

## 5. A coordenação federativa na construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no Estado do Rio de Janeiro

Marismary Horsth De Seta  
Sulamis Dain  
Lenice Gnocchi da Costa Reis  
Vera Lúcia Edais Pepe

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SETA, M.H., *et al.* A coordenação federativa na construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e no Estado do Rio de Janeiro. In: UGÁ, M.A.D., *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 119-146. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415924.0007](https://doi.org/10.7476/9788575415924.0007). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

5

Marismary Horsth De Seta  
Sulamis Dain  
Lenice Gnocchi da Costa Reis  
Vera Lúcia Edais Pepe

O sistema regulatório da qualidade e segurança de produtos e serviços que interessam à saúde no Brasil, que se denomina vigilância sanitária, apresenta peculiaridades decorrentes do processo histórico de desenvolvimento do país, do regime federativo brasileiro e do sistema de saúde e de sua reforma. Analisar em profundidade e extensão esse sistema regulatório é tarefa de fôlego, que escapa aos objetivos deste capítulo.

Além disso, um esclarecimento adicional é necessário: este capítulo se refere à vigilância sanitária e à montagem de seu sistema nacional, mas há a questão da ‘vigilância da/na/em saúde’. Sobre essa é importante dizer que há uma polêmica sobre seu significado e sua manifestação na realidade concreta do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto no nível das práticas como no arcabouço institucional sanitário das três esferas de governo.<sup>1</sup>

No contexto brasileiro – marcado por desigualdades entre estados e regiões, por heterogeneidade estrutural dos entes federativos e pelo papel residual da esfera estadual, como é sobejamente conhecido –, é possível pensar em um papel diferenciado para essas esferas na construção do sistema nacional de vigilância sanitária levando em consideração suas características e seus requerimentos?

Na tentativa de responder a essa indagação, dos quatro princípios básicos que orientam qualquer sistema federativo – autonomia, coordenação, cooperação e equilíbrio estrutural (Amaral Filho, 1999) –, selecionou-se a coordenação. Ela é indispensável ao alcance da cooperação e, junto com a cooperação, visa a reduzir o desequilíbrio estrutu-

<sup>1</sup> Com foco na construção de sistemas locais de saúde e na reformulação do modelo assistencial, encontram-se sistematizadas três vertentes da chamada ‘vigilância da/à/em saúde’ (Teixeira, Paim & Vilasboas, 1998). A primeira equivale à análise da situação de saúde, a abranger doenças e agravos para além do tradicional na vigilância epidemiológica, às doenças transmissíveis. A segunda corresponde à integração institucional das vigilâncias epidemiológica e sanitária, e concretizou-se mediante a criação de estruturas de vigilância da/em saúde, nas esferas subnacionais, na primeira metade da década de 1990. A terceira pretende ser um modelo de atenção alternativo, com redefinição das práticas sanitárias e incorporação de outros sujeitos, inclusive a representação da população organizada. No seu nascedouro, a terceira vertente se detinha nos serviços de saúde, não integrando a vigilância sanitária. Há quem afirme, baseando-se na primeira vertente, que a vigilância sanitária não integra o campo da vigilância em saúde (Silva Junior, 2004).

ral e cabe principalmente às esferas de governo de maior abrangência pelo seu potencial redistributivo e redutor de desigualdades. Como o regime federativo é marcado por cooperação e competição entre entes dotados de autonomia, para o êxito do arranjo federativo é fundamental a compatibilização entre a autonomia de cada ente e a necessária cooperação entre eles (Abrucio & Costa, 1998), que se obtém mediante a coordenação federativa.

É a partir da coordenação federativa na perspectiva das esferas federal e estadual que se explora, neste capítulo, a montagem do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e se faz uma aproximação ao estado do Rio de Janeiro e a seus municípios, no que concerne à vigilância sanitária.

O texto está organizado da seguinte forma: Vigilância sanitária – características e requerimentos especiais; Indução federal – a norma como mecanismo de coordenação federativa; Coordenação federativa na construção do SNVS – agregando repasses financeiros e negociação; A vigilância sanitária no estado do Rio de Janeiro – estruturação dos serviços e coordenação federativa, até 2005; e, por fim, Considerações finais.

## **VIGILÂNCIA SANITÁRIA: CARACTERÍSTICAS E REQUERIMENTOS ESPECIAIS**

A vigilância sanitária é uma prática de saúde coletiva, típica do estado, que deve intervir sobre os riscos à saúde da população, sejam eles decorrentes do meio ambiente ou do processo de produção, comercialização e consumo de bens, bem como da prestação de serviços de interesse sanitário. Ela integra o SUS por determinação constitucional, mas, a despeito disso, não é realizada em todo o território nacional por todos os entes que constituem a federação. Dados do Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, realizado em 2004, apontaram para um número significativo de municípios – 746 ou 13,4% dos 5.564 existentes – sem esse tipo de serviço. Além disso, em 23,7% dos municípios que informaram possuí-lo, há apenas um trabalhador de vigilância sanitária.

A vigilância sanitária detém, historicamente, o poder de polícia administrativa no campo da saúde – sua face mais visível para a sociedade e que a legitima. Essa face assume a forma das ações de fiscalização e de inspeção sanitária. Todavia, a vigilância sanitária não deve ser reduzida ao poder de polícia, para o exercício do qual é necessário estar investido na função pública, o que se traduz em requerimentos específicos para essa força de trabalho em relação à formação profissional e ao tipo de vínculo. Quanto ao tipo de vínculo é necessário que os profissionais sejam agentes públicos (concursados ou comissionados investidos na função), senão seus atos podem ser invalidados. Os requerimentos técnicos são extensos para o controle sanitário dos objetos a ela sujeitos e, quanto à formação profissional, além dos aspectos técnico-científicos (sanitários ou referentes às tecnologias de produção e de processos de prestação de serviços), há os referentes ao campo da administração pública.

Mesmo que a vigilância sanitária não se reduza ao poder de polícia, é devido a esse poder que sua capacidade de intervenção sobre os problemas sanitários é assegurada. Seus modos de atuação, muito mais abrangentes que as ações de fiscalização sanitária, compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos,

autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade.<sup>2</sup> Os dois últimos tipos de atividades, educação em saúde e comunicação com a sociedade, são fundamentais. Mas, é dos dois primeiros que decorre o caráter regulatório, de regulação social – com impacto econômico – no campo da saúde.

Esse caráter regulatório implica que a vigilância sanitária não seja exercida por particulares e sim pelo Estado, o que contribui para que seja considerada como um bem público. Além disso, a vigilância possui outras características: não tem caráter excludente, todas as pessoas poderão usufruir dela de forma igual, sem custos adicionais; e não tem caráter de rivalidade, ou seja, a utilização por uma pessoa não diminui a sua disponibilidade para outra. Ademais, apresenta alta externalidade, ou seja, pela sua atuação ou omissão existem importantes efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Além dos potenciais benefícios sanitários gerados pela ação da vigilância sanitária no que concerne à qualidade e segurança de produtos e serviços colocados à disposição da população, tem se apontado efeitos positivos também em outros campos, notadamente no contexto da globalização da economia. Neste, o aumento dos chamados ‘riscos tecnológicos’ e a sua tendência a se espalhar, rápida e desigualmente, por diferentes espaços geográficos (Porto & Freitas, 1997; Bodstein, 2000; Rigotto & Augusto, 2007), impõem a necessidade de ação regulatória no âmbito nacional e internacional.

No âmbito internacional, ocorrem processos de “internacionalização da regulamentação sanitária” (Lucchesi, 2003), também chamada de harmonização da legislação sanitária. Estabelecida em foros multilaterais, a harmonização dessa legislação serve também para a preservação de interesses econômicos e para a obtenção de vantagens relativas aos países mais desenvolvidos que têm melhores sistemas regulatórios. A esse respeito, há que se considerar que a regulamentação sanitária funciona como uma barreira não alfandegária, não tarifária, ao comércio. Em face da defesa do ‘livre comércio mundial’, essas barreiras têm crescido em importância, ao mesmo tempo que os acordos multilaterais no âmbito do Acordo Geral sobre Pautas Aduaneiras e Comércio (Gatt) buscam estabelecer que elas se ancoram em evidências científicas, de difícil obtenção pelos países menos desenvolvidos. Por isso, melhores sistemas regulatórios contribuem para o aumento na competitividade, seja considerando a obtenção de produto de melhor qualidade e mais seguro, seja considerando a competição internacional por mercados no contexto da economia globalizada.<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Como a ênfase do texto é no caráter regulatório da vigilância sanitária, não se pretendeu esgotar todo o escopo das atividades realizadas. Por exemplo, não se encontram relacionadas de forma individualizada as atividades de investigação e identificação de riscos, vinculada à inspeção, nem de investigação de agravos e de surtos relacionados com os objetos sob seu controle. Também não se incluíram as atividades relacionadas ao monitoramento, seja de reações adversas, seja de processos.

<sup>3</sup> “Pode-se dizer que um bom sistema de regulamentação e controle sanitário é importante para uma política de bem-estar social e, também, que, nos países periféricos, ele sofre a mesma lógica de minimização em favor da competitividade econômica [em relação ao mercado interno]. Em termos econômicos, essa minimização favorece os países centrais que têm instituições mais fortes e melhores estruturas de regulamentação e controles sanitários, motivo pelo qual seus produtos gozam de credibilidade adicional. Sem barreiras alfandegárias, estes entram facilmente nos mercados dos países em desenvolvimento, onde o controle sanitário é deficiente e precário” (Lucchesi, 2003).

Frente a isso, cabe ao Estado promover a estruturação de um sistema nacional de vigilância sanitária que seja reconhecido, nacional e internacionalmente, por sua competência e capacidade regulatória, que facilite, não só a entrada dos produtos no mercado internacional, mas qualifique o mercado interno e garanta ao cidadão o direito de consumir produtos e serviços de saúde de qualidade.

## **INDUÇÃO FEDERAL: A NORMA COMO MECANISMO DE COORDENAÇÃO FEDERATIVA**

Nos últimos anos, a vigilância sanitária retomou espaço na agenda reformista da saúde. Essa retomada, que não se deu de forma contínua no tempo, ocorreu na medida em que se assume que, mesmo marginalmente, a vigilância integrou a agenda reformista na década de 1980 e, também por isso figura entre as competências do SUS na Constituição de 1988 (CF88).

