

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES
INTERGOVERNAMENTAIS NA PERSPECTIVA DO
FEDERALISMO**

Marismary Horsth De Seta

Orientadora: Profa. Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro
Maio 2007

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

**A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA
SANITÁRIA: UMA ANÁLISE DAS RELAÇÕES
INTERGOVERNAMENTAIS NA PERSPECTIVA DO
FEDERALISMO**

Marismary Horsth De Seta

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
área de concentração em Política, Planejamento e
Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro
Maio 2007

À família, que dá sentido à minha existência.

Para Mauricio, Lucas e Flávio, os amores de sempre.

Agradecimentos

Essa tese representou uma oportunidade ímpar para tentar articular duas áreas da minha trajetória profissional: gestão/planejamento e vigilância sanitária. Os agradecimentos são muitos, englobando amigos, colegas de trabalho e profissionais dos serviços dessas duas áreas. Para que eles não superem o desenvolvimento do tema, em volume de escrita, apresento os dirigidos aos que mais diretamente contribuíram para a elaboração dessa tese e, antecipadamente, me desculpo por alguma possível omissão.

Ao Ricardo Tavares, que aceitou me orientar quando do ingresso no Doutorado do IMS, e de quem não pude usufruir, no processo de elaboração da tese, da reconhecida competência e solidariedade.

À Sulamis Dain, que entende o seu ofício como sendo o do desafio solidário ao aluno na construção de seu próprio conhecimento. Querida Sula, você é responsável por algum acerto, mas não pelos equívocos porventura presentes.

À Anna Maria Campos, professora de muitas disciplinas – e indisciplinas - além da de Metodologia que, com a ajuda de alguns teóricos me ensinou que o nosso objeto precisa ter relação com a nossa própria vida.

Ao Instituto de Medicina Social e seu corpo docente e funcional, por aportar significativamente para o campo da Saúde Coletiva.

A Tânia França e Sérgio Pacheco de Oliveira, por compartilhar momentos de estudo e referências bibliográficas sobre o federalismo.

A todos os colegas do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, pelo estímulo intelectual e amizade, o que faz da ida cotidiana ao trabalho, um grande prazer. Dentre esses, Margareth Portella e Alícia Ugá, minhas chefas de Departamento nesses quatro anos e, impossível deixar de destacar, Vera Pepe e Lenice Reis.

Aos companheiros do Grupo Temático de Vigilância Sanitária da ABRASCO e dos outros Centros Colaboradores em Vigilância Sanitária, aos da ANVISA – especialmente Edna Maria Covem e Tiago Alves de Carvalho (NADAV) e Walmir Gomes de Sousa (GEFIC) –, bem como aos do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e do Grupo de Trabalho de Financiamento, pelas oportunidades de aprendizagem nas discussões sempre instigantes.

Ao Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, pela parceria institucional que possibilitou a elaboração de diversos produtos colocados à disposição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, disponibilizou os resultados das suas avaliações dos serviços municipais, e dispensou à autora uma bolsa durante parte do período de elaboração da tese. Especialmente à Maria de Lourdes Oliveira Moura, ex-Diretora do CVS, e à Joelma Ferreira Gomes Castro.

Aos amigos do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária da ENSP, minha grande gratidão e afeto. Sem todos eles essa tese não se teria finalizado. Sua compreensão quanto ao meu estado de ânimo, seu apoio concreto na assunção do grande volume de trabalho do Centro, sua confiança em que esse trabalho seria concluído, quando eu mesma duvidava, foram de fundamental importância. Obrigada, Bete Delamarque, pelo auxílio na parte histórica; Carmélia, pela normalização das referências; Cris e Vera(s) que, além de tudo, foram ótimos “filtros” resolutivos para as demandas inadiáveis.

Aos professores examinadores dessa tese: Anna Maria Campos, Roberto Parada – além de tudo, o leitor; Vera Lúcia Edais Pepe, José da Rocha Carvalheiro, bem como aos seus suplentes: Rosângela Caetano, Mário Gianni Monteiro; Tatiana Wargas de Faria Baptista e Luciana Dias de Lima, pelas críticas que, certamente, servirão para melhorar a sua qualidade.

RESUMO

Este estudo focaliza a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a análise do ponto de vista das relações intergovernamentais. Nessa construção, ressalta-se que o modelo de descentralização, adotado pela esfera federal até 2003, seguiu um caminho diferente das ações assistenciais, centrado no reforço à esfera estadual. É um caminho também diferenciado em relação à partilha federativa que beneficiou a esfera municipal, e nesta, os pequenos municípios. Dos quatro princípios básicos do federalismo, enfatizam-se a cooperação e a coordenação. A cooperação se relaciona com a autonomia dos entes federados e com o grau de descentralização vigente. A coordenação é vista como necessária para se obter a cooperação. O pano de fundo é a heterogeneidade estrutural dos municípios brasileiros. Examinam-se: a evolução do regime federativo nas constituições republicanas e as relações intergovernamentais que se estabelecem; a trajetória histórica da vigilância sanitária no Brasil; as estratégias de construção dos sistemas nacionais de vigilância sanitária e epidemiológica; o processo de descentralização da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro. Aponta-se que a estratégia adotada no âmbito do SUS, de municipalização das ações de saúde, tendo proporcionado ganhos na cobertura assistencial e fragmentação da rede de serviços, merece maior reflexão na sua transposição para a vigilância sanitária. A natureza de sua função de Estado, o grau potencialmente alto de externalidade negativa e a heterogeneidade estrutural municipal colocam: a imprescindibilidade da coordenação efetiva pela União; a necessidade de reforço ao papel da esfera estadual no contexto da necessidade de cooperação regional e local; a urgência na reformulação dos critérios para descentralização e financiamento das ações de vigilância sanitária. Sem pretender esgotar a questão federativa da vigilância sanitária, apresentam-se algumas propostas para discussão visando superar alguns dos problemas detectados.

Palavras-chave: sistema nacional de vigilância sanitária; relações intergovernamentais; coordenação federativa; cooperação intergovernamental; federalismo; descentralização.

ABSTRACT

This study focuses on the construction of the National Sanitary Surveillance System, analyzing it from the viewpoint of inter-government relations. This construction points out that the way taken by the decentralization model, adopted by the federal sphere till 2003, was different from assistance actions, centered on the improvement of the state sphere. Also, a different way in relation to the federative sharing which benefited the municipal sphere, and the small municipalities. Of the four basic principles of federalism, co-operation and co-ordination are highlighted. Co-operation is concerned with the autonomy of federative matter and with the decentralization degree in force. Co-ordination is regarded as necessary to obtain co-operation. The background is the heterogeneous structure of Brazilian municipalities. The study examines: the evolution of federative regimen in republican constitutions and inter-government relations thus established; the historical trajectory of sanitary surveillance in Brazil; the building strategies of epidemiological and sanitary surveillance national systems; the sanitary surveillance decentralization process in the State of Rio de Janeiro. It points out that the strategy adopted within the SUS, of municipalization of health actions, after having provided profits in healthcare coverage and fragmentation of services, deserves more attention when shifting to sanitary surveillance. The State responsibility, the potentially high degree of negative externality, and the heterogeneous municipal structure require: the need for effective federal co-ordination; the need to reinforce the state's role in the context of a necessary regional and local co-operation; the urgency to reformulate decentralization and financing criteria for sanitary surveillance actions. This study does not intend to exhaust the federative issue of sanitary surveillance, but it brings some proposals to overcome some of the detected problems.

Key words: national sanitary surveillance system; inter-government relations; federative co-ordination; inter-government co-operation; federalism; decentralization.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

	PÁGINA
Tabela 1: Municípios por faixa populacional e região; percentuais por faixa populacional para Regiões e Brasil - 2006	11
Gráfico 1: Municípios por porte populacional e estado – Brasil - 2006	12
Tabela 2: Distribuição proporcional da população, do FPM, do FUNDEF e do ICMS, segundo Grandes Regiões, 2000	14
Gráfico 2: Relação das porcentagens cumulativas de números de municípios e população, por faixas populacionais	68
Gráfico 3: Vigilância Sanitária - repasses para estados e municípios 2000 e 2005 - em Reais e valores nominais	116
Tabela 3: Repasses para os municípios que pactuaram a média complexidade – 2005	132
Tabela 4: Gastos informados na Subfunção Vigilância Sanitária e receitas transferidas para municípios selecionados – Estado do Rio de Janeiro - 2005	133
Tabela 5: Importância relativa da arrecadação da Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária pelos municípios do estado do Rio de Janeiro	135
Gráfico 4: Atividades informadas pelos Serviços Municipais de VISA	139

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APEC	Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças
CAVISA	Curso de Atualização em Vigilância Sanitária
CBVE	Curso Introdutório à Vigilância Epidemiológica
CECOVISA	Centro Colaborador em Vigilância Sanitária
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIT/VISA	Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT
CIVE	Curso de Inrodução à Vigilância Epidemiológica
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DGSP	Departamento Geral de Saúde Pública
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DRU	Desvinculação de Receitas da União
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FEF	Fundo de Estabilização Fiscal
FINBRA	Sistema de Informação sobre Finanças do Brasil
FINSOCIAL	Fundo de Investimento Social
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
FSE	Fundo Social de Emergência
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
FUNDEF	Fundo de Valorização do Ensino Fundamental
GT/VISA	Grupo temático de Vigilância Sanitária
GTVS	Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde
ICMS	Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

IOF	Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários
IOF-OURO	Imposto sobre Operações Financeiras sobre o Ouro
IPTU	Imposto Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre Veículos Automotores
IR	Imposto sobre rendas e proventos de qualquer natureza
ISS	Imposto sobre Serviços
ITR	Imposto Territorial Rural
IVISA	Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária
LCCDM	Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos
LCCDMA	Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos
MAC	Ações de Média e Alta Complexidades
MP	Medida Provisória
NOB SUS	Norma Operacional do SUS
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PBVS	Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária
PIS	Programa de Integração Social
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPI/VS	Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde
SINVES	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SNVS/MS	Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde
TAM	Termo de Ajuste e Metas
TCU	Tribunal de Contas da União
TFECD	Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
TFVS	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
UNITAU	Universidade de Taubaté
UVE	Unidade de Vigilância Epidemiológica
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	VIII
SUMÁRIO.....	XI
APRESENTAÇÃO	01
INTRODUÇÃO	07
A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A NECESSIDADE DE UM SISTEMA NACIONAL.....	07
OS CONSTRANGIMENTOS À EFETIVAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DA FEDERAÇÃO BRASILEIRA E DA SAÚDE	08
<i>Constrangimentos decorrentes do pacto federativo pós-1988.....</i>	<i>09</i>
<i>Constrangimentos relacionados à descentralização no SUS implementada como municipalização.....</i>	<i>17</i>
<i>Constrangimentos relacionados à vigilância sanitária e sua descentralização</i>	<i>30</i>
NOTA METODOLÓGICA: O CAMINHO DO PENSAMENTO E ALGUNS ARGUMENTOS	40
CAPÍTULO 1: AS REGRAS DO JOGO: O REGIME FEDERATIVO NO BRASIL E O PADRÃO DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS.....	44
INTRODUÇÃO.....	44
O FEDERALISMO NA REPÚBLICA VELHA.....	46
O FEDERALISMO NA ERA GETULISTA: PACTO NA CONSTITUIÇÃO DE 1934 E RUPTURA E CENTRALIZAÇÃO NA CONSTITUIÇÃO DE 1937	49
O FEDERALISMO NA REDEMOCRATIZAÇÃO PÓS-VARGAS: A RESTAURAÇÃO	55
O FEDERALISMO CENTRALIZADO DO GOVERNO MILITAR: UM ESTADO UNITÁRIO DESCONCENTRADO?	59
FEDERALISMO NA CONSTITUIÇÃO DE 88: REFUNDANDO O FEDERALISMO BRASILEIRO	62
À GUIA DE CONCLUSÃO: EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES SOBRE O PAPEL DOS ESTADOS, DOS MUNICÍPIOS E O PADRÃO COOPERATIVO DAS RELAÇÕES INTERGOVERNAMENTAIS NA SAÚDE	69
CAPÍTULO 2: EM DIREÇÃO AO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA: A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	75
INTRODUÇÃO.....	75
A VIGILÂNCIA SANITÁRIA COMO UMA DAS PRÁTICAS FUNDADORAS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	78
CAPÍTULO 3: UMA ANÁLISE DOS SISTEMAS NACIONAIS DA(S) VIGILÂNCIA(S) EM SAÚDE: A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	99
INTRODUÇÃO.....	99
GÊNESE DOS SISTEMAS NACIONAIS DAS VIGILÂNCIAS E TRANSFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS DO ÓRGÃO FEDERAL.....	101
<i>A vigilância epidemiológica</i>	<i>101</i>
<i>A vigilância sanitária.....</i>	<i>105</i>
COOPERAÇÃO E INFLUÊNCIA DE ORGANISMOS MULTILATERAIS	109
COOPERAÇÃO COM INSTITUIÇÕES ACADÊMICAS E ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO CAMPO	110
CRITÉRIOS PARA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E REPASSES FEDERAIS	112
<i>A vigilância epidemiológica</i>	<i>112</i>
<i>A vigilância sanitária.....</i>	<i>114</i>
CONCLUSÃO	117
CAPÍTULO 4: A DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS E O FINANCIAMENTO FEDERAL DAS AÇÕES	124
INTRODUÇÃO.....	124

