para a sociedade e para a economia brasileira. Para reverter o quadro apresentado, os governos terão que deixar de falar da Visa como um gasto e um fator de “embaraço político-eleitoral” e passar a encará-la como um investimento, não só para a fluência da economia nacional (ou mesmo locorregional), mas, sobretudo, para a melhoria da qualidade de vida da população. É vital, portanto, que o governo avalie os custos do não-investimento em uma área fundamental ao desenvolvimento sócio-econômico como essa; caso contrário, só se ajuda a perpetuar o quadro de desigualdade social instalado, além de prejudicar o desenvolvimento sustentável brasileiro.

Como já ressaltado anteriormente, nisso a Visa tem um papel fundamental: incrementar o seu esforço institucional para mostrar o quanto sua atuação efetiva economiza para o SUS e para a sociedade, por consequência.

Para azeitarmos esse debate, trago à tona alguns dados novos: a avaliação dos gastos do SUS por funções, segundo a Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda, mostrou que 43,8% dos gastos estão na assistência hospitalar e ambulatorial (ações de média e alta complexidade), 19,6% na atenção primária à saúde, 4,1% em procedimentos profiláticos e terapêuticos e apenas 0,6% na área da Vigilância Sanitária. Segundo aquela fonte, essa

composição dos gastos do SUS por funções não se diferencia fundamentalmente do que se observa na experiência internacional (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006).

Tabela 12 - Gastos do SUS, por funções [2005]

FUNÇÃO	GASTO (R\$ BILHÕES)	GASTO %	PIB %
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	30,1	43,8	1,55
Atenção Primária à Saúde	13,4	19,6	0,69
Apoio Profilático e Terapêutico	2,8	4,1	0,15
Vigilância Epidemiológica	1,4	2,1	0,07
Alimentação e Nutrição	0,8	1,2	0,04
Vigilância sanitária	0,4	0,6	0,02
Demais Funções	19,9	28,9	1,03
TOTAL	68,8	100,0	3,55

Fonte: Afonso (2006a *apud* CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006)

Mesmo correndo o risco de parecer superficial ou apenas provocativo, olhando para os números da tabela acima, surge uma contradição que mereceria ser objeto de uma análise mais acurada numa outra proposta de estudo: como é possível um país investir tão pouco do seu PIB numa área que, em tese, perpassa, com alguma prática típica do seu escopo de atuação, entre 20 e 25% do PIB nacional?

Essa é apenas uma das muitas incongruências que nos apresentam os dados da Tabela 12. Podemos questionar também o subfinanciamento das ações voltadas à promoção e à proteção da saúde em relação àquelas de média e alta complexidade ambulatoriais e hospitalares. Isso denota claramente que ainda temos muito a percorrer até sairmos do campo retórico no que concerne à inversão do modelo de atenção curativista hospitalar.

Ainda mais grave é constatar que os gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade apresentam, nos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, uma situação crítica que pode configurar ainda mais essa crescente ineficiência alocativa dos recursos públicos de saúde. Segundo Vianna *et al.* (2005 *apud* CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006), a participação percentual dos gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional em relação aos gastos totais do Ministério da Saúde com medicamentos subiu de 14,9% em 1995 para 35,3% em 2005.

Nesse sentido, um dos entrevistados lança uma provocação em relação à equidade na política de financiamento em Visa atualmente adotada:

Acho que não [está sendo respeitada a equidade atualmente no financiamento das ações de Visa]. [...] Considerando que em Visa, não se terceiriza; é só o poder público que executa as ações, são ações de que 100% da população se beneficia. É

100% SUS. Então, não tem equidade! É tanto que, da epidemiologia, também, 100% da população se beneficia, é 100% SUS, mas os valores repassados são muito maiores. Acho que hoje os valores alocados para área de Visa ainda são valores significativos do ponto de vista de quem não tinha nada. Mas, se você comparar com as áreas da assistência ou com a própria epidemiologia, que é nossa irmã na área, não tem nada. É irrisório (informação verbal). [E8]

Seguindo a linha de argumentação do trecho acima citado, vale a pena proceder a uma análise acerca do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, o qual é composto pelos valores referentes às transferências automáticas realizadas pelo Ministério da Saúde para estados e municípios brasileiros, em 2005, foi de R\$ 666.285.207,00 (BRASIL, 2006f). Nesse mesmo período, os valores repassados pela esfera federal em relação à vigilância sanitária – tanto em relação ao PAB VISA, como para o TAM – ficaram restritos ao montante de R\$ 104.302.751,80 – uma diferença de mais de seis vezes.

Mesmo numa análise superficial, nota-se uma disparidade muito grande em relação aos valores repassados no âmbito da Visa, quando se compara estes com outras cifras do âmbito do Ministério da Saúde. Sabe-se que a ação de vigilância sanitária necessita de um aporte tecnológico que se renova constantemente; sabe-se que as análises laboratoriais em Visa são caras e, muitas vezes, cruciais para o processo de trabalho desse campo; sabe-se que a vigilância sanitária é uma das poucas áreas do SUS que realmente tem um potencial de ação universalizante, na medida em que seu escopo de atuação perpassa boa parte das atividades cotidianas da população; e sabe-se que sem uma política de implementação de uma vigilância sanitária efetiva, que garanta a qualidade e a segurança sanitária de produtos, serviços, processos e ambientes, o próprio SUS não tem como se consolidar concretamente, face às suas diretrizes e princípios postulados.

Diante disso tudo, pergunta-se: é possível manter os atuais patamares de financiamento federal para o campo da Visa? Não está na hora de se pensar numa estratégia de radicalização da implementação da vigilância sanitária em todos os municípios do país? Não teríamos que estimular um debate em torno da efetiva contrapartida de recursos por parte de estados e municípios para o desenvolvimento da ação de Visa no âmbito de seus territórios, de maneira planejada e articulada?

Tudo isso é muito mais preocupante ainda nesse momento, por conta da unificação das “caixinhas” de repasse financeiro na saúde e por termos agora uma configuração de um bloco de transferência de recursos que junta a vigilância em saúde – nas suas vertentes epidemiológica e ambiental – e a vigilância sanitária, possibilitando, inclusive, a comutação entre eles.

Esse é um casamento de dotes muito desiguais, no qual se espera que o elo mais frágil – no caso, a vigilância sanitária – não saia perdendo. Pelo contrário, deve-se buscar as potencialidades desse novo modelo de gestão financeira para que se fortaleça o SUS – e, obviamente, nenhuma de suas áreas componentes pode sair tolhida desse processo, pois isso significaria um retrocesso extremo para as conquistas já alcançadas, por exemplo, no campo da Visa.

Portanto, há que se avançar: na busca de novos recursos, na garantia da execução dos recursos de que já se dispõe, na articulação setorial, na discussão em torno da gestão competente e responsável do SUS, enfim, na inclusão da Visa na pauta atual de debates do SUS, sem posicionamentos demarcadores ou fronteiriços, mas com uma postura pró-ativa, que possibilite o incremento do seu poder de ação e aumente a sua visibilidade institucional.

O intuito disso é diminuir a fragmentação e, em muitos casos, o engessamento do repasse de recursos para o gestor local. Porém, por outro lado, vivenciamos um dilema na vigilância sanitária: consideramos o repasse específico pós-TAM um grande avanço e uma fonte ao menos segura e constante para a descentralização das ações de vigilância sanitária, mas constatamos que são muitos os casos em que os gestores não executam a totalidade dos recursos repassados, mesmo mediante um quadro explícito de carência de estrutura e de pessoal para a Visa - portanto, trata-se de um dinheiro necessário.

Mesmo assim, deve-se considerar a possibilidade de inclusão de novos recursos para se investir principalmente na gestão municipal da vigilância sanitária, com vistas à efetivação do SNVS. Quando se reporta esse assunto, pretende-se buscar analogias com outras experiências já realizadas e bem-sucedidas no campo da saúde pública de captação de recursos externos ou de alocação de recursos advindos do tesouro nacional. Há toda uma preocupação em relação a isso hoje no SNVS, porém, um dos entrevistados alerta para uma questão pregressa a isso:

[...] Está sendo um exercício novo pra gente, porque durante muito tempo a gente não teve dinheiro. Você não sabia como agir. Agora a gente tem dinheiro. A gente tem que ter clareza no que vai investir, e se a gente sabe que o dinheiro que tem é pouco e a gente está pedindo linhas de financiamento novas, a gente tem que saber o porquê que a gente quer e principalmente como a gente vai gastar (informação verbal). [E10]

No caso da Visa, há ainda uma terceira fonte como possibilidade de se concretizar essa idéia que passa pela utilização de recursos oriundos da arrecadação própria da vigilância sanitária (basicamente multas e taxas de fiscalização, emissão de alvarás, registro de produtos e autorização de funcionamento de empresas) para incrementar um projeto estruturador para o

SNVS. Esse é um assunto extremamente latente hoje em todas as esferas do SNVS, expresso em várias das entrevistas realizadas para esse estudo e retratado no trecho abaixo:

Apesar de nós termos esse dinheiro muito pequenininho, é a única área da saúde pública que arrecada dinheiro. Em alguns estados e municípios isso é muito significativo (informação verbal). [E7]

Tudo que foi abordado nessa secção tem um peso forte hoje para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No entanto, uma das questões mais importantes do debate em torno da questão do financiamento das ações e serviços de saúde pela União é a da equidade na distribuição dos recursos financeiros. Os critérios previstos no artigo 35⁵⁸ da Lei Orgânica da Saúde nunca chegaram a ser implementados. A busca de critérios mais equitativos deve levar em consideração as desigualdades regionais e as diferenças das estruturas demográficas e sócio-econômicas existentes entre os diferentes níveis territoriais. Isso pode ser feito a partir de indicadores que sirvam como *proxy* das necessidades da população, refletindo as estruturas demográficas, de morbi-mortalidade, critérios sócio-econômicos, entre outros. Mas também deve ser considerada a capacidade instalada do sistema de saúde e da economia e indústria em cada nível territorial e esfera de governo, aliando-se o critério de distribuição equitativa dos recursos para custeio com um plano de investimentos e estruturação efetiva dos serviços de Visa, de forma a se elevar a oferta de ações e serviços onde essa estrutura é deficiente (BENEVIDES, 2004).

Há que se voltar um olhar mais equânime para a Visa. Reconhece-se o Piso Estadual de Vigilância Sanitária como um mecanismo equitativo de repasse financeiro, mas não se pode parar por aí. Um passo maior tem que ser dado, pois aqueles estados com grandes problemas de saúde e historicamente atrasados, em termos de desenvolvimento social e econômico, recebem sempre menos recursos (por conta da lógica *per capita* e por serem esses estados os menos estruturados em relação ao parque produtivo nacional). Numa fase mais avançada, quem sabe chegarmos ao ponto de estruturar uma proposta baseada em estratos, perpassada por uma série de variáveis sócio-econômicas, demográficas, epidemiológicas, ambientais e industriais dentre outras.

⁵⁸ Lei 8080 - Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede (BRASIL, 1990).

Porém, mesmo essa seção tendo sido dedicada ao debate exaustivo das questões inerentes ao financiamento em Visa (e das suas inter-relações em termos do micro-contexto sanitário), o financiamento isoladamente não reflete uma política de descentralização em Visa. Como se coloca no título desse trabalho:

Não se pode ter um processo de descentralização em Visa pelo viés do financiamento; ele tem que se dar pela responsabilidade de gestão. [...] Os técnicos dizem assim para mim: - “O meu Secretário não quer saber de Visa, o meu Prefeito não quer saber de Visa. Eu não tenho nada com isso.” Querendo ou não, a responsabilidade dele já nasceu com o ato dele, em ser prefeito ou ser gestor. A Vigilância Sanitária já estava lá; a responsabilidade para sanear o ambiente e botar as pessoas para viverem com qualidade e segurança é inerente. A responsabilidade de cuidar do que as pessoas bebem e comem e da forma como elas vivem, já era do gestor, querendo ele ou não, sabendo ele ou não. Eu acho que a gente tem que, nos próximos passos, pensar nisso: desatrelar mais a lógica da descentralização da questão financiamento. [...] As pessoas dizem assim: “Não precisa de financiamento?” Não é isso. É que a descentralização não necessariamente deve ocorrer na base da indução financeira, mas sim pelo viés da responsabilidade sanitária (informação verbal). [E12]

5.1.2.3 O panorama sanitário, epidemiológico e de organização dos serviços

O SUS tem uma rede de 63.650 unidades ambulatoriais e de 5.800 unidades hospitalares, com 440 mil leitos. Sua produção anual é de 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 251 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade; e 23,4 mil transplantes. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, o Brasil é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. Esse Sistema está presente em todo território nacional e é avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente (BRASIL, 2006b; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

Ao longo dos últimos anos, os indicadores de saúde no Brasil registraram grandes progressos. A esperança de vida média do brasileiro aumentou consideravelmente, estando hoje no patamar dos 68 anos de idade. As taxas de mortalidade infantil, embora ainda sejam altas no contexto mundial e latino-americano, são quase quatro vezes menores que as vigentes no ano de 1980. A estrutura de morbidade e o perfil de mortalidade também sofreram

substanciais transformações. As principais causas de morte, antes centradas nas chamadas doenças transmissíveis, hoje, com a urbanização acelerada, encontram-se entre as enfermidades crônico-degenerativas (problemas cardiovasculares e neoplasias) e nas causas externas, como os acidentes e homicídios, ambos provocados em grande parte pelo cotidiano das grandes cidades e pelo perfil do envelhecimento populacional. Isto não significa que as enfermidades transmissíveis tenham desaparecido. Elas continuam existindo, ainda que concentradas em determinados bolsões de pobreza rural e, em grande medida, associadas aos fluxos migratórios, notadamente nas regiões Nordeste, Norte e Centro-oeste.

O retorno de endemias antes erradicadas, como a cólera, e o surgimento de novas, como a Aids, gripe aviária e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), marcam novas características de nosso perfil de doenças, exigindo novas formas de ação governamental no que concerne às estratégias de prevenção e controle – campos nos quais a ação da vigilância sanitária se destaca.

Acrescente-se a isso o fato de o Brasil ainda apresentar diferenças regionais importantes em seus indicadores de saúde. Regiões como o Norte e o Nordeste são carregam, de forma estigmática, padrões de morbi-mortalidade muito semelhantes aos de países mais atrasados da África, Ásia e América Latina. Já os estados do Sul e Sudeste, em que pese a heterogeneidade interna de seus indicadores, mantêm condições gerais de saúde similares às de muitos países desenvolvidos.

No que cabe à Visa, o panorama também é de heterogeneidades marcantes. De acordo com o Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária (Censo Visa 2004), há no Brasil 32.135 trabalhadores de Visa, distribuídos nos 27 estados e em 4.814 municípios de todas as regiões do país, nas três esferas de governo. Essa distribuição, na verdade, se dá de maneira bastante desigual, concentrando a região sudeste quase a metade desse contingente de profissionais, apresentando uma relação de um trabalhador para cada 4.700 habitantes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005b).

Mesmo com toda essa força de trabalho envolvida, constata-se que ainda não se consegue o impacto possível e necessário para firmar a Visa como um campo de práticas resolutivas e de reconhecida atuação eficiente. Talvez essa seja uma afirmação dura, porém, foi algo bastante presente no discurso das pessoas consultadas nessa pesquisa. Um retrato disso é o trecho de discurso transcrito literalmente a seguir:

É necessário dar conseqüência às coisas. É o que eu mais fico preocupada nesse momento, porque eu tenho percebido que nós fazemos um esforço muito grande; temos muitas pessoas muito bem intencionadas; existe um aporte de recursos destinado à vigilância sanitária considerável; nós temos uma força de trabalho

fantástica; nós temos gente com conhecimento empírico, acumulado de anos; nós temos um quadro com muitos doutores, com muitos mestres; nós já temos muita coisa feita, mas o impacto das nossas ações ainda é muito relativo (informação verbal). [E7]

Por pensar que não cabe estender-me demais nessa secção, arrolando os problemas e a forma de organização da vigilância sanitária no Brasil – uma vez que acredito já haver feito isso de forma bastante detalhada em capítulos anteriores – restrinjo-me a destacar alguns pontos que podem melhor subsidiar os achados encontrados na fase de campo desse estudo: a vigilância sanitária é um campo complexo de conhecimento e de práticas, que tem sua problemática hoje bastante voltada para aspectos de planejamento e gestão (pois até os seus problemas estruturais têm, como pano de fundo, questões gerenciais arraigadas). A falta de um direcionamento claro acerca da consolidação do SNVS e de uma estrutura bem organizada para responder ao conjunto dos problemas colocados para a grande maioria dos serviços de Vigilância Sanitária – principalmente no âmbito municipal – trazem, como conseqüência, a prevalência do atendimento quase que exclusivo à demanda – muito baseada na denúncia, inclusive –, sendo muito rarefeitas a organização de ações programadas. Com isso, a Visa perde a oportunidade estratégica de se adiantar e antever a problemática posta frente ao seu espectro de atuação.

Há um trecho analisado nesse estudo que traz uma reflexão bastante interessante entre o que foi abordado acima e a questão do respeito à equidade em Visa:

A vigilância sanitária, muitas vezes, peca pela iniquidade, também, na medida em que um dos geradores da situação é a denúncia e quem faz denúncia nesse país nem sempre é aquele que vive as situações de maior risco sanitário. Também, porque existe uma tendência de a vigilância sanitária se concentrar em empresas maiores, em serviços de maior complexidade, que também nem sempre se relacionam com o acesso e com o consumo da população mais necessitada. [...] Existe uma limitação grave dada pela vigilância sanitária atual, que é o limite que ela respeita em relação à atividade formal. A vigilância sanitária, via de regra, não atua junto ao comércio informal [...] Os bares, lojinhas e armazéns que estão nas favelas, não são visitados pela vigilância sanitária. Agora, os supermercados importantes, os restaurantes que atendem a classe média, esses sim, esses são (informação verbal). [E3]

Esse debate acerca da sistemática organizativa da Visa também foi retratado por outro informante-chave, que destacou a sua inquietação em relação à necessidade de uma atuação mais bem planejada e integrada da vigilância sanitária, no tocante aos objetivos finalísticos do setor saúde, como um todo:

Qual é a Visa que tem um núcleo de desenvolvimento da sua organização, que pensa a organização da Visa, mesmo no estado? Ela faz os pactos, ela faz o termo de ajuste, mas qual o “plano estadual de Visa”? Eu acho que isso aí, a gente ainda vai ter que promover – a incorporação desse outro processo. Eu quero saber como é que está a inspeção em todas as minhas unidades de hemodiálise, fielmente a cada três

meses, mas quais são mesmo os riscos sanitários que as hemodiálises têm? (informação verbal). [E12]

Em suma, após discorrer sobre todos esses aspectos conjunturais que envolvem e integram a dinâmica da vigilância sanitária, cabe apresentar abaixo um quadro-síntese com os achados mais relevantes destacados nessa categoria analítica: o contexto em que se desenvolve a descentralização das ações de vigilância sanitária.

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
CONTEXTO		
Macro-contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dois Presidentes de partidos opostos atuaram no Governo Federal no período do estudo; ▪ Regime político democrático; ▪ Federalismo de cooperação instituído constitucionalmente; ▪ Tensão entre o rígido controle fiscal e a geração de superávits e a demanda federativa por menor desigualdade entre os entes federados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11ª economia mundial; ▪ Maior economia da América Latina; ▪ Processo de estabilização econômica; ▪ Política de abertura financeira e comercial intensa e rápida; ▪ Crescimento do PIB abaixo da média mundial projetada; ▪ Altíssima concentração de renda; ▪ Alta concentração de receitas nas mãos da União. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urbanização rápida; ▪ Problemas sociais arraigados e complexos; ▪ Municipalização desenfreada e não-sustentável; ▪ 1/3 da população abaixo da linha da pobreza; ▪ Informalidade e desemprego; ▪ Violência.
Micro-contexto		
O Âmbito Político Setorial	O Financiamento Setorial	O Panorama Sanitário, Epidemiológico e de Organização dos Serviços
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo de Reforma Sanitária ao longo das duas últimas décadas, com forte viés descentralizador; ▪ Contexto atual de construção do Pacto pela Saúde – inovação na gestão do SUS; ▪ Necessidade de inserção da Visa na agenda política do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento insuficiente quantitativa e qualitativamente; ▪ Gasto <i>per capita</i> com saúde baixíssimo; ▪ Percentual do PIB gasto com saúde também baixo; ▪ Apesar disso, a tendência recente é de crescimento do gasto com saúde por parte dos entes subnacionais; ▪ Gasto extremamente desigual entre ações curativas e ações preventivas no SUS; ▪ Necessidade latente de incremento de recursos para o campo da Visa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transição epidemiológica inconclusa, com perfis superpostos; ▪ Heterogeneidades regionais marcantes no quadro de morbimortalidade e na rede assistencial; ▪ Avanços importantes e reconhecidos internacionalmente em algumas áreas do SUS; ▪ Panorama de Visa também marcado pela heterogeneidade – de problemas e de estruturas.

Quadro 11 - Síntese do Contexto da política de descentralização das ações de Visa
Fonte: o autor.