Para essa retomada contribuíram a maior visibilidade de problemas sanitários relacionados à sua área de atuação, a (re)tomada da consciência de seu potencial de intervenção, o aumento do volume de recursos de que se passou a dispor e o processo de reforma do Estado brasileiro que propiciou a constituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), de caráter regulatório.<sup>4</sup> Entre as competências definidas para a Agência, mediante a lei n. 9.782/99 (Brasil, 1999) que a instituiu, consta coordenar o SNVS.

Embora se possam identificar, desde longa data, ações cooperativas entre os entes federados na resolução de algum problema do campo de atuação da vigilância sanitária, esse sistema é de constituição relativamente recente. Por exemplo, alguns diplomas legais da década de 1970 dispunham sobre o papel dos serviços de vigilância sanitária das esferas federal, estadual e municipal, mas só em meados dos anos 80 a necessidade de descentralização e de maior articulação entre os serviços correspondentes dessas três esferas de governo foi explicitada no Relatório da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, de 1986 (Brasil/MS, 1986).

A constituição do SNVS aflorou nos documentos legais em 1994 – quase vinte anos depois da instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), com a portaria n. 1.565 (Brasil/MS, 1994). Com ela, buscou-se romper com a fragmentação das ações de vigilância sanitária, epidemiológica e em saúde do trabalhador e, ainda, enfatizar a descentralização das ações como municipalização. Incorporavam-se às demais ações de saúde, inclusive as assistenciais, ao SNVS, e assumia-se o caráter intersetorial da vigilância

<sup>4</sup> A constituição da Agência ainda hoje suscita polêmica, tanto pelo seu modelo organizacional de autarquia especial dotada de elevada autonomia, independência financeira e de dirigentes que têm mandato definido, quanto pelas áreas de atuação que ela incorpora ou não. Todavia, desde o início de sua constituição, os dirigentes dos serviços estaduais da vigilância sanitária são unânimes em reconhecer que ela trouxe avanços significativos (Lucchesi, 2001). Abrucio (2005), ao ressaltar a capacidade de coordenação federativa das políticas pelo Ministério da Saúde, reforça que essa se associa à capacidade burocrática do governo federal, em que se destaca a reorganização administrativa, “com aperfeiçoamento do pessoal e constituição de duas agências reguladoras essenciais”, uma delas a Anvisa. A respeito da construção da Anvisa, ver Piovesan (2002).

sanitária, bem como a necessidade de sua articulação com outras instâncias. Nesse sentido, a concepção veiculada nessa portaria diferia do que veio a se implantar, em 2003, no Ministério da Saúde, com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), durante o primeiro Governo Lula.<sup>5</sup>

Essa secretaria estendeu sua influência na vigilância sanitária, por meio da instituição da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), que incorporava algumas ações básicas de vigilância sanitária (Brasil/MS, 2004a); da delegação de competência à SVS/MS para coordenar a avaliação do desempenho da Anvisa no que tange ao Contrato de Gestão, que rege as relações da Agência com o ministério da Saúde durante a gestão do ministro Humberto Costa; da formalização da competência da SVS/MS para “formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar o contrato de gestão da vigilância sanitária”, durante a gestão do ministro Agenor Álvares.

Entretanto, após quatro anos de vigência da portaria n. 1.565/94 (Brasil/MS, 1994), conclui-se que o SNVS apresentava incipiente processo de estruturação e de descentralização. A estrutura da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (então, 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 (Brasil/TCU, 1999).

Ademais, em relação à vigilância sanitária e ao seu sistema nacional, aponta-se para a “falta de mecanismos formais e legais de coordenação – no plano horizontal, para a construção conjunta de políticas e programas; no plano vertical, para a eficiência da comunicação e da ação de cada estado com o nível central”, a sugerir um arranjo sistêmico de baixo grau de coesão entre os componentes (Lucchesi, 2001: 274). Para essa coordenação poderia contribuir um (ainda inexistente) sistema de informações estruturado que interligasse os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo.

Efetivamente, o SNVS só começou a se conformar no final dos anos 90, quando foram descentralizados recursos financeiros para estados e municípios no bojo da implementação da Norma Operacional Básica (NOB/01/96) e criada a Anvisa. Essa criação pode ter correspondido ao incremento das condições institucionais por parte da esfera federal, necessárias para o processo de descentralização das políticas sociais alcançado no governo de Fernando Henrique Cardoso (Arretche, 2002).

No caso da vigilância sanitária, comparativamente a outras atividades que integram a política de saúde, a descentralização se inicia no contexto de ausência de políticas prévias

---

<sup>5</sup> No primeiro Governo Lula, em 2003, criou-se a SVS/MS, a partir do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). Em documento do Ministério da Saúde, o modelo implantado na gestão de Humberto Costa figura como sendo de integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Mas, na prática, vem se conformando como o que corresponde à análise da situação de saúde, em função da centralidade conferida à Epidemiologia e ao Controle de Doenças (ECD), seguindo o modelo de intervenção do Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

de cunho nacional que concorressem para a estruturação de serviços correspondentes nas esferas subnacionais (De Seta, 2007) e na vigência da CF88.<sup>6</sup> É importante observar que a CF88 recuperou as bases federativas do Estado, impactou o processo de descentralização das políticas públicas pela autonomia das esferas subnacionais (Arretche, 1999), colocando a necessidade de indução federal para essa descentralização. Acrescente-se a esse contexto a estrutura decisória do SUS, com representação das três esferas de governo, em que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) se constitui em potencial ponto de veto às políticas emanadas do governo central, o que implica na necessidade permanente de negociação para a implementação de projetos de mudanças.

A esse quadro complexo, soma-se a já citada precariedade estrutural do serviço federal de vigilância sanitária, bem como a baixa prioridade a ele atribuída, que pode ser ilustrada pelas baixas dotação e execução orçamentárias, conforme apontado por Lucchesi (2001).

A partir da implementação da NOB 01/96 que, pela primeira vez, passou a incluir critérios referentes à vigilância sanitária e sua descentralização, houve crescimento na dotação e na execução orçamentária do serviço federal – mormente com o crescimento de suas receitas próprias que, em 2005, já remontavam a 55,1% do total de receitas orçamentárias –, naquela conjuntura de implementação da NOB 01/96 que, pela primeira vez, passou a incluir critérios referentes à vigilância sanitária e sua descentralização. Com isso, propiciou-se a inauguração de repasses financeiros regulares e automáticos aos entes subnacionais, específicos para a vigilância sanitária.

Esses repasses financeiros representam um dos mecanismos que favorecem a chamada coordenação federativa, de responsabilidade das esferas mais abrangentes de governo, indispensável ao alcance da cooperação entre os entes. As transferências financeiras intergovernamentais podem permitir o planejamento de uma política nacional de desenvolvimento e a redução das desigualdades, por meio da redistribuição de recursos entre entes da mesma esfera de governo (Abrucio, 2002, 2005). A Anvisa exerceu de forma diferenciada, para estados e municípios, essa coordenação federativa no desenvolvimento do SNVS, e para esses entes subnacionais, em diferenciados graus ao longo dos últimos dez anos, conforme será abordado a seguir, cujas repercussões ainda não foram plenamente avaliadas.

## **COORDENAÇÃO FEDERATIVA NA CONSTRUÇÃO DO SNVS: AGREGANDO REPASSES FINANCEIROS E NEGOCIAÇÃO**

Anteriormente se mencionou que as transferências financeiras intergovernamentais representam um dos mecanismos para o exercício da coordenação federativa que servem

<sup>6</sup> Uma das atividades referidas nesse parágrafo é a vigilância epidemiológica, cuja estruturação sistêmica tem seu marco na V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, e na legislação correspondente (decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976). A descentralização das ações de vigilância epidemiológica, nos anos 90, encontrou a esfera estadual minimamente estruturada pela existência de políticas prévias, tais como a Campanha de Erradicação da Varíola na década de 1960; e pela forte coordenação federativa possível durante o governo militar, bem como pelo cofinanciamento desse sistema pelas esferas subnacionais (De Seta, 2007).

ao desenvolvimento de programas de âmbito nacional, de natureza redistributiva. Os outros dois mecanismos são: a fixação de regras e normas legais para decisão e atuação compartilhadas e o estabelecimento de fóruns federativos.

A coordenação federativa exercida pela esfera federal para desenvolvimento do SNVS, no caso pela Anvisa, variou substancialmente nos últimos dez anos, principalmente no aspecto das relações de caráter financeiro, sendo diversa nos períodos 1998 a 2003; 2004 a 2006; e após o Pacto de Gestão, a partir de 2006.

De 1998 a 2003, ocorreu um processo *sui generis* de descentralização dos recursos financeiros e das ações de vigilância sanitária.<sup>7</sup> Essa descentralização, diferentemente do ocorrido para as ações de assistência à saúde, teve por base um processo de “estadualização”, em vez de municipalização. Levcovitz, Lima e Machado (2001), ao se referirem à descentralização das vigilâncias sanitária e epidemiológica, afirmam:

Apesar de a NOB SUS 01/96 ter abordado essas duas áreas, além da assistência, em uma tentativa de integração global da política de saúde, na prática as três áreas seguiram regulamentações específicas, sendo os dispositivos da NOB aplicados praticamente só à descentralização da assistência. (Levcovitz, Lima & Machado, 2001: 289)

Todavia, o modelo de classificação por complexidade e custo empregado no campo das ações assistenciais serviu de referência para a vigilância sanitária classificar suas ações.<sup>8</sup> Mas, o relevante é que as transferências de recursos federais mediante convênios perderam importância relativa, e repasses automáticos e regulares de recursos passam a ser feitos para as vigilâncias sanitárias das esferas subnacionais, após 1998, com a implementação da NOB 01/96.<sup>9</sup>

O período de 1998 a 2003 pode ser caracterizado pela interlocução preferencial – quase exclusiva – com a esfera estadual, embora as transferências regulares e automáticas para os municípios também ocorressem. Na negociação, exceto nos momentos de formalização dos acordos nas comissões intergestores, a esfera estadual era representada, segundo delegação dos secretários estaduais, pelos dirigentes dos respectivos serviços de vigilância, integrantes da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass).