O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO RIO DE JANEIRO, O FINANCIAMENTO FEDERAL E OS GASTOS DE MUNICÍPIOS SELECIONADOS NA SUBFUNÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA	126
A ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	136
CONCLUSÃO	140
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS	153

APRESENTAÇÃO

Este estudo representa a conclusão do curso de Doutorado em Saúde Coletiva, realizado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Motivou-o o desafio de construção/consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), visto como necessário, e para o qual se pretende contribuir.

A chamada “federação na saúde” tem sido enfocada por diversos autores (destacadamente, Arretche, Dain, Faveret, Parada, Souza e Viana) tendo como centro a assistência à saúde. O estudo versa sobre a vigilância sanitária e a construção de seu respectivo sistema nacional em bases federativas e é, por esse motivo, um estudo original.

A vigilância sanitária é uma prática de Saúde Pública que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) por determinação constitucional e 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 detém, historicamente, o poder de polícia administrativa no campo da saúde, sua face mais visível para a sociedade e que a legitima socialmente. Mediante esse poder, que lhe assegura capacidade de intervenção sobre os problemas sanitários, cabe-lhe restringir direitos individuais em benefício do interesse público, o que implica um nível potencialmente elevado de conflitos. Seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de

educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros decorre seu caráter regulatório, de regulação social no campo da saúde.

Diferentemente das ações de assistência à saúde, passíveis de serem classificadas como bens meritórios – que podem ser providos independentemente pelos setores público ou privado – a vigilância sanitária é um bem público dotado de alta externalidade. Isso significa: (1) que seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais; (2) que não deve ser exercida por particulares; (3) que, pela sua atuação ou omissão, existem efeitos – prejuízos ou benefícios – para outros que não os diretamente envolvidos.

Sendo assim, e integrando as competências do SUS, de construção reconhecidamente federativa, para o cumprimento de sua função social de proteger e promover a saúde da população pela redução dos riscos à saúde, a vigilância sanitária precisa se organizar em um sistema que atue colaborativamente.

Durante os últimos oito anos, aproximei-me da vigilância sanitária não propriamente por uma escolha, mas pelo imperativo de, sendo docente da área de Gestão de Serviços de Saúde – mormente Gestão Hospitalar –, assumir a coordenação de um curso de especialização em Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde. Aprendendo sobre vigilância sanitária com quem estava nesse campo com anterioridade, visto que na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, havia um grupo de pesquisadores a ela dedicado, percebi que poderia dar uma contribuição.

Ao reconhecimento da relevância da função social da vigilância sanitária, de sua potencialidade em contribuir para a efetividade das práticas sanitárias e de incrementar a consciência sanitária da população, da existência dos múltiplos

conflitos que a permeiam, aliaram-se o da sua precariedade estrutural e da baixa prioridade governamental a ela conferida.

No final dos anos 90, o momento parecia propício a mudanças. O serviço federal estava sendo reestruturado – um gestor e sanitaristas “históricos” ligados à vigilância sanitária dirigiam esse órgão à época – e, no bojo da NOB 96 havia se iniciado a cooperação financeira federal com repasses regulares e automáticos para os entes subnacionais – estados, municípios e Distrito Federal. A gestão, até então algo não discutido na vigilância sanitária, não tardaria a sê-lo.

Entretanto, discutir a gestão da vigilância na lógica das abordagens e dos modelos gerenciais parecia insuficiente. No máximo se poderia incrementar a dimensão da eficiência dos serviços, quando o necessário seria constituir sua dimensão sistêmica no nosso sistema de saúde, cuja construção tem-se dado em bases federativas.

O mestrado, realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ, “escola” de saúde coletiva que enfatiza as relações entre Economia e Política no campo da Gestão em Saúde, já me havia despertado para o referencial teórico do federalismo. E ele me pareceu indicado para ancorar este estudo, visto que o processo de descentralização da vigilância sanitária, diferentemente das ações de assistência à saúde, se pautou no reforço à esfera estadual, até 2003.

Esse processo diferenciado de descentralização, no campo do SUS, implica questionar a validade do processo de descentralização das ações assistenciais de saúde – de saldo avaliado como positivo? Certamente não. Mas, por outro lado, todas as práticas de saúde, inclusive a vigilância sanitária, de natureza tão diferenciada da assistência, têm as mesmas necessidades e um único caminho a percorrer? A resposta para essa indagação é: provavelmente não.

Os pressupostos que orientaram a elaboração da tese foram construídos ao longo do tempo, no exercício do ofício de docente dedicada a essa área de atuação; na convivência com profissionais dos serviços e das instituições acadêmicas, em espaços institucionais tais como o Grupo Temático de Vigilância Sanitária da ABRASCO, a Fiocruz e a UERJ. Tudo isso contribuiu para a reflexão sobre as dificuldades de consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no contexto da saúde coletiva e do federalismo brasileiro.

São três os pressupostos: (1) a descentralização da vigilância sanitária precisa levar em conta as características estruturais dos entes subnacionais e, em face dessa impossibilidade, de 1998 a 2003, o modelo inicial de descentralização das ações de vigilância sanitária, centrado no reforço à esfera estadual, consistiu em estratégia acertada; (2) os requerimentos institucionais colocados para a cobertura das ações de vigilância sanitária em todo o país requerem a instituição de uma ação cooperativa também regionalizada; (3) como ação típica do Estado na Saúde, bem público dotado de alta externalidade, a vigilância sanitária requer maior nível de centralização que as ações de assistência à saúde e o exercício efetivo da coordenação pela esfera federal.

A análise das relações financeiras entre entes federados representa uma sólida corrente nos estudos federativos, o chamado federalismo fiscal. Este estudo, entretanto, não se enquadra nessa categoria, embora nele se faça uma aproximação a algumas receitas e gastos declarados das esferas subnacionais na subfunção vigilância sanitária, para um estado da Federação.

Como a questão da descentralização é inerente à discussão federativa, não seria possível passar ao largo dessa discussão. Contudo, a tese não é sobre a descentralização da vigilância sanitária, e nela se trabalha com o conceito de

descentralização em sentido *lato*. Assim, incorporam-se várias nuances – descentralização administrativa, descentralização política e desconcentração – sob o termo genérico “descentralização”.

Com esta tese não se pretende esgotar os aspectos federativos da vigilância sanitária, mas se inaugura uma vertente que abre possibilidades futuras, como se verá nas Considerações Finais. Além dessas, a tese contém a Introdução e quatro capítulos.

Na Introdução apresentam-se alguns constrangimentos para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária colocados pelo regime federativo brasileiro e pelo contexto da saúde, bem como as notas metodológicas. No capítulo 1 analisa-se o regime federativo brasileiro a partir das constituições republicanas, para demarcar o quadro de referência mais geral, no qual se constroem o SUS e o sistema nacional de vigilância sanitária. No capítulo 2, demarcam-se alguns aspectos da trajetória histórica da vigilância sanitária no Brasil, com ênfase na esfera federal e nas suas transformações institucionais, até que a necessidade de construção do seu sistema nacional se torna explícita na sociedade brasileira. No capítulo 3 analisa-se a constituição dos Sistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária, buscando-se identificar as estratégias adotadas em suas respectivas trajetórias, de forma a contribuir para a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No capítulo 4 aborda-se a descentralização da vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro, partindo-se do princípio de que o sistema nacional se conforma a partir da construção dos sistemas estaduais. Nas Considerações Finais, além de apontar futuros desdobramentos, busca-se construir uma síntese que aponte alternativas para o aprimoramento do sistema nacional de vigilância sanitária, de construção ainda incipiente.

Por fim, é necessário esclarecer que nesta tese se adotam os termos: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, “vigilâncias em saúde” – assim mesmo, no plural – e, raramente, vigilância da/em saúde, a fim de minimizar possíveis distorções e maiores disjuntivas. É que o termo “vigilância da/na/em saúde” é impreciso e há uma polêmica sobre seu significado e sua manifestação na realidade concreta do SUS, tanto no nível das práticas como no arcabouço institucional sanitário nas três esferas de governo. Refere-se seu amplo emprego na literatura, no país, sem que haja uma definição “instituída” dos seus objetos ou uma conceituação que seja remetida à prática (ALBUQUERQUE *et al.*, 2002).

Restringe-se, assim, o uso da expressão “vigilância em saúde” ao nome de algumas instâncias institucionais e grupos de trabalho, bem como ao contexto do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SINVES), que abrange a vigilância epidemiológica e a ambiental. Ao se restringir o uso do termo “vigilâncias da/na/em saúde” a contextos específicos, pretende-se deixar claro sobre o que se está falando. Ou seja, esta tese é sobre o sistema nacional em que se desenvolvem (1) essa ação típica de Estado, legal e tradicionalmente instituída, uma das fundadoras da Saúde Pública no Brasil; e (2) essa prática que perpassa o cotidiano de todos os que utilizam produtos ou serviços, ou que são submetidos a processos que podem repercutir na sua saúde. Saúde essa que a vigilância sanitária tem como missão proteger e promover.

INTRODUÇÃO

A vigilância sanitária e a necessidade de um sistema nacional

De existência anterior no tempo, mas prevista na Constituição de 1988 como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), a vigilância sanitária (VISA) foi legalmente definida no início dos anos 90 como abrangendo a eliminação, redução e prevenção de riscos à saúde e a intervenção sobre problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção, circulação e consumo de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde (§ 1º, Art. 6º, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Essa ampla definição, forjada em meados dos anos 80 no bojo das propostas reformistas da saúde, implica um arranjo institucional diferenciado dos existentes nos demais países,¹ e vem apresentando dificuldades de implementação. De um lado, como outras atividades típicas da saúde pública, nunca consistiu em proposta hegemônica no campo da saúde. De outro, apresenta desafios próprios decorrentes de sua natureza de ação de Estado no campo da saúde, com capacidade para intervir sobre atividades de produção, do comércio e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Por perverso que pareça, problemas sanitários, alguns consistindo em tragédias pontuais ou recorrentes, têm contribuído para a estruturação desse campo. Haja vista os casos: Césio 137; falsificação e adulteração de produtos colocados no

¹ Nos quais, seja por meio de uma agência, seja pela administração direta, o controle sanitário se dá desmembrado em: alimentos e medicamentos; medicamentos e alimentos isoladamente; no caso dos serviços de saúde, em alguns países, a regulação sanitária se apóia em mecanismos de mercado, tais como a certificação e a acreditação. Nesse sentido, há carência de experiências internacionais que guardem coerência e que sirvam de referência para o modelo brasileiro.

mercado para consumo; óbitos evitáveis de idosos, renais crônicos, neonatos em unidades de tratamento intensivo e de indivíduos que ingeriram medicamentos manipulados inadequadamente. Outro fator facilitador encontra-se no contexto da regulamentação sanitária internacional, como exemplo a do Mercosul, que, segundo Lucchese (2001), além de ter propiciado um aprendizado dos processos regulatórios internacionais, repercutiu positivamente no modelo de vigilância sanitária do país, na medida em que se “revalorizou a vigilância sanitária na agenda do Governo Federal, contribuindo para que se reforçasse a idéia da necessidade de total reestruturação do órgão federal dessa área” (p. 216).