Com essa análise pormenorizada do contexto no qual a descentralização da Vigilância Sanitária se insere (impacta e também sofre seus reflexos), podemos fechar essa secção colocando que se trata de uma política extremamente *complexa* (em termos dos fatores intervenientes e das relações estabelecidas/necessárias), porém coerente com a idéia de um Brasil pautado no desenvolvimento social e econômico, na justiça social e na promoção de

qualidade de vida para as pessoas, tendo sua *relevância* e *necessidade* adequadas ao panorama sócio-político-econômico nacional atual. Porém, naquilo que concerne à sua *suficiência*, há ainda muito o que se buscar para que a descentralização das ações de vigilância sanitária seja algo concreto e impactante no âmbito do SUS e para a sociedade brasileira. Essa é uma questão a ser mais bem explicitada ao examinarmos as próximas categorias analíticas desse trabalho.

5.2 Análise do Processo de descentralização em Visa

Nessa secção, iremos analisar o processo político de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil. Para tanto, resolvemos dividir didaticamente o texto em três subsecções, para tratarmos de um modo mais linear essa categoria, no que concerne às negociações e ao processo de formulação da política em questão; ao desenvolvimento da implementação da política e ao seu monitoramento e avaliação, por parte dos atores e instituições envolvidos nesse processo.

5.2.1 Negociação e formulação no âmbito do processo de descentralização em Visa

Primeiramente, talvez seja interessante resgatarmos um pouco do percurso histórico da instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, por entender que o processo de negociação e formulação da política de descentralização das ações de vigilância sanitária se deu basicamente no âmbito desse Sistema.

A legislação da década de 70, notadamente a Lei n°. 6.360/1976, que conformou os fundamentos jurídicos do arranjo de vigilância sanitária até hoje vigente, não continha a idéia de um sistema. Essa legislação referia-se principalmente à vigilância de produtos, cujas ações foram razoavelmente descentralizadas e distribuídas entre a esfera estadual e a federal. As competências dos municípios, por sua vez, não foram definidas. Apesar da divisão de atribuições, que deixava às secretarias estaduais o pesado encargo das fiscalizações, não havia na legislação a definição sobre as fontes de recursos para a realização das tarefas. Só esporadicamente, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde

(SNVS/MS), também criada no ano de 1976, repassava recursos do Ministério da Saúde, por meio de convênios, para as secretarias estaduais organizarem e aperfeiçoarem suas ações de vigilância sanitária. A falta de estrutura e de uma doutrina de ação sistêmica fez com que a esfera federal trabalhasse com as secretarias estaduais de forma assistemática, numa forma de organização precária, em face da magnitude do setor regulado e das tarefas que a lei lhes outorgava, adquirindo características marcadamente cartoriais (LUCCHESE, 2001a).

Somente em 1994, expressou-se oficialmente a necessidade de repensar o arranjo da vigilância sanitária nacional, com a edição da Portaria GM/MS n.º. 1.565/1994, formalizando assim a intenção de criar um sistema nacional de vigilância sanitária, definindo sua abrangência e esclarecendo a competência das três esferas de governo e as bases para descentralização da execução de serviços e ações de vigilância sanitária no âmbito do SUS. Porém as pretensões contidas na referida portaria nunca foram concretizadas (LUCCHESE, 2001a; SOUZA, 2002a).

Nesse mesmo ano foram realizados os primeiros movimentos com o objetivo de criar uma autarquia para o órgão federal de vigilância sanitária. O processo de reformulação do ente federal e sua transformação em autarquia especial estendeu-se de 1995 até 1999, e foi relativamente fechado à participação dos estados e municípios. Uma crítica que se tem a esse processo é que a condução política desse planejamento invertia a lógica racional e planejava o desenho do órgão federal da vigilância sanitária antes de saber e debater a organização do sistema nacional que ele deveria coordenar (LUCCHESE, 2001a).

Apenas com a edição da Lei n.º. 9.782, publicada em 27 de janeiro de 1999, é que foi criado no plano legal, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, porém este dispositivo não cuidou de estabelecer funções específicas e diretrizes para cada nível, reportando-se apenas à definição de vigilância sanitária dada pela Lei n.º. 8.080/1990 e às atribuições do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, deixando a cargo do Ministério da Saúde a competência para a formulação, o acompanhamento e a avaliação da política de vigilância sanitária e das diretrizes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, o que, de fato, também nunca aconteceu, como já abordamos no capítulo 3 (LUCCHESE, 2001a; SOUZA, 2002a).

Essa foi a lei de criação da Anvisa e, com a criação da Agência (e todas as novas perspectivas administrativas e financeiras a partir de então), surgiu o interesse – ou priorizou-se a necessidade – de se estruturar um processo concreto de descentralização das ações de vigilância sanitária, fomentando a estruturação das ações e serviços de Visa nas instâncias subnacionais, onde havia, notadamente, um déficit organizativo grande.

O que destacamos aqui é o marco que foi a Anvisa e também o advento do TAM para a descentralização no campo da Vigilância Sanitária, porém, como alguns dos entrevistados relataram, esse processo já vinha se dando pelo menos desde o início dos anos 1990, mesmo que de uma forma incipiente e ainda mais heterogênea no panorama nacional do que hoje.

A descentralização na vigilância sanitária se iniciou em 1993, 1994, nos estados onde a vigilância era mais organizada como Paraná, São Paulo e depois foi se estendendo para os outros estados do Brasil. Mas o grande problema [...] foi que esse processo careceu de um debate específico, próprio da Visa. Nesse momento, ele foi feito a reboque do processo de descentralização que estava sendo realizado na área da saúde, via NOBs. [...] E a vigilância sanitária ficou à parte tanto do debate sobre a conformação da descentralização no SUS, quanto de um projeto ou uma estratégia de descentralização própria. [...] Depois de 1996, basicamente quando começaram aqueles escândalos de fraudes, falsificações e outras situações de raríssimo controle, a vigilância começou a entrar na pauta política. Porque se criou uma espécie de pânico na população, que não tinha segurança de entrar numa farmácia e comprar um medicamento, por exemplo. [...] E a própria indústria sofria também, porque o setor regulado perde muito com uma vigilância desestruturada. [...] Então, nesse sentido, a criação da Anvisa realmente foi um ponto de inflexão nesse processo porque ela reestruturou completamente o nível federal e deu condições de trabalho efetivo (informação verbal). [E5]

Nesse sentido, várias outras pessoas consultadas reforçaram esse ponto da Anvisa como grande marco da descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil, relatando que, a partir da criação da Agência, ela passou a ser responsável pelo comando ativo desse processo, implicando a responsabilidade sobre a condução de questões técnicas, financeiras e também políticas.

O que poderia nortear esse processo de descentralização? Era a possibilidade, após a constituição da Anvisa, de você ter um Sistema que pudesse ser forte também, ou que pudesse ser marcante também no seu braço operativo, que são os estados e os municípios. [...] Para não causar um desequilíbrio no Sistema, você tinha que começar a buscar mecanismos de fortalecer esses entes, [...] com uma postura clara, visível e transparente. [...] Caso contrário, teríamos um desequilíbrio muito grande, com um nível central forte regulamentando e, no nível de estados e municípios, estruturas frágeis, sem poder corresponder operacionalmente. [...] Para isso, você tinha que ter ousadia de romper algumas questões. E a Diretoria Colegiada [da Anvisa] teve essa ousadia. Chamou essa discussão na [Comissão Intergestores] Tripartite, no Conselho Nacional de Saúde, no primeiro escalão do Ministério da Saúde, junto aos órgãos representativos dos estados e dos municípios. Quer dizer, o pano de fundo estava dado e o TAM era a alavanca para você, com base nesse pano de fundo, poder fazer avançar um pouco mais as questões da Visa, dentro desse processo de descentralização (informação verbal). [E4]

Porém, nesse primeiro momento, as pactuações no âmbito do TAM se deram apenas com os estados, tendo estes a responsabilidade de promover seus pactos internos, na esfera bipartite. Isso obviamente, trouxe à tona muito conflito naquele momento, por parte dos colegiados representativos das gestões municipais de saúde (Conasems e alguns Cosems), mas foi uma postura previamente pensada pela Anvisa, à época.

[O fato de ter discutido a pactuação do TAM, nesse primeiro momento, apenas com os estados] foi um pau desgraçado com o Conasems, porque eu nunca aceitei passar por cima dos estados. [...] Então eu discuti muito com nossa Diretoria e nós levamos esse negócio a ferro e fogo: - “Não conversaremos com municípios. - Mas nem os municípios da capital? - Nem os municípios da capital”. Eu não quero criar um conflito com o Conass, eu não me benefico com isso, não me fortaleço. É uma visão rupturista imaginar que seja capaz de construir o que nós tínhamos que construir pegando alguns municípios pinçados. Nós não tínhamos necessidade de fazer uma ruptura. Nós estávamos comandando um movimento evolucionário. E tenho certeza que o que foi feito na construção da Anvisa e no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária foi uma evolução. [...] Então eu não aceitei ir aos municípios. E eu fui várias vezes nas reuniões do Conasems e aí a discussão era pesada. [...] Mas fora esse pedaço aí, nós conseguimos ter um razoável consenso, e conseguimos construir o TAM, voltado aos estados e tentando incentivar os estados a dar o passo seguinte (informação verbal). [E6]

Um dos elementos que angariou o consenso referido no final do trecho acima foi a instituição do CIT VISA⁵⁹, como espaço de discussão técnica e negociação política no âmbito da Visa, o qual, na verdade, teve e tem sua atuação muito focada no fortalecimento do processo de descentralização em Vigilância sanitária.

Porém, o TAM não traz em sua bagagem apenas consensos e pontos positivos. Até para a evolução da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, é necessário que se critique os instrumentos e os rumos adotados nesse processo, como refere o segmento a seguir:

No meu modo de ver o TAM é correto, mais no sentido de reforçar as estruturas estaduais principalmente, mas falta a ele um projeto. Quando o objetivo é atingir metas, pode-se estar reforçando a ausência de um projeto e a descentralização pode vir a se conformar num sistema colcha de retalhos, quer dizer, nós vamos por inércia agregando agentes, agregando áreas, estruturando uma vigilância por inércia sem um projeto que lhe dê direção (informação verbal). [E5]

Até por conta desse tipo de sentimento expresso no trecho acima, há uma percepção generalizada, por tudo que já abordamos nesse trabalho em torno da atual configuração da dinâmica de gestão do SUS, de que o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária não pode vir mais por pacotes prontos, com róis pré-estabelecidos de metas a cumprir, independentemente das necessidades e da realidade local/regional.

Ou seja, para que a descentralização das ações de Visa resulte em maior impacto sanitário, as responsabilidades entre os gestores do SUS quanto à vigilância sanitária devem ser claramente definidas, para além do âmbito dos ritos normativas – muitas vezes restritivos à criatividade e inovação dos agentes locais – e das metas de cobertura por atividade programada. É como argumentamos o tempo todo nessa dissertação: deve-se entrar em

⁵⁹ Discutiremos o papel preponderante desse Comitê para o fortalecimento do SNVS na secção dedicada à análise dos Atores envolvidos na política de descentralização das ações de vigilância sanitária.

sintonia direta com o processo contemporâneo de construção dos Pactos pela Saúde e fazer a vigilância sanitária marcar presença nesse processo, não de forma fronteira ou incipiente, mas numa atitude integradora e co-responsável.

Diante do exposto nessa secção, pode-se identificar a política de descentralização das ações de vigilância sanitária, frente à distribuição de poder no seu processo de negociação e formulação, como uma política pluralista, na qual esse processo se deu, apesar de algumas atribulações e conflitos em seu início, de uma forma democrática e participativa, em relação aos agentes do SNVS.

5.2.2 Implementação do processo de descentralização em Visa

Um dos sujeitos entrevistados traz uma reflexão bastante interessante para esse tema:

Na verdade não se trata de descentralização, a meu ver. Porque se descentraliza o que estava centralizado. E, no caso da vigilância sanitária, não estava centralizada. Um conjunto de ações de vigilância sanitária não estava centralizada nem no nível federal, nem no estadual. Quer dizer, não se fazia vigilância sanitária na maioria dos municípios brasileiros. E em grande parte deles ainda não se faz vigilância sanitária. Então o próprio conceito de descentralização ainda é mal aplicado em vigilância sanitária. Na verdade, o que se vê é uma implementação, uma estruturação, uma organização de serviços e ações de vigilância sanitária (informação verbal). [E11]

Com isso, ele quis dizer que esse processo de estímulo à descentralização de vigilância sanitária que está acontecendo no Brasil, na verdade, refere-se à organização e implementação das ações de vigilância sanitária na maioria dos municípios, os quais ainda não têm estrutura mínima ou um cotidiano de ações em Visa bem definido – o que, de fato, faz sentido, embora também esteja ocorrendo desconcentração de ações e de recursos entre os níveis de gestão.

Quanto à forma de implantação da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, pode-se afirmar, com base nas informações apresentadas ao longo desse trabalho, que se trata de uma implantação *Top Down*, ou seja, no sentido vertical, dos níveis de gestão superiores para aqueles locais regionais. Esse quadro se configura dessa maneira até pela forma de início da pactuação do TAM (primeiramente, apenas diretamente entre Anvisa e estados) e pela própria incipiência desse processo no âmbito da gestão municipal – o que aponta que esse é um processo que ainda está se capilarizando (o que não invalida, de forma alguma, o que foi referido em relação à perspectiva de formulação e negociação pluralista dessa política).

Nesse processo de implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária, são reconhecidos avanços importantes, e, mais uma vez, o TAM é colocado como o grande marco:

Eu acho que o TAM foi um grande avanço. É inegável! Não só como instrumento sólido, mas de fato como um resultado. [...] Eu acho que dentro de um contexto geral, de construção de uma política de descentralização, o TAM foi fundamental (informação verbal). [E2]

Na repactuação do TAM, [...] houve a inovação dos municípios poderem pactuar ações de média e alta complexidade, com direito a incremento de recursos, dentro do montante do estado e com fomento também da Anvisa. E com isso tivemos o pontapé para que o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária chegasse ao nível municipal, porque não se consegue descentralizar sem se acenar a garantia de um recurso adicional, até porque o PAB, para município de pequeno porte, ele é insignificante (informação verbal). [E1]

Porém, para o âmbito municipal, a descentralização das ações de vigilância sanitária é algo muito complexo porque, muitas vezes, não interessa ao gestor assumir ações de vigilância sanitária; muito pelo contrário: vigilância sanitária atrapalha politicamente. Isso tem que deixar de ser tratado de uma forma tão provinciana e clientelista e passar a ser cobrado sob a ótica da responsabilidade gestora pela saúde da população constitucionalmente dada.

Além disso, também no âmbito municipal, o processo de descentralização e a estratégia de financiamento das ações de Visa não conseguiram modificar a estrutura básica já existente, conformando-se um quadro de pouco impacto na descentralização das ações de Vigilância Sanitária para a grande maioria dos municípios (BITTENCOURT, 2004).

Uma outra peculiaridade desse processo é que a descentralização das ações de vigilância sanitária para os municípios se dava – e ainda se dá - mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite. Uma causa de dificuldades no âmbito da CIB foi a tentativa de vinculação da responsabilidade de execução das ações de Visa a serem descentralizadas, segundo sua hierarquia, às modalidades de gestão, pois nem sempre havia correspondência entre a capacidade de execução das ações de Visa e a modalidade de gestão na qual o município se encontrava habilitado pelas Normas Operacionais do SUS então em voga (DE SETA; SILVA, 2001).

As formas de habilitação de gestão que o SUS empregou, e que você tinha que respeitar, não guardavam nenhuma correspondência com a forma de organização da Visa. Era muito comum você ter município em gestão plena que não fazia absolutamente nada em Visa. E era muito comum você ver município na forma de habilitação mais simples que tinha, que fazia ações de Visa até de grande qualidade e ações até de média e alta complexidade (informação verbal). [E4]

Mais grave ainda, em alguns estados já houve, inclusive, manifestação das administrações em iniciar processo de “despactuação” de alguns municípios em relação ao TAM. O principal motivo para essa proposição é o descompasso entre as novas atribuições assumidas pelos gestores, com aumento do leque de responsabilidades, e os baixos valores recebidos como contrapartida de financiamento. Essa situação mostra de maneira inequívoca a necessidade de revisão da política alocativa de recursos na área da Vigilância Sanitária (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006e).

Quanto a essas questões de ordem financeira, os atores entrevistados durante a fase de campo da pesquisa, colocam vários pontos de vista, dentre eles o de que esse processo de descentralização no campo da Visa se apresenta com um viés financeiro muito forte e que um dos maiores entraves à efetiva implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil hoje está no campo da execução orçamentária por parte dos entes subnacionais.

Uma [das características do processo de descentralização em vigilância sanitária] que eu acho que é marcante é que, na verdade, o que nós estamos descentralizando, no fundo, no fundo, mais especificamente, são recursos financeiros (informação verbal). [E4]

Os estados têm buscado caminhos próprios; e esses caminhos próprios muitas vezes não são nem motivados por uma responsabilidade sanitária mais consciente e sim por buscar soluções para o repasse financeiro (informação verbal). [E8]

Eu acho que, com todas as críticas que a gente possa fazer, a instituição do TAM como estratégia de fomento à descentralização das ações de vigilância sanitária foi algo extremamente válido. [...] As dificuldades maiores se deram por parte da falta de autonomia das Vigilâncias Estaduais, considerando as diferenças entre a organização de cada estado, e não pelo instrumento propriamente dito (informação verbal). [E8]

Eu acho que a forma de repasse do TAM é tranqüila. O problema é que ele esbarra na burocracia própria, típica do setor público, principalmente em relação à Administração Direta. [...] Quando a gente tem reunião nacional, a gente percebe que todos têm dificuldade, mas não são as mesmas. Então você tem que trabalhar dentro do teu estado para conseguir destravar isso, muitas vezes num âmbito mais político que técnico (informação verbal). [E9]

Outros entraves no processo de implementação da descentralização em Visa são colocados no que concerne às relações governamentais de âmbito bipartite (estados e municípios) – relativas à gestão do SNVS – e também em face de questões estruturais primordiais para o concreta consolidação desse Sistema, como no caso da organização da rede laboratorial de suporte às ações de Visa, exemplificados abaixo.

Dentro da lógica sistêmica, o que ainda está faltando é a relação dos estados com os municípios. A meu ver, essa lógica da relação dos estados com os municípios não está tendo a mesma dinâmica que teve entre a Anvisa e os estados, obviamente. Um

ente federal se relacionar com 27 unidades é muito mais fácil do que esses 27 com quase seis mil entes municipais. Mas acho que correlativamente essa dinâmica ainda é inferior. Muito inferior à primeira lógica que é do federal com os estados. E aí a gente sabe que o próprio processo de descentralização nos estados é muito variado (informação verbal). [E11]

Outro nó [...] é a questão dos laboratórios. Não posso admitir vigilância sanitária efetiva sem o laboratório. [...] E esta é uma condição importante, mas lamentavelmente eu não estou vendo um avanço nessa discussão. Acho que isso tem que ser parte integrante desse processo. A questão da rede laboratorial. Isso é infraestrutura (informação verbal). [E11]

A descentralização tem sido importante, contudo, dadas as características singulares da organização dos serviços de saúde e a extrema diversidade dos municípios brasileiros no tocante a população, recursos econômicos e capacidade gerencial, a forma dual e polarizada de descentralização, que leva a uma autarquização municipal, pode levar ao aumento da iniquidade, da ineficiência, à perda de qualidade dos serviços e à baixa sustentabilidade desse processo (MENDES, 1998).

No que concerne à vigilância sanitária, qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas e garantir a universalidade e a integralidade da ação, evitando a desintegração organizacional e a desresponsabilização por parte dos gestores para com o gerenciamento do risco sanitário local (que muitas vezes tem transcendência regional, nacional e até mesmo internacional).

Assim, a descentralização em Visa deve ser revisitada, de tal modo que se estabeleçam sistemas microrregionais de saúde, proporcionando relações custo-benefício mais adequadas e complementares, uma vez que a organização do Visa é, do ponto de vista de sua racionalidade, necessariamente interterritorial. Desse modo, o grande desafio gerencial e técnico do processo de descentralização em Visa hoje é realizar essa integração regional (MENDES, 1998), induzindo e fortalecendo a cooperação técnica entre o estado (nível central e regional) e os municípios.

A regionalização, na condição de uma diretriz do SUS, eixo estruturante do Pacto de Gestão e também de aspecto indispensável a um federalismo sadio, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Portanto, não basta eliminar as diferenças macrorregionais para diminuir as iniquidades; há a necessidade de aumentar, concomitantemente, a equidade dentro dos estados e das microrregiões para alcançar resultados socialmente mais justos (BRASIL, 2006a; MENDES, 1998).

Deste modo, há que se perseguir, também para a vigilância sanitária, um modelo funcional, efetivo e eficiente de regionalização cooperativa e inteligente (articulando esforços

e otimizando os recursos disponíveis), que tome por base a cooperação técnica e o compartilhamento de responsabilidades e ações entre os agentes do SNVS. Não se prega aqui, obviamente, o insulamento ou o distanciamento do SUS. Qualquer estratégia de gestão e de intervenção para a Visa tem que estar coerente e buscando fortalecer o modelo de atenção em desenvolvimento. Daí a importância de se pensar a vigilância sanitária também na esfera das instâncias colegiadas de gestão do SUS. É nesses espaços que se deve pautar a Visa, com o intuito de se debater política e tecnicamente as questões próprias da vigilância sanitária e também a interface destas com o SUS.

Todos os trechos abaixo corroboram as idéias apresentadas acima: acerca da regionalização em vigilância sanitária – temática que foi bastante recorrente e consensual nos discursos apreendidos durante a fase de coleta de dados.