<sup>7</sup> *Sui generis* principalmente por dois motivos: centrou-se no reforço a esfera estadual; e seguiu regras próprias. A descentralização das ações de vigilância sanitária após a NOB 01/96 seguiu regras próprias. Embora adotando a classificação das ações de vigilância segundo níveis de complexidade, a exemplo da área assistencial, não se vinculou a realização das ações assim classificadas à certa modalidade de gestão na qual o ente estava enquadrado (De Seta & Silva, 2006).

<sup>8</sup> Mediante a portaria SAS n. 18, de 21 de janeiro de 1999 (Brasil/MS, 1999), as ações de vigilância sanitária foram classificadas em: baixa (ações básicas), média e alta complexidades. Não se estabeleceu correspondência entre a complexidade das ações e a modalidade de gestão em que estava enquadrado o ente subnacional, nem se fixou tabela para remuneração.

<sup>9</sup> Na NOB SUS 01/93 foram mencionadas algumas responsabilidades quanto à vigilância sanitária para estados e municípios, ao pleitearem certas condições de gestão. Todavia, no país como um todo, não houve avanço significativo na organização descentralizada da vigilância sanitária em decorrência de sua implementação, o que se pode atribuir a não se contar sistematicamente com os outros dois mecanismos de coordenação federativa: os fóruns federativos e as transferências financeiras regulares.



A esfera municipal passou a receber recursos federais repassados fundo a fundo, a partir do primeiro semestre de 1998. O montante correspondia a um valor *per capita* de R\$ 0,25, multiplicado pela população residente. Esse montante representava uma fração do PAB variável, o Incentivo às ações Básicas de Vigilância Sanitária – também conhecido como Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS ou PAB/Visa), destinado ao custeio das ações básicas de vigilância sanitária.

Em 2000, pesquisa encomendada pela Anvisa apontou que 68% dos municípios informaram possuir serviço municipal de vigilância sanitária, ao passo que 78% informaram uma pessoa responsável pelas ações de vigilância sanitária. Dos que não possuíam serviço de vigilância sanitária, 55% dos municípios tinham até 10.000 habitantes; 27%, entre 10.000 e 50.000 habitantes; 15%, entre 50.000 e 100.000 habitantes. Quanto aos recursos financeiros, 65,7% dos municípios informaram ter conhecimento do repasse do PBVS, sendo que nos municípios de até 10.000 habitantes, esse percentual se reduzia para 55%. Quanto ao uso dos recursos do PBVS, 50% dos municípios declararam reservá-los exclusivamente ao órgão ou a ações de vigilância sanitária. O uso de fontes adicionais para as ações de vigilância sanitária foi referido por 39% dos municípios da amostra (Nescon/UFGM, 2000).

Representando um valor nominal relativamente pequeno no volume total de transferências para a saúde, esses repasses financeiros do PBVS tinham livre uso pelas municipalidades e não se acompanhavam de condicionalidades ou compromissos de execução de metas. Portanto, embora estivesse presente um dos três mecanismos de se exercer a coordenação federativa, no caso, as transferências financeiras, essa foi relativamente mais frágil para os municípios que para os estados.

A relação com os estados, nesse período, era mediada pelo Termo de Ajuste e Metas (TAM), pactuado entre a Anvisa e cada estado, que continha metas a serem alcançadas, tanto finalísticas, centradas na inspeção sanitária, quanto organizativas (De Seta & Silva, 2001). Essas metas finalísticas do TAM – estabelecidas conjuntamente – configuravam uma cooperação vertical que guardava correspondência com a missão da esfera federal e com seus próprios compromissos de redução dos riscos à saúde.

Os repasses federais para os estados compunham-se de duas parcelas: 1) valor *per capita* de R\$ 0,15 por ano, multiplicado pela população de cada unidade federada; e 2) valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS) por fato gerador.<sup>10</sup> Da aplicação desses critérios, valor *per capita* estadual e TFVS, resultavam os tetos financeiros para o financiamento das ações de média e alta complexidades, que cabiam a cada estado, já que, via de regra, eram eles que executavam essas ações. Mas, para fomentar a descentralização no âmbito dos estados, estava previsto que, do valor *per capita* de R\$ 0,15/habitantes/ano multiplicado pela população de cada unidade federa-

<sup>10</sup> Fato gerador: ação que gera a receita arrecadada. Para o cálculo do valor nominal da segunda parcela, classificavam-se os estados segundo o número dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados por macrossetor de atuação (medicamentos, alimentos e tecnologia em serviços de saúde), cada um com peso diferenciado. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em relação aos macrossetores e à procedência das taxas recolhidas determinava o valor destinado a cada estado.

da, destinados aos estados, no mínimo R\$ 0,06/habitantes/ano seriam repassados aos municípios como incentivo à municipalização.

Assim, mediante o TAM, os estados passaram a receber: 1) a partir de agosto de 2000, o repasse de fração da TFVS, recolhida pela Anvisa; e 2) a partir de outubro de 2001, também, outro repasse para o financiamento das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária (MAC-Visa). Além da execução das ações, com esses recursos muitos estados empreenderam a modernização de sua infraestrutura, de forma que os repasses federais possibilitaram um processo, ainda que desigual, de estruturação dos serviços de vigilância sanitária, mormente na esfera estadual.

Dentre os fatores que podem ter contribuído para a eleição desse modelo de descentralização no período 1998-2003, que reforçava a esfera estadual, pode-se supor: 1) a ocorrência de certo pragmatismo da direção da Anvisa em escolher pactuar com 26 estados, em vez de incorporar ao processo o quantitativo existente de municípios, ou a sua visão de que descentralizando para os estados, estes fariam o processo de descentralização para os municípios; 2) o respaldo político assegurado à Anvisa na gestão de José Serra, o que a legitimava no processo de negociação; e 3) o papel de negociação política, assumido pela Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass.

A coordenação federativa pela esfera federal com base em transferências financeiras, normas legais, compromissos negociados que podem configurar atuação compartilhada – inspeção pelo estado integrando o processo, por exemplo, de concessão de registro de medicamentos –, resultou na estruturação e modernização dos serviços estaduais de vigilância sanitária.

Os serviços estaduais ficariam com a responsabilidade de promover a descentralização das ações de vigilância sanitária no âmbito de seu território. A avaliação por parte da Anvisa de que isso não ocorreu a contento, bem como a existência de saldos financeiros dos recursos repassados aos estados,<sup>11</sup> motivou a introdução da esfera municipal no processo de pactuação, em 2003, rompendo-se a regra, até então estabelecida, da interlocução privilegiada com a esfera estadual. É provável que dois outros fatores também tenham influenciado essa decisão da Anvisa: a experiência prévia na gestão municipal do então diretor-presidente e certa crise enfrentada pela Anvisa no novo governo eleito.<sup>12</sup>

Em 2002, constituiu-se o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária (CIT/Visa) da CIT. Esse comitê, que funcionou até abril de 2006, era formado pelos cinco diretores da Anvisa; cinco representantes da Câmara Técnica do Conass, coordenadores de vigilância sanitária dos estados; e cinco representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de

<sup>11</sup> Nessa época, a baixa execução não era exclusiva da vigilância sanitária. Três estados e o Distrito Federal apresentaram execução financeira dos recursos do VigiSus, em 2003, abaixo de 50%, e 14 estados executaram entre 50 e 70 % dos recursos (CIT, reunião de 18/09/2003).

<sup>12</sup> Sua característica organizacional de autarquia especial, bem como sua condição de agência reguladora, podem ter-lhe criado dificuldades de relacionamento no âmbito do Ministério no novo governo que se instituiu. Este era portador de um discurso de redução da autonomia na definição da política setorial pelas agências, mais direcionado àquelas que fazem regulação econômica. Esse discurso foi amplamente veiculado na imprensa e em fóruns específicos.

Saúde (Conasems).<sup>13</sup> Ele procedeu à discussão de novas diretrizes para descentralização e financiamento que, após a aprovação pela CIT, transformaram-se na portaria GM, n. 2.473, de 29 de dezembro de 2003 (Brasil/MS, 2004a), então uma nova regra para o exercício da coordenação federativa na construção do SNVS.

A portaria GM, n. 2.473 (Brasil/MS, 2004a), cuja implementação se fez sentir a partir de 2004, definiu as responsabilidades das três esferas de governo quanto ao sistema, fluxos de decisão para descentralização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária e mudanças nos repasses federais, com incorporação da esfera municipal ao processo.

Com ela estabeleceu-se, para os municípios que pactuassem a execução das ações de média e alta complexidades, após aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação pela CIT, um valor diferenciado repassado fundo a fundo. Esse valor era composto por: valor mínimo de R\$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser deduzido do teto estadual; e valor de R\$ 0,10 (dez centavos) *per capita*/ano, a ser alocado pela Anvisa. Assim, embora ainda de pequena monta, os recursos repassados aos municípios que pactuassem aumentaram, perfazendo um mínimo *per capita* de R\$ 0,20, em parte à custa da redução dos repasses para os estados, em parte ao repasse complementar de R\$ 0,10 por habitante/ano, aportado pela Anvisa. Como resultado dessa política, 791 municípios, dos 5.564 existentes, aderiram à descentralização das ações de média e alta complexidades.

Com o Pacto de Gestão, de 2006, as diretrizes para a organização e o financiamento do setor saúde se modificam,<sup>14</sup> passando os recursos da vigilância sanitária a integrar o bloco de financiamento da vigilância em saúde. À regulamentação dos blocos de financiamento, contida na portaria GM, n. 204, de 29 de janeiro de 2007 (Brasil/MS, 2007a), segue-se a portaria, n. 1.998, de 21 de agosto de 2007 (Brasil/MS, 2007b) que regulamentou, especificamente, o componente ‘vigilância sanitária’ do bloco de financiamento da vigilância em saúde. Os critérios estabelecidos nessa portaria se mantiveram para 2008, na portaria n. 133, de 21 de janeiro (Brasil/MS, 2008).

