

Descentralização e modelo sistêmico: o caso da vigilância sanitária

Descentralization and the systemic model:
the health surveillance case

Geraldo Lucchese¹

Com o intuito de incentivar o debate sobre as dificuldades da construção do SNVS, as autoras compararam o desenvolvimento dos sistemas nacionais de vigilância sanitária (VS) e de vigilância epidemiológica (VE), este inserido no âmbito do campo recentemente instituído e chamado de “vigilância em saúde”. O texto mostrou que na história dos dois sistemas há, sim, elementos para melhor compreensão dos constrangimentos à coordenação federativa e, em consequência, à estruturação, não apenas do sistema de vigilância sanitária, mas de todo o campo da promoção/prevenção do Sistema Único de Saúde (SUS). As singularidades do nosso modelo federativo, que reconhece o município como ente federado, e da conformação da área de vigilância sanitária brasileira, que não tem similar em outro país, são apontadas como o pano de fundo de um esforço de coordenação federativa que visa à construção do SUS e, no seu âmbito, dos sistemas de vigilância em saúde e da vigilância sanitária.

Pretende-se aqui analisar três pontos relacionados com a estruturação do SNVS e com o esforço de coordenação federativa da vigilância sanitária.

A trajetória histórica da VS e da VE

VS e VE são duas áreas de grande importância para o SUS, que se pretende um sistema integrador de ações de promoção, prevenção e de assistência, tradicionalmente tratadas em separado nas antigas políticas públicas de saúde brasileiras. São áreas do campo da prevenção/promoção, concorrem para a descentralização do sistema de saúde e têm a necessidade comum de se organizar de forma sistêmica no território nacional. Mas têm trajetórias e os resultados bastante diferentes, como mostrou o texto principal. Essas diferenças certamente foram influenciadas pela diversidade de objetos, de método e de instrumentos de intervenção.

Conforme o texto, a vigilância epidemiológica teve seu desenvolvimento a partir do objetivo de implantar, em todas as unidades federadas, uma Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE), como estratégia básica para a concreti-

zação da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), em meados das décadas de 1960 e 1970. O instrumento principal de intervenção dessa campanha era a vacinação; uma ação de campo, junto à população, de incontestável necessidade de responsabilização das autoridades sanitárias locais. Os objetos de suas ações eram as doenças imunopreveníveis. Seu método de trabalho baseava-se fundamentalmente em construir informação sobre a população e sobre as doenças – necessidade que resultou no cuidado com a construção de bases e sistemas de informação.

A vigilância sanitária, por seu turno, nasceu cuidando dos portos, por um lado, e dos produtos manufaturados de grande impacto na saúde, por outro. Estes eram seus principais objetos. Havia um intenso processo de industrialização entre as décadas de 1940 e 1970, fruto de um modelo de desenvolvimento baseado na substituição de importações, de estímulos e incentivos para as indústrias se estabelecerem em território nacional. A tarefa de regulamentar essa industrialização, na parte do risco sanitário, era de competência principalmente federal, pois não se poderia ter regulamentos diferentes em cada unidade federada. Sua intervenção era eminentemente normativa – precisava regulamentar a implantação das indústrias e aprovar a produção e a comercialização dos seus produtos. Era também fiscalizatória, mas este componente nunca foi estruturado com eficiência. Seu método de trabalho deveria se fundamentar no conhecimento técnico sobre os processos produtivos e nas propriedades dos seus produtos. Entretanto, acabou sendo intensamente cartorial, baseado apenas em documentos, sem a necessária comprovação empírica.

A intervenção nos portos, por seu lado, envolvia relações de Estado, portanto tinha também natureza federal. O objeto de sua ação, à semelhança da VE, eram, principalmente, as doenças transmissíveis, e quando possível sua intervenção era dirigida ao controle de vetores. Seu método dependia de conhecimento sobre os mecanismos de transmissão das doenças, dos ciclos evolutivos dos seus vetores. Sua ação também era normativa e no campo, diretamente nos espaços que necessitavam de sanitização.

¹ Consultor legislativo do Congresso Nacional.
geraldolucchesi@camara.gov.br

Outros determinantes das diferenças de estratégias entre a VE e a VS foram apontados no texto. A existência de uma referência teórica internacional (OMS e CDC/USA), no caso da VE, contribuiu significativamente para a legitimidade do seu projeto, assim como para o recurso a fontes externas de financiamento e formação de pessoal.

Ao contrário da VE, não há, por exemplo, registro de financiamento externo para a estruturação da VS. Uma tentativa foi feita no início da década de 1990, junto com uma proposta de reorganização da VS nacional em forma de sistema, porém não concretizada. Nessa época, já era de pleno conhecimento dos que trabalhavam na área a precariedade da Secretaria de Vigilância Sanitária, o órgão federal da VS. Apesar disso, o Ministério da Saúde não se empenhava em qualquer projeto para a reestruturação da VS na época, e o financiamento não foi efetivado.

Embora compromissadas com a proteção da saúde e a prevenção das doenças no desenho do SUS, as duas vigilâncias tiveram missões díspares e diferentes estratégias políticas adotadas para seu desenvolvimento.

A descentralização: a falta de debates e estratégias no campo da promoção/prevenção

A descentralização tem sido a diretriz mais importante na definição da política de estruturação do SUS e sua proposta integradora. No contexto da Constituinte e do início dos anos 1990, em pleno processo de transição democrática, a descentralização tinha uma concepção absolutamente política. Era o contraponto à centralização autoritária dos governos militares; significava a perspectiva de aproximação do poder público ao cidadão e uma mudança radical no balanço de poder entre os entes federados.

Entretanto, para avançar politicamente, o projeto de descentralização precisa de alternativas técnicas e administrativas. As sucessivas estratégias de descentralização adotadas pelo SUS trouxeram resultados bons e maus, mas permitiram um acúmulo de experiências que precisa ser mais bem aproveitado no desafio de coordenação federativa que o SUS representa.