Para a construção de uma lógica sistêmica realmente, a gente precisa capilarizar a Visa até o nível municipal, porque se você olhar o texto constitucional, ele é muito preciso em relação a isso. Tudo o que está no território do município, tem que interessar a ele. As questões de interesse local são de competência do município. Só que quando a gente olha para vigilância sanitária, tem coisas que estão no território, mas foram produzidas em outro local. Quando você pensa nisso, você avança o seu pensamento para raciocinar em termos de risco sanitário e aí você vai ver que o cuidado com aquilo que está no nível local, muitas vezes só o nível local não dá conta. [...] Então por isso que a lógica sistêmica tem que se reportar a várias dimensões da área de vigilância sanitária em relação aos objetos da área de vigilância sanitária (informação verbal). [E11]

Nós precisamos fazer esse debate de como a regionalização entra nesse processo, porque temos um espectro de riscos grave demais. Desde a padaria da esquina até o serviço sofisticado da quimioterapia ou da radioterapia, ou a indústria de instrumentos terapêuticos de alta densidade tecnológica. Em todo o espectro, o sistema tem que dar conta. Se o município é muito pequeno, pouco estruturado, ele vai ter uma parte desse espectro que é de atribuição dele. Mas o resto do sistema vai ter que garantir para aquela população que ela esteja coberta (informação verbal). [E5]

Hoje, em alguns estados, você começa a ter modelo de pactuação integrada entre estados e municípios, que pode levar a médio prazo a gente ter um projeto melhor de regionalização em saúde. E junto, a vigilância sanitária. Agora, é preciso ter a capacidade de jogar o jogo. Porque, de fato, o conjunto de forças observáveis são tendentes à descentralização acrítica, à perda de escala e à perda de responsabilidade. [...] O desafio está em construir este novo modelo de descentralização, que é um modelo de descentralização responsável, interessante, esse modelo com um mínimo de responsabilização, de accountability. [...] Até porque, sem a visão das realidades regionais nós não vamos avançar. Esta é a questão da descentralização (informação verbal). [E6]

Para descentralizar ações de Visa, tem que passar antes pelo fortalecimento dos entes nos níveis regionais, para que eles sejam realmente capazes de manter essa ligação de cooperação técnica com os níveis locais (informação verbal). [E12]

Tudo isso corrobora com a idéia de que, por conta da intervenção em Visa ter que lidar concretamente com a transcendência do risco sanitário e o seu conceito de territorialidade ser

difuso, há que se embasar o processo de implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária focado nos conceitos de pacto, responsabilidade e compromisso sanitário. No entanto, esse é um movimento que deverá exigir esforços de grande abrangência dos agentes do SNVS, como referido de maneira bastante sintética, porém direta, na fala que se segue:

Se a gente conseguisse inverter a pactuação, não com uma lógica técnica, mas com uma lógica de compromisso, a gente ganharia muito. [...] Isso é uma atitude política (informação verbal). [E3]

Em síntese, baseado nas afirmações de Viana *et al.* (2002), tem que se impor um esforço para consolidar o processo de descentralização do SNVS, pautado pela necessidade de compensar as diferenças locais, numa descentralização menos heterogênea, que se traduza na construção e pactuação de Planos de Ação em Visa com rota coincidente com o Pacto pela Saúde e seus desdobramentos. Deve-se ver no Plano de Ação em Vigilância Sanitária um instrumento que contemple as ações de Visa a serem pactuadas, programadas e executadas, na esfera de atuação de cada nível de governo, respeitando as realidades e os riscos sanitários locais e a capacidade técnica da organização de Visa local, mas também a assunção da responsabilidade gestora pela saúde da população. Para tanto, é necessário que esses Planos traduzam as especificidades locorregionais, com o foco na melhoria dos indicadores de saúde do município e do estado, sem perder de vista a coerência com os Planos de Saúde das três esferas de governo, com o PDVISA e com o Pacto pela Saúde.

Esse Pacto pela Saúde em processo de discussão e implementação no SUS pode contribuir, sobremaneira, para que a missão social da vigilância sanitária seja gradativamente viabilizada, num cenário de maior integração desse campo de práticas ao SUS, como um todo, numa via de co-responsabilidade, pró-atividade e desenvolvimento técnico e gerencial – não mais na perspectiva de um conjunto de normas, mas fundamentalmente com base na concertação de idéias, como já abordamos nesse trabalho.

Nessa perspectiva, o PDVISA é colocado pela maioria absoluta dos sujeitos entrevistados, como catalisador desse processo:

A gente está vivendo a mobilização da elaboração do PDVISA, esse sim eu acredito que é um movimento que dá início com o estabelecimento das diretrizes e saindo daí, ele vai originar e vai dar início à conformação do modelo para fortalecer a descentralização das ações (informação verbal). [E12]

Contudo, é interessante atentar para o que Souza (2002a, p. 19) coloca: “a descentralização da Visa, por si só, não é garantia de mudanças em sua cultura organizacional, nem tampouco em suas práticas – ela pode ocorrer em direção a um sistema local de saúde

que não tenha possibilidade de absorvê-la de forma inovadora, explorando o seu potencial transformador das condições de saúde”.

Uma visão bastante abrangente acerca dessa situação pode ser captada na fala abaixo, em que o gestor de Vigilância Sanitária procura estabelecer as relações entre a descentralização da Visa, o Pacto pela Saúde, a assunção de responsabilidades na gestão do SUS e a importância de se pensar um novo modelo de práticas – novo, genuíno, pragmático.

A descentralização, para mim, é como o SUS fez, como uma diretriz. Vamos ponderar o exercício futuro disso atrelado ao contexto e ao cenário do Pacto, pensando numa descentralização que apóie e organize o nível regional e o nível local. [...] Todo mundo do nível local fazendo coisas, não básicas, mas apropriadas para o território local, naquela discussão da territorialidade, risco e transcendência. Vejo outras ações sendo realizadas de forma compartilhada entre o nível regional e o nível local. [...] Tudo muito parecido com o que fazem os modelos ecológicos: não tem nada igual, mas tudo se liga, todo mundo cumpre o seu papel. [...] Tem também que se trabalhar muito, muito mesmo, o componente da gestão em Visa, principalmente no nível local, para impedir, ou evitar, que o município caia na mesmice, na mesma coisa que ele fez na assistência, no isolamento de achar que ele sozinho pode tudo, ou de que ele não tem responsabilidade com nada disso, que o problema não é seu (informação verbal). [E12]

Daí apostarmos na radicalização do fomento à implementação das ações e serviços de Visa nos âmbitos locais e regionais, tendo o fortalecimento da capacidade de gestão como pano de fundo e entendendo que, apesar de a Anvisa ter gradativamente se estruturado e se legitimado para exercer seu papel de coordenadora do SNVS, os demais gestores, principalmente os municipais, ainda padecem de problemas estruturais, políticos e técnico-administrativos que precisam ser enfrentados solidariamente pelos três entes federados.

Em face do exposto, podemos concluir que o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária teve e tem a sua implementação baseada numa concepção dialógica, respeitando a necessidade de estabelecimento de consensos em torno dos rumos a serem seguidos e, portanto, apresenta uma visão incremental de desenvolvimento dessa política (embasada num processo adaptativo de negociação política, com ajustes permanentes e mútuos entre os atores envolvidos, em que se buscam atitudes mais estratégicas e menos tecnicistas ou previamente controladas).

Será que a gente está caminhando certo nessa proposta de organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária? Se a gente ficar parando, e pensando, e meditando, não avança, entendeu?! O que tem que fazer, na verdade, é avançar e ir corrigindo os erros que a gente vai cometer com certeza. Agora, tem que avançar, tendo que dar conta dessa situação (informação verbal). [E2]

A forma de descentralizar a vigilância sanitária é um aprendizado. Não se tem regra (informação verbal). [E1]

5.2.3 Monitoramento e avaliação do processo de descentralização em Visa

Segundo o Relatório de Avaliação do Plano Plurianual do Governo Federal de 2005, o monitoramento sobre o desempenho físico das ações pactuadas no âmbito da vigilância sanitária é bastante precário, necessitando de articulação entre os executores na elaboração da programação, na execução e, principalmente, na avaliação de resultados. Os sistemas de acompanhamento existentes são alternativos, frágeis e pontuais; ordenados em planilhas; não dão visibilidade para as ações desenvolvidas - o que os torna pouco confiáveis e intempestivos, havendo uma necessidade premente de padronização dessas informações. E mais, a periodicidade tem se mostrado variável e, com relação às ações de fiscalização sanitária de produtos e serviços de saúde que são executadas por estados e municípios, existe fragilidade no cumprimento dos prazos para transmissão dos dados (BRASIL, 2006g).

Por mais duro que possa ser o texto do parágrafo anterior, ele reflete com exatidão o atual panorama do monitoramento e avaliação das ações descentralizadas, pactuadas no âmbito da Vigilância Sanitária atualmente, não só para o TAM como também em relação à PPI-VS.

Tanto é que esse também foi um dos questionamentos arrolados no escopo dessa pesquisa que teve um padrão de resposta completamente homogêneo, embora desfavorável.

No meu entendimento, o acompanhamento das pactuações realizadas com estados e municípios, tem sido de uma deficiência tremenda. [...] Nós estamos profundamente despreparados para esse acompanhamento. [...] Hoje, se você quisesse informações sobre o repasse de recursos, muito mal você conseguiria em algumas planilhas de Excel, uma informação muito incipiente, de dados quantitativos: “pactuaram-se X inspeções, e você fez X inspeções”. Dados mais qualitativos, nem pensar (informação verbal). [E1]

Quanto ao acompanhamento, eu acredito que estamos numa situação muito longe do ideal (informação verbal). [E7]

Eu diria que nós ainda não começamos a fazer o processo de acompanhamento. [...] Não começou porque nós não temos um sistema de informação adequado. [...] Acho que estamos começando esse processo; tem um esforço grande, é inegável, mas o acompanhamento das pactuações não existe. [...] Isso é uma falha grave, gravíssima do sistema, e a gente tem que reconhecer que deve trabalhar isso (informação verbal). [E2]

Esse acompanhamento é, de certa forma, muito burocratizado, onde o estado ou município informa apenas que fez um determinado número de inspeções sanitárias. O que, do ponto de vista de planejamento, não significa nada. Eu não sei que tipo de inspeção foi aquela, eu não sei qual o resultado dessa inspeção. [...] Não há controle nem do acompanhamento das metas pactuadas, nem dos recursos financeiros. E talvez [a Visa] seja a única área do setor saúde, hoje, do Ministério da Saúde, que não tem esse controle. E a pergunta que se faz: nós podemos ficar indefinidamente

fazendo pactuação, repassando recursos sem ter dados de acompanhamento e de avaliação, de qual que é o impacto que isso está dando? Só dizer que melhorou muito, que o recurso está sendo importante, isso não é suficiente. Os recursos que nós temos para a Visa são recursos pequenos; [...] são os recursos de menor proporção dentro do orçamento do MS. Contraditoriamente, são os recursos que têm a maior flexibilidade de uso; nenhum outro tem essa flexibilidade de uso. Mesmo com essa flexibilidade de uso, se ele não está sendo bem utilizado, nós temos que botar as barbas de molho e pensar porque que ele não é bem utilizado (informação verbal). [E4]

Esse acompanhamento tem sido mais no sentido físico-financeiro. Já o acompanhamento mais técnico-operacional e político não tem se dado (informação verbal). [E11]

Mais uma vez, também foi destacada a problemática relativa à gestão municipal do processo de descentralização em vigilância sanitária; agora com o enfoque das relações entre a esfera estadual e a esfera municipal no que diz respeito ao acompanhamento das ações desenvolvidas no âmbito da Visa.

A relação estado com a Anvisa, com o nível federal, é uma relação mais alimentada por informações, até por força do TAM, ainda que deficiente. [...] Mas, ainda assim, há mais informação do estado para a Anvisa, do que dos municípios para o estado. Porque quando tem municípios que pactuaram, você ainda pode ter uma linha muito tênue de informações, mas para aquela grande maioria que não pactuou, que só estaria, em tese, fazendo ações básicas, as informações se perdem. Não tem acompanhamento e não tem nenhum instrumento para isso. Tem a PPI-VS, que criou alguns parâmetros, mas eles não refletem a realidade (informação verbal). [E8]

Uma outra preocupação levantada trouxe à tona a possibilidade de, por não estar se conseguindo realizar esse acompanhamento mais efetivo das ações de Visa pactuadas entre as três esferas de governo, ocorrer a relocação desses recursos para outras ações no campo sanitário, seja por uma questão de priorização política, ou mesmo por conta da incipiência gritante de recursos financeiros no setor. Além disso, o entrevistado abaixo referido alerta para o fato de que, mesmo não havendo desvio de recursos, ainda não se tem como mensurar a efetividade desses recursos, em termos de impacto no próprio escopo das metas pactuadas – quiçá extrapolar essa correlação para o impacto na redução dos grandes indicadores de morbimortalidade padronizados na Saúde Pública, fato abordado na outra fala do segmento abaixo.

Como eu acho que ainda existe uma prioridade muito baixa, então pode haver distorções que o pouco recurso que tem carimbo da vigilância sanitária hoje seja utilizado para ações que apresentam um resultado mais imediato ou um resultado mais visível no campo da assistência. [...] O recurso para a saúde é flagrantemente insuficiente. Então, se entram algumas gotinhas e mais elas evaporam muito rapidamente. [...] Além do que o SUS, hoje, tem uma capacidade de cobrança muito baixa, em relação aos resultados que deveriam advir de recursos repassados e com a vigilância sanitária é a mesma coisa: [...] a vigilância faz acompanhamento, ainda que de maneira precária, do cumprimento dos termos de ajustes e metas, mas não utiliza o cumprimento ou não do termo de ajuste físico como critério para repasse financeiro. Quer dizer, se o estado recebeu recurso, gastou mais de 60%, e, no

entanto não atingiu nenhuma meta física, ele vai continuar recebendo recursos (informação verbal). [E3]

Temos que sair um pouco da lógica contábil-financeira de acompanhamento para acompanhar impacto, desempenho de ações; alguma coisa que traga resultados realmente (informação verbal). [E2]

Por fim, uma ressalva importante de ser feita diz respeito ao fato de que o processo de incorporação das ações de vigilância sanitária pelos municípios – próxima etapa a ser cumprida no fluxo da descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil – é uma demanda histórica e legítima, devendo ser monitorado e avaliado com atenção e cuidado, uma vez que há um risco muito alto de se reproduzir as práticas de fragmentação e desarticulação que tanto criticamos e reforçamos como anti-paradigmáticas para a construção da nova vigilância sanitária.

Isso implica em equilibrar melhor a relação quali-quantitativa no que diz respeito às informações necessárias ao concreto desenvolvimento e amadurecimento dessa cultura de monitoramento e avaliação no campo da Visa, notadamente no que concerne ao seu processo de descentralização.

Como colocou Dussault (1992), o desafio para o setor saúde consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da população, ou seja, tentar eliminar os desequilíbrios geográficos, numéricos e organizacionais. Nesse momento, o mesmo se faz verdadeiro para o processo de descentralização da vigilância sanitária, onde se busca também essa coerência entre financiamento sustentável e condigno, estruturação de serviços e ações e resposta às demandas sócio-econômicas.

A seguir, podemos identificar a síntese dos aspectos mais marcantes em relação às três vertentes do processo político de descentralização em Visa: sua negociação e formulação; sua implementação e seu monitoramento e avaliação.

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
PROCESSO		
Negociação e Formulação	Implementação	Monitoramento e Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grandes marcos para a estruturação de um processo concreto de descentralização das ações de vigilância sanitária: a criação da Anvisa e a instituição do TAM; ▪ Primeira pactuação do TAM exclusivamente entre Anvisa e estados, o que gerou certa conturbação no ambiente político-institucional da Visa; ▪ Importante participação do CIT VISA nesse processo; ▪ Momento de entrar em sintonia com a atual dinâmica do SUS, no que concerne às reformulações necessárias à política de descentralização das ações de vigilância sanitária; ▪ Perspectiva de formulação pluralista. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forma de implantação Top Down (não no sentido de autoritarismo, mas sim em relação ao fluxo que a política tem seguido); ▪ Dificuldades gerenciais e estruturais quanto à implantação da política no âmbito municipal; ▪ Tensão entre o viés financeiro de implementação dessa política e a necessidade de um debate mais focado no estabelecimento de pactos em torno do compromisso sanitário; ▪ Necessidade de se perseguir um modelo de regionalização cooperativa em Visa efetivo, inteligente e integrado às estratégias de regionalização do SUS; ▪ Implementação baseada numa concepção dialógica, consensual e incremental (na perspectiva de um processo estratégico, adaptativo e ajustável). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Panorama de precariedade e incipiência, tanto em relação ao TAM e, mais ainda, no que concerne à PPI-VS; ▪ Soberania quantitativa e financeira; ▪ Assimetria de relações e estratégias entre os três níveis de gestão; ▪ Necessidade latente de amadurecimento e desenvolvimento desse campo para a garantia de sustentabilidade à política.

Quadro 12 - Síntese do Processo político de descentralização das ações de Visa
Fonte: o autor.

5.3 Análise do Conteúdo da política de descentralização em Vigilância Sanitária

5.3.1 Componentes programáticos da política

Além de todo o exame dos objetivos, diretrizes, parâmetros, metas e recursos que compõem o conteúdo da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, foi possível apreciar aspectos referentes ao conteúdo dessa política por meio de materiais diversos, entre os quais alguns trabalhos acadêmicos, textos do Conass e do Conasems, documentos da CIT e de seus grupos de trabalho, notadamente o CIT VISA e o GT VS, textos jurídicos e normativos da área da saúde e da Vigilância Sanitária, incluindo a própria lei que criou a Anvisa, os termos da pactuação com os estados e municípios, além de outros

documentos técnicos e relatórios de gestão, atas de reuniões e boletins informativos, dentre outros tantos.

O próprio Relatório da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, quando submetido aos procedimentos de uma análise documental, demonstra que continua extremamente atual em grande parte do seu escopo referente à temática da descentralização em Visa – fato que pôde ser comprovado ao longo das várias citações desse documento nessa dissertação.

No que diz respeito especificamente aos recursos financeiros destinados à política de descentralização das ações de vigilância sanitária – um dos aspectos inerentes ao conteúdo de qualquer política – creio que já abordamos várias de suas dimensões e problemáticas. Porém, uma citação merece ser ressaltada aqui nessa secção, por traduzir sinteticamente um dos aspectos mais marcantes do repasse financeiro instituído no campo da Visa com o advento do TAM: a sua flexibilidade de uso.

Uma qualidade desse tipo de repasse da ANVISA é o fato dele não ter um carimbo que o amarre a rubricas orçamentárias específicas, exceto à obrigação de que seja utilizado em vigilância sanitária (informação verbal). [E3]

Já no que concerne à equidade de financiamento, mais uma vez se aborda a dessimetria existente entre os entes subnacionais:

Há equidade, um pouco no sentido de que você tenha um piso na transferência para estado. [...] Essa equidade é muito limitada. Mas ela, de certa forma, foi considerada. [...] Já para o município, não. Porque o incremento da ANVISA é R\$ 0,10 para qualquer um dos municípios, tenha ele a população que tiver. [...] Se houve um processo levando em consideração o princípio da equidade, ele teve uma relação direta com o estado e não com o município (informação verbal). [E1]

Quanto ao aspecto da coerência entre as metas e os problemas ou lacunas de intervenção no campo da Visa, foi destacado, nas falas dos sujeitos consultados na fase de campo, que as metas do TAM não estão necessariamente atreladas aos principais riscos sanitários; melhor dizendo, não conseguem contemplar a heterogeneidade e as especificidades locais do panorama sanitário nacional. Um dos entrevistados promoveu uma reflexão bem interessante acerca disso:

Hoje em dia também faço a leitura crítica dos parâmetros que nós escolhemos [para a pactuação do TAM], muito refletindo aquilo que estava ocorrendo tecnicamente naquela época. Os colírios tinham dado problema, os contrastes de radiologia, o amendoim. Então, o TAM, naquele momento, refletiu muito o instante e entrou numa linha muito de produto, que não deveria ser o seu foco (informação verbal). [E9]

Nesse sentido, as metas também receberam críticas em relação à sua generalização, podendo estar se configurando uma situação em que não se constituem desafios reais a serem transpostos, rumo à estruturação e fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância sanitária.

Não há muita dificuldade em alcançar aquelas metas, não, porque as metas são de inspeção, então elas são tudo que a Visa sempre fez na vida (informação verbal). [E12]

A PPI-VS é um outro exemplo disso. Na visão dos atores entrevistados, ela não representou uma estruturação das ações básicas de Visa no âmbito dos municípios, devido ao seu espectro restrito e distorcido da realidade local e também por conta do seu evidente subfinanciamento; pelo contrário, nas visões analisadas, as metas estabelecidas na PPI-VS são artificiais e incongruentes e podem até engessar a gestão municipal, cristalizando a atuação da Visa àquele rol pré-estabelecido. E aí o problema se agrava, pois os indicadores desse instrumento não permitem expressar ou mensurar o impacto das ações de Visa no nível local.