Entre as principais modificações introduzidas após o Pacto de Gestão, principalmente em 2007, podem ser enumeradas: a extinção da classificação das ações de vigilância sanitária por nível de complexidade (com base na portaria SAS, n. 18) e do TAM; a instituição de um elenco norteador que contém dois grupos de ações – ações de estruturação e fortalecimento da gestão e ações voltadas ao gerenciamento do risco sanitário; a instituição de dois tipos de pisos para os municípios – estruturante e estratégico; e de um piso estratégico para os

<sup>13</sup> O Conasems não tinha, à época, uma Câmara Técnica de Vigilância Sanitária, como a do Conass. A partir de 2003, passa a ter um Núcleo de Promoção e Vigilâncias em Saúde.

<sup>14</sup> Algumas mudanças importantes vinham ocorrendo antes mesmo do Pacto de Gestão, no processo de revisão normativa do SUS. Pela portaria, n. 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004 (Brasil/MS, 2004b) revogaram-se a exigência de habilitação municipal para recebimento dos recursos do PAB, inclusive os de sua parte variável, e os respectivos critérios, exceto para os municípios que ainda não recebiam recursos fundo a fundo à época. Estabeleceu-se como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal (art. 4º) e definiram-se as responsabilidades na gestão e execução das ações de saúde por parte dos municípios e do Distrito Federal, dentre elas a “execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes”.

estados. O volume de recursos destinados aos estados e municípios, calculados conforme a seguir, compõem, respectivamente, os Tetos Financeiros de Vigilância Sanitária (TFVISA) a serem transferidos aos estados e aos municípios.

O TFVISA transferido aos estados resulta do cálculo do Piso Estratégico, somando-se duas parcelas: 1) valor *per capita*, calculado à razão de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano; 2) TFVS, repartida conforme critérios definidos e publicados na portaria n. 1.998, de 22 de agosto de 2007 (Brasil/MS, 2007). Para os estados menos populosos, com até 2.142.587 habitantes, a parcela I corresponde a R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais), o Piso Estadual de Vigilância Sanitária.

O TFVISA transferido aos municípios resulta da soma de dois pisos: 1) Piso Estruturante, calculado pelo valor *per capita* a razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano (ou para municípios com até 20 mil habitantes, um valor mínimo de R\$ 7.200,00 por ano). Esse piso se refere ao segmento estruturante do Elenco Norteador das Ações de Visa; 2) Piso Estratégico, calculado pelo valor *per capita* a razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano. Esse piso corresponde ao segmento de Gerenciamento do Risco do Elenco Norteador das Ações de Visa.

A efetividade e os efeitos da coordenação federativa após o Pacto de Gestão só poderão ser avaliados futuramente.

## **A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS E COORDENAÇÃO FEDERATIVA**

Conforme se afirmou anteriormente, a instituição do SNVS, mediante a portaria, n. 1.565/GM (Brasil/MS, 1994), não teve efeitos práticos de monta sobre sua organização e seu financiamento. Somente na vigência da NOB 01/96 e com a coordenação da Anvisa, com o aporte de recursos regulares e automáticos, os serviços estaduais de vigilância sanitária iniciam processo de modernização de suas estruturas e adequação de práticas. Esse processo, que não foi homogêneo em todo o país, foi acompanhado de maior ou menor grau de descentralização das ações para os municípios, nos diversos estados. Mas, antes mesmo da criação da Anvisa, alguns estados da federação empreenderam esforços para descentralizar algumas ações de vigilância sanitária para os municípios, entre esses, o Rio de Janeiro.<sup>15</sup>

Aqui são examinados aspectos do processo de descentralização das ações no estado do Rio de Janeiro, até 2005. Esse estado modernizou significativamente o seu serviço de vigilância sanitária que teve, por período relativamente longo, uma mesma direção, configurando relativa estabilidade no cargo (mais de oito anos), ligado diretamente ao gabinete do secretário. Esses dois aspectos conjugados são relativamente raros de serem

<sup>15</sup> O Paraná foi um dos primeiros estados a descentralizar para os municípios as ações de vigilância sanitária. Nesse estado, o grau de descentralização de todas as políticas públicas é maior que o do restante do país. A descentralização representou uma política que perpassou vários governos, independentemente de seu matiz ideológico.

encontrados no panorama nacional. Além disso, esse estado concentra o segundo maior parque produtivo de medicamentos do país, bem como a maior rede de serviços assistenciais públicos de saúde. Considerando os riscos potenciais envolvidos no processo de produção, circulação e consumo de bens e de prestação de serviços assistenciais de saúde, que não se restringem à sua jurisdição, é fundamental para o SNVS que esse sistema estadual esteja estruturado e em funcionamento.

A seguir se apresenta o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária com base nas normas federais e estaduais que pretenderam regê-lo e o financiamento federal da descentralização, e se analisam alguns dados de receitas e gastos municipais. Estes se referem aos nove municípios do estado do Rio de Janeiro que, em 2004, pactuaram a assunção das ações de média complexidade em vigilância sanitária, no contexto da portaria GM, n. 2.473/2003 (Brasil/MS, 2004a).

Vale ressaltar que: nos orçamentos e balanços públicos, as despesas são classificadas por funções e subfunções para atender ao objetivo de explicitar em que áreas de ação governamental a despesa será (orçamento) ou foi realizada (balanço público); a atual classificação se baseia na portaria n. 42, do então Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 1999); essa classificação é de aplicação comum e obrigatória nas três esferas de governo e possibilita a consolidação nacional dos gastos do setor público; a função 'saúde' tem seis subfunções a ela vinculadas, mas aqui se enfatiza a subfunção vigilância sanitária.

Em 2002 e 2005, a vigilância sanitária estadual do Rio avaliou a situação das vigilâncias sanitárias municipais. A avaliação de 2002, que se estendeu até 2004, abrangeu 89 serviços de vigilância sanitária (exceto Macuco, Quissamã e São João da Barra). Em 2005, os 92 municípios do estado foram avaliados, e se concluiu que houve melhoria nos órgãos municipais de vigilância sanitária em relação à avaliação anterior, mas que a maioria dos serviços municipais ainda apresentava dificuldades que impossibilitavam o adequado desenvolvimento das ações de vigilância sanitária (De Seta, 2007: 125, 126). Os resultados dessas duas avaliações foram revisados e analisados comparativamente, como se segue.

### **A Descentralização das Ações e os Gastos Informados na Subfunção Vigilância Sanitária**

A resolução n. 562/SES, de 26 de março de 1990 (SES/RJ, 1990), ainda na época do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), dispôs sobre a descentralização de ações de controle sanitário dos alimentos, centrando-se na realização, pelos municípios, de inspeções no respectivo comércio. As secretarias municipais de saúde poderiam expedir intimações, impor penalidades, inclusive multa, ter livre ingresso em todos os lugares para exercer suas ações, e se valerem dos termos oficiais.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Os termos oficiais compreendem: Termo de Visitas, de Coleta de Amostras, de Intimação e de Inutilização; e os autos: de Infração, de Multa, de Apreensão e Depósito. Esses instrumentos são necessários à documen-

Todavia, os mecanismos de financiamento e as condições de implementação da descentralização não estavam definidos, e a descentralização foi recebida de forma burocrática pela maior parte dos municípios (Cohen, Lima & Pereira, 2006). As Normas Operacionais do SUS editadas até 1996 não incluíam a descentralização da vigilância sanitária, e o aporte de recursos federais para a área se dava por convênio, modalidade inadequada para financiar ações contínuas.

Na NOB SUS 01/96, que passou a ter efeitos práticos em 1998, foram incluídos requisitos relacionados à vigilância sanitária e aos mecanismos de financiamento para suas ações com repasses regulares e automáticos. Seguindo o modelo utilizado no campo da assistência à saúde, as ações de vigilância sanitária foram classificadas em alta, média e baixa complexidades (portaria SAS, n. 18 – Brasil/MS, 1999).<sup>17</sup>

Alguns mecanismos de financiamento previstos na NOB 01/96 não foram regulamentados e implementados, tais como o Programa Desconcentrado de Vigilância Sanitária (PDVS) e o Índice de Valorização do Impacto das Ações de Vigilância Sanitária (Ivisa) – destinado aos estados –, mas foi implementado o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PBVS), destinado aos municípios (Levcovitz, Lima & Machado, 2001). Para os estados instituíram-se os TAM, assinados com a Anvisa; e mediante estes, os repasses de parte das TFVS, recolhidas à Anvisa; e o repasse para custeio das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária (MAC-Visa).

Os municípios passaram a receber o PBVS, de valor *per capita* de R\$ 0,25, repassado fundo a fundo, a partir do primeiro semestre de 1998. Os estados passaram a receber: o PBVS dos municípios que não o recebiam fundo a fundo, a partir de março de 1998; o repasse referente às MAC-Visa, a partir de agosto de 2000; a TFVS, a partir de outubro de 2001.

De março a dezembro de 1998, destinaram-se ao estado do Rio de Janeiro, relativo ao mês de competência: a título de PBVS, R\$ 1.734.923,37; de agosto a dezembro de 2000, R\$ 862.959,90, como MAC-Visa; de outubro a dezembro de 2001, R\$ 2.691.494,94, como TFVS (valores integralizados a partir de dados do Fundo Nacional de Saúde). O conjunto de municípios do estado recebeu o montante da multiplicação do valor *per capita* de R\$ 0,25 pela população, descontando-se o valor do PBVS que foi repassado ao estado até o final de 1998.

Ainda em 1998, o órgão estadual de vigilância sanitária do estado do Rio de Janeiro, no contexto de sua reestruturação, reiniciou o processo de descentralização das ações

---

ção do processo administrativo, que precisa ser escrito e formal, bem como à própria execução do mesmo.