Na VS, a descentralização de ações do nível federal para os estados, na área de alimentos, e a “municipalização” da VS, que começou em 1993 em estados como Minas Gerais, São Paulo e Paraná, não acontecia apenas em cumprimento à diretriz constitucional; era vista como solução para

o desafogo das arcaicas estruturas existentes, em nível tanto federal como estadual. Pode-se afirmar que a descentralização da VS era alavancada pela absoluta insuficiência da vigilância federal – e também das vigilâncias estaduais – para a realização das suas ações, ainda de caráter cartorial.

Imersa nesse contexto, a descentralização da VS aconteceu sem um debate próprio que gerasse um diagnóstico da sua situação no plano nacional e propostas inovadoras de (re)organização das suas ações em forma sistêmica. O debate precário conjugado à pobreza da formulação de propostas (*policy making*) sobre a descentralização na área da VS talvez tenha conexão com a construção inconclusa (do SNVS) diagnosticada no texto de referência.

No campo da VE, como vimos, já havia um processo mais planejado e sustentado de estruturação das ações no nível das unidades federadas por meio da implantação das UVEs.

Os debates sobre a implantação do SUS, o sistema único que substituiu o sistema dual existente – prevenção e promoção em um ministério e a assistência em outro –, não contemplou devidamente as vigilâncias.

O modelo autárquico, o sistêmico e a lógica do mercado

É sempre importante lembrar que o SUS é uma política pública, fundamentada no Estado de Bem-Estar Social, que considera o direito à educação, à saúde, à previdência e à assistência social como conquistas da cidadania; que tem como pressuposto a valorização da solidariedade e o reconhecimento da natureza social do ser humano; que legitima as lutas de todos por direitos individuais, coletivos e políticos, que modelem uma sociedade mais justa e fraterna. É também necessário, sempre, lembrar a ênfase que o sistema de saúde deve dar a uma forma estrutural que privilegie a promoção da saúde – em que devem se encaixar a VS e a VE. E lembrar também que a alternativa às políticas sociais típicas do *welfare state* são as soluções de mercado para a educação, a saúde e a previdência, e toda a área social.

Entretanto, a VS, pela natureza de seus objetos, funciona muito próxima da lógica do mercado – da indústria e do comércio de bens e de serviços. É pressionada pelo mercado; dele recebe uma demanda imensa, o que inclusive organiza seus serviços; e é mais cobrada por resultados ao setor regulado do que à sociedade. Essencialmente, não pode ser vista como um entrave ao desenvolvimento, ao planejamento empresarial,

ao empreendedorismo; antes, deve ser um vetor de impulso à qualidade dos bens e serviços e à qualidade das relações sociais que envolvem toda a cadeia da produção ao consumo.

Talvez essa dupla identidade da VS – estar inserida em uma política pública *welfariana*, mas funcionando para atender o mercado – dificulte a tarefa da coordenação federativa de um trabalho entre os entes federados, que caminhe no sentido da construção sistêmica da sua organização.

O modelo sistêmico é também um modelo que precisa da cooperação, da colaboração, da consciência dos direitos sociais, dos valores da solidariedade, dos objetivos sociais de cidadania e da dependência entre suas partes. O diagnóstico que se faz é que a VS brasileira tem uma forma organizativa muito mais próxima do modelo autárquico – mais compatível com políticas públicas de mercado – do que do modelo sistêmico. E quase duas décadas de descentralização não mudaram essa forma de trabalhar.

Considerações finais

Em síntese, a VE e a VS têm missões, objetos, métodos e instrumentos de intervenção muito diferentes, que determinaram histórias e estruturas no SUS também diferentes. A VS, com atribuições acentuadas na esfera federal, apresenta, talvez, maior dificuldade ao exercício da coordenação federativa.

Parece superada a fase de propostas vindas da vigilância em saúde, baseadas em uma concepção de vigilância que ignorava a singularidade de cada área da promoção/prevenção do SUS, tentando unificar áreas com objetos, métodos e instrumentos completamente diversos. Contudo, a VS não tem propostas para uma ação mais articulada à VE e ao SUS, e que concorra para a organização sistêmica.

O debate, ainda precário, sobre a descentralização na VS não pode ser geral e abstrato, apenas focado na sua função política. Atualmente, todos os atores do SUS têm consciência da necessidade política da descentralização, mas não há consenso quanto às estratégias sobre sua execução. Há pouco debate específico sobre descentralização, que contemple a singularidade de cada área da promoção da saúde. Sem debater tecnicamente o controle sanitário necessário para cada objeto da VS, não haverá avanço, pois fundamentalmente as ações de VS serão as mesmas de sempre.

Quando se iniciou a chamada “municipalização da VS”, perdemos uma grande oportunidade de refletir sobre a VS feita até os anos 1990 –

cartorial e bacharelesca – e de propor novas formas de organização de suas ações dentro do SUS. O município entrou no papel de ator e passou a realizar a VS da mesma forma que os estados a realizavam. As tarefas foram apenas transferidas. E prevalece a forma autárquica.

A vigilância sanitária e a mudança do modelo de atenção à saúde

The sanitary surveillance and the change in the health attention model

*Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza*²

O artigo de De Seta e Dain tem o grande mérito de pôr em questão o pressuposto – raramente explicitado, mas sempre presente – de que a construção do SUS deve seguir estratégias similares em todas as suas áreas de atuação. Mais especificamente, o artigo questiona a ideia de que as estratégias de descentralização e de coordenação federativa adotadas na área da assistência médico-sanitária ou mesmo na da vigilância epidemiológica deveriam ser seguidas também na área da vigilância sanitária.

