

UNIDADE 2

ESTRUTURAÇÃO E GESTÃO DOS SISTEMAS NACIONAIS DAS VIGILÂNCIAS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Descrever o processo de estruturação dos sistemas nacionais das vigilâncias;
- ▶ Analisar a estruturação das vigilâncias no plano nacional; e
- ▶ Debater sobre os componentes do sistema nacional de vigilância em saúde e vigilância sanitária.

INTRODUÇÃO

Na Unidade de Aprendizagem anterior introduzimos as vigilâncias do campo da saúde, suas semelhanças e especificidades. Agora é hora de ver como essas vigilâncias se estruturam nacionalmente para concretizar sua missão. E isso é muito mais do que identificar como e onde elas se inserem nos organogramas dos níveis Federal, Estadual e Municipal...

As vigilâncias do campo da saúde têm vivido nos últimos anos um intenso processo de discussão, de reformulação institucional, seja no nível federal, na descentralização para estados e municípios e na ampliação de seus objetos e campo de atuação. Nesse processo, elas vêm se construindo como subsistemas no SUS. A vigilância em saúde do trabalhador é a exceção, pelo menos até o momento, no movimento das vigilância(S) em saúde para operar como sistemas nacionais. Antes de sua inserção na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), sua organização seguia outra lógica, conforme veremos nesta Unidade de Aprendizagem. Se essa lógica mudará, o tempo dirá...

A ESTRUTURAÇÃO DAS VIGILÂNCIAS NO PLANO NACIONAL

Todo processo de mudança se apóia no passado para ser construído. De um lado, existe um caráter histórico, que contribui para que os sistemas nacionais de saúde e seus componentes tenham certas características e funcionem de certo modo, em um dado contexto. De outro, a estruturação de um componente nacional geralmente tem correspondência com o que ocorre no plano internacional. Você já deve ter ouvido falar que o cuidado à saúde tem sido estruturado em redes regionalizadas nos últimos anos. Mas, recentemente, a palavra e a concepção de sistema ressurgem nos debates. Abordaremos brevemente essas três classes de questões nos itens que se seguem deste nosso início de conversa.

COERÊNCIA COM O QUE OCORRE NO PLANO INTERNACIONAL

A cooperação internacional no campo da saúde é bem anterior à criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Mas, com a criação da OMS, toma corpo certa forma de cooperação centrada na erradicação e controle de doenças. É nesse marco que, em 1951, a Assembleia Mundial da Saúde (AMS) aprovou regulamentos sanitários internacionais. Esses regulamentos foram unificados, dando origem ao Regulamento Sanitário Internacional



(RSI) de 1969, que previa medidas de controle e intercâmbio de informações epidemiológicas sobre a propagação internacional da cólera, peste e febre amarela (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1995).

Em 1995, após as pequenas revisões de 1973 e 1981, a AMS ordenou a revisão do RSI de 1969. Essa revisão resultou no desenvolvimento e na adoção pelos países do novo **Regulamento Sanitário**

Internacional, de 2005 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005), cuja implementação no Brasil requereu o fortalecimento das vigilâncias, em especial da epidemiológica e da sanitária.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é o órgão responsável pelo controle sanitário dos aeroportos internacionais, portos e passagens de fronteiras terrestres para prevenir a propagação internacional de doenças. O ponto focal do país para implementação do RSI é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). De acordo com o RSI 2005, o Brasil precisa se estruturar para detectar, avaliar, notificar e informar eventos até 15 de junho de 2012.



Saiba mais Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 1969

Se instituiu para conseguir a “máxima segurança contra a propagação internacional de doenças com um mínimo de obstáculos para o tráfego mundial” e determinou a vigilância epidemiológica internacional de algumas doenças transmissíveis (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 1995).

Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005

Objetiva a instituição de um sistema global de vigilância, que é definida como “coleta, compilação e análise contínua e sistemática de dados, para fins de saúde pública, e a disseminação oportuna de informações de saúde pública, para fins de avaliação e resposta em saúde pública, conforme necessário”. (WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005).

Essa organização do trabalho pode gerar dificuldades? Sugira alguns mecanismos de coordenação do trabalho para minimizar as possíveis dificuldades.

COERÊNCIA COM A ORGANIZAÇÃO FEDERATIVA E COM O SUS

Para compreender a organização das vigilâncias no país precisamos abordar alguns aspectos da nossa organização federativa e da discussão que toma corpo desde o final dos anos de 1990 sobre a descentralização das vigilâncias.

Da organização federativa

***Federação** – é o estado em que coexistem entes federados (no Brasil são a União, os Estados e os Municípios, além do Distrito Federal) que cooperam, mas que também competem entre si. Eles têm autonomia, mas dependem uns dos outros (interdependência). Fonte: elaborado pelas autoras.

***Ente federativo** – é aquele que, designado como tal na Constituição, tem capacidade de legislar; de arrecadar impostos, taxas e contribuições; e de administrar para prover de serviços e bens públicos a sua população. Fonte: elaborado pelas autoras.

A Constituição de 1988 (BRASIL, 2000) manteve para o Estado brasileiro o regime de **federação***, e introduziu uma grande novidade: o Município como um dos **entes federativos***. Assim, coexistem três entes (a União, os Estados e os Municípios), todos com autonomia, mas dependentes uns dos outros (interdependência). Como em toda Federação, esses entes cooperam, mas também competem entre si.

A autonomia dos entes federados, que é relativa por causa da interdependência entre eles, relaciona-se à descentralização, que é uma das diretrizes gerais da nossa Constituição. A descentralização é um conceito que tem muitos significados. Mas, independentemente de ser uma descentralização política, administrativa ou desconcentração, ela tem dois lados, como os dois lados de uma mesma moeda: a realização descentralizada de ações e a transferência de recursos financeiros das esferas mais abrangentes de governo para as mais locais.

As transferências financeiras podem ser voluntárias ou negociadas (por exemplo, os convênios, que dependem das “vontades” e “disponibilidades orçamentárias”); e automáticas e regulares, como a repartição dos fundos de participação de estados e municípios (FPE e FPM, respectivamente) e a maioria dos repasses financeiros do SUS.



Nos regimes federativos, as transferências financeiras podem servir para:

- ▶ operar a descentralização;
- ▶ coordenar a ação dos governos;
- ▶ reduzir as desigualdades regionais; e
- ▶ aumentar a cooperação entre os entes.

Por isso, elas funcionam como um dos mecanismos que fazem a “coordenação federativa”. Vale lembrar que outro mecanismo dessa coordenação é a emissão de normas de caráter nacional. Na federação brasileira pós-1988, o SUS tem se destacado como um caso exemplar de construção de uma política pública analisado sob o ângulo das normas de caráter nacional e das transferências.

A descentralização das vigilâncias

Entre os princípios e diretrizes que norteiam o SUS, tem sido privilegiada – mormente no campo do cuidado – a descentralização dos serviços e de sua gestão para o município. A descentralização das vigilâncias do campo da saúde seguiu processos diferentes em relação à descentralização do cuidado, e esses processos também foram diferentes entre si, inclusive no tempo.

A vigilância voltada para os processos de adoecimento – vamos continuar a chamá-la de vigilância epidemiológica, mesmo considerando que ela não se restringe, há muito tempo, às doenças transmissíveis – explicitou a necessidade de se constituir como um “sistema nacional” em meados da década de 1970. A vigilância sanitária (vigilância dos processos de produção-consumo) fez o primeiro movimento de constituição do seu sistema nacional em 1994, em tempos de SUS (DE SETA, 2007).

Ambas as vigilâncias – sanitária e epidemiológica – aprofundaram o processo de descentralização apenas quando duas circunstâncias se deram, não ao acaso, mas como decorrência

histórica. A primeira circunstância foi a implementação da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB SUS 01/96), que reforçou o papel das instâncias intergestores e introduziu critérios relacionados às vigilâncias para transferências financeiras automáticas para estados e municípios. A segunda, o fortalecimento dos serviços federais das vigilâncias epidemiológica e sanitária (DE SETA, 2007).

Desde o final dos anos de 1990, essas duas vigilâncias buscam organizar seus sistemas nacionais. Embora sejam processos de descentralização com desenhos e graus de implementação diversos, ocorreram sob forte coordenação pela esfera federal, com base em regulamentação (normas escritas) e transferências financeiras (DE SETA, 2007). Com o Pacto de Gestão, ocorreram modificações em vários aspectos do processo de descentralização, cujas repercussões ainda não são passíveis de serem estimadas.

Você pode saber mais sobre o Pacto de Gestão consultando os documentos disponíveis em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf>.

POR QUE ESTRUTURAÇÃO DOS SISTEMAS DAS VIGILÂNCIAS E NÃO DAS REDES?

Como vimos na Unidade de Aprendizagem anterior, uma função comum a todas as vigilâncias do campo da saúde é a chamada “regulação dos riscos”. Para esse tipo de regulação se faz necessária a constituição de sistemas. Mas por que sistemas?