Passamos a usar a PPI, repetindo as idéias da PPI da assistência, o mesmo modelo e tal. Só que, no nosso caso, há uma incoerência visível: fizemos a PPI é um instrumento de programação de algo que nós nunca planejamos. Ou seja, programamos sem planejar (informação verbal). [E12]

Nessa visão crítica acerca dos processos de gestão em Visa, a análise do discurso dos sujeitos-chave também revelou que, em coerência com o que se vem abordando nesse estudo, há que se promover urgentemente um movimento próprio de planejamento e gestão em Visa voltado às nossas especificidades de ação. Isso implica em agregar processos, redefinir as interfaces existentes entre o planejamento/pactuação/programação e a execução de ações de Visa nas três esferas de governo. Os trechos abaixo refletem uma síntese dessa visão:

Num determinado momento se inventou aquela coisa de ações de média, alta e baixa complexidade. Isso foi um senso comum, uma transposição de um conceito da assistência, que não pode ser assim, acriticamente aplicada à vigilância sanitária. [...] A complexidade em vigilância sanitária tem a ver com outros tantos referenciais. Tem a questão do risco, tem a questão da capacitação tecnológica para realização daquela ação, tem várias outras variáveis. A gente precisa avançar nisso aí. Esse é um debate conceitual importante e urgente no âmbito da vigilância sanitária (informação verbal). [E11]

Porque é que, de repente, nós vamos financiar média e alta complexidade e não vamos financiar o sistema? O que é que é a média e alta complexidade? [...] É, em grande parte, por conta dessa amarrada dada pela incorporação acrítica de uma classificação de ações da assistência que tanto os municípios quanto os estados não conseguem, de fato, fazer uma discussão profunda sobre a questão da responsabilidade sanitária. [...] Ficam presos a essa coisa de baixa, média e alta complexidade. [...] Aquela experiência do caldo de cana em Santa Catarina questionou muito o que é que é a ação básica, de média e de alta complexidade em Visa e o que é que é responsabilidade sanitária. Para a gente, ficou muito claro que o que a gente tem que financiar é a responsabilização sanitária. [...] Eu acho que essa é uma outra lógica (informação verbal). [E2]

Esse é um debate crucial para a reformatação do conteúdo da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, na medida em que esse panorama gera conflitos de competência, lacunas em relação ao planejamento e ao financiamento do setor e a não assunção efetiva da responsabilidade sanitária por parte dos gestores.

Nós não resolvemos problemas básicos, diários e rotineiros de vigilância sanitária, e caímos em grandes regulamentações sofisticadas, de bancos de não-sei-o-quê, enquanto aqui no município, a gente ainda tem problemas com criação de animais, de porcos, na área de saneamento. [...] A gente tem técnicos excelentes na terapia renal substitutiva, na hemoterapia, na indústria de medicamentos, (até tem uma técnica internacional) e tem legislação pra isso. Mas o que mais incomoda é a criação de animais, é o esgoto vazando do vizinho, o lixo que jogam. [...] Isso acaba gerando muitos conflitos de competência, pois até as questões de tecnologias modernas muitas vezes chegam pra gente e a gente se pergunta: “Mas sou eu que tenho que dar parecer de antena de telefonia celular?” (informação verbal). [E9]

Vinculando essa discussão ao momento atual, várias foram as falas no sentido de que o PDVISA tem papel preponderante na recomposição das práticas de Visa e, por consequência, no conteúdo programático e normativo da política de descentralização das ações de vigilância sanitária.

Esse processo de trabalhar um Plano Diretor para o SNVS tem também que contemplar um uso melhor, mais eficiente, dos recursos que a vigilância tem e que são escassos. E isso se coloca na forma do pensamento sistêmico, ele é um instrumento útil para que se perceba que está investindo grande energia no sistema (informação verbal). [E5]

É impossível dar tiro pra todo o lado, como acontece no SNVS. Dependendo do prestígio, da formação ou das articulações do diretor da Anvisa, do gerente geral, do coordenador estadual ou do coordenador municipal, você define as questões que viram prioridades. Se o gestor é farmacêutico, aí o medicamento vira prioridade. A gente precisa ter um horizonte descrito, e, para mim, o Plano Diretor traz essa possibilidade (informação verbal). [E7]

O viés integrador desse processo também foi destacado como ponto-chave dessa reconfiguração do campo de Visa e de seu movimento descentralizador.

O PDVISA vai fortalecer a possibilidade da nossa inserção na gestão do SUS. Porque nós vamos ter o cuidado de mostrar que vigilância sanitária tem tudo a ver com saúde coletiva e tirar aquela ótica que a vigilância sanitária tem apenas um papel regulador de empresas e que tem a ver com tributação, que tem a ver com cartório, com poder de polícia, com poder econômico (informação verbal). [E9]

Como a elaboração dos Planos de Ação em Visa tem tudo a ver com a nova forma de descentralizar, de pactuar, de executar ações no âmbito da Visa e essa é uma discussão a se dar no nível local, na hora em que a Visa for fazer o Plano de Ação dela e o ator da Vigilância Epidemiológica, o ator da Atenção Básica, estiverem envolvidos... é nessa hora que a gente tem que se monitorar para não se fechar: “não, você é da Epidemiologia, você não participa, eu não tenho nada com você, é outra coisa, o Plano aqui é de Visa”. Isso é um cuidado que a gente tem que ter, de dizer: “Não, é aberto sim!” (informação verbal). [E12]

5.3.2 Marco normativo-legal

A Portaria GM/MS n°. 1.565/1994 definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, estabelecendo as bases para sua atuação e descentralização, porém foi muito “abrangente” em sua definição de competências e não demarcou nem o escopo de ação, nem o fluxo financeiro necessário para a gestão em Visa, nos três níveis de governo. Ou seja, nunca repercutiu em nada prático.

Pode-se dizer que a NOB 96 representou o início de uma mudança no financiamento da Visa. Porém, dentre aquilo que foi posto pela NOB 96, só o PAB VISA se concretizou em regulamentação, denotando a sua incipiência no que concerne ao campo da Visa e gerando uma situação de desequilíbrio, ao deixar sem forma de financiamento as ações denominadas como de média e alta complexidade, executadas pelos estados, Distrito Federal e municípios.

Ao falar da descentralização de Visa, a gente quer ao mesmo tempo fazer uma comparação com a descentralização das ações de saúde no Brasil. No caso das ações de saúde do Brasil, em geral, isso foi estabelecido de forma muito clara através das NOBs e o país, afinal, promoveu essa descentralização para organização do SUS. No entanto, a mesma coisa não aconteceu no campo da Visa. As NOBs da assistência não incorporaram a regulamentação necessária à descentralização para as ações de Visa. Até porque eu acho que o objeto de Visa não era reconhecido ou identificado pelo movimento que deu conformação normativa ao SUS (informação verbal). [E12]

A Portaria GM/MS n°. 145⁶⁰, de 2001, veio suprir essa lacuna, regulamentando a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade e estabelecendo critérios para essa transferência, no bojo da primeira pactuação do TAM.

Porém, pelo exposto ao longo do capítulo 3 desse trabalho, fica patente que foi a repactuação do TAM, ocorrida por força da Portaria GM/MS n°. 2.473/2003, que demonstrou um maior amadurecimento do TAM, no que concerne à capilaridade do movimento de pactuação, ao escopo de diretrizes, objetivos e metas e mesmo à compreensão de aspectos mais voltados ao âmbito qualitativo e de gestão.

⁶⁰ Na verdade, o intuito dessa seção não é discorrer extensamente sobre o marco normativo-legal da descentralização das ações de vigilância sanitária, uma vez acreditarmos que isso já fora feito no decorrer de praticamente todo esse trabalho. Chamamos a atenção aqui apenas para alguns referenciais mais marcantes, de modo a melhor subsidiar o debate acerca dos achados obtidos na fase de campo. Para um conhecimento mais aprofundado acerca desse marco normativo-legal, recomendamos consultar o Apêndice D dessa Dissertação.

No entanto, quando se questionou se o marco normativo-legal da descentralização em vigilância sanitária teria andado em paralelo ao processo de descentralização em si, um dos entrevistados respondeu algo bastante procedente:

Não na mesma velocidade, muito pelo contrário; é muito lento. [...] De 5.500 municípios desse país, [...] se você considerar aqueles que não têm nenhuma estrutura de Visa, verá que realmente o processo de descentralização não acompanhou o marco normativo. E eu acho que não é só nessa área. Se nós olharmos bem, o Brasil é bastante produtivo em termos de leis e normas, porém sua aplicabilidade não acontece (informação verbal). [E8]

Em face da análise procedida em relação ao conteúdo da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, podemos identificar elementos desta que apontam para mudanças efetivas, de acordo com o disposto nos seus componentes programáticos e no seu marco normativo – embora saibamos que há lacunas no que diz respeito a ambos.

Como tratado em boa parte desse trabalho, essas mudanças se inclinam para o viés estruturante dado à política de descentralização em Visa, sendo algo mais perceptível nas esferas estaduais. Porém, há que se reconhecer que é necessário o escopo do conteúdo dessa política no que concerne aos seus recursos financeiros, notadamente para que se possa implementar o mesmo nível de estruturação nos âmbitos municipais e regionais de gestão da Vigilância Sanitária no Brasil.

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
CONTEÚDO		
Concepção e Adequação	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política bem concebida, principalmente se analisarmos que ela se baseia numa estratégia de implementação incremental, na qual ajustes são possíveis e desejáveis. ▪ Porém, seu conteúdo ainda não está totalmente adequado ao escopo de atuação do campo da Visa, até por conta da complexidade deste. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibilidade de uso dos recursos financeiros; ▪ Momento de redefinição de processos e reconfiguração das interfaces entre planejamento e execução de ações no campo da Visa (PDVISA), com potencial impactos positivos no conteúdo da política de descentralização das ações de vigilância sanitária. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equidade limitada; ▪ Metas do TAM e da PPI-VS generalistas, incongruentes e muitas vezes desvinculadas dos principais riscos sanitários locorregionais; ▪ Descompasso entre o marco normativo-legal e a efetiva implementação da política.

Quadro 13 - Síntese do Conteúdo da política de descentralização das ações de Visa
Fonte: o autor.

5.4 Análise dos Atores envolvidos nesse debate

Devido à alta prioridade social atribuída às questões relacionadas à assistência e a outras ações preventivas, a Vigilância Sanitária tem ocupado timidamente a agenda do SUS, seja no que concerne aos conselhos de saúde e colegiados gestores, seja no âmbito das discussões técnicas e políticas contemporâneas dentro das estruturas organizacionais do próprio Sistema Único de Saúde – do qual, muitas vezes, a Visa tem dificuldade de fazer parte.

Na contramão dessa afirmação, o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT VISA), recentemente instituído⁶¹, vem desempenhando um papel político importante, na medida em que se configurou como espaço de discussões e negociações tripartites relativas às temáticas emergentes e “permanentes” da Visa. Esse aspecto se reflete nas falas abaixo, nas quais os entrevistados expressam a sua visão sobre o papel dessa instância:

Porque é que houve a criação do Comitê Tripartite da Visa? [...] Pela dificuldade de pautar assuntos de Visa na CIT. Não tinha interesse ou o interesse era muito pequeno. Esse, para mim, foi o principal fundamento. E a gente (a Anvisa) precisava, naquele momento, estreitar a interlocução com os gestores estaduais e municipais [...] Houve momentos de discussão bastante importantes, bastante sérios, onde se explicitaram algumas vezes divergências bastante sérias também, entre estados e municípios e onde eu acho que a gente teve a possibilidade de conviver com o processo democrático de construção da Visa, bastante interessante. [...] E muitas vezes as divergências eram importantes para a construção da Visa. Eu acho que isso foi o grande salto, do Comitê (informação verbal). [E4]

Eu acho que o comitê tripartite foi fundamental no processo de trazer o ator municipal para a discussão sobre a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Porque é impossível você pensar vigilância sanitária sem pensar em diagnóstico local, ou então você não vai fazer vigilância sanitária. [...] O próprio comitê CIT VISA suscitou a participação do Conasems de uma maneira mais organizada (informação verbal). [E2]

É uma forma de construção de acertos, de consensos e até de preencher os espaços do conhecimento. [...] É fundamental construir bem essas instâncias; ter pessoas que representem adequadamente a estrutura de poder a qual estão vinculadas (informação verbal). [E6]

Eu acho que é muito positivo que nós tenhamos uma multiplicidade de instâncias do sistema. [...] Porque esse era um tema excluído. O tema nunca estava no alto da pauta política, das negociações, do que fosse. Ao criar espaços específicos para isso, obrigatoriamente as questões surgem, e eu acho que a área se “empodera” - para usar um termo atual. O CIT VISA, em particular, eu acho que tem conseguido se transformar num espaço de tomada de decisões, embora, do ponto de vista formal, ela não tivesse essa atribuição (informação verbal). [E3]

⁶¹ Pela Portaria MS/SE n°. 304, de 09 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002).

É uma mesa de discussão e de pactuação muito boa, e isso é um grande incentivo para que os estados repitam essa prática com seus municípios (informação verbal). [E8]

A Diretoria Colegiada tem um mérito grande, nesse sentido, por ter apoiado a criação de espaços como o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da CIT, além do suporte, por vezes até financeiro à instalação e desenvolvimento dos trabalhos no âmbito das Câmaras Técnicas de Vigilância sanitária do Conass e Conasems (no caso desse último ente institucional, na verdade, um Núcleo Estratégico de Vigilância em Saúde), conformando claramente uma estratégia de cooperação entre os agentes do SNVS.

Lucchese (2001b), em sua tese de doutorado, já destacou que um sistema de coletivização dos cuidados com os riscos à saúde deve preocupar-se com o objetivo principal de proteger a população e eleger a cooperação em lugar da rivalidade na distribuição das funções regulatórias entre os entes federados, considerando o interesse nacional na plena liberdade de movimento de bens.

No âmbito da análise dos atores envolvidos com a temática ora apresentada, por todo o exposto, podemos inferir que a estratégia de cooperação foi o mote das relações estabelecidas no âmbito da política em questão, derivando da correlação de forças em prol da descentralização das ações de vigilância sanitária.

Todavia, com toda a importância dada ao CIT VISA, há que se rediscutir o seu papel e o seu fortalecimento político, uma vez que essa instância pode não ser suficiente – apesar de extremamente necessária – para a inserção política da Visa no SUS.

Deve-se destacar que a discussão de financiamento, descentralização e de políticas de vigilância sanitária, em geral, deve ser levada para dentro do Grupo de Trabalho da Vigilância em Saúde (GT VS) da CIT, mais do que nunca, uma vez que está sendo regulamentado o Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde.

Esse é um cuidado que nós temos que ter: não ficarmos isolados na nossa tecnicidade, pois a falta de integração técnica e política com o GT VS e a CIT pode levar ao risco de enfraquecimento da Visa.

Um dos entrevistados traduziu bem essa visão, ao criticar o viés “isolacionista” historicamente associado à vigilância sanitária:

Eu acho que nós estamos saindo do gueto. A vigilância sanitária está saindo do gueto e assumindo aquelas estratégias que foram criadas para o SUS. [...] Ao mesmo tempo em que ela é igual à saúde como um todo, tem especificidades, então essas câmaras técnicas, comitês e grupos de trabalho vêm ao encontro dessas especificidades, ao mesmo tempo a vigilância se coloca também no mesmo modelo do SUS como um todo. [...] A minha preocupação é que esses espaços não se

fechem em si, que dialoguem com o restante do SUS para que a vigilância não continue enclausurada. Isso é um ponto importante (informação verbal). [E11]

Já que o tema em debate é a adoção de posturas integradoras, é imperativo retomarmos um debate iniciado no capítulo 3 desse estudo. Ao longo da trajetória da vigilância sanitária no país ainda não foi devidamente formulada uma política nacional de vigilância sanitária e dada a conhecer em documento emanado do Ministério da Saúde ou do órgão específico federal, o que pode apontar que essas políticas vêm sendo implementadas sob forte peso das circunstâncias relevantes de cada conjuntura, sem uma articulação mais orgânica com as demais políticas de saúde (COSTA, 2004a; SOUTO, 2004; SOUZA, 2002a).

Com certeza eu colocaria, como um dos principais problemas para a real consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, essa questão da falta de integração com o Ministério da Saúde (informação verbal). [E7]

Eu acho que as relações ainda são muito pobres até porque a definição de que a conexão entre Anvisa e o Ministério se daria via Secretaria de Vigilância em Saúde, isso é de 2003, se não me engano, por ocasião da própria criação da Secretaria de Vigilância em Saúde. [...] Manteve-se uma relação distante. Não houve, por exemplo, um compartilhamento de responsabilidades, ou sequer a criação de ambientes comuns para a discussão de problemas de responsabilidades das duas áreas. [...] Então, acho que se mantiveram como coisas excessivamente separadas e, muitas vezes, isso tendo significado competição, não por recursos especificamente, mas por poder, por responsabilidade (informação verbal). [E3]

Mas essas questões hoje estão melhorando muito. Eu não tenho dúvida nenhuma que está melhorando muito a relação entre a Anvisa e o próprio MS. [...] Falta ter um canal que estimule as negociações, as conversas e as discussões técnicas, até para que as divergências apareçam. Mas as divergências não podem ser motivo para você fazer uma ação fragmentada, nem ser o motivo para o afastamento. A divergência da idéia é salutar, ainda mais numa área como a nossa (informação verbal). [E4]

Não que o Ministério da Saúde chegue a ser um opositor da política de descentralização das ações de vigilância sanitária – inclusive seria de uma incoerência gritante sê-lo – mas, precisa-se definir melhor a sua atuação, na perspectiva de um trabalho conjunto e agregador.

Ainda nesse sentido – da busca de relações mais consistentes, de coesão e de articulação – a própria Anvisa tem que rever algumas de suas posturas. Os trechos abaixo trazem um resumo dos dois posicionamentos possivelmente adotados pela Anvisa, na condição de coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em relação a esse processo de fortalecimento do SNVS e de consolidação da descentralização de ações, numa perspectiva dialética.

A relação [entre as três esferas de gestão] é positiva. Eu acho que o somatório é extremamente positivo. No começo foi muito conflituosa. Teve momentos de o Conasems, de fato, ter que se impor como representante de entes federados, porque parecia que, de repente, nos éramos serviços hierarquizados e não entes federados.

Este entendimento eu digo, inclusive, que ainda não é um entendimento que o Conass tem na sua plenitude. Eu diria que a própria Anvisa não o tem, em alguns setores dela. Fica parecendo que existe um processo de hierarquização de serviços e não um processo de construção de um pacto federativo na organização de um sistema. [...] Mas eu acho que a história que nós estamos construindo é uma história positiva para todos os lados, tanto para o lado dos estados, quanto para o lado dos municípios e, essencialmente, para o lado da Anvisa. A Anvisa está deixando um posicionamento histórico de sua participação na construção de um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que é muito rico de coisas positivas (informação verbal). [E2]

Esse processo teve alguns momentos de tensão, e esses momentos de tensão foram decorrentes de que, no interior da própria Anvisa, havia também um conflito muito grande sobre qual que era o papel da Anvisa no âmbito da Visa nacional. Se ela tinha o papel de formular e executar diretamente ou se ela tinha o papel de formular, com clareza, para que os parceiros executassem e ela ter claro que, em alguns momentos, ela teria que executar conjuntamente com os demais parceiros. E nessa tensão interna, a meu ver, aconteceu um fato muito interessante; explicitou-se duas alas: uma ala que era contrária à descentralização e uma ala que era a favor da descentralização. E isso retardou muito a nossa discussão. [...] Mas essas tensões puderam ser discutidas e puderam ser superadas, resolvidas. Embora eu ache que até hoje, implicitamente, existe dentro da Anvisa, uma corrente bastante forte que acha que o papel da Anvisa é regulamentar aqui e executar lá. Eles não vêem os estados e municípios com esse papel fundamental não. E, muitas vezes, eles não alinham no seu pensamento o momento que estados e municípios estão passando hoje na construção das suas próprias VISAs. [...] A primeira coisa que se tem que ter é harmonia interna, e não achar que o processo de descentralização é um antagonismo às ações que são geradas pela Anvisa, aqui na sua sede, e na sua função de regulação (informação verbal). [E4]

Porém, a postura mais marcante dessa instituição, em relação ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, tem sido no sentido de cooperar, participar e se solidarizar.

A criação da Anvisa em si trouxe – eu acho - uma mudança, ao introduzir o sujeito federal no sistema; no sistema nacional, quando se tratavam de dois compartimentos praticamente separados. Uma coisa era a vigilância sanitária dos estados e municípios, aquela existente na vida real das pessoas; e outra coisa eram as atribuições federais. E essas coisas quase que não tinham conexão. [...] A Anvisa, quando surgiu, se colocou como uma função parte desse sistema, e não apenas como uma função particular sua. [...] Um outro aspecto bastante favorável foi o respeito mantido em relação à autonomia das duas outras esferas, pela esfera federal. Em certos momentos, isso pode significar um baixo poder de intervenção; eu acho que, em um médio e longo prazo, isso significará investir, de fato, em um modelo federativo de gestão solidária (informação verbal). [E3]

Em relação ao ente estadual – mesmo no caso da vigilância sanitária essa esfera tendo sido uma das mais beneficiadas com a atual política de descentralização – ele também sofre um pouco da mesma problemática que o setor saúde apresenta, em geral: a questão dos conflitos de atribuições e do real perfil a ser perseguido, por conta da mistura de papéis executivos com funções coordenadoras e de atuação em caráter de complementação. O segmento a seguir aborda bem esse panorama.