Nesse ponto, é fácil concordar com as autoras e reconhecer que a especificidade da vigilância sanitária recomenda o desenvolvimento de estratégias próprias para a constituição de um sistema nacional de vigilância sanitária, considerando especialmente a heterogeneidade dos entes federativos das três esferas de governo.

Embora não afirme com todas as letras, o artigo passa, claramente, a ideia de que, dada a sua peculiaridade, a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária exige a adoção de uma estratégia de manutenção ou de reforço da separação político-institucional das ações de vigilância sanitária. Essa ideia se exprime de várias formas: no alinhamento das autoras à interpretação da vigilância da saúde como sinônimo de vigilância epidemiológica; no posicionamento crítico às iniciativas da Secretaria de Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde (SVS-MS) de articular as ações das vigilâncias; na condenação à desvinculação

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. luisseugenio@ufba.br

dos recursos da vigilância sanitária nos blocos de financiamento, instituídos pelo Pacto de Gestão; e até na escolha do qualificativo “minoritária” para caracterizar a participação de técnicos da vigilância sanitária em uma instância não deliberativa como o Grupo Técnico em Vigilância da Saúde da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Peço vênia para registrar uma posição diferente: não acredito que o reforço da separação institucional assegure o respeito à especificidade da vigilância sanitária nem favoreça a constituição de seu sistema nacional. Ao contrário, parece-me um equívoco insistir em uma espécie de “realismo institucional”, determinado historicamente, e aceitar uma separação que tem significado, invariavelmente, uma desarticulação entre as ações das vigilâncias e destas com as de assistência.

Tento justificar minha posição.

Em primeiro lugar, sou de opinião que é desejável e possível implantar, no Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de atenção à saúde, pautado no princípio da integralidade. Assim, considero importante retomar o conceito de vigilância da saúde como conjunto articulado de intervenções para resolver problemas de saúde em determinado território populacional^{1,2}, em vez de tomá-lo como sinônimo de vigilância epidemiológica.

Ressalte-se que, na concepção de vigilância da saúde que esposamos, não são os saberes técnicos, baseados em disciplinas ou em antigas estruturas organizacionais, que devem determinar a combinação de intervenções sobre o processo saúde-doença; é a busca de impacto ou efetividade das ações, assim como a sua eficiência, que deve reger a combinação de tecnologias para o enfrentamento dos problemas concretos de saúde. Não é demais lembrar que tais tecnologias incluem, via de regra, ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica e de assistência médico-sanitária, além de, eventualmente, ações de setores outros que não o da saúde.

Nesse sentido, o esforço de constituição de um sistema nacional de vigilância sanitária deve contribuir para a superação – e não para a manutenção – dos modelos de atenção dominantes, quais sejam: o médico-hospitalar e o sanitário³. Há que se louvar, portanto, como um passo significativo, ainda que pequeno, a implantação da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Em segundo lugar, parece-me correta a iniciativa da Secretaria de Vigilância da Saúde de se aproximar da vigilância sanitária. Entendo que é, sim, o Ministério da Saúde, na esfera federal, assim como são as secretarias estaduais (SES) e

municipais da saúde (SMS), nas suas respectivas esferas, os agentes responsáveis pela formulação das políticas de saúde, que incluem necessariamente as ações de vigilância sanitária.

Não tenho dúvida sobre o avanço que a estruturação da Anvisa trouxe para a área da vigilância sanitária, tanto nas atividades autorizativas e normativas, quanto nas de educação e comunicação em saúde. Além disso, a Anvisa representa uma experiência bastante interessante de novo modelo de gestão⁴. Contudo, não pode ser atribuído de uma agência reguladora ou executiva a formulação de políticas. É o governo, legitimado pelo voto popular, que tem, nas suas instâncias diretas, a prerrogativa de propor as políticas públicas e decidir sobre elas. A Anvisa é e deve ser autônoma, para que possa ser ágil e eficiente na execução das políticas, mas não é nem deve ser soberana, no sentido de ter poder de deliberação política, independentemente das instâncias de direção do SUS.

É claro que a SVS-MS, hoje, tem sua estrutura essencialmente voltada para a área da vigilância epidemiológica. Por isso, é preciso organizar, dentro do MS – provavelmente na SVS – um setor competente de inteligência em vigilância sanitária para assessorar os dirigentes do MS nas decisões políticas que impliquem ações de vigilância sanitária, cuja execução é de responsabilidade da Anvisa. Talvez a organização desse setor na própria SVS-MS contribua para a aproximação entre as vigilâncias.

A comparação entre as trajetórias das vigilâncias epidemiológica e sanitária, muito engenhosamente feita pelas autoras, revela as diferenças históricas do processo de constituição das duas áreas, mas não aponta nenhum obstáculo intransponível à sua articulação, inclusive institucional.

Em terceiro lugar, vejo o Pacto de Gestão, inclusive os blocos de financiamento, como elemento a facilitar e não a dificultar a coordenação federativa.

Antes do Pacto, o processo de descentralização do SUS, com gestão compartilhada entre as três esferas de governo, foi fomentado e orientado pelas Normas Operacionais (NOB 01/93, NOB 01/96, Noas 01/01, Noas 01/02) do Ministério da Saúde. Há de se reconhecer, nesse sentido, a importância das normas.

No entanto, depois de mais de uma década, ficaram evidentes os limites das Normas Operacionais, em particular aqueles de caráter burocrático. Muitas vezes, a habilitação de um município ou de um estado em um nível de gestão definido pela norma (gestão parcial, gestão ple-

na etc.) representava apenas o cumprimento formal de certas exigências, sem correspondência com as responsabilidades realmente assumidas. Acrescente-se que as normas, sendo de abrangência nacional, frequentemente atropelavam características regionais ou locais particulares. Além disso, só tratavam dos recursos federais transferidos aos entes subnacionais e não estimulavam a discussão conjunta da aplicação dos recursos de estados e municípios.