1. Principalmente porque há a obrigatoriedade legal de que o SUS execute, pelo menos, dois conjuntos de ações correspondentes às vigilâncias sanitária e epidemiológica, e esses conjuntos de ações estão legalmente definidos como sistemas. Ao mesmo tempo, algumas ações dessas áreas exigem elevados requerimentos técnicos e institucionais, difíceis de serem alcançados por todos os componentes de uma federação marcada pela desigualdade, como a brasileira. Como exemplo, as ações de estado, sejam aquelas típicas integrantes do elenco da vigilância sanitária (registro de medicamentos e outras tecnologias), ou outras comuns



a todas as vigilâncias, como a elaboração de normas técnicas fundadas na ciência para regulação ou controle dos riscos.

Os requerimentos para o sistema nacional de vigilância sanitária são altos e podem ser classificados como exigências de ordem técnica, funcional e política. O vasto campo de atuação da vigilância sanitária – produtos, tecnologias (equipamentos e processos) e serviços – e a diversidade de ações – que vão das fiscais até a comunicação técnica de riscos e a comunicação com a sociedade – contribuem para um componente técnico diversificado e complexo. Por serem ações típicas de estado de defesa e proteção da saúde, precisam ser executadas por “agentes públicos” – profissionais concursados ou comissionados, relativamente protegidos em função do alto potencial de conflitos de interesse, o que implica nos requerimentos de ordem funcional e política (DE SETA, 2007).

Os requerimentos técnicos e institucionais para o sistema nacional de vigilância epidemiológica também são elevados, principalmente em relação à análise da situação de saúde e articulação de respostas rápidas.

2. É necessário que haja uma ação abrangente, territorialmente, coordenada e cooperativa para prevenir ou minimizar os prováveis danos e agravos decorrentes da exposição aos riscos, fatores e situações de risco, ou seja, para reduzir a externalidade negativa das vigilâncias do campo da saúde, se faz necessário agir sistemicamente. Isso implica coordenação e cooperação, o que não impede que existam conflitos e até disfunções.

Como seria se:

- ▶ *A definição de CASO para vigilância epidemiológica não fosse unificada nacionalmente?*
- ▶ *O REGISTRO de medicamentos não fosse unificado nacionalmente?*

O arranjo sistêmico possibilita a existência de componentes interdependentes, desiguais e complementares, capazes de realizar certas funções. E também, o ajustamento mediante retroalimentação. As trocas regulares incluem a informação, que é também um potente mecanismo para a coordenação do trabalho.

A estruturação dos sistemas nacionais das vigilâncias é compatível com a estruturação de redes. Dito de outra forma, sistemas e redes podem e devem coexistir. A organização de redes funciona muito bem quando elas se destinam à troca de informações, produção de conhecimento e prestação de cuidados.

Fique atento(a):

Em 22 de dezembro de 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM n. 3.252/09, que substituiu e revogou a Portaria n. 1.172. Como apontado na Unidade anterior, a Portaria GM n. 3.252 definiu os componentes da vigilância em saúde. Ela também instituiu o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, bem como reiterou a existência do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, instituído por lei no final dos anos de 1990.

Com o pacto de Gestão 2006, os recursos financeiros federais a serem repassados automática e regularmente a Estados, Distrito Federal e Municípios foram agrupados em cinco blocos de

financiamento, que foram regulamentados pela Portaria MS/GM n. 204/07 (BRASIL, 2007d). Atualmente, a Portaria MS/GM n. 3.252/09, que revogou parcialmente a 204/07, é que dispõe sobre o bloco de financiamento Vigilância em Saúde.

Os recursos federais que financiam as ações das vigilâncias do campo da saúde integram esse bloco, que apresenta dois componentes: I – Vigilância e Promoção da Saúde; e II – Vigilância Sanitária. Cada componente será discriminado no item correspondente ao financiamento, em cada sistema, nos tópicos seguintes. Vale ressaltar que os recursos de um componente podem ser utilizados em ações de outro componente (BRASIL, 2009a).

O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde foi recentemente definido na Portaria n. 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Esse sistema é coordenado nacionalmente pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), e tem como componentes os Subsistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e em Saúde Ambiental; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e os sistemas de informação, nos aspectos pertinentes à epidemiológica e à ambiental; os programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

O Subsistema de Vigilância em Saúde Ambiental abrange também a vigilância em saúde do trabalhador, ou seja, também o ambiente de trabalho

A coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, no âmbito do Ministério da Saúde, passou a integrar o escopo da SVS/MS com a Portaria MS/GM n. 1.956/07 (BRASIL, 2007b)

Neste tópico serão abordados os dois subsistemas, mas será dado destaque ao Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), que tem maior tradição na saúde e se

ampara em norma legal de maior estabilidade e alcance, uma lei nacional (BRASIL, 1975).

Ao mesmo tempo, conforme vimos na Unidade anterior, a vigilância ambiental em saúde, no que concerne aos fatores não-biológicos é de desenvolvimento relativamente recente. E mais recente ainda é a incorporação da saúde do trabalhador à SVS.

O SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (SNVE)

No desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil, consideram-se dois momentos: a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), no final dos anos de 1960 e início de 1970; a criação do SUS, embora ações do campo da vigilância epidemiológica fossem realizadas desde muito antes no país.

Após a CEV, que durou de 1966 a 1973, os princípios da vigilância epidemiológica foram aplicados a outras doenças imunopreveníveis. Foram organizadas pela esfera federal, em cooperação com os Estados, as Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) e, nessa montagem, os Estados também participavam com aporte de recursos (ANAIS DA V CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1975; RODRIGUES, 1977). Portanto, a CEV consistiu em uma política prévia que resultou na criação das bases estaduais do SNVE.

Com a criação do SUS, a vigilância epidemiológica, vista como base técnica para planejamento das ações no sistema de saúde, teve grande expansão. Ocorreu também, um movimento acelerado, a partir da década de 1990, de fortalecimento e ascensão na escala hierárquica, do serviço de vigilância epidemiológica da esfera federal (DE SETA, 2007; DE SETA; REIS, 2009) resultando na criação, em 2003, da



Saiba mais

Quer saber mais sobre a ampliação do escopo das ações de vigilância epidemiológica no final dos anos de 1990, com a incorporação da vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (Dant) e de fatores de risco? Leia o artigo de Malta et al., 2006, “A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde”, disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n3/pdf/v15n3a06.pdf>>.

Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Essa Secretaria se incumbiu de:

- ▶ ações de vigilância, prevenção e controle de doenças;
- ▶ coordenação nacional de programas de prevenção e controle de doenças;
- ▶ Programa Nacional de Imunizações; a investigação e resposta aos surtos de doenças emergentes de relevância nacional;
- ▶ coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública; e
- ▶ Coordenação da Saúde do Trabalhador, mais recentemente, conforme Portaria MS/GM n. 1.956/07 (BRASIL, 2007b).

***Norma Operacional Básica 01/96** – buscava regular o funcionamento do SUS, promover a descentralização da gestão, dos recursos financeiros e das ações de saúde principalmente para os municípios. Instituiu as transferências regulares e automáticas de recursos financeiros federais, substituindo as transferências negociadas (voluntárias). Parte dos recursos financeiros transferidos automaticamente estavam relacionados à adesão dos governos estaduais e municipais a programas prioritários para o Governo federal e ao estabelecimento da Programação Pactuada e Integrada. Fonte: Elaborado pelas autoras.

O Subsistema de Vigilância Epidemiológica, instituído como Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) pela Lei n. 6.259/75, em função do momento histórico em que se constituiu abrangia apenas os serviços estaduais e o componente federal. Isto é, apenas os estados e a esfera federal participavam formalmente da divisão do trabalho no SNVE.

No final dos anos de 1990, quase dez anos depois de ser alçado à condição de ente federativo e de figurar na lei como o executor preferencial das ações de saúde (BRASIL, 1990), o Município entra em cena na descentralização da vigilância epidemiológica. Nesse momento, a esfera estadual se encontrava minimamente estruturada, no que concerne às ações de vigilância epidemiológica, ainda que de maneira desigual, se comparados todos os estados.

A partir de 1998, a descentralização também se acentua para os municípios com a implementação da **Norma Operacional Básica do SUS 01/96*** (BRASIL, 1996), quando são publicadas as Portarias do Ministério da Saúde n. 1.399/99 (PPI) (BRASIL, 1999b) e n. 950/99 (BRASIL, 1999c).

Essas Portarias, não mais vigentes atualmente, definiram as responsabilidades das três esferas de governo e a forma de

financiamento das ações de **epidemiologia*** e controle de doenças, estabelecendo o repasse de recursos fundo a fundo para estados e municípios e a **Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD)***.

Ao contrário da sua denominação “integrada”, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) mostrou-se fragmentada: PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), PPI da Assistência etc.).

Foi a PPI/ECD que, em 2003, em correspondência com o lócus institucional que passa a abrigá-la na esfera federal, mudou sua denominação para Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS). Instituída pela Instrução Normativa n. 1, de 2003, mais tarde foi denominada Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP/VS) e, a partir de 2008, Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS). O escopo das ações de vigilância sanitária nessas programações variou bastante ao longo dos anos (DE SETA, 2007).

Outro impulso na estruturação do Sistema foi a aprovação, em 1998, do Projeto VIGISUS I (Vigilância e Controle de Doenças), e, depois, do Projeto VIGISUS II (Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde), com financiamento total de US\$ 600 milhões, dos quais a metade correspondia à contrapartida das esferas de governo brasileiras e a outra parte, a empréstimo do Banco Mundial.