No entanto, a reestruturação do órgão federal não se mostrou suficiente. Para a minimização ou prevenção dos riscos à saúde, é necessária uma atuação cooperativa, de abrangência nacional e, por vezes, internacional. Essa cooperação se consubstancia, no plano interno, num Sistema Nacional de Vigilância Sanitária que representa uma forma de “coletivização da administração das externalidades próprias do campo da vigilância sanitária, ou seja, da administração dos riscos à saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde”, tal como caracterizado por Lucchese (2001, p. 30).

Os constrangimentos à efetivação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no contexto da federação brasileira e da saúde

Para as finalidades deste estudo, os constrangimentos podem ser resumidos em três grupos inter-relacionados, aqui separados para maior clareza. O primeiro compreende a natureza do pacto federativo pós-1988 e das relações entre as esferas de governo. O segundo situa-se no campo das diretrizes políticas e dos princípios organizativos do SUS, com destaque para a diretriz da descentralização,

implementada como municipalização. O terceiro grupo abrange as relacionadas à vigilância sanitária e sua descentralização.

Constrangimentos decorrentes do pacto federativo pós-1988

A despeito das variadas formas que assume nas realidades concretas, o regime federativo é considerado o sistema ideal para equilibrar diversidade (estados) e unidade (União) em dado espaço territorial. Caracteriza-se o regime federativo por estar estabelecido na Constituição e contar com vários centros de poder (entes federados) que competem e cooperam entre si.

Como sistema, o regime federativo deve conter quatro princípios básicos – autonomia, cooperação, equilíbrio estrutural e coordenação (AMARAL FILHO, 1998). A autonomia diz respeito ao autogoverno garantido pela Constituição aos entes federados, e se relaciona com a descentralização administrativa e com os recursos financeiros de que se dispõe. A cooperação refere-se à responsabilidade de cada ente na obtenção de resultados positivos para si e para os outros componentes, e se relaciona com o grau de compartilhamento da gestão e de seus resultados. A cooperação pode se dar tanto no plano vertical (entre União e entes subnacionais; ou entre estados e municípios), quanto no plano horizontal (entre estados; entre municípios; entre regiões). O equilíbrio estrutural diz respeito ao grau de (des)igualdade existente nos entes federados e regiões quanto à disponibilidade de bens e infra-estrutura e a capacidade de gerar riqueza e bem-estar para suas populações.

A coordenação cabe principalmente às esferas de maior abrangência, notadamente ao governo central. No campo da coordenação federativa destacam-se

as transferências fiscais intergovernamentais, visto que elas 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. Dentre esses quatro atributos, para o êxito do arranjo federativo, é fundamental a compatibilização entre a autonomia de cada ente federado e a necessária cooperação entre eles (ABRUCIO; COSTA, 1999, p. 19), ressaltando-se que essa cooperação não é isenta de conflitos e de competição.

Contudo, a diversidade presente no arranjo federativo brasileiro é levada ao extremo, na medida em que a Federação brasileira se constitui de três entes autônomos (União, Estados e Municípios) extremamente heterogêneos entre si no que concerne à sua capacidade de financiar os gastos com a provisão de serviços públicos a serem ofertados à sua população (capacidade fiscal); bem como de realizar e gerir essa provisão. Existem municípios com população estimada para 2006, pelo IBGE, em 828 habitantes,² que têm o mesmo *status* de ente federativo das metrópoles existentes.

O porte populacional representa apenas um aspecto da heterogeneidade municipal. A ele se acrescem acentuadas desigualdades regionais, de tal maneira que dois municípios de mesmo porte, situados em diferentes regiões, podem apresentar características, capacidades e infra-estrutura diversas.

A tabela 1 evidencia a distribuição dos municípios por porte populacional para cada região do país e sua importância percentual em relação à região e ao país como um todo. O gráfico 1 mostra a importância percentual dos municípios por porte

² Borá (São Paulo), o menor município do país, cujas contas públicas não integram o Finbra (Sistema de Informações de Finanças do Brasil), mas são divulgadas na página do município (<http://www.bora.sp.gov.br>).

populacional para cada estado da federação. Ambos tomaram por base as estimativas do IBGE para o ano de 2006.

Tabela 1: Municípios por faixa populacional e região; percentuais por faixa populacional para Regiões e Brasil - 2006

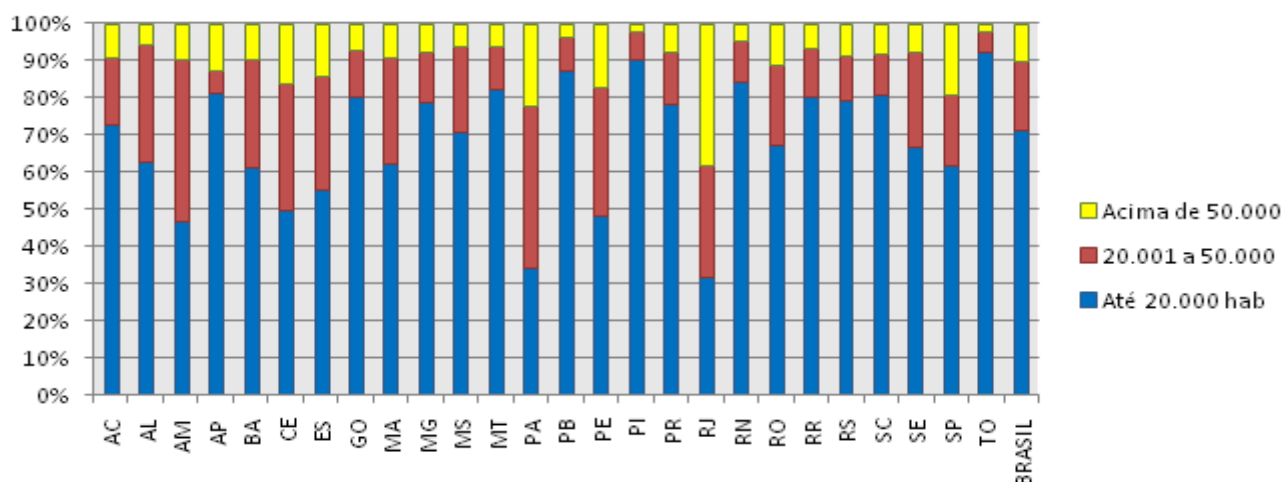
População	Região Norte			Região Nordeste			Região Sudeste			Região Centro-Oeste			Região Sul			Brasil	
	N	% região	% Brasil	N	% região	% Brasil	N	% região	% Brasil	N	% região	% Brasil	N	% região	% Brasil	N	% Brasil
até 5000	95	21,16	6,93	266	14,84	19,42	410	24,58	29,93	157	33,76	11,46	442	37,21	32,26	1370	24,63
5001 a 20.000	187	41,65	7,24	954	53,21	36,93	732	43,88	28,34	212	45,59	8,21	498	41,92	19,28	2583	46,43
20.001 a 50.000	115	25,61	11,13	416	23,2	40,27	290	17,39	28,07	64	13,76	6,2	148	12,46	14,33	1033	18,57
50.001 a 100.000	33	7,35	10,61	104	5,8	33,44	105	6,29	33,76	17	3,66	5,47	52	4,38	16,72	311	5,59
100.001 a 500.000	17	3,79	7,36	42	2,34	18,18	114	6,83	49,35	12	2,58	5,19	46	3,87	19,91	231	4,15
500.000 a 1.000.000	0	0	0	8	0,45	36,36	12	0,72	54,55	2	0,43	9,09	0	0	0	22	0,4
Acima de 1.000.000	2	0,45	15,38	3	0,17	23,08	5	0,3	38,46	1	0,22	7,69	2	0,17	15,38	13	0,23
TOTAL	449	100	-	1793	100	-	1668	100	-	465	100	-	1188	100	-	5563	100

Fonte: IBGE. População - Estimativas para 2006 - TCU. O Distrito Federal não foi computado. Elaboração própria.

Com base na análise da tabela 1, depreende-se a importância percentual dos municípios até 20.000 habitantes nas regiões Centro-Oeste (79,35%) e Sul (79,13%), superior à encontrada para o país como um todo (71,06%). As regiões Sudeste (68,46%), Nordeste (68,05%) e Norte (62,81%) apresentam percentuais menores que o país. Excluído o Distrito Federal, 89,63% dos municípios brasileiros têm até 50.000 habitantes. As regiões Sul e Sudeste contribuem, respectivamente, com 32,26 e 29,93% do total de municípios da faixa populacional até 5.000 habitantes, situando-se acima do percentual nacional de 24,63%. Os municípios com população entre 50.001 a 100.000 habitantes predominam na Região Nordeste, bem como os da faixa imediatamente inferior (20.001 a 50.000 habitantes). A Região Sudeste apresenta percentual de municípios na faixa de 50.001 a 100.000

habitantes superior ao encontrado no nível nacional. Para todas as faixas populacionais acima de 100.000 habitantes, a Região Sudeste concentra o maior número de municípios.

Gráfico 1: Municípios por porte populacional e estado – Brasil - 2006



Fonte: IBGE – Estimativa populacional para 2006. Excluído o Distrito Federal. Elaboração própria.

Ao se analisar o tamanho populacional dos municípios por estado (gráfico 1), com base em apenas três estratos de porte, verifica-se a desigual contribuição de cada estado para o perfil municipal, por porte populacional, em cada região. Ressalta-se a grande contribuição dos estados de Tocantins, Piauí e Paraíba na elevação do contingente de municípios com população até 50.000 habitantes nas suas respectivas regiões. Destacam-se dois estados, Rio de Janeiro e Pará, que apresentam uma distribuição de municípios por porte populacional um pouco mais equilibrada, ou seja, com uma distribuição um pouco mais homogênea nas três classes populacionais. Na Região Sudeste, evidencia-se a contribuição de Minas Gerais para o aumento do contingente de municípios com população até 50.000 habitantes.

Além da União, a federação brasileira é formada por 26 estados e o Distrito Federal, e por 5.564 municípios que proliferaram³ na esteira da maior repartição constitucional das receitas, mediante transferências regulares e automáticas. Essas transferências incluem as federais constitucionais de caráter redistributivo⁴ – os Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (FPE e FPM, respectivamente) –, bem como as federais com caráter de devolução tributária⁵ – notadamente o Imposto Territorial Rural (ITR) e o Imposto sobre Operações Financeiras sobre o Ouro (IOF-Ouro).

Também com caráter de devolução tributária figuram as transferências estaduais aos municípios de 50% do produto da arrecadação do Imposto sobre Veículos Automotores (IPVA) e de 25% do produto da arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICMS). Outras transferências classificadas como redistributivas são o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF), destinado à Educação e as transferências do SUS.