A ideia do Pacto surgiu, assim, da tentativa de superar tais limites. Mais importante que estabelecer, burocraticamente, as atribuições que todo e qualquer município ou estado brasileiro deveria cumprir, o Pacto buscou estimular um processo de negociação em que cada gestor assumiria compromissos de acordo com as necessidades e as possibilidades de seu município e de seu estado. Não identifiquei melhor maneira de respeitar a heterogeneidade da federação brasileira.

Obviamente, sabia-se, desde o início, que se trataria de um processo complexo de negociação, permeado por disputas políticas de toda ordem. Algumas experiências práticas, todavia, têm indicado – Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Sergipe, por exemplo – que onde as secretarias estaduais assumem efetivamente a coordenação do processo o Pacto de Gestão contribui para melhorar a coordenação federativa.

Enfim, não é pelo reforço da separação institucional que passa a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na realidade complexa e heterogênea do Brasil, mas sim pelo oposto, ou seja, pela articulação das ações de vigilância sanitária ao conjunto de estratégias que visam à mudança do modelo de atenção, em prol da integralidade: a universalização e a qualificação da atenção básica, a política de promoção da saúde, a reforma psiquiátrica, a reorganização da média e alta complexidade etc. A estratégia própria para o fortalecimento da área da vigilância sanitária é, portanto, a da sua inserção no processo tentativo de construção das redes e dos sistemas integrados de serviços de saúde.

De um ponto de vista operativo e considerando a necessidade de fortalecer os mecanismos de coordenação federativa, a tática mais promissora parece-me ser aprofundar a implantação do Pacto de Gestão, avançando, entre outras coisas, para uma única PPI, que articule ações de assistência e de vigilância.

Assim, o fortalecimento da vigilância sanitária, com o reconhecimento de suas especificidades, será consequência da sua integração ao esforço de construção de um sistema de serviços

de saúde capaz de impactar positivamente as condições de saúde e de vida das pessoas.

Referências

1. Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: Mendes EV, organizador. *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: Opas/OMS; 1992. p. 7-19.
2. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993. p. 187-220.
3. Teixeira CF. Modelos assistenciais: desatando nós e criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EdUFBA; 2006. p. 19-58.
4. Souza LE. Anvisa: um modelo da nova gestão pública? In: Costa EA, organizadora. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; 2008. p. 165-177.

O limite da ação setorial: federalismo, saúde e vigilância sanitária

The limit of sectorial action: federalism, health and sanitary surveillance

Roberto Parada³

Registro o prazer de debater o artigo de De Seta e Dain sobre temas instigantes e próprios da construção de um sistema de saúde, com todas as suas variáveis assistenciais, sanitárias e de vigilância, em um país federativo.

Decorridos mais de vinte anos de sua instituição no formato atual, tripartite e cooperativo, o regime federativo e o SUS permanecem, como prefiro dizer, em desenvolvimento. Razões têm sido apontadas por autores que analisam quatro campos distintos, inter-relacionados e interdependentes: (1) o das relações entre os entes federados, em que convivem a autonomia – referendada nas suas constituições e nas leis orgânicas municipais – e as competências comuns e concorrentes desses entes; embora com muitos avanços, essas relações possuem limites setoriais

³ Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. r.parada@globocom

e carecem de aperfeiçoamento no âmbito maior das políticas públicas; (2) o da organização das práticas e atividades nas linhas de cuidado das patologias prevalentes para aproximação ao perfil de morbimortalidade, aos avanços tecnológicos, e ao perfil profissional, gerencial ou operacional, necessário para executar essas ações; (3) o do formato jurídico e administrativo para ações e políticas que impactem a saúde e o bem-estar da população; (4) o do financiamento, que englobe os aspectos contidos nos itens anteriores, com destaque para o patamar de recursos rateados entre os entes federados e suas respectivas fontes, bem como o melhor formato de alocação.

O artigo apresenta três pontos para o debate. O primeiro se refere à organização da saúde sob o prisma do estado federativo e nele a vigilância sanitária. O segundo aborda a vigilância sanitária e suas abordagens, definições e limites. O terceiro delinea a gerência das organizações, em que as disputas de poder, de recursos, de projetos e de financiamento precisam ocorrer sob coordenação gerencial para atingir objetivos e metas. Todos merecem ser amplamente debatidos para contribuir para melhoria contínua dos processos de atenção à saúde e de vigilância, no âmbito dos entes federados. Mas buscarei me ater a alguns aspectos do federalismo e do nosso sistema de saúde – imputo como relevante nesse debate abordar a autonomia dos entes *vis-à-vis* à montagem de sistema e/ou de redes – para sinalizar o que parece ser uma tendência ao esgotamento da ação setorial.

É importante ressaltar que o *status* do município como ente federado impõe uma terceira autonomia, produzindo necessariamente relação tripartite e limitando análises e estudos comparativos, uma vez que no plano mundial há prevalência da relação bipartite.

Essa autonomia trouxe responsabilidades políticas, organizacionais e gerenciais que nem sempre têm correspondência com a história da maioria dos municípios, até hoje em situação de dependência dos recursos passíveis de partilha. Assim, a possibilidade de cumprimento das competências comuns e concorrentes advindas da Constituição de 1988 carece de tratamento mais amplo para efetiva conformação do nosso peculiar estado federado.

Para transpor essas amarras, no campo da saúde sucederam-se NOB, Noas e Pacto, criaram-se instâncias de pactuação e de controle social, conselhos de secretários de saúde estaduais e municipais. Desenvolveu-se o chamado federalismo cooperativo setorial e, assim, municípios e

estados têm absorvido novas atribuições, distintas de sua cultura, por meio de recursos federais repassados. Mesmo com algumas fragilidades, estabelecem-se metas para enfrentamentos dos principais agravos e a elaboração de indicadores de acompanhamento possibilitando a organização e a reorganização interna de municípios e estados.