Uma síntese: a vigilância epidemiológica no SUS

A vigilância epidemiológica consiste em atividade interna e típica do setor saúde. Some-se a isso o fato de não haver conflitos

***Epidemiologia** – as ações denominadas hoje nas normas como “de vigilância em saúde” originalmente eram chamadas de “ações de epidemiologia e controle de doenças”. Essa mudança de denominação foi efetivada por meio da Portaria MS/GM n. 1.172/04 (BRASIL, 2004), que revogou a Portaria 1.399/99. Fonte: Elaborado pelas autoras.

***Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD)** – e alterou o nome da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) para Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS) (BRASIL, 1999b).

sérios no seu campo de atuação entre interesses público e privado. Assim, se torna compreensível o seu grau de implementação comparativamente maior do que o das outras vigilâncias. Contudo, seu funcionamento no âmbito do SUS ainda apresenta certo grau de precariedade, principalmente na esfera Municipal, segundo as análises de Carvalho e Marzochi (1992) e Carvalho et al. (2005). A conclusão de Carvallho et al. (2005) é a de que, em apenas 27% dos municípios pernambucanos estudados, a vigilância epidemiológica estava implantada, e, parcialmente implantada em 46%, sendo que o maior porte dos municípios era fator que influenciava positivamente. Concluíram que as atividades de processamento, análise dos dados e a disseminação das informações ainda não fazem parte da rotina dos serviços. A despeito da distância no tempo e da diferença entre as variáveis utilizadas, os resultados das duas análises citadas guardam coerência entre si e apontam a necessidade de continuidade dos esforços para consolidação e aprimoramento do SNVE.

SUBSISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL (SINVSA)

Conforme vimos na Unidade de Aprendizagem anterior, o tema ambiente foi incorporado à saúde bem recentemente. O mesmo podemos dizer da saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito ao seu componente de “vigilância”. Sobre essas vigilâncias podemos dizer que elas integram, juntamente com a vigilância sanitária, o trio das “vigilâncias do conflito”. E que o conflito só não é maior do que o atual, na medida em que a atribuição legal de fiscalização é alocada constitucionalmente a outros Ministérios, Meio Ambiente e Trabalho e Emprego.

Apontamos ainda, outra característica comum às vigilâncias em saúde do trabalhador e ambiental em saúde. É que elas têm, ou

podem ter, ancoragem nos movimentos sociais, seja junto aos ambientalistas ou aos trabalhadores sindicalizados.

A saúde do trabalhador, das duas, foi a primeira a se constituir no SUS, no processo da Reforma Sanitária Brasileira. Ela se constituiu como uma rede, integrando assistência e vigilância, e tendo sua coordenação nacional, ao longo dos anos, situada em distintas secretarias do MS, nos níveis intermediários da estrutura organizacional.

A saúde ambiental, conforme já foi visto, foi incorporada ao Ministério da Saúde como vigilância ambiental em saúde. A gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (SINVAS) era responsabilidade do Cenepi. Ele foi redefinido como:

[...] o conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e entidades públicos e privados, relativos à vigilância em saúde ambiental, visando ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde, em especial: I. água para consumo humano; II. ar; III. solo; IV. contaminantes ambientais e substâncias químicas; V. desastres naturais; VI. acidentes com produtos perigosos; VII. fatores físicos; e VIII. ambiente de trabalho [...] (BRASIL, 2005b, art. 1º).

Atualmente, o Subsistema Nacional de Saúde Ambiental abriga as práticas relacionadas ao ambiente e a saúde do trabalhador. Na nova estrutura regimental da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a Coordenação Geral de Vigilância Ambiental – CGVAM – transformou-se em Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – DSAST – (BRASIL, 2009b). Esse novo Departamento ocupa-se dos fatores de risco ambientais não biológicos e da saúde do trabalhador.

Fique atento(a) às denominações, pois foram, e, ainda são utilizadas as expressões Vigilância em Saúde Ambiental ou Vigilância Ambiental em Saúde para designar o sistema nacional em construção (SINVSA, SINVAS) e as práticas que ele abriga. No âmbito federal, a instância responsável por esse subsistema é a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), por meio do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST), criado em 2009, a partir da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental (CGVAM).

O componente ambiental do SINVSA

As atividades relacionadas ao componente ambiental, inicialmente desenvolvidas na Funasa, também iniciam seu processo de descentralização para estados e municípios no bojo da implementação da NOB SUS 01/96. Isso se deu mediante a Portaria n. 1.399/99 (BRASIL, 1999b), mais tarde substituída pela Portaria MS/GM n. 1.172/04 (BRASIL, 2004), como já foi visto. Mas, mesmo antes dessas portarias, discutia-se, no processo de descentralização, a cessão de 26.000 agentes de endemias, da rede física e dos equipamentos da Funasa para os entes subnacionais. As coordenações regionais da Funasa eram melhor estruturadas do que os setores de epidemiologia de muitas Secretarias Estaduais (SILVA JÚNIOR, 2004), adicionando-se um atrativo a mais ao processo de incorporação dessas responsabilidades pelos entes subnacionais, além do estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), depois denominado Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA) foi proposto para “prevenir e controlar os fatores de risco de doenças e de outros agravos à saúde decorrentes do ambiente e das atividades produtivas [...]” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p. 12), parecendo antecipar a ligação com a saúde do trabalhador.

Participam desse sistema, no âmbito do Ministério da Saúde, além da SVS, diversos órgãos e instituições que realizam ações relacionadas ao meio ambiente. Outros órgãos vinculados também participam de ações sobre o ambiente, como exemplos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), bem como a Assessoria de Assuntos Internacionais (Aisa) do Ministério da Saúde. A articulação com outros setores é igualmente importante para a sua operacionalização. Na esfera federal, podemos citar o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério da Agricultura, o Ministério do Trabalho, o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Educação e o Ministério do Planejamento.

E nas outras esferas de Governo como se organiza a Saúde Ambiental? Qual o escopo das ações de vigilância ambiental realizadas por cada esfera de Governo?

Em alguns estados, houve a criação de departamentos e programas de vigilância ambiental. Mas, as configurações institucionais são diferenciadas em cada nível de governo e, no mesmo nível de governo, variam de uma localidade para outra. Isso significa que não se instituiu, no estado ou município, um formato de organização institucional para essa atividade.

Nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a vigilância ambiental tanto pode ser encontrada como um serviço isolado quanto nas mais diversas combinações com as demais vigilâncias (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). Mas, na esfera Municipal, as ações relacionadas aos fatores de risco biológicos, o chamado controle de vetores e reservatórios, foram – e podemos dizer que ainda são – majoritariamente executadas pelos serviços locais de vigilância sanitária. E para o controle de vetores e reservatórios, a interlocução com os municípios é com outro

Departamento da SVS, o Departamento de Vigilância Epidemiológica (DEVEP).

A incorporação do controle dos fatores de risco não biológicos aos serviços da esfera Municipal e Estadual é complexa e, de fato, ainda incipiente. Há mandamentos constitucionais que incluem no campo do SUS a colaboração na proteção ao meio ambiente e algumas ações bem concretas de fiscalização e inspeção de águas para consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos. Algumas dessas ações têm sido exercidas pela vigilância sanitária, mas a complexidade da questão ambiental decorre em grande parte por ela ser uma área de interface entre diversas disciplinas e setores, além da responsabilidade principal em relação ao ambiente ser desenvolvida fora do setor saúde.

Cabe ainda ao SINVSA elaborar indicadores e sistemas de informação de vigilância em saúde ambiental para análise e monitoramento, como o Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (Siságua) e o Sistema de Informação de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Solo Contaminado (Sissolo); promover intercâmbio de experiências e estudos, ações educativas e orientações, e democratizar o conhecimento na área.

Alguns autores comentam que a atuação do SINVSA não se restringe aos fatores não biológicos, mas que age igualmente sobre fatores biológicos, representados por vetores, hospedeiros, reservatórios e animais peçonhentos (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006). Mas isso decorre em maior grau da atuação dos Municípios e Estados, do que da esfera federal.

De um outro ângulo, há quem afirme que essa divisão operacional entre fatores biológicos e não biológicos não representa uma dissociação com a vigilância epidemiológica (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002). Ao contrário, o parágrafo único, art. 1º, Instrução Normativa n. 1, de 2005, afirma que:

Os procedimentos de **vigilância epidemiológica das doenças e agravos à saúde humana associados a contaminantes ambientais**, especialmente os relacionados com a exposição a agrotóxicos, amianto, mercúrio, benzeno e chumbo, serão de responsabilidade da Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b, grifos nossos).

Ações de vigilância ambiental em saúde também têm sido introduzidas nas pactuações de forma a contribuir para a estruturação do SINVSA. Por exemplo, a PPI/VS de 2006 enfatizou o cadastramento de áreas com populações expostas a solo contaminado por substâncias químicas em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes; e a realização de Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano (Vigiágua) em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes. O mapeamento das áreas de solo contaminado não pretendeu ser extensivo e, sim, servir de oportunidade para o desenvolvimento da capacidade de identificação dessas áreas.