Segundo Tomio (2002), dos municípios criados e instalados nas duas últimas décadas, aproximadamente 74% têm menos de dez mil habitantes e, em 2002, na Região Sul, esses pequenos municípios perfaziam mais de 90% do total. De um lado, é consensual que os municípios foram os maiores beneficiados com a repartição das receitas, em especial os de pequeno porte, mais que os médios e grandes (GOMES; MacDOWELL, 2000; PRADO, 2001; FÁVERO, 2004, p. 129-130). De outro, atribui-se à proliferação desenfreada de municípios um aumento na

³ Dado do IBGE – estimativas de população TCU- 2006. Entre 1988 e 2000 foram gerados 1.438 novos municípios; 25% de todos os municípios existentes atualmente no Brasil (TOMIO, 2002).

⁴ As transferências redistributivas são aquelas que não guardam relação com a base tributária do nível de governo que as recebem. Podem ocorrer também entre jurisdições de um mesmo nível de governo.

⁵ Devolução tributária: consiste na transferência dos níveis superiores de governo para ajustar verticalmente a capacidade de gasto do ente subnacional. Do ponto de vista fiscal, são transferências neutras, ou seja, não-redistributivas, visto que cada ente recebe a parcela correspondente a sua base tributária.

dificuldade de se estabelecer a coordenação federativa e “uma correspondência satisfatória entre responsabilidades e capacidade financeira deste nível de governo” (AFFONSO, 2000, p. 32).

A Pesquisa Perfil dos Municípios Brasileiros - Finanças Públicas 1998-2000, realizada pelo IBGE em 1999 e 2001, evidencia, quanto às receitas tributárias⁶, que os municípios com população entre 20.000 e 100.000 habitantes, que concentram 29,2% dos municípios, eram responsáveis por apenas 10,7% dessas receitas. E que 61% das receitas tributárias produzidas pelos municípios com mais de 500.000 habitantes eram geradas por 27% da população brasileira. A tabela 2 evidencia essa dependência em relação às Transferências Correntes⁷, na composição das Receitas Municipais, excluídas as transferências do SUS.

Tabela 2: Distribuição Proporcional da população, do FPM, do FUNDEF, do ICMS segundo Grandes Regiões - 2000

Grandes Regiões	Distribuição proporcional			
	População	FPM*	FUNDEF	ICMS*
Brasil	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte	7,3	8,2	6,7	4,6
Nordeste	28,3	32,5	30,6	14,7
Sudeste	42,6	30,9	43,3	56,9
Sul	14,9	17,7	13,6	16,0
Centro-Oeste	6,8	7,7	5,7	5,9

FPM* - expresso conforme original; a soma dos percentuais totaliza 97%; ICMS* - expresso conforme original; a soma dos percentuais totaliza 98,1%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2001

6 As Receitas Tributárias compreendem, no caso dos municípios, aquelas arrecadadas na forma de impostos ou taxas. Integram essas receitas o Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana - IPTU, o Imposto sobre Transmissão Intervivos - ITBI e o Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS, e outros tributos.

7 As Transferências Correntes compreendem, no caso dos municípios, recursos que têm como origem principal a União e os Estados Federados. Na sua composição destacam-se o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF) e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) que, juntos, totalizaram 72% do total das transferências para os municípios.

Em certo aspecto, a discussão sobre a dependência financeira das esferas subnacionais pode ser considerada uma falsa questão. É que, devido à distribuição das competências tributárias dos entes federados, cabe à União a maior fatia da arrecadação, bem como equalizar as desigualdades existentes entre regiões (e também entre indivíduos). Todavia, no Brasil essa discussão tem-se colocado fortemente. É provável que a ênfase dos entes subnacionais na reivindicação do princípio da autonomia/descentralização – até compreensível, em função da nossa histórica centralização do Estado na esfera federal –, em detrimento dos outros princípios federativos (coordenação, equilíbrio estrutural e cooperação), contribua para o movimento afirmador da sua dependência tributária. Desloca-se, assim, a discussão das capacidades fiscal e administrativa, e do necessário esforço fiscal, para o nível da dependência tributária – que representa mais uma consequência do que uma causa.

Lima (2006), com base nos dados do SIOPS referentes a 2002, ao analisar a distribuição das receitas correntes nos municípios por porte populacional, ou seja, todas as receitas, exceto as de capital – incluídas as transferências SUS –, concluiu que os municípios de 20.001 a 100.000 habitantes se encontram em mais difícil situação financeira (LIMA, 2006, p. 258). Os municípios até 20.000 habitantes apresentam os maiores valores médios e medianos de receita corrente *per capita*, seguidos das capitais. Os municípios com mais de 100 mil habitantes apresentam valores superiores aos municípios com 20.001 a 100.000 (p. 198).

A dependência apontada no estudo do IBGE, resultado da baixa capacidade fiscal, costuma ser acompanhada de precário grau de organização administrativa para a provisão de serviços e bens públicos, com raras exceções. Especificamente no caso da saúde, a maioria dos pequenos municípios – e alguns estados brasileiros

– têm dificuldades para dispor e fixar recursos humanos em seu território para atividades de assistência à saúde, o que fazem mediante contratações com vínculo precário. Sendo assim, e considerando a necessidade de a vigilância ser exercida por agentes públicos, não é de se estranhar que muitos municípios (e alguns estados brasileiros) não realizem ações de vigilância, resultando em baixa cobertura. Corrobora essa afirmativa, pelo menos em parte, o resultado do I Censo dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, em que 23,5% dos municípios (N= 1.469) não enviaram informações sobre sua força de trabalho.

Além da acentuada diversidade presente na Federação, a existência da municipalidade como ente federativo traz limitações teórico-conceituais para a análise, segundo Souza (2003), visto que a teoria do federalismo não incorpora elementos referentes às esferas locais de poder territorial.

As relações entre as esferas de governo podem ser analisadas do ponto de vista mais geral e de outro mais específico da Saúde. Do ponto de vista mais geral, há um predomínio no tempo das formas menos cooperativas. Ademais, a previsão constitucional de lei complementar para fixar normas de cooperação intergovernamental vertical para as competências comuns aos três entes federativos não se concretizou, e esses mecanismos se estabelecem, com maior ou menor formalização, a depender de cada política pública. De outra parte, a cooperação horizontal entre os entes subnacionais é baixa. Uma de suas expressões é o consórcio, que, previsto na Constituição de 1988 (art. 241), se institui nacionalmente com a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, regulamentada apenas recentemente (Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007).

Do ponto de vista específico da Saúde, essas relações são mais cooperativas. Diz-se que elas, no campo da assistência à saúde, vêm procedendo a

uma construção federativa setorial após o advento das Normas Operacionais Básicas, tendendo a conformar um padrão sanitário nacional (PARADA, 2002, p. 34). Para isto contribuiria a indução, realizada pela esfera federal, para a adoção de algumas políticas. A indução via financiamento é inegável e a aceitação, mesmo conflituosa, é esperada. Abrucio (1998, p. 72, com base em Medeiros [1986]) já afirmava que a organização da esfera estadual mimetizava a da federal, para facilitar o recebimento dos recursos financeiros e da cooperação técnica.

Constrangimentos relacionados à descentralização no SUS implementada como municipalização

Souza (2001) refere que a descentralização representa um dos grandes consensos alcançados na Constituição de 88. Ao mesmo tempo, frisa que: (1) esse consenso não foi precedido de debates sobre o impacto da descentralização no arranjo federativo, nas relações entre as esferas de governo e nas políticas públicas; (2) o cerne da preocupação era a descentralização das receitas (SOUZA, 2001). Há que se recordar que: (1) o contexto era de contraposição à centralização dos governos militares; (2) havia a crença na possibilidade de maior controle público das ações e serviços no nível de governo mais próximo ao cidadão; (3) essa diretriz não colidia com o ideário neoliberal fortalecido na década de 90 (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

A diretriz da descentralização, freqüentemente referida quando se fala do SUS é, portanto, expressão de um movimento mais amplo. Em sua defesa, além da descentralização como valor democrático, os argumentos de maior eficiência alocativa, pela possibilidade de influência dos usuários locais na inovação e adaptação às condições locais; maior qualidade, transparência, responsabilidade e

legitimidade derivadas da participação popular no processo de tomada de decisão; maior integração entre agências governamentais e não-governamentais; e melhoria das atividades intersetoriais (MILLS, 1990 *apud* PESTANA; MENDES, 2004). Seus pontos débeis, entretanto, apenas recentemente vêm sendo realçados: enfraquecimento das estruturas centrais; dificuldade de coordenação; incremento dos custos de transação; fragmentação dos serviços; ineficiência por perda de economia de escala e de escopo; escassez de recursos gerenciais; clientelismo local; e desestruturação de programas verticais de saúde pública (PRUD'HOMME, 1995 *apud* PESTANA; MENDES, 2004).

Reitera-se que, no caso da Saúde, a heterogeneidade estrutural e as capacidades diferenciadas dos municípios para assumir essas funções não são suficientemente levadas em conta, e que o resultado da maior participação dos municípios na saúde, no contexto de “alta heterogeneidade socioeconômica, política, cultural, demográfica e epidemiológica, propiciou a formação de modelos singulares de saúde, tanto regionais como locais” (VIANA *et al.*, 2002)

Sobre esses modelos singulares, Pestana e Mendes (2004) afirmam que seguiram o paradigma da municipalização autárquica⁸. Este gerou progressos no aprofundamento da descentralização, com crescimento da oferta de serviços de saúde por parte dos municípios, mas também retrocessos quanto a economias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade, além de acirramento da competição entre municípios por recursos sabidamente escassos (TEIXEIRA, 2003).

⁸ Segundo Abrucio (2005), essa expressão foi cunhada por Celso Daniel, ex-prefeito de Santo André. “No paradigma da municipalização autárquica, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com a União e os estados [...]. Ainda que apresente algumas fortalezas, é um sistema que, no limite, transforma cada município num sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade” (PESTANA; MENDES, 2004).

Outro autor ressalta a atomização da rede de serviços em decorrência da expansão do número de municípios pequenos, com população de 10 mil a 20 mil habitantes, que gerou pulverização dos recursos partilhados e dificuldade política e organizacional na criação de um sistema regionalizado e hierarquizado (LEVCOVITZ, 1997 *apud* CORDEIRO, 2001).

De todo modo, entre os 13 princípios a nortear o SUS, figura a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo. Na sua implementação enfatizou-se a descentralização dos serviços assistenciais para os municípios, o executor preferencial das ações assistenciais de saúde, em detrimento da regionalização e da hierarquização da rede de serviços de saúde, também previstas no mesmo arcabouço legal (Lei nº 8.080/90, art. 7). A esse respeito cabe lembrar que a descentralização empreendida no campo da saúde durante os anos 90, em face da não-regulamentação do artigo 35 da Lei nº 8.080⁹ e da crise de financiamento ocorrida nessa década, pautou-se nas Normas Operacionais do SUS.¹⁰

⁹ Com a Lei nº 8.080/90 foram fixados parâmetros para o estabelecimento de valores a serem transferidos para estados, municípios e Distrito Federal, mediante a combinação de critérios que considerassem: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. E, ainda, que a metade dos recursos destinada a estados e municípios seria distribuída com base em *per capita*. No entanto, foram vetados três parágrafos desse artigo e ele permaneceu sem ser regulamentado. Regulamentação essa tornada necessária pela Lei nº 8.142/90. A crise de financiamento da saúde no início dos anos 90 não será abordada neste texto. Ver, por exemplo, Faveret (2002), extensamente citada.