O estado, eu acredito que seja quem mais sofre nesse processo. Ele tem que aprender a descentralizar serviços e recursos e tem que se apropriar de um papel que é novo pra ele. Que é o de planejar, que é o de coordenar, capacitar, conforme especifica a lei 8080 claramente. [...] A grande maioria dos municípios não assume de fato a vigilância sanitária, por mais que o Conasems fique bravo com uma afirmação como essa. Você não pode pensar que uma cidade com 30 mil habitantes, precise da vigilância sanitária pra fiscalizar açougue. É isso que é a realidade. Então, o estado hoje faz as duas coisas, quando o normal seria estar preparando capacitações, monitorando as ações, fazendo planejamento, fazendo a supervisão. E esse “atuar em caráter complementar” que ele fosse complementar mesmo, nos grandes problemas; que seu papel fosse mais como um perito, uma expertise, uma coisa assim. [...] O estado vive hoje esse dilema. Ele tem que se apropriar da ação dele, tem que aprender a negociar com o ente federal as grandes ações, as macro-ações, tem que estar por dentro de todo esse contexto nacional, e também tem que continuar fazendo um trabalho que deveria estar com o município (informação verbal). [E7]

Um marco de sucesso no âmbito da gestão estadual em Visa foi a instituição da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass, espaço que se consolidou como catalisador de discussões e fomentou, juntamente com todas as iniciativas positivas abordadas nesse trabalho, o panorama de avanços conseguidos no campo da política nacional de descentralização das ações de vigilância sanitária. Porém, no que diz respeito à gestão estadual da Visa, ainda há algumas sérias restrições no nível local, notadamente em relação à constituição de espaços de discussão técnica e política.

Nesse sentido, Ibañez (2002) coloca que a prática de discussões regionais e municipais nas Comissões Intergestores Bipartites, e mesmo no âmbito dos Conselhos de Saúde, trará a possibilidade de introduzir experiências inovadoras e possibilitar a cooperação técnica gerenciada entre a Vigilância Sanitária municipal e estadual, tanto no âmbito central, quanto em fóruns e espaços regionais de gestão. Daí a importância dos espaços supramunicipais – as microrregiões, onde devem se dar relações de um processo permanente de negociação e pactuação dentro do estado.

O exposto acima ainda se configura num desafio para a vigilância sanitária: explorar o papel das CIBs, das CIBs Regionais e dos Conselhos de Saúde nesse novo movimento que está se constituindo nesse campo (a implementação do PDVISA e a construção dos Planos de Ação em Visa) pode ser uma boa alternativa de integração da Visa, no âmbito estadual e também como pauta política da Agenda contemporânea de debates no SUS. Nossas inferências partiram, em grande parte, da análise do discurso dos atores consultados, os quais abordaram esse ponto como um amplo desafio ainda a ser suplantado, como destaca o segmento abaixo.

Foi um sucesso a formação da Câmara Técnica de Visa do Conass, porque a gente estava no momento ainda em que o país tinha tudo isso desagregado. Formar a Câmara Técnica foi um avanço. [...] No início não foi fácil. Era uma relação

truncada. Era um relacionamento difícil. A Anvisa lutava por um papel, os estados lutavam por outro papel. Era uma relação insegura. Hoje não; hoje, a gente já percebe que as divergências vão sempre ocorrer; isso é normal em todo processo, em todo relacionamento. [...] A gente vê que está construindo bons relacionamentos do nível de estado para cima, para o gestor federal. Isso em relação ao caminho da Anvisa. Se eu falasse do MS, a tendência é a gente observar que o MS quase não nos reconhece, não nos identifica. Mas, de qualquer forma, entre gestores de Visa: ente federal – Anvisa - e estado, eu acho que vai bem. [...] Agora, como eu disse, do estado para o município, eu acho que a gente precisa avançar mais: fazer Câmaras Técnicas ou os coordenadores da Visa terem mais espaço em fóruns, como a Bipartite, onde você trabalha com os gestores. A questão é que eles não se interessam muito. [...] Isso é um problema, pois se você imaginar que você está fazendo um processo participativo de elaboração de uma política de Visa e esse ator da Visa não participa de fóruns como as Bipartite Regionais, a política vai ficar sem ser discutida e, assim, nada vai acontecer (informação verbal). [E12]

É fato que a atividade de vigilância sanitária no nível municipal ganhou importância com a política de descentralização, com a criação do PAB VISA, da Anvisa, do SNVS e do CIT VISA e também com a pactuação do TAM com 791 municípios. Tudo isso tem reforçado o papel desse ente federado como instância executora de ações de Visa. Entretanto, como produto da análise desse estudo, percebe-se que a grande maioria dos municípios tem ainda uma estrutura muito precária para realizar as ações de vigilância sanitária. Em quase 15% deles, não se realizava inspeção sanitária alguma no comércio de alimentos, a mais tradicional atividade de competência municipal em 2000; os cadastros ainda são desestruturados; boa parte deles desconhece a situação do cumprimento das metas pactuadas; e quase a metade dos municípios desconhece os recursos que recebem do PAB VISA. Tudo isso leva à suspeita de que a articulação entre as três esferas de governo é precária, quando ela precisa refletir-se nos níveis mais periféricos da execução (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2000; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006b; LUCCHESI, 2001a).

Portanto, é importante promover o fortalecimento desse ente – processo que já está em andamento e já mostra seus primeiros frutos, como se pode perceber pelas idéias abordadas nos trechos abaixo – com vistas à concretização de um projeto realmente tripartite de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil, no qual as três esferas de governo tenham condições e interesse de discutir os rumos do SNVS.

É importante também, na ativação desse processo de descentralização, que o município se capacite nesses processos de fazer uma perfusão dos temas nacionais que estão sendo discutidos no CIT VISA. Nós ainda não temos isso com eficiência; o Conass já faz isso com bastante eficiência. O Conasems ainda não faz isso, mas já tem buscado alguns instrumentos para isso, como a construção de uma Câmara Técnica do Conasems. Isso já está sendo operacionalizado, mas eu diria que isso ainda precisa render frutos (informação verbal). [E2]

Eu acho que a gente está crescendo nesse sentido. Por exemplo, dentro do Conasems, nós éramos apenas um GT de Vigilância Sanitária. Hoje, nós somos um Núcleo Estratégico de Vigilância em Saúde, onde a gente tem um fórum que tem Secretários Municipais, os colegas da Vigilância Ambiental, os colegas da Epidemiologia e a Vigilância Sanitária. Todos num conjunto de pessoas. Então você consegue ver a inserção da vigilância sanitária como uma coisa maior de saúde (informação verbal). [E9]

Em síntese, a descentralização em Visa e o fortalecimento e consolidação efetiva do SNVS trazem consigo grandes desafios, e, para superá-los, faz-se necessário o envolvimento do conjunto de atores sociais que tenham interesse no desenvolvimento desse processo, numa atuação concertada, pró-ativa e alinhada entre todos os seus componentes.

A capacitação de recursos humanos e, em especial, de gestores municipais, é indispensável para o aperfeiçoamento da descentralização. Ficou bem evidenciada, nesse estudo, a importância desses personagens na implementação das mudanças. Gestores com as características desejáveis nem sempre estão presentes nas arenas locais (SILVA, 2001). A presença desses gestores nessas arenas, com possibilidade efetiva de articular estratégias factíveis e viáveis coerentes com a reforma da saúde, transformando-se em verdadeiros sujeitos de mudança, é fundamental para o êxito da descentralização das ações de vigilância sanitária.

E, por fim, a descentralização das ações de vigilância sanitária tem que ter como caminho paralelo ao reforço para a sua efetivação, o fortalecimento da participação e mobilização social em prol da Visa, pois uma cominação de incremento da visibilidade social da Visa e de uma maior pressão social esclarecida em favor da vigilância sanitária, pode favorecer sobremaneira a sensibilização do gestor para inclusão do tema na pauta política do SUS, propiciando maior fluidez aos temas afeitos à descentralização, ao financiamento e a uma atuação mais efetiva da Vigilância Sanitária no âmbito nacional e locorregional.

Isso nos remete à organicidade que tem que ser incrementada no que compete aos debates acerca da Visa no âmbito das instâncias de controle social do SUS (Conselho Nacional de Saúde e sua Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde), além dos espaços acadêmicos, os quais podem ter uma atuação fundamental, no sentido de manter o seu papel fomentador, questionador e provocador, sem deixarem de ser propositivos e pragmáticos.

No quadro abaixo, sintetizamos as idéias destacadas ao longo do debate da categoria analítica Atores, em três vertentes: a identificação dos principais atores institucionais envolvidos nesse debate; a tônica da estratégia de mobilização identificada entre esses atores;

e uma breve análise da viabilidade da política de descentralização das ações de vigilância sanitária, segundo as correlações de forças encontradas nesse processo.

POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
ATORES		
Principais atores institucionais identificados	Estratégia de mobilização predominante	Análise da viabilidade da política
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anvisa; ▪ Conass (esfera estadual); ▪ Conasems (esfera municipal); ▪ MS (SVS); ▪ CIT VISA; ▪ GT VS; ▪ CIT; ▪ CIBs; ▪ CNS e CIVSF; ▪ Conselhos Estaduais de Saúde; ▪ Conselhos Municipais de Saúde; ▪ Academia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cooperação (permeada por conflitos iniciais e ocasionais e algumas situações de indiferença por parte do Ministério Supervisor da Agência, no âmbito federal). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediante as relações existentes entre os atores institucionais chave para a política e suas estratégias de mobilização, pode-se afirmar que se trata de uma política viável e oportuna, uma vez que se acredita que os prováveis “desencontros” identificados no âmbito desse trabalho possam ser sanados, técnica e politicamente. O que se tem percebido é que, na verdade, todos os interesses têm convergido para o fortalecimento e expansão da implementação da política de descentralização das ações de vigilância sanitária.

Quadro 14 - Síntese dos Atores envolvidos com a política de descentralização das ações de Visa
Fonte: o autor.

6 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS E NOVOS PONTOS DE PARTIDA

“Temos que encontrar um caminho nosso de realização de nossas potencialidades, de exercício pleno de nossos poderes para realização de nosso destino. (...) Cada roteiro trilhado no esforço para realizar o seu destino é um caminho próprio e único. Assim será o nosso, precisamos é de clareza para encontrá-lo.”

Darcy Ribeiro

6.1 Uma síntese, à guisa de conclusões

Um primeiro destaque que podemos fazer, no intuito de concluir esse trabalho, refere-se ao fato de que, em um contexto no qual predominam circunstâncias estruturais e conjunturais complexas, as ações realizadas no âmbito da política de descentralização das ações de vigilância sanitária têm levado a conquistas expressivas (quando comparamos com o panorama anterior à 1999) no que tange à implementação das ações de vigilância sanitária em todas as esferas de governo, ainda que mais timidamente no âmbito municipal.

O estudo demonstrou o início de um processo de amadurecimento institucional no exercício da função gestora de articulação entre os três níveis de gestão, um recente fortalecimento dos canais de negociação e uma política baseada numa concepção dialógica, consensual e incremental de desenvolvimento, denotando um viés claramente estratégico e adaptativo.

Porém, de outra parte, também ficou evidente a inexistência de instrumentos de avaliação sistêmica, notadamente com relação ao viés mais qualitativo. E, apesar do mérito que tem que ser dado ao advento de um incentivo financeiro específico para a Visa, há que se reconhecer que esse montante ainda é muito restrito, se pensarmos em toda a abrangência do SNVS, o que dificulta vislumbrar um horizonte de implementação das ações de Visa em todos os municípios brasileiros – até porque não se instituiu uma cultura efetiva de contrapartidas financeiras por parte dos gestores locais.

Isso faz com que permaneça em aberto, em grande parte do território nacional, não só a questão da descentralização da Visa para os municípios brasileiros, mas também a temática

da regionalização em Visa, perpetuando um quadro setorial de iniquidade, que coincide com a pesada herança de desigualdades econômicas e sociais do país.

Os agentes do SNVS têm que se acertar no sentido de que só uma proposta de regionalização bem fundamentada para a vigilância sanitária pode trazer o ganho de escala e a efetivação da racionalidade sistêmica da qual tanto falamos. Lógico que esse não é um debate específico e insulado do SNVS; ele tem que se dar no bojo dos debates sobre o planejamento, a pactuação e o financiamento do SUS como um todo. Daí, ratificarmos tanto a importância da Vigilância Sanitária se inserir cada vez mais na pauta política de debates do SUS.

Nesse sentido, é decisivo que se garanta que as Secretarias de Saúde Estaduais cumpram o seu papel de coordenadoras do sistema estadual de saúde, promovendo o debate em torno de um projeto vigoroso de regionalização, fortalecendo os espaços bipartites de pactuação, negociação e discussão técnica e respeitando e fomentando os compromissos assumidos bi e tripartitamente.

Passando às questões mais conjunturais, um outro ponto de destaque das nossas reflexões nesse trabalho remete ao fato de que as demandas sociais, econômicas e ambientais contemporâneas, aliadas ao crescimento da consciência sanitária e à maior expressão social em torno dos problemas que cercam o nosso meio, provocam, sem dúvida, impacto na Vigilância Sanitária e dela exigem respostas em tempo hábil e maior coesão intragovernamental.

Disso, pode-se deduzir que as opções adotadas no tocante à política de descentralização das ações de vigilância sanitária exercerão um papel significativo em relação aos rumos da própria política de desenvolvimento nacional.

Isso implica que não podemos construir um olhar sobre a vigilância sanitária de forma isolada do conjunto da política social e econômica, do mesmo modo que precisamos tratar a vigilância sanitária como uma política estruturante dentro dos marcos do Sistema Único de Saúde, sendo, para tanto, fundamental que se observe sua sustentabilidade. É sabido que os recursos destinados à saúde sempre estarão aquém das necessidades/demandas, pois essas são sempre crescentes, porém, há que se garantir recursos estáveis para a vigilância sanitária, associados a um processo de planejamento estratégico que defina as prioridades de ação e de alocação financeira.

Nesse contexto, o delineamento de um modelo efetivo de investimento na saúde e, por conseqüência, na vigilância sanitária, com a correção de diversos entraves ao desenvolvimento do setor deve ser tida como ação prioritária nos próximos anos. Muito já foi alcançado com a descentralização das ações de vigilância sanitária, mas ainda urge maior

celeridade em se destacar uma política de descentralização e financiamento sólida para esse campo.

Em relação a essa questão do financiamento setorial, percebe-se, por um lado, que somente o aumento de recursos, paralelo ao aperfeiçoamento do gerenciamento do sistema – melhoria (ou, em muitos casos, criação mesmo) da capacidade operacional, modernização tecnológica, capacitação de recursos humanos e investimentos em infraestrutura – permitirá que se atinja o objetivo de implementar ações de Visa concretamente em todos os municípios e estados brasileiros. Nisso, estão incluídos desafios como a regulamentação da EC 29, o aumento dos repasses financeiros federais e o estabelecimento de contrapartidas financeiras concretas por parte de estados e municípios, numa perspectiva de reforço à solidariedade do financiamento tripartite, assegurando-se a co-responsabilidade pela gestão desse sistema.

Porém, por outro lado, também não se pode supervalorizar o repasse de recursos financeiros como única via de debate sobre a descentralização das ações de vigilância sanitária; óbvio que financiamento é importante, mas não deve ser o norte das discussões. Não se está aqui pedindo que as instâncias gestoras deixem o pragmatismo do viés financeiro que toma grande parte de sua pauta de discussões e pactuações de lado; pede-se que, além disso, olhe-se para uma necessidade que pulsa: a definição de estratégias locorregionais de assunção da responsabilidade pelas ações de vigilância sanitária.

Entrando nessa seara, pudemos observar também que a busca da equidade em Visa ainda é tímida, persistindo a concentração de recursos nas regiões mais desenvolvidas do país, embora a estratégia de se adotar um Piso Estadual de Vigilância Sanitária seja louvável e já demonstre uma atitude positiva no sentido de fazer o financiamento das ações de Visa mais equânime. Portanto, pode-se, oportunamente nesse momento, pensar em se avançar para o estabelecimento também de um patamar mínimo de repasse financeiro para os municípios, uma vez que se observou que nestes, as distorções e heterogeneidades em termos da relação entre capacidade administrativa e panorama sanitário são ainda mais gritantes.

Nessa perspectiva – de consolidar a ação de vigilância sanitária nacionalmente na agenda do SUS e de fortalecer e financiar suficientemente o SNVS – deve-se colocar, mais intensamente, a questão da equidade na pauta de debates, fazer simulações com diferentes critérios, projetar cenários diversos e, acima de tudo, deve-se trabalhar sobre uma plataforma de gradualidade (de avanços), simplicidade (de operacionalização) e transparência (de critérios).

Porém, previamente a isso, temos um problema primário a resolver: a racionalidade que preside a classificação das ações de Visa até então, ao privilegiar a incorporação acrítica de um modelo proveniente da área assistencial, não contempla as possibilidades concretas da vigilância sanitária, em termos de estruturação de ações integradas entre as esferas de gestão e com as demais ações e serviços do SUS.

Assim, o processo atual de discussão sobre novas formas de conceber e classificar as práticas de Visa deve refletir um debate necessário, genuíno e profundo nas três esferas de governo, considerando as instâncias intergovernamentais como espaços privilegiados e legítimos para a pactuação desses temas, para então implementar as inovações tão imperativas, não só no que concerne ao financiamento setorial, mas sobretudo, em relação aos aspectos de planejamento e execução das ações propriamente – sob uma nova lógica: a do compromisso gestor e da responsabilidade sanitária.

Em síntese, nesse momento, muito mais do que propostas acabadas, deve-se buscar um esforço tripartite na intenção de se construir cenários diferenciados, para as também diferenciadas realidades locorregionais brasileiras, equalizando as questões que estão postas no SNVS em relação ao planejamento, ao financiamento e à execução de ações de vigilância sanitária. O mais importante, nesse ínterim, é romper com o paradigma atual, de classificação de ações em baixa, média e alta complexidade, e de financiamento de ações mediante pactuação de metas quantitativas de inspeção basicamente.

Como pano de fundo dessas questões, estão o reforço à adoção do PDVISA como instrumento de direcionamento estratégico para o SNVS e a relação entre os desdobramentos do PDVISA e o Pacto pela Saúde, balizados pelos pilares da pactuação solidária, do financiamento sustentável e da responsabilidade sanitária, porém, perseguindo-se a construção de modelos não lineares ou verticalizados, mas sim a partir da própria realidade e experiência do âmbito locorregional.

O que claramente concluímos com todo esse debate é que se impõe, nessa via de debate, a indicação de novas possibilidades de financiamento para a área, mas também o fortalecimento da capacidade de gestão em todas as esferas de governo do SNVS, incluindo-se aí a questão do reforço político necessário para que a pauta da Vigilância sanitária assuma concretamente um papel central - e não marginal, como em quase toda a sua existência - na agenda político-institucional do SUS.

Para a reversão dessa conjuntura, há que se promover uma Agenda Positiva da Vigilância Sanitária. Esta se traduz no argumento de que o desafio não é meramente o financiamento setorial, mas sim colocar a Visa na pauta da Saúde Pública, traduzindo para a

sociedade as suas ações e o seu trabalho (a pergunta central passa a ser: “a que se propõe a Visa, sob o ponto de vista do cidadão/consumidor/usuário do SUS?” e não mais apenas “qual a cobertura de inspeções sanitárias em estabelecimentos de interesse à saúde do município?”).

Há quem aponte inclusive que, no âmbito do SNVS, o elo perdido da Visa é fazer a conexão dos seus objetos de atuação com as pessoas, revelando como a nossa ação impacta na saúde pública em geral. Nesse sentido, a efetiva descentralização das ações de vigilância sanitária tem também o potencial de mudar a imagem policalesca e burocrática da Visa, na medida em que pode atuar como instrumento de cidadania e de transformação sanitária.

Sob essa ótica, o texto escrito por Lucchese (2001a), em outro momento e sobre outra conjuntura política do SUS, está mais do que nunca atual, quando ressalta que o momento é valioso, pois essa reestruturação que vivenciamos na vigilância sanitária configura também um processo de transição maior – no SUS; uma mudança há muito tempo buscada para a vigilância sanitária do país, que pode potencializar a plena estruturação do projeto de construção da cidadania no espaço social da saúde, como está inscrito na Constituição e na proposta do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto, o atual momento político-institucional – de construção dos novos pactos pela saúde – ao propor mudanças na lógica do financiamento setorial e na forma de implementação das diretrizes que norteiam o SUS, pode representar para a Visa um passo essencial e uma oportunidade estratégica na conformação que se tem buscado na efetivação da sua lógica sistêmica.

Para tanto, há que se multiplicar os esforços institucionais e acadêmicos da Vigilância Sanitária para que consigamos traduzir o planejamento e a execução das ações do SNVS em ações realmente estruturantes desse sistema, refletindo uma nova organização de suas práticas. Esse é um processo que tem que ser bem orientado e devidamente coordenado, em âmbito tripartite, para poder vir a apresentar resultados mais marcantes, com a efetiva implementação das ações e serviços de vigilância sanitária nos municípios brasileiros – não na perspectiva da municipalização autárquica que tanto criticamos no início desse trabalho, mas sob uma ótica de cooperação locorregional – e um diálogo mais profícuo entre todas as esferas de governo e também com a sociedade.

É interessante atentarmos, portanto, para o fato de que os achados desse trabalho apontam que o processo de descentralização em vigilância sanitária pode ser visto também como uma estratégia de aprimoramento das relações entre as esferas de governo no processo de implementação das próprias ações de Visa por estados e municípios, tendo as Câmaras

Técnicas, Comitês Consultivos e Colegiados Gestores papel fundamental no bom desempenho dessas relações tripartites.

Nessa perspectiva, o funcionamento concreto dos órgãos colegiados de gestão do SUS é de suma importância, não só na instância tripartite, mas, até mais fortemente capacitados em todas as instâncias bipartites do país – instâncias nas quais municípios e estado realmente possam participar da definição de seus Planos de Ação em Vigilância Sanitária e da forma como intervirão no gerenciamento dos riscos sanitários presentes no seu território.