Os termos de compromisso, que podem parecer meramente formais, contribuem para a crescente responsabilização pelas ações, embora esta não necessariamente signifique sua execução. Com isso, parece haver um *continuum* organizacional, político e gerencial com crescente presença do papel do Estado, a formação dos colegiados de gestão regional, a confecção de consórcios intermunicipais na perspectiva das relações horizontais.

Um nó crítico é a construção de redes assistenciais, os denominados territórios integrados de atenção de saúde. Nesse processo, entram em cena alguns aspectos das autonomias e capacidades municipais em razão da complexidade dos processos do cuidado e das linhas de cuidado, economia de escala, pertinência da complexidade tecnológica, os serviços e seus respectivos profissionais, adequados para execução das ações.

A conformação dessas redes aponta para o crescente esgotamento dos limites da ação setorial pela necessidade de outros setores, tais como educação, ambiente, trabalho e habitação, gerada com a incorporação das ações de promoção e prevenção. Isso implica que o desenvolvimento do federalismo no campo da saúde necessita aumentar seu espectro de atuação, e que as relações intergovernamentais precisam caminhar para uma direção mais abrangente.

A diversidade e a desigualdade dos entes federados – no campo da saúde e das demais políticas públicas – nos remetem à reflexão sobre alguns pressupostos abordados em outras produções^{1,2}, dos quais aqui se destacam três. O primeiro é o da complementaridade. Este conceito significa que as unidades federadas deverão ter competências e capacidades desiguais para que se possam produzir barganha, acordos e pactos viáveis.

O segundo se refere ao princípio da equidade, não só para os indivíduos como também para as regiões. É um princípio que incorpora a solidariedade nos arranjos federativos, buscando, assim, a redução das desigualdades, e possibilita a existência de mecanismos para compensações dos desequilíbrios agudos.

O terceiro princípio é a flexibilização das regras e instituições, com instrumentos que per-

mitam novos pactos e acordos acompanhados da repartição de recursos e funções, impondo, assim, a necessidade da criação e o permanente aperfeiçoamento de coordenações regionais.

Sem entrarmos no debate conceitual do federalismo e das relações intergovernamentais, bem como dos formatos federativos existentes no mundo e na história da nossa organização federativa, a primeira constatação é a dificuldade da realização da complementaridade, pelas desigualdades regionais e municipais que acarretam muitas vezes a redução de possibilidade de trocas, dificultando a concretização dos pactos e acordos e conseqüentemente redução e/ou ausência de autonomia real. Exemplos utilizados pelas autoras, São Paulo e Borá... Mas as regiões metropolitanas também poderiam ser aventadas pelas suas características de limites territoriais difusos, fluxo populacional livre e, em alguns casos, predominância, ainda, de cidades-dormitório. Portanto, complementaridade, equidade e flexibilidade não podem se concretizar apenas no âmbito setorial.

Embora tratada em separado, a vigilância vive a mesma complexidade da atenção à saúde, apesar de uma trajetória própria, que passou pelo reforço ao papel do Estado, tanto quanto a vigilância epidemiológica³. Afora a questão da disputa de modelos, qual o papel do município, que ações precisam ser realizadas? A disputa de modelos revela conflitos de poder, conceituais e organizacionais, mas e a questão da vigilância sanitária – como a autora apresenta – como um direito de todos?

O entendimento do que é responsabilidade municipal e estadual e o contraponto entre qual ou quais dos entes (e/ou se todos os entes) devam executar as ações estão no centro do debate. As atribuições comuns dadas pela Constituição de 1988, tais como saúde e assistência pública, habitação e saneamento e proteção ao meio ambiente e aos recursos naturais permitiram interpretações diversas.

Considerações finais

O nosso sistema de saúde, com participação tripartite dos entes federados, tem acumulado ganhos em organização, desenvolvimento político e da gestão. O forte papel do ente federal na indução e no financiamento das políticas ainda parece se manter, mas caminha-se para o esgotamento das ações e políticas exclusivamente setoriais, o que se ressalta no artigo de referência e em trabalhos anteriores³.

Estudos têm demonstrado graus variados de dependência e subordinação das políticas emanadas pelo nível central, ainda que pactuadas nas instâncias específicas, gerando redução de autonomia municipal e estadual. Considerando o debate apenas iniciado, se propõe a sua continuidade e se indaga acerca do federalismo setorial da saúde. Ele, com seu histórico e sua trajetória, possibilita ampliar o debate e construir pactuações mais abrangentes entre governos municipais, estaduais e federal que possibilitem um caminhar de políticas facilitadoras da consolidação do nosso federalismo setorial, fugindo assim do mero embate das distribuições e repartições de recursos? E, nisso, a questão da vigilância sanitária?

Para esses e outros pontos, é necessária a construção de uma agenda de pesquisa e debates que, com enfoque no olhar a partir dos estados, possibilite identificação de histórias, políticas, ações próprias na construção, aí sim, de autonomia e pertencimento.

Referências

1. Fiori JL. O federalismo frente ao desafio da globalização. *Série Estudos em Saúde Coletiva* 1995; 115: 1-32.
2. Parada R. *Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
3. De Seta MH. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Descentralização das ações de vigilância sanitária

Descentralization of sanitary surveillance actions

*Edna Maria Covem*⁴

O artigo de De Seta e Dain traça um paralelo da construção do Sistema Nacional de Vigilância

⁴Secretaria de Estado de Saúde de Goiás. ednacovem@gmail.com.br

Sanitária com o da Vigilância em Saúde, a partir da análise das principais estratégias utilizadas em cada uma das áreas nessa construção, das relações intergovernamentais estabelecidas e dos modelos de descentralização instituídos pelas instâncias gestoras do SUS. A meu ver, a relevância do artigo reside em promover o deslocamento desse debate para além dos serviços de vigilância sanitária, que têm se concentrado em questões de estruturação e funcionamento. Ao ressaltar as diferenças no financiamento e no processo de descentralização entre as ações de vigilância sanitária e de vigilância em saúde, evidencia a necessidade de ampliar o debate, agregando a participação da sociedade, maior interessada nas ações de vigilância sanitária.