Do seu ponto de vista, qual seria a justificativa para essa prioridade em relação aos municípios maiores?

Uma síntese: a vigilância ambiental no SUS

Dentre as atribuições relacionadas à vigilância ambiental, a que apresenta maior avanço na implementação é a “Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano” (Vigiágua). Para essa atividade de monitoramento, na maior parte dos municípios, a coleta de amostras é realizada pelos serviços de vigilância sanitária.

Em 2003, 78% dos Estados e o Distrito Federal alimentavam o Sistema de Informação de Vigilância e Controle da Qualidade da Água de Consumo Humano (Siságua), mas apenas 19% dos

Estados avaliavam de forma sistemática as informações com vistas à redução da morbimortalidade por doenças de veiculação hídrica (FREITAS; FREITAS, 2005).

Assim, como o conceito ainda se encontra em construção (FRANCO NETTO; CARNEIRO, 2002), podemos dizer que o SINVSA ainda se encontra em estruturação. Silva Júnior (2004) aponta que até 2002 não houve, efetivamente, a realização de qualquer atividade de vigilância ambiental em saúde passível de ser aferida por indicadores e, sim, o início do processo de estruturação dessa área, com um trabalho centrado em atividades normativas e de capacitação de recursos humanos.

Barcellos e Quitério (2006, p. 175) consideraram que o SINVSA “[...] ainda não dispõe de informações ou instrumentos técnicos para sua operacionalização [...]” e apontam como dificuldades para a efetivação do SINVSA a necessidade de reestruturação das ações nos âmbitos Estadual e Municipal, a formação de equipe multidisciplinar capaz de integrar-se a outros setores sociais e a inexistência de sistemas de informação para a tomada de decisões. Quanto ao sistema de informações, deu-se a recente instituição do Painel de Informações em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (Pisast), da Secretaria de Vigilância em Saúde.

O componente do SINVSA relacionado ao trabalhador e sua saúde

Se fossemos falar da vigilância em saúde do trabalhador como um Sistema, esse termo subsistema estaria entre aspas. Isso porque, dentre as vigilância(S) em saúde, a que se ocupa da saúde do trabalhador se assemelha pouco a um sistema ou talvez – até o momento, pelo menos – se conforme na atualidade como um “não-sistema”. A coordenação da Saúde do Trabalhador teve inserções diversas na estrutura do MS e foi deslocada em 2007 para a SVS/MS.

Seu município realiza ações de atenção à Saúde do Trabalhador? E faz a vigilância da Saúde do Trabalhador. Em



que instâncias do SUS a Saúde do Trabalhador (assistência e vigilância) já esteve alocada na Secretaria de Saúde de seu município? Compartilhe a realidade de seu Município no fórum disponível no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA).

O caminho e o desenho organizacional que tomarão forma com a incorporação da gestão e da coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador, na esfera federal, à antiga CGVAM/SVS/MS, atual **DSAST/SVS**, de acordo com a Portaria MS/GM n. 1.956/07 (BRASIL, 2007b), ainda não estão bem definidos. Mas essa incorporação, que pode ter surpreendido muita gente, pareceu a consumação de algo anunciado. Nesse sentido, cabe ressaltar que a Instrução Normativa n. 1, de 2005, que regulamentava a Portaria MS/GM n. 1.172/04 (BRASIL, 2004), já definia os ambientes de trabalho entre os componentes sob responsabilidade da CGVAM, ao lado da água, solo, ar, dos contaminantes ambientais, dos desastres naturais e dos acidentes com produtos perigosos.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) e a Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) confirmam a Saúde do Trabalhador como competência do SUS, embora de forma não exclusiva. A área de “exclusividade do SUS” diz respeito apenas à assistência, mas não às atividades relacionadas à fiscalização dos ambientes de trabalho. E é relativamente a essa fiscalização que ocorrem as disputas de poder com Delegacias Regionais

Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/publicacoes/_arquivos/JoaoPintor.zip>

Saiba mais

O movimento da Saúde do Trabalhador é visto, no Brasil, como a configuração de “um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das ciências sociais – particularmente do pensamento marxista –, amplia a visão da medicina do trabalho e da saúde ocupacional [...]” (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), o movimento da saúde do trabalhador surge sob a influência:

- ▶ da Medicina Social latino-americana dos anos de 1960 e início dos anos de 1970, “que ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho”; e
- ▶ da experiência italiana com a reforma sanitária daquele país e do Movimento Operário Italiano.

Esse movimento cresceu junto a setores da sociedade que lutavam pela democratização da sociedade, pelo direito de livre organização sindical e que refletiam criticamente sobre a limitação dos modelos vigentes de atenção à saúde.

 **Saiba mais**

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador teve suas diretrizes publicadas na Portaria MS/GM n. 1.125/05 (BRASIL, 2005d). Todavia, essa Portaria foi suspensa por um mês quando o Ministro Saraiva Felipe assumiu, e revogada totalmente no final de 2005. Um fato digno de nota é que tem constado a recomendação ao Ministério da Saúde para a republicação dessa Portaria.

***Grupo Executivo**

Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Geisat)

– Esse grupo foi instituído pela Portaria MS/MTE n. 18/93 (MINISTÉRIO DO TRABALHO/MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1993). Composto por representantes dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social, seus objetivos eram: definir estratégias de trabalho integrado para a redução da morbimortalidade relacionada ao trabalho e promover a melhoria das condições de saúde e segurança do trabalhador. Fonte: Elaborado pelas autoras.

do Trabalho e com os auditores fiscais, como as apontadas, por exemplo, por Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997) e Machado (2005).

Além do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), também os Ministérios da Previdência Social (MPAS) e do Meio Ambiente (MMA) e a Promotoria Pública têm responsabilidades, cabendo:

- ▶ à **Previdência Social**, o pagamento dos benefícios enquanto perdure a incapacidade decorrente de acidente do trabalho; os procedimentos de reabilitação profissional e reinserção no mercado; a coleta, consolidação e divulgação de dados sobre ocorrência de acidentes de trabalho.
- ▶ ao **Ministério Público**, a assistência jurídica às vítimas de acidentes e doenças do trabalho e/ou a seus dependentes; a fiscalização e o acompanhamento de denúncias de descumprimentos das Normas de Segurança e Medicina do Trabalho; a impetração de ações de reparação de dano.
- ▶ ao **Grupo Executivo Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (Geisat)***, a compatibilização e integração das políticas e práticas de intervenção desenvolvidas pelo estado (SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT’ANA, 2003).

Lacaz, Machado e Porto (2002) apontam três momentos diferenciados na inserção da atenção à saúde do trabalhador no SUS:

- ▶ **De 1978 a 1986:** “efervescência de ideias e pressupostos que conformam o campo de práticas e saberes da Saúde do Trabalhador, que inclui a atenção à saúde dos trabalhadores, enquanto uma prática de saúde diferenciada” (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 3). Destacam-se nessa conjuntura: o ressurgimento do movimento sindical; a criação dos Programas de

Saúde dos Trabalhadores, datada de 1984, após a posse dos governadores eleitos de forma direta, em 1982; realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) e da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1ª CNST).

- ▶ **De 1987 a 1990:** “institucionalização das ações de Saúde do Trabalhador na rede básica de serviços de saúde, através das conquistas no âmbito legal e dos avanços ao nível institucional [...]”. Os autores frisam que “[...] a prática acumulada nos Programas de Saúde dos Trabalhadores (PST) no início dos anos 1980 garantiria a inscrição da Saúde do Trabalhador como atribuição do SUS [...]” (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 4).
- ▶ **De 1991 e 2001:** esta fase foi marcada por “disputas corporativas e pela ausência de mecanismos claros e efetivos de financiamento para as ações do SUS [...]”. Contudo, ampliaram-se os marcos legais e a saúde do trabalhador “adquiriu *status* de instrumento operacional, contribuindo para uma maior institucionalização do campo” (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 4). Realizou-se, em 1996, a 2ª CNST, e foram emitidas a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Portaria n. 3.120/98) e a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – Nost/SUS – [Portaria MS/GM n. 3.908/98](#) (BRASIL, 1998c).

Para a atenção à saúde do trabalhador criou-se, pela Portaria MS/GM n. 1.679/02 (BRASIL, 2002), a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Constituindo um modelo de atenção integrado, essa rede deve considerar todo o processo saúde-doença do trabalho, no âmbito da promoção, da



Saiba mais Portaria MS/GM n. 3.908/08

Conhecida como Norma Operacional Básica de Saúde do Trabalhador (Nost/SUS), buscou orientar a realização das ações de saúde do trabalhador no âmbito de Estados e Municípios. Definiu as responsabilidades dos municípios em cada uma das duas condições de gestão (Plena de Atenção Básica e Plena do Sistema) definidas pela NOB SUS 01/96.

Os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (Cerest) realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, e fazem parte da Renast.

assistência e da vigilância. E articular todos os dispositivos, equipamentos e serviços do SUS, em uma rede de abrangência nacional, com conexões organizadas nos diferentes níveis de gestão, com produção de informação e a implantação de Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CREST) (SILVEIRA; RIBEIRO; LINO, 2005). Essa rede foi ampliada posteriormente, mediante outras normas, e o CREST passou a se chamar **Cerest**.