¹⁰ Ao longo dos 14 anos do SUS, editaram-se as Normas Operacionais: 1991/1992; 1993; 1996; 2001/2002. As duas primeiras foram editadas pelo INAMPS. A de 1992 trouxe poucas modificações em relação à NOB 91, da qual é considerada apenas uma reedição. Em maior ou menor grau, essas Portarias ministeriais normalizam o processo de transferências financeiras da saúde entre os entes federativos, mormente de recursos federais, e estabelecem requisitos mínimos a serem contemplados para essas transferências. Essas Normas Operacionais apresentam diferenças fundamentais que refletem o momento político em que foram elaboradas e a intensidade do processo de negociação entre gestores para sua formulação. Sobre elas há extensa bibliografia, que inclui Faveret (2002) e Levcovitz *et al.* (2001).

Esse processo, que não foi linear, apresentou refluxos nos 90, com as tentativas exitosas de recentralização das receitas por parte da esfera federal,¹¹ às custas das contribuições sociais, principais fontes de financiamento das políticas de proteção social que têm a descentralização como diretriz constitucional. Contudo, as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOB/SUS), ao objetivarem regular o processo de descentralização, institucionalizaram as transferências fundo a fundo para estados e municípios, definiram as responsabilidades de cada ente governamental e estabeleceram arenas decisórias e instâncias de pactuação no SUS:

[...] reformularam-se os papéis e funções dos entes governamentais na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de saúde. Adotaram-se novos critérios de alocação e transferência de recursos e criaram-se novas instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários, através da formação dos Conselhos de Saúde nos diferentes níveis de governo e das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, de caráter mais especializado e restrito, envolvendo a participação dos gestores da política nos planos federal, estadual e municipal. (VIANA *et al.*, 2002).

Sobre essas Normas Operacionais, do ponto de vista das relações intergovernamentais e da cooperação e descentralização das ações no campo da saúde ressalta-se que:

¹¹ O sistema constitucional de repartição das receitas causou relativa perda para a União e certa rigidez. Para combatê-las, Faveret (2002, p. 68-69, citando OLIVEIRA *et al.*, 1995, p. 25) afirma que o Governo Federal lançou mão de algumas medidas: elevação das alíquotas dos impostos e contribuições não partilhados com os estados e municípios [FINSOCIAL/COFINS e CSLL]; utilização de recursos provenientes do Programa Nacional de Desestatização; instituição do Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF); criação do Fundo Social de Emergência (FSE), depois recriado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, a partir de 2000, instituído como DRU (Desvinculação de Receitas da União). Desvincularam-se, assim, 20% da receita arrecadada pela esfera federal.

- (1) As NOB SUS 01/91 e 01/92 pouco contribuíram para a cooperação entre as três esferas de governo, na medida em que propiciaram o estabelecimento de relação direta entre União e municípios, esvaziando a função de coordenação estadual prevista na Lei Orgânica da Saúde. Com elas privilegiaram-se estados e municípios com maior capacidade instalada (FAVERET, 2002, p. 88); preservaram-se as transferências negociadas via convênios para investimentos (LEVCOVITZ *et al.*, 2001, p. 274-275); transformaram-se os entes subnacionais em prestadores de serviços no campo da assistência pelo sistema de pagamento por produção. Foram 1.074 municípios envolvidos no processo de desconcentração na vigência dessa norma (CORDEIRO, 2001). Nelas não há referência às ações de promoção e proteção da saúde, tais como as vigilâncias epidemiológica e sanitária.
- (2) Com a NOB SUS 01/93 instituíram-se modalidades diferenciadas de gestão para estados e municípios e as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), respectivamente, no âmbito nacional e estadual. Essas passaram a ser fóruns permanentes de negociação, as arenas federativas formalmente instituídas na Saúde. Embora nessa NOB constassem requisitos referentes a ações de promoção e proteção da saúde para habilitação nas condições de gestão, a ênfase permaneceu na descentralização da assistência ambulatorial e hospitalar. A modalidade de pós-pagamento se manteve, embora se tenham introduzidos os tetos financeiros e o sistema de repasse passasse a ser regular e automático, rompendo-se a lógica anterior, de se ter predominantemente transferências negociadas. Foram habilitados segundo a NOB 93, segundo Cordeiro (2001), 3.127 municípios.

(3) A NOB 01/96 definiu responsabilidades, requisitos e prerrogativas para as três esferas de governo, reforçando as Comissões Intergestores. A discriminação de competências da esfera federal – normalização, coordenação, definição dos mecanismos de financiamento da Saúde,¹² aliada à autonomia municipal contemplada na NOB 96 (principalmente para municípios em gestão plena do sistema), reforçaram o papel residual da esfera estadual na definição do sistema de saúde no seu âmbito. Todavia, o caráter redistributivo das atribuições da esfera estadual seria valorizado através “de sua competência de elaboração da Programação Pactuada e Integrada - PPI, instrumento de planejamento e coordenação das ações prestadas por alguns municípios a cidadãos residentes em outros (referências intermunicipais)” (FAVERET, 2002, p. 92). Mas a PPI é um instrumento bastante limitado e, ao contrário da sua denominação de integrada, ela se mostrou fragmentada: PPI da ECD, PPI da Assistência, etc. Do ponto de vista da coordenação federativa, da cooperação vertical e do financiamento, introduziu-se o Piso de Atenção Básica. Já que a parte fixa do PAB se baseia em um valor *per capita* transferido fundo a fundo, para o repasse da parte variável do PAB há a necessidade de adesão a programas considerados estratégicos (Saúde da Família e PACS, como exemplos), configurando-se a indução federal.

¹² Com a NOB SUS 01/96 implantou-se o Piso de Atenção Básica (PAB) e instituíram-se tetos financeiros. Os recursos repassados aos municípios em gestão plena do sistema municipal compunham um teto financeiro (TFGM – Teto Financeiro Global do Município; composto de TFA – Teto Financeiro da Assistência; TFECD – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças; TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária. O PAB era composto de duas frações: parte fixa e parte variável. O PAB fixo consistia em montante de recursos destinado ao custeio de procedimentos da assistência básica, de responsabilidade municipal. O Piso da Atenção Básica -Variável (PAB variável) destinava-se aos municípios que aderissem a programas considerados estratégicos pelo Ministério. Esses programas são: Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Combate às Carências Nutricionais; Assistência Farmacêutica Básica; Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. Levcovitz *et al.* (2001) apresentam um estudo detalhado que inclui os aspectos não implementados da NOB 96.

(4) Com a NOAS 2001/2002 pretendeu-se reforçar o papel da instância estadual, aumentar a capacidade de gestão do sistema e aumentar a cooperação vertical e horizontal entre os entes federados, enfatizando-se a regionalização e a hierarquização¹³ da rede de serviços. Nesse sentido, a publicação da NOAS suscitou um movimento interessante em várias unidades federadas, que foi o olhar para seu próprio território, na busca da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Por outro lado, a NOAS atualizou os critérios de habilitação e instituiu alguns critérios para desabilitação.¹⁴ Tão logo publicada pelo Ministério da Saúde, iniciou-se um movimento por sua revisão e, em outubro/novembro de 2003, o próprio Ministério propôs formalmente à CIT o início do processo de revisão normativa do SUS, com a concordância da CIT, que concluiu que há “uma parafernália de normas” a ser discutida tanto pelos gestores como pelos conselhos de saúde. De todo modo, o prognóstico em relação à NOAS, de “regulação da competição entre municípios para a incorporação de tecnologias mais complexas e de maior custo, dando prioridade ao aumento da resolubilidade nos diversos níveis de cuidados de saúde” (CORDEIRO, 2001), não se concretizou.

A respeito da indução federal na assistência à saúde, Arretche (2003) chama a atenção para o fato de a esfera federal apontar o que é estratégico, afetando a

¹³ Colocaram-se três macroestratégias articuladas: Regionalização e Organização da Assistência; Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS; e Revisão dos Critérios de Habilitação de Estados e Municípios.

¹⁴ Considerando-se os critérios para habilitação na NOB 96, a não-observância de alguns deles em muitos municípios, a velocidade do processo de habilitação e os atos meramente declaratórios para essa habilitação, pode-se inferir o nível de conflitos gerados pela NOAS com as esferas subnacionais. Dentre os critérios para desabilitação, estão o não-cumprimento da Emenda 29 e o patamar mínimo a ser alcançado, de 50% de recursos transferidos dos estados para os municípios.

definição do escopo de prioridades do nível local; e para a complexidade da engenharia institucional mediante a qual as relações federativas no SUS operam.¹⁵

[...] nas condições brasileiras atuais, a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa (ARRETCHE, 1999).

Costa (s/d) ressalta a capacidade do Ministério da Saúde para induzir a colaboração entre os demais entes de governo, e acrescenta que o SUS tem-se mostrado bem-sucedido como modelo de arranjo intergovernamental. Esse sucesso relativo, na opinião de Costa (s/d) se deve, de um lado, à presença de setores sociais organizados com representação também nas esferas subnacionais – o movimento sanitário; de outro, ao papel do Governo Federal como coordenador do processo.¹⁶ Assim, “a pressão de baixo pela descentralização e a capacidade do Ministério da Saúde de coordenar e estabelecer metas coletivas e consensuais entre os três níveis de governo” resultou num círculo virtuoso (Abrucio; Costa, 1998, *apud* COSTA, s/d).

¹⁵ Essa complexidade se manifesta pelos diferentes papéis exercidos pelos entes: o Ministério da Saúde financia e exerce a coordenação; a CIT exerce a representação federativa e delibera sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Além disso, a CIT representa, segundo a autora, um ponto de veto de estados e municípios na formulação das NOB. Além dessa possibilidade de veto, resta aos governos subnacionais a prerrogativa da não-adesão aos programas federais. Para que se configure ou não a adesão, os governos subnacionais fazem um cálculo em que são avaliados os custos políticos e/ou financeiros e os ganhos a serem obtidos a partir da assunção de atribuições de gestão de uma dada política (ARRETCHE, 2003).

¹⁶ Segundo Arretche (2000), a capacidade do Governo Federal de coordenar políticas e/ou induzir estados e municípios a assumir a execução de políticas públicas depende também da configuração própria de cada setor. Na Saúde, onde o nível federal teve historicamente um papel central na gestão e financiamento, as políticas de descentralização teriam melhores perspectivas de sucesso porque o Governo Federal controlaria os recursos e instrumentos normativos e administrativos.

Ao PAB é atribuído, por diversos autores, um relevante papel na coordenação federativa pela esfera federal. Os autores consultados, à exceção de Abrucio, analisaram relações intergovernamentais na saúde e o processo de descentralização focalizando a área da assistência. Embora não se tenha proposto a analisar os resultados da implementação do PAB variável, Abrucio (2002; 2005) foi o único a ressaltar que ele é “uma das invenções mais frutíferas do federalismo nos anos FHC”, destacando seu caráter indutor para adoção de programas formulados para todo o território nacional. Em outro ponto, o autor destaca a novidade no campo das relações intergovernamentais que foi a criação do PAB, ressaltando que essa forma de coordenação federal não feria a autonomia dos governos subnacionais.

Os gestores da saúde das esferas subnacionais parecem ter percebido essa indução, pelo menos em parte, como restrição à sua autonomia.¹⁷ Parte do movimento social manifestou-se contra o “carimbo” nas chamadas verbas do SUS, numa referência ao repasse de recursos financeiros federais destinados a finalidades específicas. Vários relatórios finais das Conferências de Saúde contêm recomendações para extinção do “carimbo”. Produziu-se considerável volume de bibliografia sobre o caráter tutelado ou incompleto da descentralização, mediante indução pelas normas e estímulos financeiros (VIANNA, 1992; MARQUES; MENDES, 2002; MISOCZKY, 2001; MIRANDA, 2003, CARVALHO, 2001).