<sup>17</sup> Os procedimentos de baixa complexidade em vigilância sanitária, ou procedimentos básicos, na portaria SAS n. 18 (Brasil/MS, 1999), correspondiam ao grupo 05 do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e incluíam inspeção em: depósitos de alimentos e saneantes, rodoviárias e estações ferroviárias, drogarias e ervanarias, serviços de saúde sem internação, estabelecimentos de massagem e estética, educação e comunicação em vigilância sanitária etc. Os de média complexidade incluíam inspeção em indústria de alimentos e saneantes, clínicas de vacinação, consultório com vacinação etc. Os de alta complexidade, terapia renal substitutiva, indústria de medicamentos, hospitais, quimioterapia, estabelecimentos que lidam com radiações ionizantes etc.

de vigilância sanitária. Emitiu-se a resolução SES n. 1.262, de 8 de dezembro de 1998 (SES/RJ, 1998), que delegou competência para 25 secretarias municipais de saúde, visando à concessão, revalidação e cassação de licença de funcionamento e fiscalização de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. Foram incluídos os seguintes estabelecimentos: os de comércio farmacêutico, à exceção dos importadores; os estabelecimentos assistenciais de saúde sem internação, e ainda os estabelecimentos comerciais de ótica e os serviços de radiodiagnóstico odontológico e estabelecimentos médico-veterinários; estabelecimentos de massagem e de estética, de comércio de aparelhos médicos e de veículos de transporte de pacientes.

Até 2003, os mecanismos de financiamento ficaram inalterados, e a descentralização da vigilância sanitária se deu mediante pacto da Anvisa com os estados, que se responsabilizariam pelo processo de descentralização das ações e dos recursos financeiros no âmbito do seu território.

No Rio de Janeiro não ocorreram esses repasses financeiros do estado aos municípios. Ressalte-se que, no Plano Plurianual do estado do Rio de Janeiro no período de 2000 a 2003 (PPA 2000/2003), bem como no do período 2004 a 2007, figura a ação 'estruturação do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária'. Ela compreende, além da estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária, a construção de três laboratórios no interior do estado para complementar a atuação do laboratório Noel Nutels. Entretanto, essa ação sempre teve baixa execução orçamentária.

Em 2003, o processo de descentralização das ações e dos recursos destinados à vigilância sanitária passou a seguir a portaria GM n. 2.473, 29 de dezembro de 2003 (Brasil/MS, 2004a), a partir da qual se abriu aos municípios a possibilidade de pactuar com a Anvisa, mediante a intermediação da esfera estadual. A definição dos municípios a pactuarem as ações de média e alta complexidades seria de responsabilidade da CIB, observados os seguintes critérios: habilitação em uma das condições de gestão na NOB/SUS 01/1996 ou Noas 01/2002; pleito pelo gestor municipal à CIB; programação das atividades de média e alta complexidades a serem executadas pelo município; comprovação da estrutura e equipe técnica para realizar as ações pactuadas; e existência de conta específica no Fundo Municipal de Saúde. Manteve-se o teto financeiro dos estados para a vigilância sanitária, previsto desde 2001 (portaria n. 145/GM, de 31 de janeiro de 2001), que abrangia os recursos financeiros destinados a cada estado e a seus municípios.

Para os estados, o montante constitui-se do somatório de duas parcelas: valor *per capita* de R\$ 0,15 por ano, multiplicado pela população de cada unidade federada; e valor proporcional à arrecadação das TFVS por fato gerador. Para o cálculo do valor nominal da segunda parcela, classificavam-se os estados segundo o número dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária, agrupados por macrossetor de atuação (medicamentos, alimentos e tecnologia em serviços de saúde), cada um com peso diferenciado. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em relação aos macrossetores e à procedência das taxas recolhidas determinava o valor destinado a

cada estado (portaria GM n. 2.473, já citada). Da aplicação desses critérios – valor *per capita* estadual e TFVS – resultavam os tetos financeiros para o financiamento das ações de média e alta complexidades, que cabia a cada estado, já que, via de regra, eram eles que executavam essas ações.<sup>18</sup>

Com a edição da Noas SUS 01/2002, que reforçava o papel da esfera estadual, o Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (CVS/SES/RJ) iniciou a avaliação dos serviços municipais de vigilância sanitária do estado, que se estendeu até o final de 2003, visando à adequação a essa norma. Entretanto, as regras para os repasses federais referentes à vigilância sanitária iriam se modificar e, em 2003, já estava em funcionamento o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT.<sup>19</sup> Este, conforme visto anteriormente, passou a ser um espaço de representação também dos interesses municipais.

Em 2004, os municípios que assumiram a realização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária, além do PBVS, pela portaria GM, n. 2.473/2003 (Brasil/MS, 2004a) passaram a receber a importância correspondente ao somatório das seguintes parcelas: a) valor mínimo de R\$ 0,10 *per capita*/ano, a ser deduzido do teto estadual; e valor de R\$ 0,10 *per capita*/ano, a ser alocado pela Anvisa. Os recursos para os municípios aumentaram, perfazendo um mínimo *per capita* de R\$ 0,20, em parte à custa da redução dos repasses para os estados. Como resultado da política consubstanciada nessa portaria, inicialmente 616 municípios do país aderiram à descentralização das ações de média e alta complexidades, e apenas nove situavam-se no estado do Rio de Janeiro. Essa portaria focalizava apenas a pactuação das ações de média e de alta complexidades, e as ações básicas eram remetidas ao âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), instituída pouco antes (Brasil/SVS, 2003).

De posse do resultado das avaliações de 2002 e 2005, e na vigência da portaria GM n. 2.473 (Brasil/MS, 2004a), o estado do Rio de Janeiro pactuou na CIB a descentralização de ações de média complexidade e editou a resolução SES n. 2.655 (SES/RJ, 2005), de 2 de fevereiro de 2005. Esta delegou competências para nove municípios executarem ações de média complexidade: Itaboraí, Nilópolis, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Belford Roxo, São João de Meriti, Niterói, São Gonçalo e Rio de Janeiro. Descentralizou-se, assim, o controle sanitário de casas de repouso, casa de idosos e asilos; posto de coleta para análises clínicas (extra-hospitalar); laboratório de análises clínicas, citopatologia e anatomia patológica (extra-hospitalar); serviços de radiodiagnóstico médico extra-hospitalar. Nenhum município do estado pactuou a execução das ações de alta complexidade em vigilância sanitária.

<sup>18</sup> Em 2004, ao estado do Rio de Janeiro, com uma população de 14.879.118 habitantes em 2003, coube um teto financeiro de R\$ 6.712.356,90, formado por R\$ 2.231.867,70 – primeira parcela; e R\$ 4.480.489,20 – segunda parcela (portaria 439/GM, 16 de março de 2004).

<sup>19</sup> Integrado pelos cinco diretores da Anvisa, cinco representantes da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conass – todos eles coordenadores estaduais de vigilância sanitária, e cinco representantes do Conasems. Entre esses, dois secretários municipais de saúde. Ressalte-se que o Conasems não tem uma Câmara Técnica de Vigilância Sanitária, como o Conass, e sim, um Núcleo de Promoção e Vigilância (em Saúde).



Na pactuação das ações de média complexidade do Rio de Janeiro, diferentemente do que ocorreu no nível nacional, predominaram os municípios com mais de 100.000 habitantes. Com isso, os municípios acabaram por receber um montante equivalente a R\$ 0,45 *per capita* (incluso o PBVS).

A distribuição dos repasses federais, em 2005, para os nove municípios do estado do Rio que pactuaram a execução das ações de média complexidade em vigilância sanitária, encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Repasses para os municípios que pactuaram a média complexidade. Rio de Janeiro - 2005

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2005	PBVS	MAC (FNS+ANVISA)	REPASSE TOTAL VISA
São Sebastião do Alto	8.747	R\$ 2.186,75	R\$ 1.714,20	R\$ 3.900,95
Italva	12.531	R\$ 3.132,75	R\$ 2.515,44	R\$ 5.648,19
São José do Vale do Rio Preto	21.662	R\$ 5.415,50	R\$ 4.090,08	R\$ 9.505,58
Nilópolis	150.968	R\$ 37.742,00	R\$ 30.472,56	R\$ 68.214,56
São João do Meriti	464.327	R\$ 116.081,75	R\$ 91.355,52	R\$ 207.437,27
Niterói	474.046	R\$ 118.511,50	R\$ 93.325,68	R\$ 211.837,18
Belford Roxo	480.695	R\$ 120.173,75	R\$ 91.440,24	R\$ 211.613,99
São Gonçalo	960.841	R\$ 240.210,25	R\$ 185.080,32	R\$ 425.290,57
Rio de Janeiro	6.094.183	R\$ 1.523.545,75	R\$ 1.194.816,24	R\$ 2.718.361,99

Fonte: Elaboração própria a partir da Brasil/MS (2005); IBGE (2005).

A Tabela 2 evidencia as despesas declaradas na subfunção vigilância sanitária, no Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e na Secretaria do Tesouro Nacional - Finanças Municipais do Brasil (Finbra), para os municípios que pactuaram a descentralização. Destaca-se que os municípios de São Sebastião do Alto e São José do Vale do Rio Preto não têm seus dados informados em ambos os sistemas em 2005.

Ressalte-se que o fato de não constar a realização de despesas não significa necessariamente gasto zero. É que nesses dois sistemas o zero equivale, também, a valor não informado. Algum gasto provavelmente é realizado pelo poder público municipal, no mínimo com as despesas com pessoal, que são declaradas em outra subfunção, não integrante das chamadas subfunções vinculadas à saúde (atenção básica, assistência hospitalar, suporte terapêutico e profilático, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição).

Tabela 2 – Gastos informados na subfunção vigilância sanitária e receitas transferidas para municípios selecionados. Rio de Janeiro – 2005

MUNICÍPIO	SIOPS 2005	FINBRA 2005	REPASSE FEDERAL TOTAL
Italva	6.262,61	6.262,61	5.648,19
Nilópolis	14.126,00	14.126,00	68.214,58
São João de Meriti	39.465,86	62.166,00	207.437,27
Belford Roxo	129.041,59	133.600,60	211.613,99
São Sebastião do Alto	170.088,92	Não informado	3.900,95
São Gonçalo	184.780,95	0,00	425.290,57
Niterói	192.196,83	246.352,83	211.837,18
Rio de Janeiro	14.813.415,10	16.871.721,03	2.718.361,99
São José do Vale do Rio Preto	Não informado	0,00	9.505,58

Fonte: De Seta (2007: 133).