O que se deve buscar incessantemente, daqui para frente, é, através do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, consolidar outros princípios e diretrizes do SUS no âmbito da Visa, seja em relação à efetiva universalização das ações de vigilância sanitária ou à promoção de ações mais integrais, seja no tocante à equidade no financiamento e na prestação de ações e serviços de Visa – decorrente do esforço voltado para adequar a aplicação dos recursos públicos setoriais às reais necessidades da população – ou a uma proposta concreta (ou muitas propostas concretas, a depender dos arranjos institucionais bipartites) de regionalização das ações de vigilância sanitária.

Entretanto, há que se ter cuidado com os riscos da falta de clareza sobre a direção desse processo e com o descompasso normativo-operacional que teima em não estruturar um projeto real de desenvolvimento para o SNVS – formalmente explicitado e claramente acordado entre todas as partes envolvidas – uma vez que lidamos com um contexto complexo de combinação entre poucos recursos, muitas ações e incongruência de prioridades/metabolismos. Daí ratificarmos a necessidade de garantir a direcionalidade e a continuidade desse processo de mudanças ora em implementação, por intermédio da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no país.

Por fim, uma última menção não pode deixar de ser feita em relação à importância da efetivação de estratégias concretas de monitoramento e avaliação da gestão em Visa, notadamente no que concerne à descentralização de suas ações, uma vez que essa é uma das lacunas mais visíveis da atual política de descentralização implementada. Nessa perspectiva, é imperativo que se aproveite o momento atual e se oportunize esse debate, propiciando a construção de novos arranjos e mecanismos de acompanhamento e avaliação nesse campo. O desafio é gigantesco – trabalhar novas linguagens, potencializar o viés qualitativo, mensurar impacto de ação – porém tão grande ou maior é a sua importância.

Tudo isso que abordamos na forma de conclusões desse estudo norteia, condiciona e impacta sobre a condução política da descentralização em vigilância sanitária, na configuração de variáveis importantes do contexto, do processo, do conteúdo e dos atores

envolvidos no âmbito dessa política, para a qual a superação de problemas e sedimentação dos avanços já conquistados dependerão, estreitamente, da condução integrada e articulada entre as três esferas de poder do SUS.

Em síntese, se pudéssemos traduzir a mensagem mais explícita que veio à tona com o desenvolvimento desse trabalho, diríamos que, na consolidação do SNVS, a idéia do compromisso sanitário deve ser maior do que a idéia da autoridade territorial, para que transitemos, quando da discussão em torno da descentralização em vigilância sanitária, do debate sobre a distribuição de recursos para o debate sobre o compromisso com a responsabilidade sanitária.

6.2 As recomendações desse estudo: novos pontos de partida

Um dos objetivos desse trabalho foi analisar a descentralização da vigilância sanitária, procurando ressaltar a importância do estudo do contexto mais global em que se dá esse tipo de processo, seja no tocante aos atores e relações intergovernamentais estabelecidas, seja por meio da coerência entre o marco normativo-legal e o processo de implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária em si. Cabe recomendar então a realização de novos estudos, num futuro próximo, com o intuito de analisar as experiências locais de atuação da vigilância sanitária, pois é efetivamente no espaço local que se dará a experimentação de novos modelos, conceitos e práticas.

Nesse sentido, outras pesquisas também devem ser desenvolvidas *a posteriori* com cunho mais avaliativo (medição de resultados, comparação de parâmetros e avaliações normativas, dentre outras abordagens) para que se auxilie na implementação deste processo no SNVS e para que se tenha retratos cada vez mais acurados e específicos sobre esse tema.

Num estágio de amadurecimento mais avançado, sugere-se, por exemplo, a condução de análises comparadas nos estados e municípios, com o intuito de abordar a situação da descentralização das ações de vigilância sanitária, e assim podermos analisar os “modelos” que estão sendo postos em prática no Brasil, em relação a essa temática, uma vez que as desigualdades locais geram resultados muito diferenciados na prática e as capacidades financeiras e administrativas dos entes federados são muito diferentes para suportar e absorver novas atribuições gestoras, não havendo, portanto, um modelo único de descentralização a seguir.

Outra análise, igualmente interessante, consistirá na realização de estudos que contemplem o impacto produzido no SNVS em decorrência das diretrizes e dinâmicas do PDVISA e do Pacto pela Saúde. Nessa perspectiva, poderia ser analisado, por exemplo, o comportamento de variáveis relativas à mudança na lógica de alocação de recursos financeiros em grandes blocos e a situação do financiamento da Visa no bloco específico da Vigilância em Saúde, além das mudanças ocorridas na forma de planejamento, pactuação e execução de ações de Visa decorrentes de todo esse processo.

Há também que se ressaltar, como foco de estudos futuros, e garantindo a pluralidade de abordagens metodológicas, a relação entre descentralização e equidade em vigilância sanitária, a resolutividade da ação de vigilância sanitária no âmbito local, propostas e experiências de regionalização em Visa e análises de custo-efetividade no campo da vigilância sanitária, dentre tantos outros temas interessantes e necessários ao correto entendimento desse processo social e político complexo que é a descentralização da vigilância sanitária no Brasil.

Em suma, na perspectiva de que se trata de uma política com um viés de implementação incremental, é preciso, portanto, buscar evidências de como os processos de descentralização desenvolvem-se para ir corrigindo os seus rumos, de modo a otimizar seus resultados, e subsidiar experiências futuras.

É nesse sentido que se tem que trabalhar no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, sedimentando uma cultura de produção do conhecimento e de gestão que valorize todos os aspectos de sua ação e suas inter-relações.

POSFÁCIO

Despeço-me do leitor desse trabalho relembrando um texto do Dr. Gonzalo Vecina Neto, no turbulento momento de definição pela criação da Anvisa, em dezembro de 1998, em que ele compara a Vigilância Sanitária à figura mitológica da esfinge e alerta: ou a sociedade brasileira decifra esse mito ou corre o risco de ser estrangulada por ele (VECINA NETO, 1998).

Hoje, depois de muitos desafios transpostos e outros tantos ainda surgindo à nossa frente – dentre eles, o foco desse estudo: a descentralização da Visa e a real consolidação do SNVS – penso que podemos fazer uma nova analogia: ou a Visa se faz presente e decifrável, tanto para o SUS, quanto para toda a sociedade brasileira, ou não avançaremos rumo à exploração de todo o nosso potencial de atuação – na perspectiva da integralidade da ação de saúde no SUS, da universalidade da proteção sanitária e da equidade na promoção da saúde.

Esse desafio está posto a todos que compõem o campo da Vigilância Sanitária, em primeira análise, e a todos que compõem o SUS, no âmbito geral, se concordarmos, como salientado o tempo todo nesse estudo, que não é possível fazer vigilância sanitária fora do SUS e que não existe SUS integral e universal sem vigilância sanitária.

Portanto, é um desafio que convida à mudança, ao engajamento e à integração: de práticas, de linguagens, de conceitos, de setores e de pessoas, experimentando novas formas de promover e proteger a saúde e buscando uma tão perseguida identidade para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Tudo isso não para se diferenciar ou se sobrepor, mas para poder definitivamente se mostrar para o SUS e passar a contribuir, explorando todo o seu potencial, em defesa da vida e da saúde coletiva.

A sensação que me dá, embora recém-chegado ao universo da Vigilância Sanitária, é de que nunca se vivenciou um momento tão propício para que isso ocorra, depois de todo um movimento que se iniciou lá na conformação do SUS, passou pela consolidação de seu marco normativo, chegou à criação da Anvisa e ao advento do TAM, à I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, e hoje, em 2007, nos coloca frente à construção e implementação de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária e ao amadurecimento crescente das relações no campo da vigilância sanitária, seja entre os níveis de governo, seja com os outros setores da sociedade e da economia que nos cercam.

Por tudo isso, não percamos a oportunidade de crescer, na direção certa, com caminhos bem traçados e fazendo-nos entender por todos.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun./2005.

_____. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 77-125.

ACCOUNTABILITY. *Risolidaria*. Disponível em: <<http://www.risolidaria.org.br/glossgest/glossario/account.jsp>>. Acesso em: 11/02/2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Desenvolvimento e Organização das Ações Básicas de Vigilância Sanitária em Municípios Brasileiros a partir da Implantação do PAB/VISA*: Um Estudo Exploratório – Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2000. 71 p.

_____. Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 jan. 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. *Categorização das ações de vigilância sanitária*: minuta para discussão. Brasília, 2005a. 18 p.

_____. *Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2005b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/folder.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2006.

_____. *Documento-base para a elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária*: versão preliminar. Brasília, 2005c. 24 p.

_____. *Ações de Vigilância Sanitária na Atenção Básica*: Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2006a. 45 p.

_____. *Descentralização das ações de vigilância sanitária*: estudo exploratório em estados e municípios brasileiros – Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2006b. 52 p.

_____. *Pesquisa Diagnóstico sobre Tecnologias em Vigilância Sanitária: Relatório Final de Pesquisa: volume 01 - Resultados*. São Paulo: Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 2006c. 127 p.

_____. *Síntese dos Relatórios de Gestão da Anvisa*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/contrato/index.htm>>. Acesso em: 2 dez. 2006d.

_____. Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária. *Novas Perspectivas para Pactuação e Financiamento da Vigilância Sanitária em 2007: Nota Técnica*. Brasília, 2006e.

_____. Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária. *Texto de subsídio à elaboração do Relatório de Atividades da Anvisa - 2006*. Brasília, 2006f. Mimeografado.

_____. *Plano Diretor de Vigilância Sanitária: processo de construção*. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/pdvisa/index.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2007.

ARAÚJO, E. F. *Análise da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, 1999 a 2002: o caso dos medicamentos genéricos*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

ARAÚJO, T. B. de. Desenvolvimento regional: a descentralização valorizaria a diversidade. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 373-396.

ARAÚJO JR., J. L. do A. C. de. *Decentralization in the health sector: the brazilian process, issues and problems, 1988-1994*. 1994. Dissertação (Mestrado) - Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 1994.

_____. *Health Sector Reform in Brazil 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system*. 2000. Tese (Doutorado) - Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.

ARAÚJO JR., J. L. do A. C. de.; MACIEL FILHO, R. Developing an operational framework for health policy analysis. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.

ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S. (Org.). *A miragem da pós-*

modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 127-152.

_____. *Estado federativo e políticas sociais:* determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000. 304 p.

_____. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais:* uma questão em debate. 3. ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001. p. 29-39.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Portugal: Edições 70, 1977. 226 p.

BARROS, R. P. de; HENRIQUES, R; MENDONÇA, R. *A estabilidade inaceitável:* desigualdade e pobreza no Brasil. Brasília: IPEA, 2001.

BECKER, H. S. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

BELLONI, I. *et al. Metodologia de avaliação em políticas públicas:* uma experiência em educação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 96 p. (Coleção Questões de Nossa Época).

BENEVIDES, R. P. de S. e. *Breves comentários acerca do financiamento do Sistema Único de Saúde no Brasil*. [S. l.], 2004. Mimeografado. 2004.

BITTENCOURT, R. *A descentralização da vigilância sanitária*. Florianópolis: Diretoria de Vigilância Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde, 2004. Mimeografado.

BODSTEIN, R. C. de A. Inovações na análise de políticas no campo da saúde. In: COSTA, N. do R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). *Política de saúde e inovação institucional:* uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p. 157-172.

_____. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 11. (Série Saúde em Debate, 107).

BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. *Constituição da República Federativa do Brasil:* promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 11 ago. 2006.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 1999a. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>. Acesso em: 11 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006a. 76 p.

_____. *Pacto pela Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em: 12 jan. 2007a.

_____. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil*. Brasília, 2005. 144 p.

_____. Portaria GM/MS nº. 545, de 20 de maio de 1993. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 1993. Disponível em: <http://200.214.130.38/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº. 2.203, de 05 de novembro de 1996. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 nov. 1996. Disponível em: <http://200.214.130.38/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. Portaria MS/SE nº. 304, de 09 de agosto de 2002. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 ago. 2002. Disponível em: <http://200.214.130.38/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 16 ago. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº. 2.476, de 13 de outubro de 2006. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 out. 2006c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 16 dez. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº. 2.939, de 20 de novembro de 2006. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2006d. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 16 dez. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº. 2.940, de 20 de novembro de 2006. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2006e. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saudelegis>>. Acesso em: 16 dez. 2006.

_____. Portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 jan. 2007. Disponível em: <http://200.214.130.38/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 12 fev. 2007b.

_____. *Programação das Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=978>. Acesso em: 07 fev. 2007c.

_____. *Vigilância em Saúde: Dados e Indicadores Seleccionados 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21172>. Acesso em: 12/02/2007.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Relatório Anual de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007: Exercício 2006 (Ano Base 2005)*. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/planejamento_investimento/conteudo/relatorio_ppa/relatorio_avalicao_ppaEX2006.htm>. Acesso em: 10 out. 2006g.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 18, de 21 de janeiro de 1999. *Diário Oficial [República Federativa do Brasil]*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jan. 1999b. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/e-legis/>>. Acesso em: 16 ago. 2006.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde: OPAS, 2006h. 61 p.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Esclarecimento Público. *Gasto em saúde no Brasil: muito ou pouco?* Rio de Janeiro, 2006.

CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (São Paulo). *Parceria para promover a participação e reflexão conjunta sobre Vigilância Sanitária*. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cecovisa/p4_seminario_cosems.htm>. Acesso em: 24 ago. 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: ANVISA, 2001. 159 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Simpósio**: Regulamentação dos Planos de Saúde: textos de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 60 p. (Série D. Reuniões e Conferências, n. 14).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Vigilância Sanitária. In: _____. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. p. 208-217. (Coleção Progestores).

_____. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília, 2004. 124 p.

_____. **SUS: avanços e desafios**. Brasília, 2006. 164 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, A. M. **Avaliação da política nacional de saneamento**: Brasil, 1996-2000. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

COSTA, E. A. Políticas de Vigilância Sanitária: Balanço e Perspectivas. CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília, DF. **Caderno de textos**. Brasília: ANVISA, 2001a. p. 37-52.

_____. **Vigilância Sanitária**: proteção e defesa da saúde. 2. ed. São Paulo: SOBRAVIME, 2004a. 496 p.

_____. Vigilância Sanitária: contribuições para o debate no processo de elaboração da agenda de prioridades de pesquisa em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília, 2004b. p. 127-155.

COSTA, E. A.; BONFIM, J. R. de A. O movimento de construção do Sistema de Vigilância Sanitária no país. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 4, nov. 2001.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 15-40.

COSTA, N. do R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: UNICAMP, 2001b. p. 307-321.

DAGNINO, R. *et al. Gestão estratégica da inovação: metodologias para análise e implementação*. Taubaté: Cabral Universitária, 2002. 486 p.

DALLARI, S. G. Organização jurídica da administração pública em saúde. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 113-133.

_____. O direito sanitário como campo fundamental para a vigilância sanitária. In: CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (São Paulo). *Vigilância Sanitária: textos e contextos*. São Paulo: CECOVisa, USP, 2005, p. 07-23.

DE SETA, M. H. A Vigilância Sanitária e o Pacto 2006: qual futuro? In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; O'DWYER, G. (Org.). *Gestão e Vigilância: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 277-283.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. da. A gestão em vigilância sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília, DF. *Caderno de textos*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. p. 71-83.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de Implantação. In: HARTZ, Z. M. de A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 3.

DISTRIBUIÇÃO de renda. *Wikipédia*. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Distribui%C3%A7%C3%A3o_de_renda>. Acesso em: 25 jan. 2007.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

EDUARDO, M. B. de P. *Vigilância Sanitária*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Fundação Petrópolis, 1998. 460 p. (Série Saúde & Cidadania, v. 8).

FIGUEIREDO, A. M. de *et al.* Descentralização da saúde e poder local em Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 27-41, jul./ago. 1998.

FIGUEIREDO, L. de; NORONHA, K. V.; ANDRADE, M. V. *Os impactos da saúde sobre o crescimento econômico na década de 90*: uma análise para os estados brasileiros. Belo Horizonte: Cedeplar, 2003. (Texto para discussão, nº. 219). Disponível em: <www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20219.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2006.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2005, Brasília, DF. *Reafirmando compromissos pela saúde dos brasileiros*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2006.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA, 2006, Brasília, DF. *O SUS pra valer*: universal, humanizado e de qualidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712143044.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2006.

GERSCHMAN, S. Por um enfoque integrado na análise de políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. F. *Reforma Sanitária*: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 127-133.

_____. *A democracia inconclusa*: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. 189 p.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades: uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem esta metodologia de pesquisa em ciências sociais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 2, p.57-63, mar./abr. 1995.

GURGEL JR., G. D. *Análise de Políticas de Saúde*. Trabalho apresentado à Disciplina de Seminários de Pesquisa do Doutorado em Saúde Pública do CPqAM/FIOCRUZ. Recife, 2003. Mimeografado.

HEIMANN, L. S. *et al.* *Descentralização do Sistema Único de Saúde*: trilhando a autonomia municipal. São Paulo: SOBRAVIME, 2000. p. 35-38.

IBAÑEZ, M. C. A municipalização e a regionalização da Vigilância Sanitária do estado de Mato Grosso. In: MÜLLER NETO, J. S. (Org.). *Regionalização da saúde em Mato Grosso*: em busca da integralidade da atenção. Cuiabá: Secretaria Estadual de Saúde, 2002. p. 261-264.

IPEA. *O novo pacto federativo*. Rio de Janeiro: IBAM: ENAP, 1994. 125 p. (Coleção Subsídios para a reforma do estado, v. 1).

_____. *Radar Social 2006*: condições de vida no Brasil. Brasília, 2006. 86 p.

JUNQUEIRA, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 173-204.

KVALE, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage, 1996. 326 p.

LABRA, M. E. *Notas sobre análises de políticas públicas, modos de policy-making e intermediação de interesses*. Rio de Janeiro, 1997. 26 p. Mimeografado.

LAVINAS, L. *Transferências de renda*: o “quase tudo” do sistema de proteção social brasileiro. Artigo apresentado no XXXIV Encontro Nacional de Economia em Salvador, BA, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A157.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

LOBO, T. Descentralização: uma alternativa de mudança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 14-24, jan./mar. 1988.

LUCCHESI, G. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília, DF. *Caderno de textos*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001a. p. 53-69.

_____. *Globalização e Regulação Sanitária*: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil. 2001. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001b.

LUCCHESI, P. A vigilância sanitária segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, S. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 99-112.

MARQUES, M. C. da C. As práticas sanitárias como objeto de pesquisa da História. In: CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA (São Paulo). *Vigilância Sanitária*: textos e contextos. São Paulo: CECOISA, USP, 2005, p. 41-45.

MARQUES, J. B.; ALMEIDA, F. L. G. de; COSTA, L. R. *Avaliação das transferências e gastos no âmbito do Termo de Ajuste e Metas entre a Anvisa e os estados*. 31 p. 2002. Monografia (Especialização) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998. p. 17-55.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*: Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 176 p.

MERCADO-MARTÍNEZ, F. J.; BOSI, M. L. M. Introdução: notas para o debate. In: _____. *Pesquisa Qualitativa em Serviços de Saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 23-71.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. 269 p.

_____. Introdução: conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 19-51.

MINAYO, M. C. de S. *et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. de S. *et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação*. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 71-103.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-269, jul./set. 1993.

MÜLLER NETO, J. S. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 31, p. 54-66, jan. 1991.

OLIVEIRA JÚNIOR, M. O financiamento das ações de vigilância sanitária no Sistema único de Saúde. In: CAMPOS, F. E.; WERNECK, G. A. F.; TORON, L. M. (Org.). *Cadernos de Saúde 4: Vigilância Sanitária*. Belo Horizonte: COOPMED, 2001. p. 79-88.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de Gestão*: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80 p.

PIOVESAN, M. F. *et al.* Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.

PODER. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. v. 2. 5. ed. Brasília: Ed. UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 933-943.

POLÍTICA. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. v. 2. 5. ed. Brasília: Ed. UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 954-962.

POUVOURVILLE, G. Public Health research: between Science and Action? *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 889-894, out./dez. 1999.

QUEIROZ, L. de F. N. de. Textos normativos X contextos locais: estudo de caso sobre os dilemas do processo de descentralização da saúde. In: PIERANTONI, C. R.; VIANNA, C. M. de M. (Orgs.). *Gestão de Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 2003. p. 93-131.

RIBEIRO, A. P. Dívida externa cai 20% no governo Lula; reservas mais que dobram. *Folha On Line*, Brasília, 25 jan. 2007. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u114026.shtml>>. Acesso em: 31 jan. 2007.

RODRIGUEZ NETO, E. O papel ético da descentralização na implantação do Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para debate*, Rio de Janeiro, n. 28, p. 93-96, jul./2003.

SÁ, R. F. de. *Introdução ao uso do QSR NUD*IST*. Recife, 2002. Mimeografado.

SÁ, M. de C.; PEPE, V. L. E. Planejamento Estratégico. In: ROZENFELD, S. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. p. 197-232.

SALAZAR-VARGAS, C. Las políticas públicas: nueva perspectiva de análisis. *Ciencia Política*, Bogotá, v. 33, p. 59-80, 1995.

SILVA, L. M. V. da. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

SILVA, S. F. da. *Municipalização da saúde e poder local*: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001. 293 p.

SILVEIRA, L. C. da. *Ciência, Tecnologia, Inovação e Vigilância Sanitária*. 2006. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 2005, Brasília, DF. *Carta de Brasília*: Documento Final.... Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/arquivos/carta%20de%20brasil%20-%20simposio.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

SISTEMA político. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de política*. v. 2. 5. ed. Brasília: Ed. UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 1163-1168.