Além dessa vertente, Viana e colaboradoras sintetizam mais três vertentes das críticas ao processo de indução federal, centradas: no efeito fragmentador desse processo; na inconstitucionalidade da regulamentação mediante portarias; na não-garantia do fortalecimento democrático no processo de transferência de responsabilidades e recursos do nível federal (VIANA *et al.*, 2003). Conforme visto

¹⁷ A crítica mais contundente às normas operacionais é feita por Carvalho (2001). O autor é ex-gestor municipal e federal (SAS).

anteriormente, a proposta de implementação da NOAS oportunizou um movimento de revisão normativa do SUS que confluiu para a publicação da Portaria nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004 a).

Com ela 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.¹⁸ 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”* (grifo nosso).

O Pacto de Gestão 2006 incorporou algumas reivindicações de gestores da saúde e recomendações das Conferências Nacionais de Saúde. Por um lado, mantiveram-se aspectos estabelecidos nas normas anteriores e, de outro, aprofundou-se o processo de descentralização, com aumento relativo da liberdade alocativa municipal.

Nesse conjunto de Portarias ministeriais, para as nossas finalidades, destacam-se três: 399/2006 (BRASIL, 2006, b); 698/2006 (BRASIL, 2006, c); 699/2006 (BRASIL, 2006, d). Foram mantidos: (1) a Programação Pactuada e Integrada (PPI), prevendo-se a articulação entre a PPI da assistência e a da vigilância em saúde; (2) o Plano Diretor de Regionalização (PDR); (3) o Plano Diretor

¹⁸ Embora neste estudo não se tenha buscado esse dado, é possível fazer uma aproximação a esse contingente com base no Finbra 2005. Apenas 266, dos 4.355 municípios que informaram, não receberam as transferências federais do SUS. Todavia, é sabida a existência de alguns municípios que, não tendo informado ao Finbra, receberam transferências SUS em 2005 – como exemplo, Borá (SP).

de Investimentos (PDI). Definiram-se cinco blocos para o financiamento de custeio: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidades; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (DE SETA, 2006).

Estabeleceram-se diretrizes do processo de gestão do SUS, fluxos relacionados aos termos de compromisso dos gestores das três esferas e regras de transição. Fixaram-se metas nacionais que servem de referência para a pactuação das metas dos entes subnacionais, no que se refere às prioridades do Pacto pela Vida. Previu-se um instrumento, o Termo de Compromisso de Gestão.

Dain (2000, p. 110) afirma que:

[de] forma diversa da experiência internacional dos sistemas públicos de saúde, até hoje o SUS não conseguiu infletir a orientação municipalista na configuração de sua hierarquização. Em muitos países que integraram com sucesso seu sistema de saúde, reservou-se ao governo central o papel de financiador e de formulador dos princípios gerais do sistema, deixando ao nível intermediário grande autonomia para planejar regionalmente a distribuição de recursos e serviços.

É certo que esses países não comportavam o grau de diversidade/ desigualdade presente no Brasil, possibilitando o exercício da coordenação pela esfera regional. Provavelmente, o nosso grau de diversidade/ desigualdade entre estados e regiões requer, também, a coordenação federal. O ápice da cooperação entre as ações das três esferas de governo corresponderia à NOAS/2002, pela conformação de sistemas regionais e microrregionais. Com a sua reversão e a não-implementação de orientação semelhante, afora a recente aprovação da lei dos consórcios, o risco é se manter, por longo tempo, o marco diferenciado do processo de descentralização do SUS em relação à experiência internacional.

Esse marco é a pequena capacidade de coordenação dos governos estaduais, somada à hegemonia municipalista, que proporcionou avanços na expansão da rede de serviços básicos, Mas *“avançou menos no que se refere ao outro pilar do modelo: a regionalização e hierarquização do sistema de saúde, que depende de uma participação mais ativa dos estados, até agora não se concretizou”* (COSTA, s/d, - grifos nossos).

Para Arretche (1999), devido às expressivas desigualdades do país, os atributos estruturais das unidades locais de governo – dentre eles a capacidade fiscal e administrativa – têm peso determinante para a descentralização. No entanto, o peso e importância desses determinantes *“varia de acordo com requisitos institucionais postos pelas políticas a serem assumidas pelos governos locais, tais como o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a própria engenharia operacional de cada política social”* (COSTA, s/d, - grifos nossos).¹⁹

A respeito das transferências federais do SUS nos anos 90, Dain (2000, p. 104)²⁰ e Cordeiro (2001) apontam a imprescindibilidade desses recursos, sobretudo para os pequenos municípios, o que se confirmou com o estudo de Lima (2006). Mediante a utilização de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos

¹⁹ Viana *et al.* (2002) citando Sola e Kugelmas, afirmam que *“... o sucesso de determinadas políticas setoriais em espaços e/ou territórios geográficos específicos deve ser atribuído antes a contextos sociais e culturais mais amplos do que a modelos institucionais prévios”*. Embora seja válida essa afirmativa, não há contradição em relação ao que afirma Arretche sobre a importância das políticas prévias e dos requisitos institucionais para o processo de descentralização. É que enquanto um relaciona o contexto sociocultural no qual as políticas são implementadas (e nos remete a Edson Nunes, Roberto Da Matta, Oliveira Viana, etc.), o outro fala de aspectos mais operacionais relacionados à implementação de políticas. Diferem, portanto, os autores no nível e nas categorias de análise. Tal como indica Bodstein, os traços mais tradicionais da cultura brasileira são mais agudos na esfera municipal.

²⁰ “[...] os recursos transferidos aos municípios pelo sistema de saúde, sobretudo os repasses baseados em *per capita* assumem crescente importância na sobrevivência dos pequenos municípios [...] ‘o dinheiro da Saúde’ legitimou, sobretudo nos últimos anos, as unidades políticas de menor porte [...]” (DAIN, 2000, p. 104). “[...] os recursos do SUS [...] viriam a se tornar imprescindíveis, ainda que não ocorresse a ampliação das responsabilidades municipais em saúde [...]” (CORDEIRO, 2001).

Públicos (SIOPS) relativos a 2002, essa autora afirma que não há dúvidas quanto à importância do SUS como fonte regular de receita para os municípios brasileiros.

Em 2002, no mínimo 52% dos governos locais possuem valores relativos às transferências federais do SUS na modalidade “fundo a fundo” superiores à arrecadação tributária própria [...]. Comparando-as com outras transferências legais de tributos, no mínimo 12% dos municípios apresentam receitas federais do SUS superiores ao FUNDEF, 13% superiores ao ICMS e 1,5% ao FPM, principal fonte de receita municipal (LIMA, 2006, p. 180).

Na decomposição dos recursos aplicados em saúde por fontes, independentemente de sua origem – fiscal ou setorial –, as principais fontes de financiamento das ações e serviços descentralizados do SUS provêm da União (LIMA, 2006, p. 235). O volume de receitas *per capita* do SUS é maior nos municípios até 5.000 habitantes, se comparados aos municípios com 5.001 a 20.000 habitantes e nos com 20.001 a 100.000 habitantes (LIMA, 2006, p. 204). Este último grupo de municípios, bem como os do Norte e Nordeste, se comparados a outros grupos:

a) possuem menores chances de ampliação de recursos próprios para a saúde [...], já que a disponibilidade dessas fontes é relativamente mais baixa; b) precisam empreender maior esforço fiscal²¹ e comprometer uma parcela mais elevada de seus orçamentos para garantirem a adequação dos recursos às suas necessidades de gasto em saúde; e c) são os que mais dependem das transferências federais da saúde para ampliar suas receitas destinadas ao SUS e, por isso, estão mais sujeitos aos mecanismos de indução e controle do MS. (LIMA, 2006, p. 272).

²¹ Trabalhos anteriores (GOMES & MacDOWELL; PRADO) também mostraram que há problemas graves na capacidade de arrecadação de recursos próprios na maioria dos municípios, principalmente nos intermediários, e não somente nos pequenos (FÁVERO, 2004, p. 129-130).

Concordantes com as dificuldades apresentadas pelos municípios de porte populacional médio, Gomes & MacDowell e Sérgio Prado assinalam a existência de graves problemas na capacidade de arrecadação de recursos próprios na maioria dos municípios, “principalmente nos intermediários, e não somente nos pequenos municípios” (FÁVERO, 2004, p. 129-130).

É, portanto, nesse contexto de heterogeneidade estrutural, de distintas capacidades de arrecadação e coordenação pelas esferas federal e estadual, e de baixa cooperação horizontal entre os entes federados, que o SUS se constrói. A descentralização do sistema de saúde hegemonicamente implementada como municipalização resultou em expansão com atomização da rede de serviços (LEVCOVITZ, 2001; CORDEIRO, 2001). No campo da vigilância sanitária, de descentralização relativamente tardia, e que tem requerimentos de outro tipo – inclusive quanto à força de trabalho que precisa ser concursada para que seus atos não sejam passíveis de se tornarem nulos; que tem alta externalidade e requer ação rápida e articulada²² –, é possível seguir o mesmo caminho da assistência?

Constrangimentos relacionados à vigilância sanitária e sua descentralização

Nos últimos anos, a vigilância sanitária vem retomando progressivamente espaço na agenda reformista da saúde.²³ Para isto contribuem a maior visibilidade de problemas sanitários relacionados à sua área de atuação, a (re)tomada de consciência de seu potencial transformador, o aumento do volume de recursos de que dispõe e o processo de reforma do Estado brasileiro, que propiciou a

²² Considere-se a tragédia do caso do Celobar, por exemplo. Com a presença, nesse contraste radiológico, de carbonato de bário, altamente tóxico e letal, quantas mortes ocorreriam, além das que lamentavelmente ocorreram, caso a ação da vigilância sanitária fosse mais lenta? E quantas dessas vidas seriam poupadas, se a ação fosse mais rápida?

²³ Diz-se retomando espaço porque aqui se assume que ela integrou a agenda reformista em meados da década de 80 e por isso figura entre as competências do SUS na Constituição de 1988.

constituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de caráter regulatório²⁴. Entre as competências definidas para a Agência, mediante a Lei nº 9.782/99 (BRASIL, 1999 a), que a instituiu, consta coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Este Sistema fora definido na Portaria GM nº 1.565, de 26 de agosto de 1994 (BRASIL, 1994 b), que, embora não tenha sido revogada por ato específico, veiculasse o entendimento de que a edição da lei que instituiu a ANVISA a tenha revogado automaticamente. Essa portaria previa um modelo integral de “vigilância em saúde”²⁵ e objetivava: (1) definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência; (2) esclarecer a competência das três esferas de governo; (3) estabelecer as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em consonância com a Lei nº 8.080/90, nela se buscou romper com a fragmentação das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador, e enfatizar a descentralização das ações como municipalização.²⁶ Além

²⁴ A constituição da Agência se deu sem a participação das instâncias coletivas deliberativas do SUS e dos demais órgãos de vigilância sanitária. Esse processo, permeado por um embate político-ideológico, ainda hoje se constitui em polêmica, apesar de os dirigentes dos serviços estaduais da VISA serem unânimes em reconhecer avanços significativos após a constituição da ANVISA (LUCCHESI, 2001). A respeito da constituição da ANVISA, ver Piovesan (2002).

²⁵ 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 *et al.*, 1998). A primeira equivale à análise da situação de saúde, a abranger doenças e agravos para além do tradicional na vigilância epidemiológica, as 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 90. 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. Assim, a vigilância sanitária consistiria em “outro território, vizinho, sem sombra de dúvida, mas que certamente se fortaleceria ao assumir uma denominação que evitasse os confundimentos atuais e refletisse melhor o conteúdo efetivo de seu campo de atuação” (SILVA JUNIOR, 2004, p. 80-81).