Constata-se, em primeiro lugar, quão díspares são os dados informados nos dois sistemas, exceto para os municípios de Italva e Nilópolis. O município em que os dados informados ao Siops e ao banco de dados de Finbra são mais discrepantes é São João de Meriti, seguido de Niterói. Esse município se destaca novamente pelo patamar em que se situa a discrepância entre os valores informados nos dois sistemas, o que faz com que ele, em relação apenas aos dados do Finbra, apresente gastos superiores aos montantes transferidos.

Em segundo lugar, à exceção dos municípios de Italva e do Rio de Janeiro, os gastos declarados não ultrapassam os montantes transferidos pela esfera federal aos municípios. Isso parece corroborar Lucchesi, que, ao citar a pesquisa do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon), afirma em relação ao PBVS que, “com percentuais bastante semelhantes nos municípios de todos os portes, só 50% dos municípios declararam reservar os recursos do PAB/Visa exclusivamente ao órgão ou a ações de vigilância sanitária” (Lucchesi, 2001: 21). A propósito, referindo-se à descentralização das ações de vigilância em Feira de Santana (BA), Juliano e Assis (2004) também apontam esse problema. Como no caso do Rio de Janeiro são abordados municípios que também recebem recursos para a média complexidade, fica o questionamento sobre a destinação efetiva, também desses recursos, para a vigilância sanitária.

Além dos repasses federais, as vigilâncias sanitárias do estado e dos municípios podem, por seu poder de polícia administrativa no campo da saúde, cobrar taxas e impor multas. Dos municípios que pactuaram a descentralização das ações, apenas três arrecadam taxas decorrentes da ação da vigilância sanitária. Entretanto, a não declaração da arrecadação dessa receita não significa que o poder impositivo não seja utilizado, e sim que, se captadas, essas receitas não são individualizadas em relação ao total arrecadado com o exercício do poder de polícia.

A Tabela 3 mostra os municípios que informaram ao Siops a arrecadação de taxa de fiscalização em vigilância sanitária e sua importância em relação ao conjunto de taxas

referentes ao exercício do poder de polícia pelos municípios do estado do Rio. Em destaque, em negrito, os três municípios que pactuaram a descentralização das ações de média complexidade.

Tabela 3- Importância relativa da arrecadação da taxa de fiscalização em vigilância sanitária pelos municípios do estado. Rio de Janeiro – 2005

MUNICÍPIO	PODER DE POLÍCIA	TFVS PRÓPRIA	IMPORTÂNCIA % DA TFVS
Angra dos Reis	210.914,66	11.512,91	5
Barra Mansa	768.780,31	33.694,51	4
Cantagalo	46.220,86	8.946,27	19
Duque de Caxias	3.548.364,33	1.913.870,61	54
Guapimirim	5.542,33	5.542,33	100
Marica	372.463,88	47.338,22	13
Mesquita	116.882,31	12.762,89	11
<b>Niterói</b>	<b>3.626.473,31</b>	<b>35.654,21</b>	<b>1</b>
Paraíba do Sul	276.970,93	39.252,02	14
Piraí	85.274,02	83.101,28	97
Resende	240.209,85	66.558,24	28
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>39.521.289,87</b>	<b>6.494.214,96</b>	<b>16</b>
<b>São João de Meriti</b>	<b>1.592.083,25</b>	<b>57.376,83</b>	<b>4</b>
São Pedro da Aldeia	396.628,59	3.288,95	1
Saquarema	487.440,50	18.591,27	4
Tanguá	101.386,25	76.576,92	76
Teresópolis	1.741.078,11	312.762,92	18
Valença	90.967,09	6.606,90	7
Vassouras	107.172,14	7.639,74	7
Volta Redonda	9.317,00	9.317,00	100

Fonte: De Seta (2007: 135).

A importância da TFVS em relação ao total de taxas arrecadadas com o exercício do poder de polícia é extremamente variável e só consta essa arrecadação em vinte dos 92 municípios do estado. Chamam a atenção os municípios de Guapimirim e Volta Redonda, onde a TFVS corresponde à totalidade declarada das taxas arrecadadas, seguidos de Piraí (97%). Em oito municípios dos vinte, a TFVS corresponde a menos de 10% do total arrecadado com o exercício do poder de polícia. Nesses se destacam Niterói (1%) e São João do Meriti (4%) que, com população superior a 400.000 habitantes, têm um grande número de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária e teriam potencial de arrecadação superior. Entretanto, a tabela revela a ausência de municípios grandes que não informaram arrecadação da TFVS. Dentre eles, São Gonçalo, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Campos, Petrópolis, Magé e Itaboraí, para citar apenas os que têm mais de 200.000 habitantes.

## A Estruturação dos Serviços Municipais no Estado do Rio de Janeiro

A análise comparativa das duas avaliações dos serviços municipais de vigilância sanitária aponta que:

### 1. Quanto à coordenação dos órgãos municipais e seus recursos humanos

Os aspectos de evolução mais satisfatória foram: aumento de 26 para 47% no percentual de equipes com pelo menos um farmacêutico – considerando a descentralização das inspeções do comércio de medicamentos, essa variável é importante; investidura do coordenador na função, de 20 para 64% dos serviços avaliados. Entretanto, permaneceu quantitativamente inalterado o percentual de órgãos de vigilância sanitária sem coordenação instituída (4%). O tempo de experiência profissional na gestão da vigilância municipal reduziu-se significativamente da primeira para a segunda avaliação, ao passo que a escolaridade do coordenador da vigilância municipal aumentou, pela substituição dos coordenadores de nível médio (11,2% na primeira avaliação e 6% na segunda) por profissionais de nível superior de outras categorias profissionais que não a medicina veterinária.

Em 2005, 39% eram contratados e 1%, terceirizado. Considerando-se que o percentual de contratados na primeira avaliação era de 35%, presume-se que a regularização da situação dos coordenadores municipais se deu à custa de contratação. Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que, se não for acompanhado de investidura em cargo comissionado, não lhes assegura fé pública.

Embora o percentual de municípios com equipe multiprofissional tenha se mantido inalterado, esse dado está prejudicado, visto que a definição de equipe multiprofissional variou nas duas avaliações. Na primeira considerava-se equipe multiprofissional aquela composta de três ou mais categorias profissionais. Na segunda, considerava-se a equipe mínima constante da legislação. A equipe mínima nas vigilâncias municipais vem sendo acrescida de profissionais da rede local de serviços em tempo parcial na vigilância sanitária, principalmente farmacêuticos.

### 2. Quanto à estrutura dos serviços municipais

Algumas variáveis evoluíram positivamente, tais como: conexão à Internet (de 54 para 73%); órgãos com pelo menos um veículo (68 para 85%) e órgãos com área física adequada (de 34 para 46%); contudo, elas ainda estão distantes de serem satisfatórias. Ressalte-se que, nos serviços municipais de vigilância, os computadores são frequentemente compartilhados com outros setores das secretarias, o que foi considerado como positivo na avaliação realizada em 2005. Mesmo assim, em 2005, 11% dos serviços avaliados não possuíam sequer um computador para uso em serviço.

Para a inserção do serviço de vigilância sanitária municipal na estrutura do governo municipal, os critérios adotados foram: consta ou não consta no organograma da secretaria municipal de saúde (SMS), não sabe informar, e SMS sem organograma. Cinco SMS não tinham organograma; em três municípios a resposta correspondeu a 'ignorado'; em 12 municípios o órgão de vigilância sanitária não consta do organograma da SMS.

Sabe-se do caso do município do Rio de Janeiro, cujo órgão de vigilância sanitária, durante o período de 2001 até 2008, não integrava a estrutura da SMS, e sim a da Secretaria de Governo, tendo sido retirada a competência do secretário municipal de Saúde no que concerne à vigilância sanitária.<sup>20</sup> Em função desse caso cabe a indagação: onde, na estrutura governamental municipal, os outros 11 órgãos municipais de vigilância sanitária estão inseridos? E isso é preocupante, em função do preceito constitucional da vigilância sanitária como competência do SUS.

### 3) Quanto ao desenvolvimento de ações

As variáveis relativas à existência de cadastro de estabelecimentos, utilização de roteiros de inspeção e ao conhecimento do coordenador sobre a destinação de recursos do PBVS ao órgão foram os que apresentaram crescimento significativo, respectivamente de 52 para 73%, de 38 para 55%, de 60 para 74%. Entretanto, apesar dessa relativa melhoria, esse cadastro deveria figurar na totalidade dos municípios avaliados, visto constituir compromisso da PPI-VS com a meta de cobertura de 100% dos estabelecimentos cadastrados para o estado do Rio de Janeiro (PPI-VS/2005).

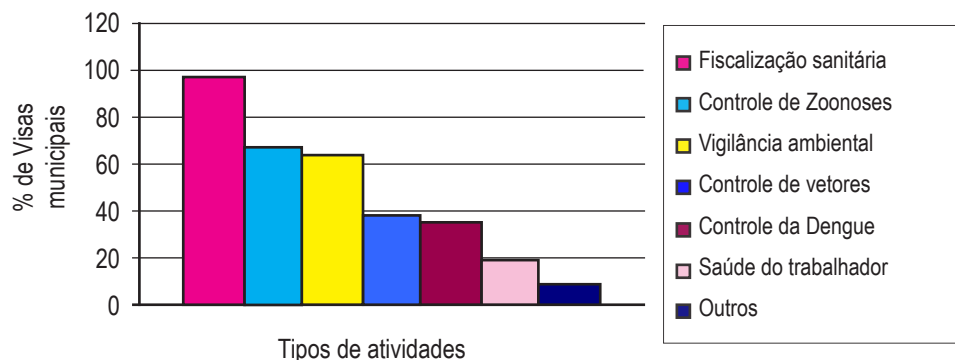
O escopo das ações desenvolvidas pelos serviços municipais de vigilância sanitária foi investigado em 2005: 78% dos municípios realizam fiscalização de alimentos; 55% fiscalizam medicamentos; 37% fiscalizam serviços de saúde; 68% fiscalizam outros serviços, no que se incluem as inspeções de rodoviárias e creches. Ressalte-se que a inspeção de rodoviárias e creches consiste em metas pactuadas na PPI-VS, com a cobertura de 100% dos estabelecimentos, sendo os parâmetros de duas e de uma inspeção anual, respectivamente, para rodoviárias e creches (PPI-VS/2005).