Dias e Hoefel (2005) consideram que os princípios e diretrizes que norteiam a Renast e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) podem ser resumidos em: (1) atenção integral à saúde do trabalhador; (2) articulações intra e intersetoriais; (3) informações em saúde do trabalhador; (4) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; (5) capacitação permanente; (6) participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador.

A responsabilidade pelo financiamento das ações e dos serviços é das três esferas de governo; os repasses federais não devem ser os únicos a ser empregados: a Renast conta com repasses de recursos federais para o financiamento de suas ações, de acordo com a operacionalização de um Plano de Trabalho de Saúde do Trabalhador em estados e municípios, e a sua implementação vem sendo a principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST).

Podemos dizer que na vigilância em saúde do trabalhador tem ocorrido, como nas demais vigilâncias, um avanço no que diz respeito à produção de conhecimento e no desenho de propostas metodológicas de intervenção. Entretanto, ainda é um processo inacabado, no qual a complexidade da questão produção/trabalho ainda coloca enormes desafios, dentre os quais a retaguarda laboratorial.

A despeito da presença, desde a concepção da vigilância em saúde do trabalhador, da perspectiva inovadora de integração, observamos ainda uma “grande dificuldade de inserção institucional e relacionamento intrainstitucional [...]” (LACAZ; MACHADO; PORTO, 2002, p. 8). A PNST e a Renast emergem na busca desse



“novo modelo” de atenção. Entretanto, apesar dos avanços significativos no campo conceitual, que apontam um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, consubstanciados sob a denominação de **Saúde do Trabalhador**, nos deparamos, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional e com a fragilidade na sua estruturação e articulação intra e intersetorial. Essa fragilidade institucional pode ser agora suplantada mediante sua nova inserção na estrutura do Ministério da Saúde e na centralidade que pode vir a alcançar com essa nova inserção.

Uma síntese: a saúde do trabalhador no SUS

Iniciadas na década de 1980, a partir de meados dos anos de 1990, no âmbito institucional proliferaram as experiências estaduais e o número de programas, centros regionais, núcleos e coordenações de saúde do trabalhador aumentaram, ocorrendo um processo de municipalização das ações de saúde do trabalhador (MACHADO, 2005), no nível nacional, diferentemente do Estado de São Paulo. Lá teria ocorrido uma redução no número de municípios que realizavam ações de saúde do trabalhador após a segunda metade da década de 1990, segundo Pesquisa Municipal Unificada realizada pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados ([Seade](#)) (SILVA; BARRETO JÚNIOR; SANT’ANA, 2003).

A vigilância em saúde do trabalhador apresenta, de um lado, diversidade e riqueza de experiências locais. De outro, há heterogeneidade dessas mesmas experiências e certo grau de instabilidade política e institucional em sua implementação e manutenção.

Lacaz, Machado e Porto (2002) consideram ser sua prática fugaz e regionalizada, concentrada em poucos estados da Federação, especialmente nas regiões Sudeste e Sul, com destaque



Saiba mais

Seade

Vinculada à Secretaria de Economia e Planejamento do Governo do Estado de São Paulo, a Fundação Seade é um centro de referência nacional no desenvolvimento, produção e disseminação de pesquisas, análises e estatísticas socioeconômicas e demográficas.

para o Estado de São Paulo, pela influência do movimento sindical e de sanitaristas da Secretaria de Estado de Saúde. Fora do eixo Sudeste-Sul, apenas a Bahia se destaca, segundo esses autores, pelo papel estruturante exercido pelo Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (Cesat).

Mas essa fragilidade não se restringe à esfera municipal. Na esfera federal, a Saúde do Trabalhador teve inserções diversas, antes de sua ida para a SVS/MS. Ela se constituía como uma área técnica que integrava o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dape), da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS). Ao Dape competia articular, além da Saúde do Trabalhador, os programas de Saúde Mental, da Mulher, do Jovem e Adolescente, da Criança, do Idoso, do Penitenciário, dos Portadores de Deficiência e de Trauma e Violência, orientando Estados, Municípios e Distrito Federal na sua execução. Desde sua mudança para a SVS/MS, que é esperada uma progressiva reversão dessa fragilidade.

Por fim, como já dissemos, para a Saúde do Trabalhador, são requeridas pactuações. E, embora aparentemente subfinanciada, ainda é muito recente que a vigilância sanitária municipal tenha transferências financeiras regulares.

O FINANCIAMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O financiamento das ações, hoje compreendidas no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, notadamente as de vigilância epidemiológica, tem sido objeto de mudanças ao longo dos anos. No entanto, podemos afirmar que historicamente elas contam com alocação de recursos pelas três esferas de governo. Estados e municípios **financiavam** ações rotineiras de imunização, notificação e investigação epidemiológica e programas de controle



de doenças. A esfera federal, representada pela Funasa, financiava ações sob sua responsabilidade – notadamente o controle das endemias – e repassava recursos para estados e municípios por meio de convênios específicos para uma determinada doença. Recursos federais adicionais **eram** pleiteados tendo como justificativa a eclosão de doenças, inclusive na forma epidêmica (SILVA JR, 2004).

No processo de descentralização no bojo da implementação da NOB SUS 01/96, para a composição e rateio dos recursos federais a serem repassados, os estados foram classificados em três estratos, considerando-se o perfil epidemiológico – principalmente em relação à dengue, malária, leishmaniose e doença de Chagas, em função da necessidade de operações de campo; a área, em km²; e a população residente, pressupondo-se que em uns o custo das ações de campo seria maior que em outros (SILVA JR, 2004).

Com isso, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) de cada estado era composto por três parcelas, duas delas com valores *per capita* diferenciados, a depender do estrato em que o Estado fora classificado. Também eram exigidas contrapartidas dos Estados e Municípios de 20, 30 e 40% para os estratos de 1 a 3, além de ser necessária a sua certificação. As fontes de recursos federais colocados à disposição do SNVE compreendiam o Tesouro Nacional e os recursos “novos” do Projeto VIGISUS I e II.

Após o Pacto de Gestão 2006, o Bloco de Financiamento da vigilância em saúde foi regulamentado pela Portaria MS/GM n. 204/07 (BRASIL, 2007d). Esse bloco era formado por dois componentes: vigilância epidemiológica e ambiental em saúde e vigilância sanitária.

Com a Portaria GM/MS n. 3.252/09, as regras, a partir de 2010, foram alteradas. As principais alterações foram:

- ▶ mudança na denominação do componente do bloco de financiamento “Vigilância em Saúde” destinado às

Saiba mais

Para saber em detalhes o financiamento e o Teto Financeiro para as ações de vigilância epidemiológica e ambiental anteriormente ao Pacto de Gestão 2006, consultar a tese de doutoramento do então dirigente da SVS/MS, Jarbas Barbosa (SILVA JR, 2004)

ações compreendidas no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde para Vigilância e Promoção da Saúde;

- ▶ mudança na composição desse componente, que passou a ter duas partes: uma parte fixa e outra variável, a saber:

I – Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS);
e

II – Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS).

- ▶ substituição do processo de certificação para gestão das ações de vigilância em saúde pela adesão ao Pacto.

Os valores do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde (PFVPS) devem ser revistos a cada ano, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, já que se trata de um valor *per capita*. Esse valor, no entanto, não é o mesmo para todas as Unidades da Federação, que foram divididas em quatro diferentes estratos. O Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS) tem seu montante constituído por incentivos específicos, por adesão ou aspectos epidemiológicos especiais.

Os efeitos dessas mudanças, especialmente o impacto no que diz respeito ao montante e à execução do financiamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, ainda não foram avaliados. É esperada alteração no gasto realizado pelas esferas subnacionais após o Pacto, que, presumidamente, dotou-as de maior autonomia na alocação de recursos dentro de cada bloco de financiamento. Também podem ser esperadas mudanças em função da substituição do processo de certificação para a gestão das ações de Vigilância em Saúde pela adesão ao Pacto e a adoção da regionalização como eixo estruturante da descentralização, que

pretende reforçar os processos de negociação e pactuação entre os gestores, conforme exposto no art. 3º, da Sessão II, da Portaria n. 3.252, de 2009.

PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O planejamento das ações compreendidas no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde também tem se modificado no processo de descentralização. Pela Portaria n. 1.399/99, já revogada, essas ações de vigilância epidemiológica e ambiental deveriam ser desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças/PPI-ECD, mais tarde denominada Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde (PPI/VS), a partir da edição da Portaria GM n. 1.172/04, a seguir denominada Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em Saúde (PAP/VS), pela Portaria n. 91/07. Em maio de 2008, a Portaria 64 (BRASIL, 2008a), denominou-a como Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), que representa um novo instrumento de planejamento.

A partir de 2010, a Portaria n. 3.252/09 determina que as diretrizes, ações e metas de Vigilância em Saúde devem estar inseridas no Plano de Saúde e nas Programações Anuais de Saúde (PAS) das três esferas de gestão. Enfatiza, ainda, que a Vigilância em Saúde deve estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e na Programação Pactuada Integrada (PPI), com inclusão da análise das necessidades da população, da definição de agendas de prioridades regionais, de ações intersetoriais e de investimentos.

O SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (SNVS)

Instituído como um sistema nacional apenas no final dos anos de 1990, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) abriga uma das práticas mais tradicionais do campo da saúde, a vigilância sanitária. Essa vigilância tem sido transformada e redefinida desde o início do Século XX, com duas grandes inflexões: nos anos de 1970 e no final dos anos de 1990.

As modificações abrangeram o escopo das ações, os enfoques conceituais e os modos de atuação – da exclusividade da fiscalização normativa à aproximação ao campo da avaliação em saúde – nos objetos e atividades a ela sujeitos e no formato

institucional, principalmente na esfera Federal. Atividades normativas e educativas foram inseridas e reforçadas como atribuições, além de manterem as características que são as mais conhecidas da população. Essas atribuições mais conhecidas são as decorrentes de seu poder de polícia administrativa e se assentam na inspeção, na fiscalização, nas atividades autorizativas – licenciamento, autorização e registro de produtos – no julgamento de irregularidades e aplicação de sanções.

O desenvolvimento da vigilância sanitária nos últimos 40 anos tem se dado, por um lado, em consonância com os processos de desenvolvimento econômico, de acumulação de



Saiba mais

Vigilância sanitária

Para conhecer um pouco da história da vigilância sanitária no Brasil até a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), visite a Linha do Tempo da “Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania”. Com charges, fotos, reproduções de Debret e textos históricos, essa mostra desenvolvida pelo Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da ENSP/Fiocruz, pode ser visitada presencialmente na exposição em formato de museu de ciência que percorre o país. Também encontra-se em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/historia1.html>>.

capital e de desenvolvimento tecnológico (LUCCHESI, 2001); por outro, com o que é usualmente denominado como “tragédias sanitárias”. Como exemplo, na década de 1960, o episódio da talidomida que ocasionou o nascimento de bebês com má-formações congênitas, em decorrência do qual foram criados órgãos nacionais e normas voltadas à segurança dos fármacos e ao monitoramento de suas reações adversas.



Saiba mais

Visite a “Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania”. Você poderá conhecer algumas das tragédias na exposição virtual, que tem por objetivo despertar a sociedade para: (1) os efeitos negativos da falta de ação ou da ação insuficiente da vigilância sanitária; (2) a possibilidade de mudar essa história de sucessão de tragédias com a ação esclarecida e organizada da sociedade. Fonte: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/tragedias.html>>.

A ESTRUTURAÇÃO DO SNVS E A DESCENTRALIZAÇÃO DA POLÍTICA

Alguns diplomas legais da década de 1970 dispunham sobre o papel dos órgãos de vigilância sanitária das três esferas de Governo, mas apenas em meados dos anos de 1980 a necessidade de descentralização e de maior articulação entre os serviços de vigilância sanitária das três esferas de Governo foi explicitada no Relatório da **Conferência Nacional de Saúde do Consumidor***, de 1986.

Sanitaristas dirigiram durante curto período a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS), pela primeira vez nos anos de 1980, o que pode ter contribuído para que a vigilância sanitária integrasse, ainda que não centralmente, a agenda da Reforma Sanitária. Por outro lado, a incorporação da vigilância sanitária a essa agenda deve ter sido facilitada pela eclosão de tragédias sanitárias, dentre as quais a contaminação

*Conferência Nacional de Saúde do Consumidor

– objetivava “definir o papel do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária enquanto organismo-atividade responsável por observar as condições, produtos e serviços que podem afetar a saúde do consumidor”. Fonte: Conferência Nacional de Saúde do Consumidor (1986).

por transfusão de sangue em hemofílicos, que suscitou o movimento “Salve o sangue do povo brasileiro”, capitaneado por Herbert de Souza, e o acidente radiológico com o Césio 137, em Goiânia, em 1987.

Esses sanitaristas, na impossibilidade política de organizar uma conferência específica, promoveram a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, em 1986: assista ao vídeo *Sergio Arouca fala sobre vigilância sanitária*, que se encontra disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/visa/nossa-producao/?tipo=443>>.

Contudo, a constituição de um sistema aflorou nos documentos legais quase 20 anos depois da instituição do SNVE, com a Portaria n. 1.565/94 (BRASIL, 1994). Essa portaria não chegou a ser implementada nem revogada formalmente e inspirou a estruturação de alguns serviços estaduais. Com ela, de um lado, buscava-se romper a fragmentação das ações de vigilâncias sanitária, epidemiológica e em saúde do trabalhador e se enfatizava a municipalização das ações, incorporando, não à vigilância, mas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), as demais ações de saúde, inclusive as assistenciais. De outro lado, a portaria definia competências das esferas de Governo nas ações de vigilância sanitária, assumia o caráter intersetorial dessas ações e a necessidade de articulação com outras instâncias.

Mas, após quatro anos de sua vigência, uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) relacionou as fragilidades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS): a estrutura da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (**SVS/MS**) era insuficiente para o desempenho de suas atividades; 63% dos Estados não detinham pessoal qualificado, 33% enfrentavam carência de equipamentos, veículos, legislação apropriada ou informações sobre as Unidades a serem fiscalizadas e 58% não acompanhavam a atuação da esfera Municipal na área. Em 66%

dos municípios auditados, o número de agentes era insuficiente (DE SETA, 2007).

Fique atento(a)!

Fique atento às datas, pois a sigla SVS pode significar:

1. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS), criada em 1990, a partir da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS), e em 1999, substituída pela Anvisa; ou
2. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), criada a partir do Cenepi, em 2003.

A Lei n. 9.782/99 criou a Anvisa, que substituiu a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde e com essa lei (BRASIL, 1999a):

- ▶ foi definida a coordenação do sistema nacional de vigilância sanitária pela Anvisa;
- ▶ foi abolida a grande rotatividade dos postos de direção do órgão federal ao se instituir mandato para os dirigentes da Anvisa (SOUTO, 1996);
- ▶ foi disposta sobre a arrecadação das taxas de fiscalização, que foram majoradas, e atribuídas extensas competências à agência; não se dispôs, porém, sobre o financiamento do sistema;
- ▶ não foram incorporadas, entre as atribuições e competências da Anvisa, a vigilância em saúde do trabalhador (que apenas na esfera estadual algumas vezes integrou a vigilância sanitária, não sem conflitos) e as atribuições mais gerais em relação ao ambiente.

Ou seja, foi no ano de 1999, diante da necessidade de descentralização e de maior articulação entre os serviços de

vigilância sanitária das três esferas de governo, que a Anvisa foi criada e suas diretrizes definidas.

Componentes e funcionamento do SNVS

O SNVS pode ser visto em sentido restrito, tendo por base o que está expresso nas normas legais; em sentido ampliado, com base na resolução de um dado problema, como é explicitado a seguir.

Saiba mais sobre o INCQS órgão de referência nacional para as questões tecnológicas e normativas relativas ao controle da qualidade de insumos, produtos, ambientes e serviços vinculados à vigilância sanitária visitando seu site: <<http://www.incqs.fiocruz.br/>>.

Componentes do SNVS em sentido restrito

Em sentido restrito, integram o SNVS, além da Anvisa:

- ▶ os órgãos ou serviços de vigilância sanitária dos estados e municípios;
- ▶ o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz;
- ▶ os Laboratórios de Saúde Pública (**Lacen***).

Nos estados e municípios, os órgãos responsáveis pelas ações de vigilância sanitária se estruturam de variadas maneiras. Alguns assumem o formato institucional de Agência Estadual de Vigilância Sanitária, como na Paraíba; outros combinam em sua estrutura a vigilância ambiental, como no caso da Bahia; em alguns estados e municípios podemos encontrar na mesma estrutura as vigilâncias: sanitária, em saúde do trabalhador e/ou ambiental. Alguns poucos ainda agregam a vigilância epidemiológica. Os serviços Estaduais e Municipais de vigilância sanitária, majoritariamente, são integrantes da Administração Direta, e variam também em relação à autonomia administrativa e financeira do núcleo central de suas respectivas secretarias de saúde (DE SETA; SILVA, 2001).

***Lacen** – Laboratórios analíticos que executam exames de interesse das vigilâncias, pertencentes às secretarias de estado de Saúde. Distribuídos nacionalmente, pode se dizer que eles têm dois componentes: um, voltado ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e outro, voltado ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Fonte: elaborado pelas autoras

É nessa composição restrita que tem sido tomadas decisões no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no máximo se expandindo com a participação de representações das comissões intergestoras, em especial o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde ([Conass](#)); o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

Os conselhos distritais, estaduais e municipais de saúde são colegiados participativos, fundamentais para o controle social. A participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde, estabelecida pela Lei n. 8.142/90, deve ocorrer de duas maneiras: pelas conferências e pelos conselhos de saúde. No tocante à Vigilância Sanitária, a Lei n. 8.080/90 instituiu a Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia (BRASIL, 1990), que só em 2005 passou a funcionar regularmente. (Em consulta ao *site* do Conselho em 29 de abril de 2009, não mais foi encontrada a Comissão Permanente de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia).



Saiba mais

Conass

Para saber mais sobre o Conass <<http://www.conass.org.br/>> e o Conasems <<http://www.conasems.org.br/>> e suas respectivas estruturas de assessoria voltadas à vigilância sanitária acessando seus *sites* na internet; e a Secretaria de Vigilância em Saúde.