Sobre o artigo, selecionei dois pontos, um de concordância, relacionado ao processo de descentralização das ações de vigilância sanitária; e outro sobre a crescente participação da vigilância sanitária nos fóruns de gestão do SUS, em discordância ao que foi apresentado pelas autoras.

A instituição do incentivo financeiro para os municípios, na implantação da Norma Operacional Básica do SUS nº 01/96, teve o mérito de pautar a discussão sobre a descentralização das ações de vigilância sanitária a partir de 1998, porém isto não correspondeu à estruturação e ao funcionamento de serviço correspondente nos municípios, mesmo com repasse regular de recursos financeiros pelo órgão federal como indução à execução de tais ações.

A descentralização das ações de vigilância sanitária se deu de forma incompleta, ao se observar que mesmo os municípios de grande porte e as capitais nem sempre executavam todo o conjunto de ações sob sua responsabilidade, embora com secretarias de saúde estruturadas e que receberam maior aporte de recursos financeiros, em razão de terem assumido a gestão plena do sistema de saúde a partir de 1998. Nos demais municípios, a situação não diferiu muito: os serviços em fase de estruturação assumiram a execução das ações de menor complexidade, porém um grande número de municípios não contava com estrutura de vigilância sanitária.

Nesse cenário, continuou sendo de competência dos estados a execução da maioria das ações de vigilância sanitária. Até o ano 2000, os serviços estaduais de vigilância sanitária contavam apenas com a dotação do tesouro estadual e a arrecadação local, originada pelo pagamento de taxas e multas, sem que houvesse obrigatoriedade da sua aplicação na estruturação e no funcionamento da área, o que contribuía para a situa-

ção de marginalidade da vigilância sanitária no sistema de saúde.

Esse processo começa a se modificar com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, e a redistribuição dos recursos arrecadados pelo órgão federal para os estados, o que possibilitou à área contar com fonte de financiamento específica. Em 2000, houve um avanço no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária para os estados, na medida em que foram estabelecidos incentivos financeiros como instrumento de indução.

O processo de descentralização, inicialmente efetivado apenas mediante o repasse de recursos financeiros, ampliou-se para a organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), a partir de uma programação negociada e pactuada com estados e municípios no âmbito das comissões bipartites.

O Termo de Ajuste e Metas (TAM) objetivou o fortalecimento do SNVS, mediante o fomento e a execução de atividades na área, definindo metas organizativas e finalísticas. As primeiras diziam respeito ao fortalecimento institucional, sistemas de informação, desenvolvimento de recursos humanos, à pactuação com os municípios e à Rede Nacional de Laboratórios Oficiais de Controle de Qualidade em Saúde. As finalísticas referiam-se à inspeção sanitária e aos procedimentos relacionados a registros, certificação e análise de produtos e serviços.

Para se habilitar à gestão descentralizada das ações de vigilância sanitária, os estados assinaram o Termo de Ajuste, com a aprovação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. Esse processo inicial de pactuação propiciou a inserção da vigilância sanitária na agenda das instâncias colegiadas e nos pactos do SUS. E também nisso se concorda com as autoras, pois somente com o repasse desses recursos financeiros os serviços estaduais de vigilância sanitária puderam iniciar seu processo de modernização estrutural, qualificação da equipe técnica e reformulação de seus processos de trabalho, que gerou um desempenho mais efetivo no âmbito dos sistemas estaduais de saúde, como área de proteção e promoção da saúde.

Em 2006, com a Portaria do Ministério da Saúde de nº 399/GM, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas diretrizes operacionais, a vigilância sanitária nele se inseriu, adequando a pactuação das suas ações a partir da definição de diretrizes estratégicas para o setor. Substituiu-se a classificação das ações de vigilância sanitária por níveis de complexidade, conforme definidos

na Portaria SAS/MS nº 18/99, pelo sistema de gestão solidária entre as esferas de governo, e considerando o enfoque de risco, segundo preconizado na Portaria GM/MS nº 399/06.

Essa reformulação do processo de pactuação aprofundou a exigência de estruturação da vigilância sanitária e a construção de um conjunto de compromissos sanitários a serem assumidos e cumpridos pelas três esferas de gestão. O Termo de Compromisso de Gestão formaliza o pacto realizado entre o estado, seus municípios e a esfera federal, entretanto o detalhamento das ações de vigilância sanitária assumidas pelos gestores se concretizou na programação anual de ações de vigilância sanitária dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, aprovadas nas Comissões Intergestores Bipartites e nos Conselhos de Saúde.

Essa programação é composta de elementos de estruturação para o funcionamento dos serviços, tais como instalações físicas, equipamentos, sistema de informações, marco legal, capacitação de equipe técnica, instalação de serviço de acolhimento de denúncias e um segundo conjunto de ações, que se refere ao controle sanitário exercido por meio de inspeção sanitária, monitoramento de qualidade de produtos, investigação de surtos e controle de doenças cujos fatores determinantes estejam em seu campo de atuação. A execução das ações pactuadas passa a ser financiada com recursos financeiros federais que compõem o Bloco de Vigilância em Saúde (Portaria GM nº 1.998/2007), entretanto o critério de repasse continua sendo o de base populacional.