Das vigilâncias sanitárias municipais, 82% e 80%, respectivamente, na primeira e segunda avaliação, declararam realizar ações educativas, as quais representavam a principal atividade desenvolvida pelo órgão. Essas ações educativas, entretanto, referem-se ao controle da dengue, da qualidade da água ou a atividades desenvolvidas junto às equipes do Programa de Saúde da Família.

A gama de ações desenvolvidas pelos serviços municipais de vigilância sanitária, em 2005, encontra-se demonstrada no Gráfico 1.

<sup>20</sup> Conforme o decreto n. 19.546, de 6 de fevereiro de 2001, do prefeito César Maia. “Considerando a vigência do decreto n. 19.546 de 6 de fevereiro de 2001, que delegou ao secretário municipal de governo as competências outrora atinentes ao secretário municipal de Saúde no que tange às ações da Superintendência de Controle de Zoonoses, Vigilância e Fiscalização Sanitária, notadamente para as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Vigilância Sanitária e pela Divisão de Engenharia Sanitária (...)” (Resolução SMG n. 542, de 11 de maio de 2001).

Gráfico 1 – Atividades informadas pelos serviços municipais de vigilância sanitária. Rio de Janeiro – 2005



Fonte: De Seta (2007).

A atividade mais frequentemente informada pelas vigilâncias sanitárias municipais corresponde à ‘fiscalização sanitária’, mas é surpreendente que 3% dos serviços avaliados declararam não realizá-la. Talvez isso se explique pelo entendimento dessa atividade como sendo exercida por ‘fiscais’, e/ou pelo reconhecimento do seu não enquadramento como ‘agente público investido na função’ pela precariedade dos vínculos trabalhistas, e/ou pela não realização sequer das atividades relacionadas ao comércio de alimentos, o que representaria a mais grave hipótese. Grave também é o uso de termos oficiais por apenas 74% das vigilâncias municipais, quando ele seria obrigatório para abertura dos processos administrativos que integram o processo de trabalho da vigilância sanitária.

A segunda atividade em ordem de importância é o controle de zoonoses, realizado por 68% dos serviços municipais de vigilância sanitária do estado. A terceira classificada como ‘vigilância ambiental’ se concentra basicamente em ações de controle da qualidade da água, o que corrobora a afirmação segundo a qual o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde “adquire variadas configurações organizacionais, ora integrando departamentos de epidemiologia, ora em órgãos de vigilância sanitária, ora como departamentos autônomos” (Barcellos & Quitério, 2006).

O quarto tipo de atividades em ordem de importância é o controle de vetores, realizado por 39% dos serviços municipais de vigilância sanitária, e que figura separadamente do Programa de Combate à Dengue.

### **Uma Tentativa de Síntese: descentralização, coordenação e cooperação federativas na vigilância sanitária, no âmbito do estado do Rio de Janeiro, até 2005**

A descentralização das ações de controle sanitário de alimentos, ensejada pelo serviço estadual de vigilância sanitária, mediante a publicação da resolução n. 562/90 (SES/RJ, 1990), careceu de efetiva coordenação pelas esferas estadual e federal. Não se previram mecanismos de incentivo, e a assunção dessas atividades dependeu da vontade política dos municípios. O segundo movimento de descentralização, após o início dos repasses do PBVS para os municípios, não logrou a constituição de serviços de vigilância sanitária em todos os municípios do Rio de Janeiro, mas essa situação se dava também no nível nacional, notadamente nos pequenos municípios.<sup>21</sup>

No estado do Rio de Janeiro, a vigilância estadual parece ter empreendido esforços para a descentralização das ações para os municípios após a publicação da resolução n. 1.268/98 – avaliações dos serviços municipais de vigilância, promoção de fóruns de discussão, iniciativas de capacitação das vigilâncias municipais, inclusive no campo da gestão, realizados em parceria com outras instituições. Por causas que podem ser buscadas na sua própria necessidade de estruturação; ou pelo não estabelecimento do repasse financeiro como estímulo à municipalização, mediante condicionais, o fato é que o serviço da esfera estadual não conseguiu exercer a coordenação federativa na construção do sistema no seu âmbito, embora tenham ocorrido avanços parciais na estruturação dos serviços municipais do estado do Rio de Janeiro após 1998.

Juliano e Assis (2004), ao analisar a situação do município de Feira de Santana, na Bahia, além de dificuldades no relacionamento com a esfera estadual e sua instância regional – instância regional que inexistia no estado do Rio –, apontam para a necessidade de revisão da política de descentralização da vigilância sanitária em nível local. Os autores ressaltam que o processo de descentralização no município do estudo se caracteriza “por variações cíclicas de avanços e recuos, a depender dos interesses políticos e das relações estabelecidas entre os atores sociais responsáveis pela sua efetivação” e “ausência de um projeto político para uma gestão descentralizada das ações de Vigilância Sanitária no município” (Juliano & Assis, 2004).

No Rio de Janeiro, as relações financeiras ocorreram somente a partir da esfera federal, tanto para os municípios quanto para o estado. A cooperação financeira vertical entre o estado e os municípios, no caso da vigilância sanitária, não ocorreu. A transferência de recursos financeiros, no caso da relação entre a esfera federal e a municipal, desacompanhada do estabelecimento de metas a serem alcançadas, se possibilitou a proliferação de serviços municipais de vigilância, parece ter resultado na utilização dos recursos financeiros destinados à área em outras atividades, conforme se pode inferir dos gastos declarados

<sup>21</sup> A pesquisa realizada pelo Nescon/UFMG, anteriormente citada, dois anos após a instituição de repasses do PBVS, apontou que recebiam esse incentivo, mas não tinham serviços municipais de vigilância sanitária: 55% dos municípios com população até 10.000 habitantes; 27% dos que tinham entre 10 mil e 50.000 habitantes; e 15% dos municípios com população entre 50 mil e 100.000 habitantes.

pelos nove municípios do estado do Rio de Janeiro, menores que os montantes repassados. Aliás, um aspecto frequentemente veiculado na fala de coordenadores municipais de vigilância sanitária de vários estados do país.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vigilância sanitária durante muito tempo se manteve à margem do processo mais geral de pactuação do SUS, e se pode afirmar que ela é uma das políticas na saúde que nasceram centralizadas, e assim permaneceram durante muito tempo. Em estados federativos, a assunção da gestão das políticas públicas pelas unidades subnacionais ocorre por: iniciativa própria; adesão a programa proposto por outra esfera de governo mais abrangente; e determinação constitucional (Arretche, 1999).

A determinação constitucional da vigilância como competência do SUS, que existe desde 1988, não parece ter tido peso determinante no processo de descentralização das ações. Essa inferência não decorre de certo juízo de valor, até porque se pensa que, por questões de estrutura e de contexto, dificilmente teria sido diferente por três argumentos principais, que, extremamente imbricados, são tratados nesse momento separadamente.

Em primeiro lugar, a esfera federal, ou melhor, o serviço federal de vigilância não reunia condições institucionais, antes do final dos anos 90, para contribuir na coordenação federativa da construção do SNVS. Ao mesmo tempo, para a vigilância sanitária inexisteram políticas prévias que deixassem um legado, tal como o que a Campanha de Erradicação da Varíola dos anos 60 deixou para o SNVE.

Em segundo, a coordenação federativa do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no final dos anos 90 e início dos 2000, encontrou um contexto federativo diverso daquele dos anos 70, em que foram lançadas as bases do SNVE. A estruturação do componente estadual que, como na vigilância epidemiológica, se iniciou pela esfera estadual, para a vigilância sanitária, requereu pactuação e incorporação das demandas estaduais; posteriormente também das municipais – o município se torna um ente federativo apenas em 1988 –, o que representa um processo mais sinuoso do que sob um governo autoritário (Arretche, 1999). Um maior número de entes a participar do processo aumenta e complexifica o desafio do exercício da coordenação federativa e, sendo assim, reforça a necessidade de coordenação também pela esfera estadual.

Em terceiro, as características da vigilância sanitária pela sua natureza regulatória e de bem público em face do contexto em que se desenvolve o SNVS. No seu componente de ação típica de Estado, a vigilância se caracteriza por alta externalidade, para cujo controle se requer uma coordenação efetiva na ação, sem a qual é grande a possibilidade de os riscos à saúde não serem reduzidos ou eliminados. Os requerimentos técnicos e funcionais colocados para a sua força de trabalho, dentre os quais a necessidade de se ter agentes públicos relativamente protegidos em função do nível potencialmente alto de conflitos, são fatores que sugerem a necessidade de uma ação de coordenação e cooperação também



regionalizada. Em resumo, sendo uma política com requerimentos difíceis de serem alcançados pela totalidade dos entes federados no médio prazo num contexto com elevado grau de heterogeneidade estrutural e funcional dos entes federativos, e de natureza regulatória, como se prescindir da coordenação efetiva (e da cooperação) também da esfera estadual?

Na federação brasileira, a cooperação – vista como mais desenvolvida no campo da saúde que de outras políticas públicas – precisa ainda ser incrementada no sentido vertical (sobretudo entre o estado e os municípios localizados na sua jurisdição), e no sentido horizontal (entre estados; entre regiões; entre municípios). No caso do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 a 2007, o Plano Plurianual continha a ação de ‘estruturação do sistema estadual de vigilância sanitária’ e era previsto, mediante as normas federais que regiam o processo de descentralização, o repasse de parte dos R\$ 0,15 *per capita* como estímulo à municipalização. Todavia, a cooperação financeira com os municípios por parte da esfera estadual, no Rio de Janeiro, não ocorreu até 2005. Se, por um lado, dessa análise da situação desse estado não se pode fazer generalizações, por outro, se pode afirmar que, em relação à baixa cooperação financeira por parte dos estados na montagem do SNVS o Rio não representa um caso único no país.

A coordenação federativa no âmbito da vigilância sanitária exercida pela esfera federal, principalmente no período 1998 a 2003, mediante o PBVS para a esfera municipal e pelo TAM para os estados, se fez presente, embora com distintos graus de ênfase e sucesso, como se viu anteriormente. De todo modo, duas coisas são marcantes: o modelo de descentralização adotado para a vigilância sanitária, diferenciado em relação ao adotado no campo da assistência à saúde, privilegiou a esfera estadual, e que os repasses federais destinados a vigilância sanitária contrariaram o sentido, também, do quadro da partilha federativa, que beneficiou a esfera municipal, e nesta, principalmente os pequenos municípios (Gomes & Mac Dowell, 2000; Prado, 2001; Fávero, 2004).