²⁶ No final dos anos 80 e início dos 90 implementaram-se experiências de criação de Distritos Sanitários e Sistemas Locais de Saúde, que embasaram formulações acadêmicas sobre a conversão do modelo assistencial. Nascidas da preocupação com a redução da demanda espontânea aos

disso, incorporavam-se as demais ações de saúde, inclusive as assistenciais, ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e assumia-se o caráter intersetorial da vigilância 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,²⁷ e que será abordada no Capítulo 3.

Do ponto de vista do processo de pactuação da descentralização da vigilância sanitária nos anos 90, cabe ressaltar que, diferentemente do campo da assistência à saúde, a diretriz da descentralização foi implementada, de forma diferenciada da assistência à saúde, tendo por base um processo de “estadualização”, em vez de municipalização. Uma crítica a essa estratégia diferenciada é apresentada por Levcovitz e colaboradores (2001), que, 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 *et al.*, 2001).

Todavia, o modelo de classificação das ações por complexidade e custo empregado no campo das ações assistenciais serviu de referência para a vigilância

serviços de saúde e a “oferta organizada” de serviços, elas buscavam integrar a epidemiologia, o planejamento e a organização de serviços.

²⁷ No primeiro governo Lula, em 2003, criou-se a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), a partir do Centro Nacional de Epidemiologia. O modelo adotado pelo Ministério corresponde à análise da situação de saúde, em função do grande destaque dado à Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD). 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.

sanitária classificar suas ações.²⁸ 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.

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 e consistia numa fração do PAB variável, o Incentivo às ações Básicas de Vigilância Sanitária – também conhecido como Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS ou PAB/VISA), destinada ao custeio das ações básicas de vigilância sanitária. Em 2000, pesquisa encomendada pela ANVISA ao NESCON/UFMG apontou que 68% dos municípios²⁹ informaram possuir serviço municipal de vigilância sanitária, ao passo que 78% informaram uma pessoa responsável pelas ações de vigilância sanitária. Dos que não possuem serviço de vigilância sanitária, 55% dos municípios têm 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 (LUCCHESI, 2001, p. 21).

²⁸ Mediante a Portaria SAS nº 18, de 21 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999 b), 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.

²⁹ Amostra de 321 municípios, estratificada por porte e região do país.

De fato, é possível considerar que, no plano federativo, a construção do Sistema Nacional de Vigilância se inicia na vigência da NOB 01/96³⁰ e após a constituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).³¹ É que, além de os repasses financeiros do PBVS terem livre uso pelas municipalidades, a coordenação federativa pela esfera federal na construção de uma ação cooperativa se deu na relação com os estados. Estes assinaram um instrumento, denominado Termo de Ajuste e Metas (TAM), que continha metas a serem alcançadas, inclusive organizativas.

Mediante o TAM, os estados passaram a receber: (1) a partir de agosto de 2000, a receber o repasse da Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária (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 (MACVISA). Quando um município não recebia o PBVS, ele era repassado fundo a fundo ao estado correspondente. Os repasses federais possibilitaram um processo, ainda que desigual, de estruturação dos serviços de VISA, mormente na esfera estadual.

Dentre os fatores que podem ter contribuído para a eleição desse modelo de descentralização que reforçava a esfera estadual, pode-se presumir a ocorrência: (1) 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

³⁰ Apesar de NOB SUS 01/93 serem mencionadas algumas responsabilidades quanto à VISA para estados e municípios, ao pleitearem certas condições de gestão, no país como um todo, não houve avanço significativo na organização descentralizada da vigilância sanitária em decorrência de sua implementação.

³¹ Embora a esfera municipal recebesse repasses do PAB variável desde 1998.

na gestão de José Serra, o que a legitimava no processo de negociação; (3) o papel de negociação política, assumido pela Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); (4) certa complacência da CIT, que apreciava para homologação o que lhe era encaminhado pela ANVISA.³²

Em 2002, para assessorar a CIT nos assuntos da vigilância sanitária, cria-se o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT, integrado pelos cinco diretores da ANVISA, cinco representantes do CONASS (todos coordenadores estaduais de Vigilância Sanitária) com critério de representação macrorregional, e cinco representantes do CONASEMS, dentre esses dois Secretários Municipais de Saúde. O Comitê passa a se reunir regularmente e a disponibilizar suas atas de reunião em 2003.

De todo modo, o fato que aparece é a ausência de representação dos interesses municipais, no plano formal, no processo de pactuação até 2003 e um trecho transcrito do resumo executivo da reunião da CIT, em 20/07/2000:

O Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária levantou a questão relativa ao fato de que existem muitos municípios em Gestão Plena que se negam a assumir ações de Vigilância. A SAS propôs que, até a próxima reunião da CIT, o Comitê articule uma proposta para assegurar o repasse federal para os municípios que queiram se habilitar e se debata a questão que vai além do volume de recursos a serem repassados e chega ao problema da responsabilidade em relação às ações.

³² Conforme resumo executivo da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite do dia 20/03/03: “Dr. José Agenor da ANVISA informou que esse Comitê [Consultivo] surgiu para discutir e aprovar os temas da Vigilância Sanitária que têm repercussão na gestão de estados e municípios para então serem encaminhados à CIT. O Comitê deve se reunir a cada dois meses e em 2002 foram realizadas três reuniões. Ainda no mês de março deverá ser realizada uma reunião do Comitê. Foi proposto e aprovado que até a próxima reunião da CIT a ANVISA apresente uma solução para a transferência dos recursos de descentralização das ações de média e alta complexidades para os municípios habilitados em gestão plena de sistema. Foi informado que a ANVISA está elaborando uma nova proposta de financiamento para a vigilância sanitária”.

O trecho citado aponta que, se a ANVISA exerceu a coordenação federativa na relação com os estados, enfrentou dificuldades para a adesão municipal. Arretche (2003) afirma, citando Lucchese (1999), que em função da falta de definição de mecanismos de financiamento para as ações de vigilância sanitária, ela não teria entrado na agenda dos governos locais. É certo que a pesquisa realizada pelo NESCON evidenciou o recebimento do PBVS sem a contrapartida da realização de ações básicas de vigilância sanitária. Para o recebimento desses recursos não se requeria nada mais além da demonstração de “capacidade técnica para realização das ações básicas” de VISA. O valor *per capita* baixo, praticamente insignificante para municípios pouco populosos, recebido sem vinculação a compromissos de ação, não teria se mostrado atraente para a esfera municipal, formada majoritariamente por pequenos municípios. Entretanto, os recursos foram recebidos pelos municípios, sem que se cobrasse deles a realização das ações básicas de vigilância sanitária.

A recusa municipal explicitada pelo Comitê Consultivo na reunião da CIT nos remete a Lucchese, quando aponta que, apesar da compulsoriedade da participação das esferas subnacionais, pelo menos para a esfera municipal,

[...] funda-se antes na vontade das autoridades locais em agir de forma a providenciar uma articulação sólida e sistemática que efetive a coletivização da administração dos efeitos externos da precariedade de muitos dos estados. Em outras palavras, o SNVS permanece como arranjo quase voluntário. (LUCCHESI, 2001, p. 197).

No caso da Vigilância Sanitária, há uma assimetria de poder³³ nas relações entre os órgãos de vigilância sanitária das três esferas de governos que pode ser explicada, ao menos em parte, pelas diferentes capacidades financeiras de que dispõem esses órgãos. Os serviços de vigilância sanitária, desde a constituição da ANVISA, vêm recebendo um volume de recursos sem precedentes em sua história, embora pequeno, se comparado ao montante de recursos destinados à área da assistência.

Além de a dotação orçamentária do serviço federal ter crescido mais de dez vezes entre 1995 e 2000, a defasagem entre a dotação e a execução financeira diminuiu no mesmo período, de 22,45% para 87,85% (LUCCHESI, 2001). Para esse crescimento contribuíram uma maior destinação de recursos do Tesouro Federal e a elevação do produto da arrecadação das taxas e multas, tanto pela majoração dos valores, quanto da diversificação das taxas.³⁴

O aumento da capacidade financeira permitiu que a Agência praticasse a coordenação federativa na área de vigilância sanitária e exercesse o protagonismo na proposição das formas de repasse para os entes subnacionais, pelo menos até 2003. Todavia, sua característica organizacional de autarquia especial, bem como sua condição de agência reguladora podem ter-lhe criado dificuldades de relacionamento no âmbito do Ministério, frente ao novo governo que se instituiu. Este era portador de um discurso de redução da autonomia na definição da política setorial pelas Agências, mais direcionado às agências que fazem regulação

³³ Os estados detêm poder na relação com a ANVISA, visto serem responsáveis por grande parte das metas finalísticas do contrato de gestão desta com o Ministério. São eles que realizam as inspeções sanitárias, bem como as interdições e outros atos técnico-administrativos. Entretanto, os serviços de vigilância sanitária das esferas subnacionais não são “organizações”, no sentido conferido pelas abordagens administrativas. Eles são setores ou departamento de uma organização maior, a Secretaria, que cumprem essa função.

³⁴ Instituíram-se várias taxas novas, como exemplo, a de autorização de funcionamento de farmácias.

econômica, discurso esse amplamente veiculado na imprensa e em fóruns específicos.³⁵

Sob a influência dessa concepção ou do ideário da Vigilância da Saúde, ou por ambos, em 2003 é criada a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, do Ministério (SVS/MS). A ela passou a caber, inicialmente por delegação do Ministro, mais tarde formalizada em Decreto presidencial, a competência para formular e propor a Política de Vigilância Sanitária, bem como regular e acompanhar o contrato de gestão da vigilância sanitária (BRASIL, 2006 a). No plano prático, com a criação da SVS, a ANVISA passou a integrar não mais o segundo, mas o terceiro escalão do Ministério.

Em 2003, de forma coerente com o projeto então em curso na saúde, segundo o qual se propunha a revisão da NOAS/2002, que reforçava o papel do Estado subnacional, implanta-se uma visão favorável aos municípios por parte da Agência,³⁶ ao mesmo tempo em que os estados eram criticados por sua baixa execução orçamentária.³⁷ Os municípios foram incorporados ao processo decisório com a publicação da Portaria nº 2.473/GM, de 29 de dezembro de 2003, e o incentivo para os municípios se torna um pouco mais atraente, pelo aporte de mais recursos do orçamento da ANVISA. Inicialmente, cerca de 600 municípios, a maior parte de pequeno porte, “aderem” à descentralização das ações de média e alta

³⁵ O deputado federal Walter Pinheiro (PT-BA), durante a transição de governo, chegou a sugerir que os diretores das agências deveriam colocar seus cargos à disposição, uma vez que quem os havia indicado deixaria em breve o Planalto. Entretanto, Dilma Roussef se posicionou a favor da existência das agências dentro dos moldes preestabelecidos, onde a Agência regula e fiscaliza e o Ministério traça as políticas.

³⁶ Talvez tenha também contribuído para essa mudança de inflexão, a experiência do então diretor-presidente da ANVISA na gestão municipal.

³⁷ 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 (Fonte: CIT, reunião de 18/09/2003).

complexidades em vigilância sanitária, antes realizadas quase exclusivamente pela esfera estadual.

Como fruto do processo mais geral de negociação na CIT, o Ministério da Saúde estabelece como única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena de Sistema Municipal, e a vigilância sanitária é elencada entre as responsabilidades municipais da seguinte forma: “f) *Execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes*” (BRASIL, 2004 a – grifo nosso).

Em 2006, é instituído o Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde e os recursos destinados a vigilância sanitária passam a integrá-lo, extinguindo-se o Teto Financeiro da Vigilância da Vigilância Sanitária.³⁸ A regulamentação dos blocos de financiamento foi recentemente publicada e, até abril de 2007, nada mudou nos repasses aos municípios que pactuaram a descentralização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária. Aguarda-se no momento a publicação de uma portaria que regulamente os repasses da vigilância sanitária ainda para o ano corrente e a negociação está acontecendo. O âmbito de discussão não é mais o Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária, e sim o Grupo de Trabalho da Vigilância em Saúde (GTVS), também da CIT, que tem composição diferenciada do Comitê.