SOUTO, A. C. *Saúde e Política*: a vigilância sanitária no Brasil 1976 - 1994. São Paulo: SOBRAVIME, 2004. 227 p.

SOUZA, C. Desenho constitucional, instituições federativas e relações intergovernamentais no Brasil pós-1988. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 187-211.

SOUZA, G. S. *Vigilância Sanitária no sistema local de saúde*: o caso do distrito sanitário de Pau da Lima, Salvador - BA. 2002. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002a.

SOUZA, R. R. de. *O sistema público de saúde brasileiro*. Texto para o Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, 2002b. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2006.

SPITZ, C. PIB soma R\$ 1,937 trilhão e Brasil torna-se 11ª maior economia do mundo. *Folha On Line*, Rio de Janeiro, 30 mar. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u106420.shtml>>. Acesso em: 30 jan. 2007.

TAFNER, P. (Org.). *Brasil*: o estado de uma nação – mercado de trabalho, emprego e informalidade. Brasília: IPEA, 2006. 533 p.

TOBAR, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, n. 5, p. 31-51, jun. 1991.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública*: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. p. 92-102.

TRIVIÑOS, A. M. S. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992. cap. 5, p. 117-175.

VECINA NETO, G. A Vigilância Sanitária e a Esfinge. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). *Artigos, entrevista e relatórios*. Brasília, 1998. Disponível em: < <http://anvisa.gov.br/divulga/artigos/esfinge.htm> >. Acesso em: 22 ago. 2005.

VIANA, A. L. D'A. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 05-43, 1996.

VIANA, A. L. D'A. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 205-215.

VIANA, A. L. D'A. *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 139-151, 2002.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde*: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 417-442.

YIN, R. K. *Case study research*. Newbury Park: Sage, 1994. p. 77-93.

APÊNDICES

Apêndice A Roteiro de entrevista semi-estruturada

Apêndice B Termo de consentimento livre e esclarecido

Apêndice C Matriz de condensação e interpretação de significados: um exemplo prático

Apêndice D Marco normativo-legal da descentralização das ações de Vigilância Sanitária



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA



MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária.

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Qual é o atual modelo de descentralização das ações de Visa adotado no Brasil? Na sua visão, como ele está sendo implementado e qual a concepção de gestão que o norteia?
2. Qual a situação em que se encontrava o processo de descentralização das ações de Visa antes da criação da Anvisa e da instituição do TAM? O que motivou a instituição desse instrumento?
3. Como vem se dando o relacionamento entre as esferas de gestão em relação ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária? Como têm se acompanhado as pactuações realizadas?
4. Quanto ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, a definição dos papéis/atribuições das três esferas de gestão dentro do SNVS está clara? Como tem se desempenhado o estado (VISA estadual) nesse processo?
5. Cite livremente aspectos favoráveis/potencialidades desse modelo de descentralização das ações de vigilância sanitária.
6. Quais os aspectos desfavoráveis/obstáculos que você identifica quanto à implementação desse modelo de descentralização das ações de vigilância sanitária?
7. Houve mudança significativa quanto à estruturação dos serviços de Visa e aos resultados alcançados após a implementação do atual modelo de descentralização? Quais os aspectos mais relevantes em relação a essas mudanças?
8. Qual o papel e a importância das Câmaras Técnicas (do Conasems, do Conass) e do Comitê Consultivo da CIT nesse processo?
9. Em relação especificamente ao financiamento das ações de Visa, qual o panorama atual?
10. Qual o grau de coerência que você identifica entre o marco normativo-legal que dispõe sobre descentralização das ações de vigilância sanitária e a efetiva implementação desse processo? Há avanços nos atuais dispositivos legais?
11. Qual a interface possível entre os instrumentos e estratégias de gestão em discussão e implementação atualmente no SUS e a potencialização do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária?
12. Diante das restrições impostas e das deficiências estruturais encontradas na conjuntura atual, quais as estratégias de superação possíveis?
13. Discorra sobre as projeções estratégicas para a área da descentralização das ações de vigilância sanitária e sobre as necessidades futuras para a consolidação de um SNVS efetivo e eficiente.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: *Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária.*

Instituição: **CPqAM/FIOCRUZ**

Nº de Registro no SISNEP: CAAE 0724.0.095.000-05

Pesquisador Responsável: **Rodrigo Lino de Brito** [Mestrando em Saúde Pública]

Orientador do Estudo: **Prof. Dr. José Luiz do A. Correa de Araújo Jr.**

Eu _____, declaro que aceito participar do estudo científico intitulado “*Análise da política de descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária.*”.

Minha participação é voluntária e consistirá em responder a uma entrevista sobre questões relacionadas à temática central do estudo.

Entendi que, a qualquer momento, poderei desistir de participar e retirar meu consentimento, sendo que minha recusa não trará nenhum prejuízo em minha relação com o pesquisador ou com a Instituição que ele representa.

Estou ciente de que as informações que eu vier a prestar serão publicizadas através dos meios de divulgação dos resultados desse estudo, porém sendo garantida a mim, a confidencialidade de minha identidade.

Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Qualquer esclarecimento de que eu necessite, deverei entrar em contato com Rodrigo Lino de Brito, pelos telefones: (61) 3448-1000 e (61) 8433-5522.

_____, ____/____/200__.

Local

Data

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

**MATRIZ DE CONDENSAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE SIGNIFICADOS
UM EXEMPLO PRÁTICO**

Fonte de Dados:	
⊗	Entrevistas (nº.: 03, 04, 06, 08 e 11)
	Documento/Texto
	Diário de Campo
Objetivo Específico/Categoria Analítica relacionados: 4. ATORES	
Unidades de Registro	Temas centrais
Trechos do material de pesquisa <i>[fala, registro de campo, documento]</i>	Análises do pesquisador sobre o trecho em questão <i>[num esforço de síntese de conteúdo]</i>
<p>Porque é que houve a criação do CIT VISA? [...] Pela dificuldade de pautar assuntos de Visa na CIT. Não tinha interesse. [...] A Anvisa precisava, naquele momento, estreitar a interlocução com os gestores estaduais e municipais [...] Houve momentos de discussão bastante importantes, bastante sérios, onde se explicitaram algumas vezes divergências [...] E muitas vezes as divergências eram importantes para a construção da Visa. Eu acho que isso foi o grande salto, do Comitê (informação verbal). [E4]</p> <p>É uma forma de construção de acertos, de consensos e até de preencher os vazios do conhecimento. [...] É fundamental construir bem essas instâncias; ter pessoas que representem adequadamente a estrutura de poder a qual estão vinculadas (informação verbal). [E6]</p> <p>Eu acho que é muito positivo que nós tenhamos uma multiplicidade de instâncias do sistema. [...] Porque esse era um tema excluído. O tema nunca estava no alto da pauta política, das negociações, do que fosse. Ao criar espaços específicos para isso, obrigatoriamente as questões surgem, e eu acho que a área se “empodera” - para usar um termo atual. O CIT VISA, em particular, eu acho que tem conseguido se transformar num espaço de tomada de decisões, embora, do ponto de vista formal, ela não tivesse essa atribuição (informação verbal). [E3]</p> <p>É uma mesa de discussão e de pactuação muito boa, e isso é um grande incentivo para que os estados repitam essa prática com seus municípios (informação verbal). [E8]</p> <p>A minha preocupação é que esses espaços não se fechem em si, que dialoguem com o restante do SUS para que a vigilância não continue enclausurada. Isso é um ponto importante (informação verbal). [E11]</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldade de pautar a Visa nas instâncias gestoras do SUS; ▪ Estratégia de acesso à CIT; ▪ Incremento da interlocução entre as três esferas de gestão; ▪ Mesa de discussão e de pactuação; ▪ Explicitação de divergências e construção de consensos, de pactos; ▪ Espaço de tomada de decisões; ▪ Inserção do Conasems mais ativamente na discussão do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária; ▪ Inclusão e “empoderamento”; ▪ Condição necessária, mas não suficiente para a efetiva inserção política da Visa no SUS.
Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado	
CIT VISA	
<p>O CIT VISA vem desempenhando um papel político importante, na medida em que se configurou como espaço de discussões e negociações tripartites relativas às temáticas emergentes e “permanentes” da Visa.</p> <p>Todavia, com toda a importância dada ao CIT VISA, há que se rediscutir o seu papel e o seu fortalecimento político, uma vez que essa instância pode não ser suficiente – apesar de extremamente necessária – para a inserção política da Visa no SUS.</p>	

MARCO NORMATIVO-LEGAL DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

MARCOS GERAIS - SUS		
DISPOSITIVO LEGAL	SÍNTESE DO CONTEÚDO	INTER-RELAÇÃO COM A VISA
Constituição Federal	É a Carta Magna do Brasil. No Capítulo II do Título VIII (Da Ordem Social) trata da Seguridade Social. Lá, em sua Seção II, trata da Saúde (do Artigo 196 ao 200), como direito de todos e dever do Estado.	Trata de boa parte do escopo da vigilância sanitária em seu art. 200. Os demais artigos também regem a ação da Visa, assim como todas as ações do SUS.
Lei nº. 8.080/1990	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços do SUS. É considerada a Lei Orgânica do SUS.	Seu art. 6º é a base normativo-legal da Visa.
Lei nº. 8.142/1990	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.	Aplica-se à Visa, assim como a todas as ações e áreas componentes do SUS.
NOB 93	1ª Norma Operacional do SUS com expressão. Ressaltava a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei.	Tratou superficialmente a vigilância sanitária (como de resto a outras ações de saúde coletiva).
NOB 96	Marco organizativo do SUS, apesar de todas as críticas que recebeu.	Incluiu a vigilância sanitária entre as atividades da PPI e apresentou inovações, ao prever mecanismos de financiamento das ações. Nesse sentido, o que marcou mesmo foi a criação do PAB VISA.
Portaria GM/MS nº. 399/2006	Regulamenta o Pacto pela Saúde, instituindo novas bases operacionais para o SUS, com vistas ao alcance de um processo mais solidário de gestão.	Dispõe sobre a necessidade de regulamentação específica para os novos Blocos de Financiamento, dentre eles o da Vigilância em Saúde, no qual se insere o componente da Vigilância Sanitária.
Portaria GM/MS nº. 698/2006	Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Define as responsabilidades em relação ao custeio das ações de saúde, dentre elas as de vigilância sanitária, inserida no Bloco de financiamento da Vigilância em Saúde.
Portaria GM/MS nº. 699/2006	Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.	Não aborda nenhuma especificidade da Visa, mas serve para essa como marco maior em relação aos Pactos, assim como para todo o SUS, ao abordar a dinâmica de pactuação dos TCGs.
Portaria GM/MS nº. 204/2007	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.	Regulamenta o Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, definindo neste o TFVISA. Porém, ressalta que o mesmo será regulamentado em portaria específica do MS, <i>a posteriori</i> .
MARCOS GERAIS DA VISA		
DISPOSITIVO LEGAL	SÍNTESE DO CONTEÚDO	OBSERVAÇÕES
Lei nº. 6.360/1976	Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos.	Conformou os fundamentos jurídicos do arranjo de vigilância sanitária até hoje vigente, porém não continha a idéia de um sistema.
Portaria GM/MS nº. 1.565/1994	“Define” o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas	Efetivamente, nunca foi implementada; nunca gerou nenhum efeito. É chamada jocosamente, no meio, de <i>Viúva Porcina</i> ,

	de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	por ser “aquela que foi sem nunca ter sido”.
Lei n°. 9.782/1999	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.	Estabelece as “competências gerais” dos entes do SNVS, porém não pode ser considerada esclarecedora no que compete à gestão do SNVS (generalista e pouco pragmática).
MARCOS ESPECÍFICOS – DESCENTRALIZAÇÃO EM VISA		
DISPOSITIVO LEGAL	SÍNTESE DO CONTEÚDO	OBSERVAÇÕES
Portaria GM/MS n°. 1.882/1997	Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua composição.	Referência até o momento atual.
Portaria GM/MS n°. 1.885/1997	Estabelece o PAB-VISA.	Referência até o momento atual.
Portaria SAS N°. 18/1999	Detalhamento de alguns aspectos referentes às tabelas do SIA/SUS.	Classificação das ações de VISA em básicas (Grupo 05), de média (Grupo 24) e de alta complexidade (Grupo 34 do SIA/SUS).
Portaria GM/MS n°. 1.008/2000	Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária.	Referência para o ano de 2000, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.
Portaria Conjunta MS/Anvisa n°. 874/2000	Regulamenta a transferência aos estados dos recursos referentes às Taxas de Fiscalização em Vigilância sanitária (TFVS).	Referência para o ano de 2000, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.
Portaria GM/MS n°. 145/2001	Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária.	Referência para o ano de 2001, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.
Portaria Conjunta MS/Anvisa 151/2001	Referência para o ano de 2001, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.	
Portaria GM/MS n°. 01/2002	Referência para os anos de 2002, 2003 e 2004, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.	
Portaria Conjunta MS/Anvisa n°. 08/2002	Referência para o ano de 2002, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.	
Portaria MS/SE/Gabinete n°. 304/2002	Cria o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CITVISA)	
RDC 200/2002	Estabelece normas sobre aplicação e controle dos recursos transferidos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios, para ações de Vigilância Sanitária de média e alta complexidade.	Aborda a flexibilidade na utilização dos recursos financeiros repassados para as ações de MAC VISA, por meio do TAM.
Portarias Conjuntas MS/Anvisa n°. 05, 11 e 12/2003	Referências para o ano de 2003, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.	
Portaria GM/MS n°. 2.473/2003	Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências.	Grande marco da repactuação do TAM, a partir de 2004. Trouxe o advento da pactuação municipal.
Portarias GM/MS n°. 1.212, 1.548, 2.690 e 2.739/2004	Referências para o ano de 2004, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.	

RDC 65/2004	Institui o Sistema Automatizado para Programação Pactuada das Ações de Vigilância Sanitária - SISTAM.	Esse Sistema nunca foi implantado.
Portaria GM/MS n°. 1.172/2004	Regulamenta a NOB SUS 01/96 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.	Estabelece a dinâmica da PPI-VS.
Portaria GM/MS n°. 1.213/2004	Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária para Estados, municípios e Distrito Federal.	
Portaria GM/MS n°. 432/2005	Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária para estados, municípios e Distrito Federal.	Referência para os repasses financeiros no ano de 2005, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.
RDC 219/2005	Regulamenta o Fundo de Compensação em Vigilância Sanitária, conforme determinado pela PT/GM n°. 2473/2003, o qual terá como fonte os recursos destinados e não transferidos aos Estados, Municípios e Distrito Federal, cujas contas apresentarem saldo livre superior a 40% do total dos recursos repassados semestralmente.	O FCVS nunca saiu da regulamentação para a implementação efetiva.
Portaria GM/MS n°. 1.161/2006	Regulamentou o incremento de pactuação do TAM para 120 municípios brasileiros.	
Portaria GM/MS n°. 2.476/2006	Atualiza, com base na estimativa populacional do IBGE para 2005, os valores das transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de vigilância sanitária dos estados, municípios e Distrito Federal.	Referência para os repasses financeiros no ano de 2006, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.
Portaria GM/MS n°. 2.939/2006	Aprova a descentralização de recursos financeiros fundo a fundo, como incentivo para a estruturação das ações de vigilância sanitária de estados, municípios e Distrito Federal.	Referência para os repasses financeiros no ano de 2006, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária. Representou um montante extra de R\$ 53.932.737,60, repassado em duas parcelas de igual valor, por meio do FNS para os Fundos de Saúde de estados, municípios e do DF.
Portaria GM/MS n°. 2.940/2006	Aprova a transferência de recursos financeiros fundo a fundo para 55 novos municípios pactuados em 06 estados brasileiros, além da atualização de valor de repasse para 04 municípios já pactuados na CIB SP.	Referência para os repasses financeiros no ano de 2006, no que concerne às regulamentações específicas acerca das transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de vigilância sanitária.

ANEXOS

Anexo A Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE/Sisnep)

Anexo B Rol de ações básicas, de média e de alta complexidade em Vigilância Sanitária, segundo a Portaria SAS n°. 18/1999

Anexo C Ações, parâmetros e metas adotados na programação das ações de Visa na PPI-VS nos anos de 2004, 2005 e 2006

Anexo D Parâmetros e frequências das ações de inspeção sanitária pactuadas no TAM, segundo a Portaria GM/MS n°. 2.473/2003

Anexo E Instrumentos utilizados para o acompanhamento do TAM

Anexo F Instrutivo para os procedimentos de Vigilância Sanitária na PAP-VS [2007]

 Andamento do projeto - CAAE - 0724.0.095.000-05 

Título do Projeto de Pesquisa
Análise da Política de descentralização das ações de vigilância sanitária do Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	12/09/2005 10:52:10	07/10/2005 15:45:14		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	12/09/2005 10:40:40	Folha de Rosto	FR-70929	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/09/2005 10:52:10	Folha de Rosto	0724.0.095.000-05	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	07/10/2005 15:45:14	Folha de Rosto	27/05	CEP

[⊙ Voltar](#)

**Rol de Ações Básicas, de Média e da Alta Complexidade em Vigilância Sanitária,
segundo a Portaria SAS nº. 18/1999
(Procedimentos da Tabela SIA/SUS)**

1. GRUPO 05: PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM VISA

1.1 SUBGRUPO 01: INSPEÇÃO SANITÁRIA

Inspeção Sanitária em DEPÓSITOS
Depósito de ALIMENTOS
Depósito de CORRELATOS
Depósito de PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
Depósito de MEDICAMENTOS, DROGAS E INSUMOS FARMACÊUTICOS
Depósito de COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE
Depósito de PRODUTOS NÃO RELACIONADOS À SAÚDE
Inspeção Sanitária em EMPRESAS DE TRANSPORTE E DISTRIBUIDORAS
Empresa de Transporte de ALIMENTOS
Empresa de Transporte de CORRELATOS
Empresa de Transporte de PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
Empresa de Transporte de MEDICAMENTOS, DROGAS E INSUMOS FARMACÊUTICOS
Empresa de Transporte de COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE
Distribuidora sem fracionamento de CORRELATOS
Distribuidores sem fracionamento de PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
Distribuidores sem fracionamento de COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE
Inspeção Sanitária em COMÉRCIO
Comércio de ALIMENTOS
Comércio de CORRELATOS
Comércio de PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
Comércio de COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE
Inspeção Sanitária em SERVIÇOS RELACIONADOS À SAÚDE
DROGARIA, ERVARIA, POSTO DE MEDICAMENTOS
DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS
ÓTICAS
ESTABELECIMENTOS DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALARES
UNIDADE DE SAÚDE SEM PROCEDIMENTO INVASIVO
UNIDADE DE TRANSPORTE DE PACIENTES SEM PROCEDIMENTO
Inspeção Sanitária em SERVIÇOS ESPECÍFICOS
ESTABELECIMENTOS DE MASSAGEM
ESTABELECIMENTOS DE ENSINO
ACADEMIA DE GINÁSTICA, MUSCULAÇÃO, CONDICIONAMENTO FÍSICO E CONGÊNERES
Inspeção Sanitária em LOCAIS DE USO PÚBLICO RESTRITO
PISCINA DE USO PÚBLICO RESTRITO
CEMITÉRIO/NECROTÉRIO/CREMATÓRIO
TERRENO BALDIO
HOTÉIS, MOTÉIS E CONGÊNERES
ESTAÇÕES RODOVIÁRIAS E FERROVIÁRIAS

1.2 SUBGRUPO 02: COLETA DE AMOSTRAS DE PRODUTOS E SUBSTÂNCIAS

AGROTÓXICOS	HEMODERIVADOS
ÁGUA PARA DIÁLISE	INSUMOS FARMACÊUTICOS E MEDICAMENTOS
ALIMENTOS	PRODUTOS IMUNOBIOLÓGICOS
CORRELATOS	SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE	SANGUE
DROGAS	OUTRO PRODUTO OU SUBSTÂNCIA

1.3 SUBGRUPO 03: EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM VISA

EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM VISA

2. GRUPO 24: AÇÕES DE MÉDIA COMPLEXIDADE EM VISA

2.1 SUBGRUPO 01: INSPEÇÃO SANITÁRIA – MÉDIA COMPLEXIDADE

Inspeção Sanitária em EMPRESAS DE TRANSPORTE E DISTRIBUIDORES
Empresa distribuidora com fracionamento de PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS
Empresa distribuidora de MEDICAMENTOS
Empresa distribuidora com fracionamento de COSMÉTICOS, PERFUMES E PRODUTOS DE HIGIENE
Inspeção Sanitária em INDÚSTRIAS
Indústria de ALIMENTOS
COZINHAS INDUSTRIAIS E SIMILARES
Indústria de PRODUTOS SANEANTES E DOMISSANITÁRIOS
ESTABELECIMENTOS NÃO RELACIONADOS À SAÚDE
Inspeção Sanitária em SERVIÇOS RELACIONADOS À SAÚDE
CASA DE APOIO A PORTADORES DO VÍRUS HIV
CASA DE REPOUSO, CASA DE IDOSOS OU ASILOS
CLÍNICAS OU CONSULTÓRIOS MÉDICOS COM VACINAÇÃO
FARMÁCIAS
ESTABELECIMENTOS QUE PRATICAM ACUPUNTURA
UNIDADES DE TRANSPORTE DE PACIENTES COM PROCEDIMENTOS – UNIDADE MÓVEL – AMBULÂNCIA – AVIÃO DE RESGATE
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS, CITOPATOLOGIA E ANATOMIA PATOLÓGICA – ISOLADO
CLÍNICAS DE FISIOTERAPIA
LAVANDERIA DE ROUPAS DE USO HOSPITALAR – ISOLADA DO HOSPITAL
LABORATÓRIO DE PRÓTESE
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
Inspeção Sanitária envolvendo estrutura física, equipamentos e instrumentos (EPI), procedimentos e documentação, produtos, higiene e limpeza, RH e vigilância no ambiente de trabalho
ESTABELECIMENTOS DE TATUAGENS E CONGÊNERES
APLICADORA DE PRODUTOS SANEANTES DOMISSANITÁRIOS – INSETICIDAS, RATICIDAS
Inspeção Sanitária em LOCAIS DE USO PÚBLICO RESTRITO
ESTABELECIMENTOS CARCERÁRIOS
CANTEIRO DE OBRAS
Inspeção Sanitária em PRESTADORES DE SERVIÇOS PÚBLICOS
SISTEMA DE COLETA, DISPOSIÇÃO E TRATAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS
SISTEMA DE COLETA, DISPOSIÇÃO E TRATAMENTO DE ESGOTO