Diferentemente de Arretche (2002), julga-se que essa coordenação possibilitou a incorporação dessa área da saúde pública na agenda municipal. Mediante o PAB variável, introduziram-se requisitos relativos à vigilância sanitária para habilitação municipal e repasses financeiros regulares e automáticos para as vigilâncias das esferas subnacionais. Entretanto, o processo eminentemente político de habilitação municipal não privilegiou os requisitos para a área, e o incentivo financeiro, de baixo valor *per capita*, não era atraente a ponto de motivar a execução do conjunto de ações básicas, bem como não se deu o efetivo acompanhamento por parte das esferas de governo mais abrangentes. Nesse sentido, ela não assegurou a realização do conjunto das ações básicas de vigilância sanitária, na medida em que não foram negociados compromissos de alcance de metas como contrapartida a esse tipo de repasse. Também não possibilitou uma repartição mais equânime dos recursos transferidos, pois afóra a captação diferenciada da repartição das taxas de fiscalização por parte dos entes subnacionais, valeu o critério populacional com um valor *per capita* homogêneo para todo o país. Essa estratégia do valor homogêneo pouco ou nada contribui para a redução das desigualdades na distribuição espacial de serviços e de sua prestação entre regiões e localidades, mas, em contrapartida, previne possíveis conflitos redistributivos de curto prazo no processo.

Para os estados, a coordenação exercida pela esfera federal possibilitou a estruturação dos seus serviços próprios de vigilância sanitária, e o estado do Rio de Janeiro é um bom exemplo disso, sendo inegável a melhoria do serviço no período em pauta. Além da construção do SNVS no plano nacional ser iniciativa relativamente tardia, outras causas contribuem para explicar a debilidade da coordenação pela esfera estadual. Dentre essas, sua recente estruturação e sua dependência das respectivas máquinas administrativas pouco eficientes; a debilidade da maioria dos municípios – principalmente os pequenos – para assumir essa ação de Estado; a regra mais geral do federalismo brasileiro que condiciona uma instância estadual frágil, de caráter residual; as transferências do PBVS não vinculadas a compromissos de execução de ações gerando dispersão dos recursos financeiros – pequenos se considerados os municípios pouco populosos; vultosos se considerados os dispêndios para a totalidade do estado.

No caso do Rio de Janeiro, acrescentam-se a essas causas comuns o não estabelecimento da cooperação financeira por parte do estado, a dependência da vigilância estadual em relação aos repasses federais pelo baixo aporte de recursos próprios – as taxas arrecadadas pela ação da vigilância continuam fluindo para o Tesouro Estadual, apesar dos esforços da direção do CVS – e a inexistência de instância regional, mesmo para a gestão da saúde. Além disso, a comparação entre os repasses federais aos municípios e o gasto declarado na subfunção apontaram indícios de gasto dos recursos destinados à vigilância sanitária em outras ações, o que pode não ser restrito a esse estado, visto haver uma fala recorrente de coordenadores municipais de vigilância sanitária de vários estados brasileiros nesse sentido e alguma menção a isso nas referências pesquisadas.

A escassa capacidade de coordenação da esfera estadual no âmbito de sua jurisdição, portanto, fragiliza a construção federativa do SNVS. Além dos requisitos técnicos há necessidade de superar: as discussões sobre se tal ou qual ente tem ou não dependência de transferências financeiras, até porque essa se afigura como uma falsa questão (De Seta, 2007); o apego extremado ao modelo ou formato de descentralização adotado para as ações de assistência à saúde visto que ele não parece ser adequado, pela natureza diversa da vigilância sanitária; a polarização da discussão entre centralização X descentralização, autonomia X coordenação, como se fossem situações em permanente oposição, antagônicas e absolutas.

Por fim, no plano nacional, há o risco de a coordenação exercida pela Anvisa, formalmente estabelecida em dispositivo legal, vir a se enfraquecer com uma tendência ao deslocamento do centro de decisão para a SVS/MS, que tem como projeto político a construção do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, numa concepção que prioriza a epidemiologia e o controle de doenças – ou seja, construído com base na concepção da vigilância em saúde como análise da situação de saúde.

As mudanças na esfera federal repercutem nas demais, como se sabe, há algum tempo. São esperadas modificações institucionais nas esferas subnacionais de governo – e já estão ocorrendo desde 2003 – que, como afirma Medeiros (*apud* Abrucio, 1998),

tendem a se organizar à semelhança da esfera federal para obter maior facilidade no recebimento de auxílio técnico e das verbas federais. Todavia, a imprescindibilidade da ação regulatória no campo da saúde no que concerne à qualidade e segurança parece assegurar a permanência dessa prática tradicional, que se renova, para além do horizonte temporal dos governos.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. *Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, USP, 1998.
- ABRUCIO, F. L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, F. L. & LOUREIRO, M. R. (Orgs.). *O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC*. Brasília: MP, Seges, 2002. (Parte 2)
- ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, 24: 41-67, 2005.
- ABRUCIO, F. L. & COSTA, V. M. F. *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. 2. ed. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998. (Série Pesquisas, n. 12)
- AMARAL FILHO, J. O quadrilátero do federalismo: uma contribuição para a compreensão do federalismo imperfeito no Brasil. *Revista Econômica do Nordeste –REN*, 30 (número especial): 876-895, 1999.
- ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14(40): 111-141, 1999.
- ARRETCHE, M. T. S. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociedade*, 23(80): 25-48, 2002.
- BARCELLOS, C. & QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*, 40(1): 170-177, 2006.
- BODSTEIN, R. Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In: ROZENFELD, S. (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- BRASIL. Lei n. 9.782, de 26 jan. 1999a. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 jan. 1999.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Auditorias do Tribunal de Contas da União. n. 10, ano 2. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria n. 42, de 14 abr. 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1o do art. 2o e § 2o do art. 8o, ambos da lei n. 4.320, de 17 mar. 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 abr. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. MS/SNVS - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1, 1986. *Relatório Final*.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.565/GM, de 26 ago. 1994. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, estabelece a competência das três esferas de governo e as bases para a descentralização das ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 29 ago. 1994.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS n. 18, de 21 jan. 1999. Inclui os componentes de tipo de prestador, tipo de atendimento e grupo de atendimento associados aos respectivos procedimentos, conforme especificado no Anexo I. *Diário Oficial União*, Brasília, n. 19, p. 18-96, jan. 1999. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.473/GM, de 29 dez. 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 02 jan. 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 432/GM, de 22 de março de 2005. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento de ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária para estados, municípios e Distrito Federal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.023/GM, de 23 set. 2004b. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2023\\_23\\_09\\_04.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria2023_23_09_04.pdf)>. Acesso em: 09 set. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 204/GM, de 29 jan. 2007a. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*, Brasília, 31 jan. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.998, de 21 ago. 2007b. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do componente Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 ago. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 133, de 21 jan. 2008. Atualiza a regulamentação dos repasses financeiros federais do componente Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21. jan. 2008.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução normativa n. 1, de 8 de dezembro de 2003. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 48, 9 dez. 2003.
- COHEN, M. M.; LIMA, J. C. & PEREIRA, C. R. A. A vigilância sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. & O'DWYER, G. (Orgs.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- DE SETA, M. H. *A Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo*, 2007. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- DE SETA, M. H. & SILVA, J. A. A. A gestão em vigilância sanitária. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1, 2001, Brasília. *Caderno de Textos...* Brasília: Anvisa, 2001.
- DE SETA, M. H. & SILVA, J. A. A. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E. & O'DWYER, G. (Orgs.). *Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- FÁVERO, E. *Desmembramento Territorial: o processo de criação de municípios, avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais*, 2004. Tese de Doutorado, São Paulo: Departamento de Engenharia de Construção Civil, Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.
- GOMES, G. M. & MAC DOWELL, M. C. *Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social*. Brasília: Ipea, 2000. (Texto para Discussão, n. 706).

- IBGE. *Metodologia das estimativas das populações residentes nos municípios brasileiros para 1o de julho de 2005*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\_Projecoes\_Populacao/Estimativas\_2005>. Acesso em: 2 de jun 2009
- JULIANO, I. A. & ASSIS, M. M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2): 493-505, 2004.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- LUCCHESI, G. *Globalização e Regulação Sanitária*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- LUCCHESI, G. A internacionalização da regulamentação sanitária. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2): 537-555, 2003.
- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (NESCON/UFMG). Desenvolvimento e organização das ações básicas de Vigilância Sanitária em municípios brasileiros, a partir da implantação do PBVS: um estudo exploratório. *Relatório de Pesquisa*. Belo Horizonte, 2000.
- PIOVESAN, M. F. *A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- PORTO, M. F. de S. & FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos ambientais: perspectivas para o campo da saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, supl. 2: S59-S72, 1997.
- PRADO, S. *Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil*. São Paulo: Ebap, Fundação K. Adenauer, 2001. (Trabalho elaborado no contexto do Projeto Descentralização Fiscal e Cooperação Financeira Intergovernamental, sob coordenação do Prof. Fernando A. Resende)
- RIGOTTO, R. M. & AUGUSTO, L. G. S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, supl. 4: S475-S485, 2007.
- SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 562, de 26 mar. 1990. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de alimentos, do comércio de drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes domissanitários e o controle sanitário das construções em geral pelas Secretarias Municipais de Saúde. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 29 mar. 1990.
- SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 1.262, de 08 dez. 1998. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 08 dez. 1998.
- SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Diagnóstico situacional dos órgãos municipais de vigilância sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, jan. 2004. (Mimeo.)
- SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES, n. 2.655, de 02 fev. 2005. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública. *Diário Oficial do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro.
- SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Sanitária. Diagnóstico situacional dos órgãos municipais de vigilância sanitária do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005. (Mimeo.)
- SILVA JUNIOR, J. B. *Epidemiologia em Serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*, 2004. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. & VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII (2): 7-28, 1998.