Componentes do SNVS em sentido amplo

Em sentido ampliado, ou seja, considerando o funcionamento do SNVS para resolver um problema, outros componentes, além dos já citados no item anterior, integram-se ao sistema. São órgãos da saúde, de outros setores governamentais ou da sociedade civil, como representado na Figura 1.

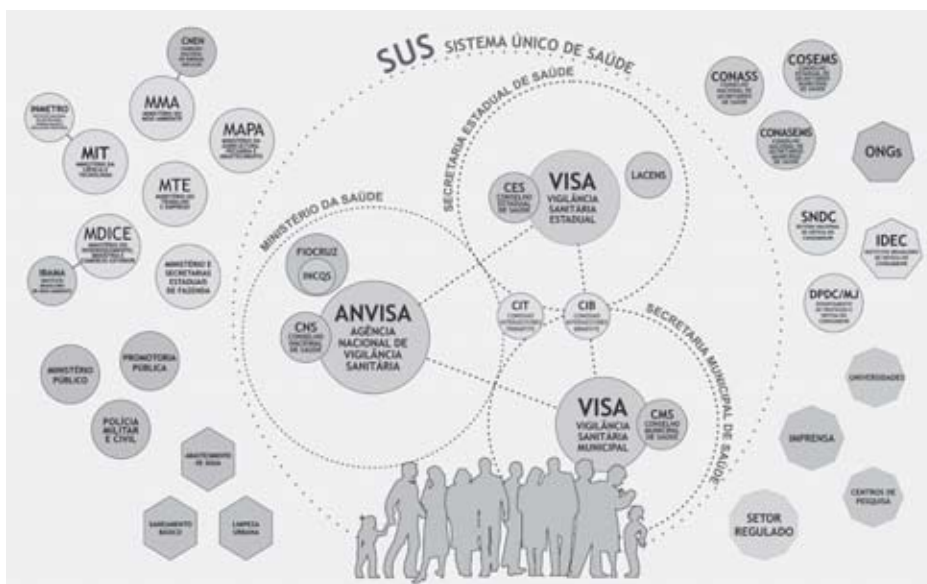


Figura 1: Representação gráfica do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
 Fonte: <<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/snvs.html>>

A Figura 1 busca representar a natureza multidisciplinar e intersetorial da vigilância sanitária, que precisa interagir com outros setores governamentais e da sociedade. Algumas ações – como o monitoramento da qualidade da água para consumo humano – e algumas áreas de atuação – como saúde do trabalhador, alimentos, radiações, saúde e meio ambiente – são de competência de mais de um órgão, interno ou externo ao Sistema Único de Saúde.

Outro exemplo é o da limpeza urbana e do saneamento básico, em que grande parte das ações é de responsabilidade direta de outros órgãos, dentre eles as companhias de lixo urbano, o Ministério do Meio Ambiente, o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e o Conselho Nacional de Energia Nuclear. Mas como eles têm importância para a saúde, são de interesse direto ou indireto da vigilância sanitária. A ela interessa, principalmente, a geração, coleta, armazenamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde, dos medicamentos vencidos, dos resíduos industriais que são despejados voluntária ou involuntariamente nos rios e mananciais e que são capazes de contaminar o meio ambiente.

Pelo caráter do setor produtivo sujeito à vigilância sanitária, a circulação dos chamados “bens de saúde” (medicamentos, alimentos, produtos médicos) tem interfaces com outros ministérios,

como o de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior e o da Ciência e Tecnologia.

Agir em prol da cidadania e dos direitos do consumidor é uma das mais arrojadas e consequentes atribuições da vigilância sanitária, e o movimento dos consumidores tem sido importante fator indutor da ação da vigilância sanitária.

A vigilância sanitária integra o Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, e o trabalho conjunto com esses órgãos, bem como com o Ministério Público e a Promotoria Pública, melhora a efetividade das ações de vigilância sanitária.

Quando a Anvisa foi constituída, estruturou-se um novo campo de atuação, a vigilância sanitária de serviços de saúde, que, mesmo de forma pontual, já integrava a agenda de algumas vigilâncias sanitárias estaduais. Incorporaram-se ao escopo das ações da Agência outras iniciativas que se desenvolveram no âmbito de outras Secretarias do Ministério, tais como o controle de infecção em serviços de saúde e da qualidade e segurança do sangue.

Iniciativas como a constituição de uma rede de hospitais-sentinela para a notificação e a busca ativa de eventos adversos relacionados a produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, e outras voltadas para os processos de regulamentação e regulação sanitária internacional têm caráter permanente na agenda do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e, mais especificamente, na do seu órgão federal.



Saiba mais

Conheça um pouco mais sobre a rede de hospitais sentinela, seus objetivos, instrumento e os hospitais que participam dessa iniciativa. Acesse: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/index.htm>>. Outras iniciativas mais pontuais de assunção de algumas políticas – por exemplo, as voltadas à certificação e acreditação – têm estado na agenda da vigilância sanitária que, para eliminar ou minimizar riscos no consumo de produtos e na prestação de serviços, tem o cerne de seu trabalho no binômio “qualidade e segurança” de produtos, tecnologias e serviços.

A descentralização dos recursos federais e das ações

Com a criação da Anvisa, houve crescimento na dotação orçamentária e na execução orçamentária da vigilância sanitária federal. Suas receitas provêm do Orçamento Geral da União – 44,9% dos recursos em 2005 e de recursos próprios – principalmente arrecadação de taxas e multas que, no mesmo ano, corresponderam a 55,1% (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005).

Esse aumento da capacidade financeira da Anvisa, no momento da implementação da NOB SUS 01/96, propiciou repasses financeiros regulares e automáticos para estados e municípios. A partir de março de 1998, a título de incentivo, como componente do Piso de Atenção Básica, parte Variável (PAB Variável), os Municípios passaram a receber o Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS, também chamado de PAB VISA); a partir de agosto de 2000, os estados passaram a receber um valor *per capita* por habitante/ano denominado Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (MAC-VISA); depois de outubro de 2001, o repasse ficou conhecido pela sigla TFVS ou como MAC-fato gerador. Esse repasse representa a repartição do produto da arrecadação das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária recolhidas à Anvisa.

Fique atento(a):

Atenção, a sigla TFVS possui três significados diferentes, que dependem do contexto: Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária, Teto Financeiro de Vigilância Sanitária e, mais recentemente, Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

De 1998 a 2003, o financiamento federal das ações de vigilância sanitária ocorreu da seguinte maneira:

- ▶ repasses para os municípios com base em um valor *per capita* de R\$ 0,25 por ano, efetivados desde o primeiro semestre de 1998 a título de Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PBVS);
- ▶ repasses para os estados, compostos de duas parcelas:
 - ▶ repartição das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (TFVS ou MAC-fato gerador), a partir de outubro de 2001; e
 - ▶ repasse para o financiamento das Ações de Média e Alta Complexidades em Vigilância Sanitária (MAC-VISA), a partir de agosto de 2000.

A partir de dezembro de 2003, parte das ações básicas de vigilância sanitária – inspeções em estabelecimentos do comércio de alimentos; drogarias/ervanarias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental; estações rodoviárias e ferroviárias – passou a integrar a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS), ou as programações que sucederam a PPI/VS. Outra importante modificação, também em 2003, foi a entrada dos Municípios e de suas representações no processo de negociação da descentralização das ações e dos repasses financeiros federais.

As transferências para os estados eram condicionadas à adesão ao Termo de Ajustes e Metas (TAM), que compreendia a execução de certas atividades pactuadas. Essa indução resultou na estruturação e modernização de quase todos os serviços estaduais de vigilância sanitária. Eles ficariam com a responsabilidade de promover a descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito de seu território. Após 2003, a esfera municipal passou a tomar parte do processo de pactuação. Rompeu-se a regra até então estabelecida da interlocução privilegiada (quase exclusiva) da Anvisa com a esfera Estadual, sendo que para os Municípios, não houve vinculação das transferências financeiras para a realização



Saiba mais

Se for do seu interesse saber mais sobre o financiamento federal das ações de vigilância sanitária até 2006 ver De Seta e Silva (2006) Após 2006, com o Pacto de Gestão, as regras foram novamente alteradas, caracterizando uma instabilidade no financiamento.

de ações, nem mesmo as classificadas como de baixa complexidade (ou básicas).

A coordenação do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no final dos anos de 1990 e início de 2000, encontrou um contexto federativo diverso daquele dos anos de 1970. Tal como sucedeu na construção do SNVE, a construção do SNVS se iniciou pelo componente estadual. Mas, em curto espaço de tempo (três a cinco anos), passou a incorporar também as demandas municipais em um contexto democrático (DE SETA, 2007), o que representa um processo mais difícil do que sob um governo autoritário (ARRETCHE, 1999).

De todo modo, a coordenação federativa que, mediante o TAM contribuiu para a estruturação dos serviços estaduais, não chegou a se efetivar para a esfera Municipal. Até 2004, os Municípios recebiam os repasses federais sem ter o compromisso da realização de ações e sem que houvesse exigência de certificação, como aconteceu na vigilância epidemiológica. A incorporação de algumas ações de vigilância sanitária à PPI/VS e seus efeitos ainda não foram suficientemente analisadas.

PLANEJAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

De 2005 a 2007 tomou corpo um movimento que congregou os serviços de vigilância sanitária das três esferas de Governo, chegando à elaboração e à aprovação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). O PDVISA, que foi identificado como uma necessidade nas recomendações da 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, nasceu de uma deliberação do Comitê Consultivo Tripartite de Vigilância Sanitária e se desenvolveu em um processo de mobilização dos serviços de vigilância sanitária, com participação de algumas instituições acadêmicas. Esse plano contém um elenco de diretrizes, organizadas em cinco eixos, observe:

- ▶ organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no âmbito do SUS;
- ▶ ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes;
- ▶ a Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde;
- ▶ produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; e
- ▶ construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social.

Submetido e aprovado à CIT e ao Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007), o PDVISA foi publicado como Portaria MS/GM n. 1.052/07 (BRASIL, 2007a).

O mais importante é que, enquanto se desenvolvia o PDVISA, no âmbito mais geral da gestão se estava sendo processada a revisão normativa do SUS, que culminou no Pacto 2006 e na retomada de alguns instrumentos de planejamento, de avaliação e o relatório de gestão, no bojo do PlanejaSUS.

Você já ouviu falar do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)? É que o SUS, no contexto do Pacto de Gestão, buscou rever e sistematizar seus processos de planejamento. O intento foi promover a articulação desses processos nas três esferas de Governo, e em cada uma delas, com os instrumentos do planejamento da ação governamental. Esses instrumentos, previstos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000), são o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária anual (LOA).

Os instrumentos do PlanejaSUS são: (1) o plano de saúde de cada esfera de gestão, que apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos,

Os instrumentos, a legislação, as experiências e os Cadernos do PlanejaSUS estão disponíveis em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1098>.



expressos em objetivos, diretrizes e metas. Ele é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde; (2) a programação anual de saúde, em que são detalhadas as ações, as metas e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo plano; (3) o relatório anual de gestão, que apresenta os resultados alcançados com base no conjunto de indicadores da programação.

Saiba mais

Caso você queira saber mais sobre o PDVISA, acesse o “*Guia de orientações para a elaboração do plano de ação em vigilância sanitária*” (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2007), disponível em: <www.anvisa.gov.br/descentralizacao>.

Disso tudo resultou que os planos de ação da vigilância sanitária tivessem consonância com o que se discutia naquele momento, que eles se articulassem com os instrumentos mais gerais de planejamento governamental instituídos mediante a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2000) e que a Agência pudesse apoiar estados e municípios na elaboração desses planos de ação.

Para isso, desenvolveram-se instrumentos que foram publicados no *site* da Anvisa para garantir o cumprimento do estabelecido na Programação de Ações Prioritárias da Vigilância em Saúde (PAP/VS) de 2007. A meta era 100% dos Estados com planos de ação e 30% do total de Municípios.

UMA SÍNTESE: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO SUS

Depois do Pacto de Gestão, dois incentivos foram acrescentados ao componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, regulamentado pela Portaria MS/GM n. 204/07 (BRASIL, 2007d), utilizando o volume de recursos não repassados aos Municípios: um destinado ao componente dos Lacen que realiza análises de interesse da vigilância sanitária – Portaria n. 3.202/07 (BRASIL, 2007e), e o incentivo para gestão de pessoas – Portaria n. 3.080/08 (BRASIL, 2008b).

A sistemática da pactuação com os Municípios incluiu um “elenco norteador das ações de vigilância”, composto por ações classificadas como estruturantes (para organização e estruturação dos serviços municipais) e estratégicas (para controle e gerenciamento dos riscos sanitários).

E para que serve o Elenco norteador, além de seu objetivo de contribuir para estruturar o SNVS?

Serve para o rateio dos recursos federais, que se dá com base em dois componentes, denominados “piso estruturante e piso estratégico”, cuja contrapartida é a realização de alguma ação do elenco norteador nos seus dois componentes, conforme já especificado. De fato, são dois valores *per capita* diferentes, unificados nacionalmente.

Para o piso estruturante, partimos da avaliação segundo a qual o serviço estadual de vigilância sanitária está estruturado. Então, só os Municípios o recebem, no valor de R\$ 0,36 por habitante por ano, exceto para Municípios com até 20 mil habitantes (aproximadamente 75% do total de Municípios existentes), que recebem R\$ 7.200,00 por ano. O piso estratégico corresponde a um valor *per capita* de R\$ 0,21 por habitante/ano e pode ser destinado a estados e municípios.

Em resumo, as regras estabelecidas para os repasses federais no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária variaram bastante ao longo do período, mas permaneceram sem alterações em relação a não exigência de certificação pela esfera de Governo mais abrangente, e por ser utilizado para o cálculo dos montantes apenas um único valor *per capita* para todo o país.

Com a Portaria n. 3.252/09, alterações foram introduzidas no componente vigilância Sanitária, do bloco de financiamento da Vigilância em Saúde. Esse componente se divide em:



Saiba mais

Busque o Elenco Norteador das Ações de Vigilância Sanitária (publicado no Anexo IV da Portaria n. 1.998/07 (BRASIL, 2007c) e analise seu conteúdo. Você considera que as ações propostas pelo elenco norteador são capazes de estruturar essa área? À luz dos conhecimentos sobre o planejamento estratégico situacional (PES), o que você proporia para conferir maior potência aos planos?

- ▶ Piso Fixo de Vigilância Sanitária – PFVisa, que manteve a concepção de piso estruturante e piso estratégico, acrescido dos valores referentes ao incentivo financeiros dos Lacen (FINLACEN-Visa); e
- ▶ Piso Variável de Vigilância Sanitária – PVVisa, constituído por incentivos específicos, por adesão ou indicação epidemiológica, conforme normatização específica.

Os valores do PFVisa devem ser ajustados, a cada ano, de acordo com a população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O repasse dos recursos deve ser realizado em três parcelas anuais, nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica.

Em resumo, as regras estabelecidas para os repasses federais no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária variaram bastante ao longo do período, mas permanece sendo utilizado para o cálculo dos montantes apenas um único valor *per capita* para todo o país.

Algumas ações da vigilância sanitária podem gerar recursos fiscais pela fixação de taxas públicas ou pela cobrança de multas, em função de seu caráter de ação típica de Estado. Todavia, ela não deve ser vista como autossustentável financeiramente, pois isso gera um desvio potencialmente grave de sua finalidade de proteger a saúde. Por outro lado, a cobrança de taxa tem legitimidade, pois não cabe à sociedade em geral financiar a montagem de uma empresa ou zelar pelos seus interesses.

A imposição de taxas é uma prerrogativa do poder público, mas a taxa é captada contraprestação. Isso significa que ela é um valor recolhido previamente em função de uma ação a ser efetivamente realizada pelo Estado. Taxar não implica que a resposta final seja positiva para quem demanda (ou seja, a concessão de um registro ou de uma licença sanitária é demandada e a taxa é cobrada. Se a licença será concedida ou não, dependerá do resultado da avaliação realizada).

Resumindo



Nesta Unidade, tratamos da estruturação dos sistemas nacionais das vigilâncias do campo da saúde, que balizamos pelo contexto federativo e da saúde e pelo plano internacional, e delineamos o contexto de seu desenvolvimento. Demarcamos para os sistemas nacionais das vigilâncias em saúde e sanitária: alguns marcos iniciais, os processos de descentralização, aspectos do financiamento federal e seu estágio de desenvolvimento no SUS. Para a vigilância ambiental e para a vigilância em saúde do trabalhador, de introdução mais recente no sistema de saúde brasileiro. Demarcamos o seu surgimento e a localização do seu poder de polícia em outros setores da Administração Pública, que não o da saúde. Ressaltamos que a vigilância em saúde do trabalhador até o momento não buscou se conformar em um sistema, e sim uma rede que tem como objetivo a execução de uma atenção integral ao trabalhador (assistência, vigilância e promoção).



Atividades de aprendizagem

Vamos verificar como foi seu entendimento até aqui? Uma forma simples de verificar isso é você realizar as atividades propostas a seguir.

1. Do seu ponto de vista, qual seria a justificativa para a prioridade atribuída pela vigilância ambiental aos Municípios maiores para mapeamento de áreas de solo contaminado?
2. Uma função comum a todas as vigilâncias do campo da saúde é a chamada “regulação dos riscos”. Para esse tipo de regulação se faz necessária a constituição de sistemas. Por quê?
3. Falamos bastante sobre a PAVS, agora, visite o *site* da SVS/MS e busque identificar seus eixos e o conteúdo de suas ações. Verifique se é possível comparar o que foi pactuado para o seu Estado com o estabelecido nacionalmente.
4. De acordo com a Unidade de Aprendizagem cite duas finalidades do elenco norteador. Busque-as na internet e discrimine o seu conteúdo por tipo de ação.
5. Escolha um Município que tenha em torno de 50.000 habitantes. Suponha que ele tenha elaborado seu plano de ação da vigilância sanitária. Comente a relação entre os recursos federais a receber frente ao volume de atividades que podem ser pactuadas à luz do elenco norteador.