Os recursos financeiros repassados aos estados destinam-se à execução das ações de vigilância sanitária previstas em seu Plano de Saúde e para a coordenação e o acompanhamento dos serviços municipais de vigilância sanitária. Aos municípios são repassados recursos financeiros para a estruturação dos serviços e a execução das ações pactuadas, de acordo com sua programação anual e Plano de Saúde.

Em agosto de 2007, com a participação da Anvisa, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), instituiu-se uma fonte de financiamento para as ações laboratoriais de vigilância sanitária, com transferência regular e automática de recursos ao Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, o Finlacen/Visa. E em 2008 e 2009, pactuou-

se o incentivo financeiro para as ações de gestão de pessoas em vigilância sanitária, como indutor à política de educação permanente para os trabalhadores de saúde que executam ações de vigilância sanitária nas Secretarias de Saúde de estados e municípios. Este incentivo teve como critério de repasse dos recursos o Censo Nacional de Trabalhadores de Vigilância Sanitária de 2004.

Considerações finais

Um dos princípios do SUS, a descentralização com direção única em cada esfera do governo, busca preservar a autonomia e a distribuição de poderes entre os entes federados, além de servir como estratégia para a democratização das instituições, para uma distribuição mais eficiente dos recursos públicos e aumento da participação e do controle social.

A descentralização das ações de vigilância sanitária iniciada com as ações básicas de vigilância sanitária, em 1998, foi se ampliando na medida em que houve a indução federal para a estruturação dos serviços estaduais e municipais de vigilância sanitária: de 791 municípios que pactuaram as ações de vigilância sanitária em 2006 para 3.131 municípios em dezembro de 2009, com homologação do pacto em Comissão Intergestores Bipartite dos 26 estados brasileiros.

Sobre a participação da vigilância sanitária nas instâncias de gestão do SUS, há um fórum tripartite em funcionamento, o Subgrupo Visa do GTVS/CIT. É um espaço de debate e construção de consensos com o objetivo de desenvolver estudos e análises das políticas governamentais relacionadas à vigilância sanitária para subsidiar o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde para a regulamentação e operacionalização das políticas de saúde no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde. Os representantes da Anvisa, do Conass e do Conasems no GTVS atualmente são membros do Subgrupo Visa, estabelecendo a articulação necessária entre os dois fóruns. Esse é o ponto de discordância com as autoras, quando tratam da presença da vigilância sanitária nos espaços de gestão do SUS.

Finalizo ressaltando que, se houve avanços na descentralização das ações de vigilância sanitária, permanece como desafio ampliar a participação da sociedade na definição das políticas, como maior interessada nas ações de vigilância sanitária.

As autoras respondem

The authors reply

Ponto de chegada e de partida: o debate sobre a construção federativa do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

Arrival and departure points:
the debate over the federal construction
of the National Sanitary Surveillance System

Agradecemos a dupla generosidade dos autores em debater o nosso artigo. Por terem aceitado se centrar nas questões da vigilância sanitária e de seu sistema nacional, área de prática e de reflexão que tem recebido crescente atenção dos pesquisadores do campo da Saúde Coletiva; e também pelo conteúdo e formato adotados pelos debatedores, que apresentaram ideias que alimentarão debates futuros. Antecipamos, com isso, a nossa impossibilidade de abordar as ricas contribuições trazidas pelos debatedores.

Geraldo Lucchese dialoga amplamente com o artigo e nos aporta outros elementos para compor o quadro de referência para compreensão da singularidade da vigilância sanitária. Entre suas contribuições ao debate pinçamos duas: a crítica ao modo autárquico de organização da vigilância sanitária nas três esferas de governo; e a aparente superação da proposta de unificação das vigilâncias. Essa forma autárquica, segundo o autor, decorre também da natureza de seus objetos e seria mais coerente com a lógica do mercado do que com o caráter de política pública *welfariana*.

Esses argumentos de Lucchese, impossíveis de serem tratados satisfatoriamente aqui, aportam elementos novos ao debate da vigilância sanitária e do Sistema Único de Saúde. Autarquia é termo muito difundido no SUS na sua acepção jurídica, e apenas mais recentemente tem se agregado um sentido crítico de excessiva autonomia ou descentralização com deseconomias de escala e baixa qualidade, no chamado paradigma da municipalização autárquica¹. Em analogia, o sistema nacional de vigilância poderia corresponder a um sistema fechado, autônomo e governado por si mesmo?

A proposta de unificação das vigilâncias, que parece ser o outro lado da mesma moeda cunhada como fragmentação das vigilâncias, não nos parece estar plenamente superada. Nem essa suposta fragmentação parece ser um fato recente, decorrente da criação da Anvisa. Reconhecemos a necessidade de articulação da vigilância sanitária com todos os processos que ocorrem no interior do sistema de saúde, incluídas aí as demais práticas de

proteção, prevenção, recuperação e promoção da saúde. Existem mecanismos e instrumentos gerenciais potencialmente facilitadores da articulação setorial e das vigilâncias, mas a questão não é gerencial, apenas. Um aspecto importante é que a cooperação e a resolução conjunta de problemas pressupõem capacidades distintas, mas também coordenação – do trabalho e federativa.

A coordenação do trabalho entre as vigilâncias poderia ser definida “situacionalmente”, a depender do tipo de problema – e não exclusivamente com base em certa linha de mando e hierarquia, se o que se quer é uma ação mais efetiva, a bem da saúde e da qualidade de vida da população. Para isso, essa articulação precisa transcender os aspectos formais de mera reforma administrativa com interposição de níveis hierárquicos. E o caráter mais ou menos estável dessa articulação corresponde a certo modo de distribuição do poder institucional, ou é dependente do tipo de problema a ser resolvido cooperativamente: pelas vigilâncias, pelo sistema de saúde, ou na articulação da saúde com as demais políticas públicas?