SISTEMA PÚBLICO E PRIVADO DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO
--

3. GRUPO 34: AÇÕES DE ALTA COMPLEXIDADE EM VISA

3.1 SUBGRUPO 01: INSPEÇÃO SANITÁRIA – ALTA COMPLEXIDADE

Inspeção Sanitária em INDÚSTRIAS
Indústria de ALIMENTOS PARA FINS ESPECIAIS – DIETÉTICOS, ALIMENTOS PARA LACTENTES, ALIMENTOS PARA ATLETAS
Indústria FÁRMACO-QUÍMICA
Inspeção Sanitária em SERVIÇOS RELACIONADOS À SAÚDE
Serviços de TRS
HOSPITAL GERAL, ESPECIALIZADO, HOSPITAL-DIA OU MATERNIDADE
Prestadores de serviços que utilizam RADIAÇÃO IONIZANTE
Serviços de HEMOTERAPIA
Serviço de URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Serviço de QUIMIOTERAPIA
BANCOS DE ÓRGÃOS, DE MEDULA OU DE LEITE HUMANO
UNIDADE DE SAÚDE COM PROCEDIMENTO INVASIVO
FARMÁCIAS QUE PREPARAM NUTRIÇÃO PARENTERAL
Inspeção Sanitária em SERVIÇOS ESPECIALIZADOS
Empresa de IRRADIAÇÃO DE PRODUTOS
Estabelecimento que procede ESTERILIZAÇÃO DE PRODUTOS CORRELATOS
Inspeção Sanitária em AÇÕES CONJUNTAS
INVESTIGAÇÃO DE AGRAVOS
Empresas de TRANSPORTE DE MATERIAL DE ALTO RISCO PARA A SAÚDE

3.2 SUBGRUPO 03: CONTROLE DE QUALIDADE DE PRODUTOS EM VISA

Procedimentos de MICROSCOPIA EM VISA
CLASSIFICAÇÃO DE GRÃOS (QUANTITATIVA)
ANÁLISE PALINOLÓGICA DO MEL
CONTAGEM DE FILAMENTOS MICÉLIOS

3.3 SUBGRUPO 04: PROCEDIMENTOS DE MICROBIOLOGIA EM VISA

3.4 SUBGRUPO 05: PROCEDIMENTOS DE FÍSICO-QUÍMICA EM VISA

3.5 SUBGRUPO 07: PROCEDIMENTOS DE ENSAIO BIOLÓGICO EM VISA

AÇÕES, PARÂMETROS E METAS ADOTADOS NA PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE VISA NA PPI-VS NOS ANOS DE 2004, 2005 E 2006

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA - 2004			
Parâmetros de Acompanhamento para Ações de Vigilância em Saúde			
AÇÃO		PARÂMETROS	METAS
13. Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária			
13.1	Cadastramento	Cadastramento dos estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA. Fonte: Ficha cadastral do SINA/VISA.	100% dos estabelecimentos cadastrados.
13.2	Ação educativa em Vigilância Sanitária	Proporção de equipes do PSF/PACS capacitadas a desenvolver ações educativas em vigilância sanitária.	100% das equipes do PSF/PACS capacitadas.
13.3 Inspeção Sanitária			
13.3.1	Comércio de Alimentos	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	20% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.2	Drogarias, ervanárias e postos de medicamentos	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	40% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.3	Creches	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	100% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.4	Estabelecimentos de ensino fundamental	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	40% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.5	Estações Rodoviárias e ferroviárias	Duas inspeções, por ano, por estabelecimento.	100% dos estabelecimentos inspecionados.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA - 2005			
Parâmetros de Acompanhamento para Ações de Vigilância em Saúde			
AÇÃO		PARÂMETROS	METAS
13. Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária			
13.1	Cadastramento	Cadastramento dos estabelecimentos sujeitos ao controle da VISA. Fonte: Ficha cadastral do SINA/VISA.	100% dos estabelecimentos cadastrados.
13.2	Ação educativa em Vigilância Sanitária	Proporção de equipes do PSF/PACS capacitadas a desenvolver ações educativas em vigilância sanitária.	100% das equipes do PSF/PACS capacitadas.
13.3 Inspeção Sanitária			
13.3.1	Comércio de Alimentos	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	20% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.2	Drogarias, ervanárias e postos de medicamentos	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	40% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.3	Creches	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	100% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.4	Estabelecimentos de ensino fundamental	Uma inspeção, por ano, por estabelecimento.	40% dos estabelecimentos inspecionados.
13.3.5	Estações Rodoviárias e ferroviárias	Duas inspeções, por ano, por estabelecimento.	100% dos estabelecimentos inspecionados.

PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA - 2006			
Parâmetros de Acompanhamento para Ações de Vigilância em Saúde			
AÇÃO		PARÂMETROS	METAS
13. Procedimentos Básicos de Vigilância Sanitária			
13.1	Elaborar e pactuar os planos de ação em VISA que contemplem o Plano Diretor de Vigilância Sanitária	Planos pactuados.	100% dos Estados, 100% dos municípios que pactuaram o Termo de Ajustes de Meta (TAM), 50% dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que não pactuaram o TAM e 20% dos demais municípios.
13.2	Ação educativa em Vigilância Sanitária	Equipes de PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária.	30% das equipes PSF/PACS desenvolvendo ações educativas em Vigilância Sanitária.
13.3 Inspeção Sanitária			
13.3.1	Serviços de alimentação	Inspeção por ano por estabelecimento.	20% do total de estabelecimentos cadastrados.
13.3.2	Creches e estabelecimentos de educação infantil	Inspeção por ano por estabelecimento.	100% do total de estabelecimentos cadastrados.
13.3.3	Instituições de longa permanência para idosos	Inspeção por ano por estabelecimento.	100% do total de estabelecimentos cadastrados.

PARÂMETROS E FREQUÊNCIAS DAS AÇÕES DE INSPEÇÃO SANITÁRIA PACTUADAS NO TAM, SEGUNDO A PORTARIA GM/MS 2.473/2003

ÁREAS	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES PROGRAMADAS E PACTUADAS	META ANUAL DE COBERTURA
1. Serviços de Saúde	1.1 SERVIÇOS HOSPITALARES	
	1 - Unidades hospitalares que possuam, exclusivamente ou não, serviços de: Obstetrícia, UTI, Urgência/Emergência e cirurgias de grande porte	100%
	2 - Demais Unidades com internação ou cirurgias	90%
	3 - Hospitais Psiquiátricos	100%
	1.2 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	
	1.2.1 TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA E QUIMIOTERAPIA	
	1 - Serviços de Terapia Renal Substitutiva	100%
	2 - Serviços de Quimioterapia	100%
	1.2.2 RADIAÇÕES IONIZANTES	
	1 - Serviços de radiodiagnóstico médico que utilizam contraste injetável (tomografia, radiologia intervencionista, hemodinâmica) ou realizam mamografia	50%
	2 - Demais serviços de radiodiagnóstico médico	20%
	3 - Serviços de radiodiagnóstico odontológico que realizam exames extraorais	20%
	4 - Serviços de medicina nuclear	100%
5 - Serviços de radioterapia	100%	
1.2.3 LABORATÓRIOS CLÍNICOS		
1 - Laboratórios Clínicos	30%	
2 - Postos de Coleta	30%	
1.3 SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA E BANCOS DE CÉLULAS E TECIDOS		
Serviços de Hemoterapia (De acordo com a Classificação da RDC -ANVISA Nº 151 de 02.08.01)		
1 - Níveis I e II (Hemocentro Coordenador - HC / Hemocentro Regional - HR / Núcleo de Hemoterapia - NH)	100%	
2 - Nível III (Central de Triagem Laboratorial de Doadores - CTLD / Unidade de Coleta e Transfusão - UCT /Unidade de Coleta - UC)		
3 - Nível IV (Agência Transfusional - AT)		
4 - Banco de Células de Córdão Umbilical	100%	
5 - Banco de Medula Óssea	100%	
6 - Banco de Olhos	100%	
2. Produção e Consumo de Alimentos	1 - Indústrias Processadoras de Palmito em conserva	100%
	2 - Indústrias Beneficadoras de Sal para consumo humano	100%
	3 - Indústrias Processadoras de Gelados Comestíveis	30%
	4 - Indústrias de Alimentos Processados e Derivados	100%
	5 - Indústrias Processadoras de Frutas e ou Hortaliças em conserva	50%
	6 - Cozinha Industrial	10%
	7- Demais Indústrias de Alimentos	10%
	8 - Monitoramento de Alimentos (Identificação nos Estados dos produtos prioritários considerando-se o perfil epidemiológico dos agravos a eles relacionados)	150 amostras/ano
3. Medicamentos e Demais Produtos	3.1 EMPRESAS PRODUTORAS DE MEDICAMENTOS	
	1 - Soluções parenterais de pequeno (inclusive citostáticos e oncológicos) e grande volume	100%
	2 - Soluções estéreis oftálmicas	100%
	3 - Contrastes Radiológicos	100%
	4 - Hormônios	100%
	5 - Biológicos - Priorizando Imunobiológicos/hemoderivados	100%
	6 - Medicamentos específicos dos programas estratégicos do Ministério da Saúde (Saúde Pública)	100%
	7 - Antibióticos	100%
	8 - Fitoterápicos e Homeopáticos	50%
	9 - Anti-sépticos	50%
	10 - Demais Indústrias Farmacêuticas	50%
	3.2 COMÉRCIO FARMACÊUTICO E EMPRESAS PRODUTORAS DE SANEANTES E COSMÉTICOS	
	3.2.1 FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO	
	1.1. Injetáveis, colírios, antibióticos, hormônios e psicotrópicos	100%
	1.2. Nutrição parenteral extra-hospitalar(*)	100%
	1.3. Demais manipulações	50%
3.2.2 DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS DE MEDICAMENTOS	100%	
3.2.3 DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS DE INSUMOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL	100%	
3.2.4 DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS DE INSUMOS FARMACÊUTICOS		
4.1. Com Fracionamento de Insumos Farmacêuticos	100%	
4.2. Sem Fracionamento de Insumos Farmacêuticos	50%	
3.2.5 EMPRESAS FABRICANTES DE SANEANTES		
5.1. Risco I	20%	
5.2. Risco II - Uso hospitalar	100%	
5.3. Demais Empresas - Risco II	50%	
3.2.6 EMPRESAS FABRICANTES DE COSMÉTICOS		
6.1. Risco I	20%	
6.2. Risco II	50%	
(*) Quando a nutrição parenteral for realizada em hospitais estará contida na programação dos Serviços de Saúde.		
4. Tecnologia de Produtos para a Saúde	1 - Empresa produtora: (RDC - ANVISA Nº 185/2001): Produtos médicos, classe 2 Produtos médicos, classe 3 e 4	100%
	2 - Empresa produtora - Produtos para Uso In Vitro - Portaria nº08/MS/SVS de 23/01/1996. Grupos B, C e D	100%
	3 - Empresa Distribuidora de Produtos Médicos - RDC - ANVISA Nº185 / 2001. Grupos 3 e 4	50%
	4 - Empresa Distribuidora e importadora de kits diagnósticos in vitro - Portaria nº 08/MS/SVS de 23/01/1996. Grupos B, C e D	50%
	5 - Empresa de esterilização e reprocessamento de artigos médicos	100%

INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA O ACOMPANHAMENTO DO TAM


I. FORMULÁRIOS PADRONIZADOS DE SUBSÍDIO À PROGRAMAÇÃO ANUAL DE INSPEÇÕES PACTUADAS

Termo de Ajuste e Metas – TAM
Programação Anual Pactuada de Inspeções

Área Pactuada: Serviços de Saúde Produção e Consumo de Alimentos
 Medicamentos e demais Produtos Tecnologia de Produtos para a Saúde

Estado: _____ **Ano:** _____

Atividade Pactuada	Cod. de Atividade	Descrição da Atividade	Nº de Estab.	Param. (%)	Meta Anual Pactuada		Gestor Resp.	Pactuado	Realizado	%
					%	Nº Total				
3.2) Inspeção em Comércio Farmacêutico	3.2.1	Farmácia de Manipulação – Injetáveis, colírios, antibióticos, hormônios e psicotrópicos								
	3.2.2	Farmácia de Manipulação (nutrição parenteral extra hospitalar)								
	3.2.3	Farmácia de Manipulação (demais manipulações)								
	3.2.4	Distribuidor/ Importador de Medicamentos								
	3.2.5	Distrib./ Importador de Insumos Suj. a Controle Especial								
	3.2.6	Distrib./ Importador de Insumos Farmac. com Fracionamento								
	3.2.7	Distrib./ Importador de Insumos Farmac. sem Fracionamento								
3.3) Inspeção em Empresa Fabr. de Saneantes	3.3.1	Risco I								
	3.3.2	Risco II – Uso Hospitalar								
	3.3.3	Demais empresas de Risco II								
3.4) Inspeção em Empr. Fabr. de Cosméticos	3.4.1	Risco I								
	3.4.2	Risco II								



Agência Nacional de Vigilância Sanitária www.anvisa.gov.br

Termo de Ajuste e Metas – TAM/ Programação Anual – RH
Capacitação de Recursos Humanos

Estado: _____ **Ano:** _____

Ações Pactuadas Capacitação de RH

Ativ. nº	Descrição da atividade programada	Unid. de Medida	Quant. Prevista	Carga Horária	Tipo do Evento	Cientela dos processos de Capacitação RH					
						Origem				Escolaridade	
						SES	SMS	Anvisa	Outros	Niv. Sup.	Niv. Medio
01											
02											
03											
04											
05											
06											



Agência Nacional de Vigilância Sanitária www.anvisa.gov.br

**Termo de Ajuste e Metas – TAM/ Programação Anual
Melhoria da Gestão e da Qualidade das Ações e Serviços**

Ações Pactuadas: Propaganda Sist. de Informação Laboratório Toxicologia
 Ouvidoria Combate à falsificação de Medicamentos Toxicologia

Estado: _____ **Ano:** _____

Ativ. n°	Descrição da atividade programada	Unid. de Medida	Quant. Prevista	Aplicação do Recurso em:
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				

 Agência Nacional de Vigilância Sanitária www.anvisa.gov.br


II. FORMULÁRIOS DE SUBSÍDIO À ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS TRIMESTRAIS

Termo de Ajuste e Metas
Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira – Acompanhamento Trimestral


UF: _____ **Ano:** _____

Origem dos Recursos	Acompanhamento Trimestral				Saldo (E) = B – D
	Valores Recebidos		Valores Executados		
	No Trimestre (A)	Até o Trimestre (B)	No Trimestre (C)	Até o Trimestre (D)	
1) Anvisa					
1.1) Percapita					
1.2) Fato Gerador					
2) Resultado das Aplicações Financeiras					
3) Sub-total					
4) Estado (contrapartida)					
Total					

Natureza da Despesa	No Trimestre	Até o Trimestre
1) Pessoal e Encargos		
2) Outros Custeios		
3) Reformas e Instalações		
4) Equipamentos e Material Permanente		
5) Outras Despesas		
Total		

 Agência Nacional de Vigilância Sanitária www.anvisa.gov.br

III. FORMULÁRIOS DE SUBSÍDIO À ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS SEMESTRAIS

Termo de Ajuste e Metas						
Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira – Acompanhamento Semestral Valor (R\$ 1,00)						
Recursos Transferidos		Recursos Aplicados				
Origem dos Recursos	Recursos Recebidos até IV Trimestre	Comprovadamente Comprometido	Empenhado	Pago	Saldo I (A-B-C-D)	Saldo II (A-D)
RECURSO						
Saldo em:						
1) Anvisa						
2) Resultado de Aplicações Financeiras						
Total						
 Agência Nacional de Vigilância Sanitária						
				www.anvisa.gov.br		

INSTRUTIVO PARA OS PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA
PAP-VS [2007]

(PAP-VS) - 2007

12. PROCEDIMENTOS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ação 12.1 – Elaborar planos de ação para implementação da Vigilância Sanitária, integrado ao Plano de Saúde.

Parâmetro: **Plano de ação em Vigilância Sanitária elaborado, conforme instrutivo.**

Metas:

- *100% dos estados e DF com plano de ação em Vigilância Sanitária elaborado;*
- *30%, no mínimo, dos municípios de cada estado, incluindo os 10 municípios com população maior de 100.000 habitantes, com plano de ação em Vigilância Sanitária elaborado.*

Importância do Indicador:

Qualificar a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária nos âmbitos municipal e estadual, de acordo com as Diretrizes do PDVISA e prioridades do Pacto de Saúde.

Fonte de Verificação: Plano de Saúde

Informações Adicionais:

O Plano de Ação em Vigilância Sanitária deve considerar os riscos, as necessidades locais de saúde e as metas pactuadas, bem como deve ser norteado pelas diretrizes do Pacto pela Saúde e do Plano Diretor de Vigilância Sanitária.

12.2 – EXPEDIÇÃO DE ALVARÁ/LICENÇA SANITÁRIA PARA ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS ABAIXO:

Ação 12.2.1 – Serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero e de mama.

Parâmetro: **Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.**

Meta: **100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.**

Importância do Indicador: **Indicador visando atender às prioridades do Pacto pela Vida.**

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Total de Estabelecimentos com alvará/ licença sanitária atualizada}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistemas de informação de vigilância sanitária e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/ DATASUS/ MS.

Informações Adicionais:

Estabelecimentos* a serem considerados nesta ação com:

- 1) Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente:
 - 1.1) Serviços de medicina nuclear.
- 2) Serviços de radioterapia.
- 3) Serviços de quimioterapia.
- 4) Laboratórios de anatomia patológica e citológica.
 - 4.1) Laboratório de anatomia citológica.
 - 4.2) Laboratório de anatomia patológica.
 - 4.3) Laboratórios de anatomia patológica e citológica.
- 5) Laboratórios clínicos.

*Denominação CNAE 2.0.

Ação 12.2.2 – Serviços hospitalares (Maternidade e UTI Neonatal).

Parâmetro: **Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.**

Meta: **100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.**

Importância do Indicador: **Indicador visando atender às prioridades do Pacto pela Vida.**

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Total de Estabelecimentos com alvará/ licença sanitária atualizada}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistemas de informação de vigilância sanitária e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/ DATASUS/ MS.

Informações Adicionais:

Estabelecimentos* a serem considerados nesta ação:

- 1) Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências:
 - 1.1) Hospital infantil
 - 1.2) Hospital maternidade (publico ou particular)
 - 1.3) Casas de parto

*Denominação CNAE 2.0.

12.2.3 – Serviços de alimentação

Parâmetro: **Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.**

Meta: **20% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.**

Importância do Indicador: **Indicador visando atender às prioridades do Pacto pela Vida**

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Total de Estabelecimentos com alvará/ licença sanitária atualizada}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistemas de informação de vigilância sanitária.

Informações Adicionais:

Estabelecimentos* a serem considerados nesta ação:

- 1) Restaurantes e similares.
- 2) Serviços ambulantes de alimentação.
- 3) Cantinas – serviços de alimentação privativos.
- 4) Serviços de alimentação para eventos e recepções – bufê.

*Denominação CNAE 2.0.

12.2.4 – Serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia.

Parâmetro: **Alvará/licença sanitária expedida para estabelecimento cadastrado.**

Meta: **100% de estabelecimentos cadastrados com alvará/licença sanitária atualizada, conforme instrutivo.**

Importância do Indicador: **Indicador visando atender às prioridades do Pacto pela Vida**

Método de Cálculo:
$$\frac{\text{Total de Estabelecimentos com alvará/ licença sanitária atualizada}}{\text{Total de Estabelecimentos Cadastrados}} \times 100$$

Fonte de Verificação: Sistemas de informação de vigilância sanitária e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde – CNES/ DATASUS/ MS.

Informações Adicionais:

Estabelecimentos* a serem considerados nesta ação:

- 1) Serviços de hemoterapia**:
 - Hemocentro Coordenador - HC.
 - Hemocentro Regional - HR.

- Núcleo de Hemoterapia - NH.
 - Unidade de Coleta e Transfusão - UCT.
 - Unidade de Coleta - UC.
 - Centro de Triagem Laboratorial de Doadores - CTLD.
 - Agência Transfusional - AT.
- **Resolução RDC nº. 151, de 21 de agosto de 2001.

2) Serviços de diálise e nefrologia:

- Serviços de diálise.
 - Serviços de hemodiálise.
- *Denominação CNAE 2.0