A coordenação federativa de uma política em processo de descentralização se dá fundamentalmente por meio de dois instrumentos: existência de regras nacionais para reger o processo de descentralização e a cooperação financeira, bem como a própria efetivação dos repasses financeiros para os entes. E aí entram questões relativas à qualidade e estabilidade da norma, potência do incentivo, requisitos institucionais e políticos da política e, também, a vontade dos entes federados. Esta decorreria de um cálculo feito pelas esferas subnacionais, na ausência de obrigatoriedade, por exemplo, constitucional.

Luis Eugenio apresenta um ponto de vista discordante e faz uma ardorosa defesa da vigilância da saúde e do Pacto de Gestão, enriquecendo o debate. Com isso, contribuiu o autor para suprir nossa omissão, resultado da opção de não discutir, neste artigo, a vigilância da saúde. Conforme seus principais autores, a vigilância da saúde teria apresentado três vertentes distintas, sendo uma delas, a terceira vertente, alternativa para a mudança do modelo de atenção².

Como o cerne deste debate é a construção federativa do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, previsto em lei nacional, visto como necessário para reduzir certas externalidades do seu campo de ação, deixou-se de abordar a mudança do modelo de atenção. Equivocadamente ou não, essa mudança nos pareceu ser uma discussão de âmbito mais geral, para o qual as quatro vigilâncias³ – epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador – têm muito a

contribuir. Mas nela a área da assistência, ou melhor, do cuidado direto às pessoas, não pode estar ausente.

Compreendemos que a reforma do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde pode representar nesse momento uma oportunidade estratégica de re colocação do modelo da vigilância da saúde na agenda política setorial. Mas, para nós, a discussão desse modelo – que tende a tornar mais peculiar o modelo de vigilância em saúde difundido por meio da cooperação internacional – não pode se restringir aos esforços atuais de construção dos sistemas nacionais das vigilâncias.

Roberto Parada aponta a chegada ao limite da forma de pactuação setorial tripartite no molde atual. O artigo dá margem a que se reconsidere o arranjo federativo que se tem construído na área de prestação de cuidados à saúde das pessoas e desvenda outro plano. Certamente, o regime federativo brasileiro no qual se embasa o arranjo tripartite do SUS tem mais dimensões que a “federação” da saúde, embora esta venha sendo usada como exemplo virtuoso, como experiência bem-sucedida de construção federativa de política pública. Bem-sucedida, mas que, segundo o autor, chega ao esgotamento no seu patamar atual.

O autor chama a atenção para o fato de que a complementaridade, a equidade e a flexibilidade das regras e das instituições – tão caras ao federalismo – não se concretizam apenas setorialmente – ainda mais na vigência da construção de redes regionalizadas e na incorporação do enfoque da promoção da saúde, que é bem mais amplo do que a atual política de promoção da saúde. Outro aspecto ressaltado pelo autor, que tem correspondência direta com os desafios apresentados para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, diz respeito às desigualdades estruturais e funcionais dos entes e das regiões, que, se não impedem a negociação, agregam dificuldade à concretização dos pactos e acordos firmados.

Edna Covem nos traz um ponto de vista institucional e muito privilegiado, de quem tem participado do processo de negociação do GT VS da Tripartite. E que, mesmo antes, acompanhou esse processo na esfera estadual, tanto na sua relação com a esfera federal quanto na relação do seu estado com os municípios de Goiás.

Ela ressalta uma discordância que muito nos satisfaz, ao informar a crescente participação da vigilância sanitária nos espaços da gestão do SUS e a criação do Subgrupo Visa do GTVS/CIT. Essa criação poderia ser vista como uma retomada, em outro patamar, daquele anterior comitê de vigilância que congregava os serviços de vigilância das três esferas de governo antes do Pacto de Gestão?

Um argumento que temos explorado recentemente é que talvez a parcial coincidência no tempo do processo de elaboração do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, o PDVisa – tão importante como processo quanto pelo seu resultado, um conjunto extenso de diretrizes construídas pelos serviços das três esferas de governo –, com a revisão dos instrumentos normativos do SUS, que culminaram com o Pacto de Gestão, tenha contribuído para essa ainda pequena, mas crescente participação. Ademais, a necessidade de os serviços de vigilância sanitária discutirem o SUS na dimensão do planejamento e da gestão, e não só os seus muitos dilemas cotidianos, pode ter contribuído para esse crescimento da participação.

A questão dos modelos e da competição de projetos no campo das vigilâncias – que se trouxe como um dado do contexto – de certa forma dominou a cena. Para outro momento, ficaram as questões acerca do financiamento tripartite do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a fragilidade do seu modelo de repartição de recursos federais, instável nas regras e potencialmente gerador e conservador de desigualdades por privilegiar a igualdade – um valor *per capita* nacionalmente unificado. Mas a postergação desses temas no debate atual nos parece correta, pois o financiamento depende de qual é o projeto.

Ponto de chegada, ponto de partida... Agradecemos novamente aos debatedores pelo privilégio de termos contado com eles, e pelo que nos proporcionaram/proporcionam neste debate, que não se encerra aqui. Ele recomeça e nos leva a reiterar – mais uma vez e sempre – que a reforma sanitária é muito mais do que a reforma administrativa do sistema de saúde, e que a vigilância sanitária nisso tudo tem a dor e a delícia de ser uma atividade do campo da saúde, que manifesta sua potência dentro e fora dos limites setoriais.

Referências

1. Pestana MVC, Mendes EV. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde; 2004.
2. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998; 7(2):7-28.
3. De Seta MH, Reis LGC. As vigilâncias do campo da saúde: aportes e implicações para a gestão de sistemas e de serviços de saúde. In: Oliveira RG, Graboys V, Mendes Júnior WVO, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009. p. 201-347.