A nova portaria específica trabalhará, salvo alguma mudança de última hora, com valores *per capita* de R\$ 0,47 e de R\$ 0, 21, respectivamente, para municípios e estados. Nenhuma condicionalidade está prevista, mas o caráter provisório dessa

³⁸ O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde tem seus recursos financeiros compondo o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal. São dois os seus componentes: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária. Os recursos destinados a cada um dos dois componentes da Vigilância em Saúde foram discriminados na Portaria nº 698/2006 (BRASIL, 2006, c). O componente Vigilância Sanitária compreende os recursos do TAM e do PBVS.

regulamentação está sendo destacado pelo Ministério da Saúde. A representação dos interesses municipais reivindica 70% do produto da arrecadação da Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária, cuja destinação legal é a ANVISA.

Na análise estrita dos valores repassados, ganham os municípios e os estados, que terão seus repasses majorados. Isso pode diminuir a competição entre esses dois entes federativos pelos escassos recursos da vigilância sanitária. Entretanto, essa proposta pode acarretar futuras perdas na construção federativa do SNVS, visto que, no novo contexto, o órgão federal de vigilância tem a sua capacidade de coordenação reduzida, e igualmente os estados, interlocutores privilegiados do início do processo de descentralização das ações. Reverte-se, após 2003, o modelo *sui generis* no campo do SUS, de descentralização da vigilância sanitária, pautado no reforço à esfera estadual.

A vigilância sanitária parece aumentar o grau de conformidade de seu processo de descentralização ao processo mais geral do SUS, que se centrou na municipalização dos serviços assistenciais, o que gerou a expansão da rede de serviços. Será o primado do princípio da autonomia sobre a coordenação e a cooperação na construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária?

Nota metodológica: o caminho do pensamento e alguns argumentos

A vigilância sanitária, prevista constitucionalmente como atribuição do Sistema Único de Saúde, 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, apontam um número significativo de municípios – 746 ou 13,4% dos 5.560 existentes – sem esse tipo de serviço. Além disso, em 23,7% dos municípios que informaram possuí-lo, há apenas um

trabalhador de Vigilância Sanitária. Sendo a vigilância sanitária uma ação de saúde pública das mais tradicionais, e de competência do SUS, não é imperioso que todos os entes federados a executem? Ainda mais o município, que é o executor preferencial das ações de saúde?

Com base nos conceitos de externalidade, interdependência social e interdependência vertical entre as esferas de governo, Lucchese (2001, p. 32-37) fundamenta a necessidade de consolidação do sistema nacional de vigilância sanitária cujo bom funcionamento controlaria potenciais externalidades (negativas) dos produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária e geraria benefícios sociais e econômicos. Como se originou esse arranjo da vigilância sanitária brasileira? Quando, e em que contexto, se explicita sua necessidade de contar com um sistema nacional?³⁹

Contudo, a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é incipiente, embora exista certo grau de consenso sobre sua necessidade e, para seu delineamento, instrumentos normativos, arenas decisórias e instâncias de pactuação do SUS – especialmente as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB), definidas como verdadeiras “arenas federativas” (ARRETCHE, 2002), onde se desenvolvem as relações intergovernamentais no que concerne à saúde.

O SUS – em referência ao campo da assistência – é apontado como uma das mais exitosas experiências de construção federativa, no bojo da Constituição de 88. É certo que alguns autores atribuem seu sucesso ao processo histórico que lhe deu origem, mas, foi também num processo histórico que essa Constituição foi gerada...

³⁹ Buscou-se traçar a trajetória histórica da vigilância sanitária no Brasil desde o período colonial, até a demanda de construção do SNVS. O método de trabalho compreendeu revisão bibliográfica e a exploração de acervos e fontes documentais, tais como: Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania, 2006; Biblioteca Virtual Carlos Chagas; Biblioteca Virtual Oswaldo Cruz; Academia Nacional de Medicina – página da Internet; Ministério da Saúde – página da Internet; John Carter Brown Library.

Assim, considera-se que: (1) o federalismo não assume uma única feição, em um mesmo país, ao longo do tempo e em todos os contextos, mas que ele contém um conjunto de variáveis substantivas para sua caracterização como tal; (2) que o regime federativo instituído na Constituição dá a moldura para as relações intergovernamentais; (3) que, no Brasil, o regime federativo perdura há mais de um século. Conseqüentemente, uma segunda indagação é como as variáveis substantivas no federalismo à brasileira se apresentaram em cada constituição, propiciando o estabelecimento do nosso “federalismo cooperativo”, no qual nossa “federação na saúde” é vista como exitosa?⁴⁰

Na construção do SNVS, de forma diferenciada do que ocorreu para a descentralização das ações assistenciais, optou-se, de 1998 a 2003, pela interlocução preferencial com a esfera estadual, embora as transferências regulares e automáticas para os municípios também ocorressem. Após 2003, incorporou-se a esfera municipal ao processo de pactuação da descentralização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária. A heterogeneidade municipal é uma regra – no sentido matusiano – do contexto da federação brasileira, bem como a diretriz da descentralização que rege o SUS. A descentralização, implementada inicialmente no campo da assistência, tem sido conduzida como municipalização. Isso gerou, por um lado, expansão da rede de serviços; e de outro, a fragmentação dessa mesma rede. É possível olhar para outros campos, que também constroem

⁴⁰Objetivou-se: (1) compreender as implicações, para o sistema federativo brasileiro, das mudanças constitucionais no período republicano, buscando-se superar a dicotomia existente na bibliografia revisada entre aspectos econômicos e políticos; (2) desvendar algumas regras do jogo federativo, mediante o mapeamento da evolução de variáveis selecionadas; (3) identificar o padrão de relações intergovernamentais no qual se desenvolve o SUS, e nele o SNVS. As seguintes variáveis foram mapeadas nas Constituições republicanas: separação entre os poderes; critérios de eleição para o Executivo e critérios de eleição e composição do Legislativo; grau de autonomia, competências tributárias e legislativas dos entes federativos; existência de mecanismos de repartição de receitas entre os entes federados.

seus sistemas nacionais no SUS, ou os caminhos e estratégias da assistência são os únicos a serem considerados?⁴¹

Como se tem construído o SNVS? Em uma federação, que congrega entes autônomos e interdependentes, pode-se presumir que ele se constrói com base em sistemas regionais e locais. No nível do município, a incorporação da vigilância sanitária é mais recente que na esfera federal, onde essa política nasceu centralizada e assim permaneceu por longo período. Para uma aproximação aos sistemas subnacionais, optou-se por examinar o processo ocorrido no Estado do Rio de Janeiro,⁴² que não se pretende, sirva para qualquer generalização.

É necessário ressaltar que o estudo da vigilância sanitária, na lógica da análise de formulação e implementação de políticas, ainda não realizado para qualquer estado brasileiro, nem se pretendeu traçá-lo para o Rio de Janeiro, no âmbito desta tese. Outro aspecto a ser ressaltado é que o referencial do federalismo e das relações federativas não foi empregado anteriormente no campo das vigilâncias, e que essa é uma tarefa de grande fôlego que ultrapassaria os limites deste estudo, frente às próprias limitações de quem o realiza.

⁴¹Identificaram-se as seguintes variáveis, tidas como importantes para a estruturação dos sistemas: gênese dos sistemas e transformações institucionais da esfera federal; cooperação e influência de organismos multilaterais; cooperação com instituições acadêmicas e estratégias de formação de recursos humanos para o desenvolvimento do campo; critérios para descentralização das ações e repasses federais. Exploraram-se documentos oficiais e históricos acerca das duas vigilâncias – dentre os quais os anais das Conferências Nacionais de Saúde e de Vigilância Sanitária, bem como da literatura existente sobre esses sistemas. Na medida em que se evidenciou uma desigual estruturação desses sistemas no tempo, buscou-se identificar se existiram políticas prévias e examinar a existência de coordenação para sua conformação.

⁴² Para isso se consideram: (1) o processo de descentralização da vigilância sanitária frente às normas estaduais e federais que pretenderam regê-lo; (2) o estágio de estruturação dos serviços municipais de vigilância sanitária – mediante a comparação dos diagnósticos realizados pelo Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, em 2002 e 2005; (3) os repasses financeiros federais em 2005; (4) as despesas na subfunção vigilância sanitária, informadas pela esfera municipal em 2005, no Finbra e no SIOPS.

CAPÍTULO 1: As regras do jogo: o regime federativo no Brasil e o padrão das relações intergovernamentais

Introdução

Embora o Brasil seja república federativa há mais de um século, o federalismo⁴³ é objeto relativamente recente de estudos pela ciência política e econômica e, um pouco mais precocemente, de estudos históricos ou jurídicos (ALMEIDA, 2001). Por ser campo amplo e comportar abordagens distintas, há certa proliferação de significados: federalismo como ideologia, utopia ou valor; ou como estrutura e meio para resolver problemas de manutenção da integridade territorial, respeitando-se a diversidade. Esses significados podem ser agrupados como teoria do Estado Federal ou como uma visão global da sociedade, uma doutrina de caráter global, como o liberalismo ou o socialismo.

Apesar de ser restritivo o significado do federalismo como teoria do Estado Federal (LEVI, 1993: p. 475), é dele que este capítulo mais se aproxima ao considerar, no arcabouço constitucional republicano, o sistema federativo brasileiro. A importância conferida a esse arcabouço se justifica porque se considera que ele define as regras da competição política, da organização do Estado nacional e do modo de governar, embora não defina o comportamento político e as ações dos atores (GROHMANN, 2001).⁴⁴

⁴³ Apesar de serem distintos os termos “federalismo”, “sistemas políticos federativos” e “federações”, trabalhou-se com o conceito de federação significando o arranjo político que combina mais de uma esfera de governo, todas responsáveis perante seus cidadãos, que detém poderes administrativos, legislativos e de imposição de tributos, delegados mediante uma Constituição (WATTS, 1999).

⁴⁴ Tanto o comportamento político não é plenamente normalizável que, das seis Constituições federais republicanas, três são frutos de governos ditatoriais (1934, 1937 e 1967) e, destas, duas

O arcabouço constitucional, em primeiro lugar, define que o regime é federativo; em segundo, os entes que compõem a federação; em terceiro, como se dá a relação entre os poderes e, para alguns aspectos, como os entes se relacionam do ponto de vista, principalmente administrativo e financeiro. Portanto, as mudanças no arcabouço constitucional afetam substancialmente a organização federativa e o padrão das relações intergovernamentais.

Em relação às relações intergovernamentais, à exceção das de cunho financeiro, há que se considerar que elas são mais dinâmicas e ultrapassam o limite normativo constitucional, dado seu caráter eminentemente político. Entretanto, em alguma medida, o arcabouço constitucional delimita as relações intergovernamentais, ao definir: (1) os centros de poder que participam do processo decisório federativo; (2) os mecanismos de partilha das receitas federais, que contribuem para o estabelecimento de um padrão de relações intergovernamentais, mais competitivo ou mais cooperativo; (3) o grau de (des)centralização do Estado.

Este capítulo apresenta a evolução de algumas variáveis, mapeadas nas constituições republicanas, consideradas fundamentais no desenho federativo. São elas: separação entre os poderes; critérios de eleição para o Executivo e critérios de eleição e composição do Legislativo; grau de autonomia, competências tributárias e legislativas dos entes federativos; mecanismos de repartição de receita. Na seqüência, tecem-se considerações sobre as implicações do regime federativo para o sistema nacional de saúde brasileiro e para a vigilância sanitária. Ao definir as regras mais gerais do jogo federativo, o arcabouço constitucional delimita e propicia a construção federativa do Sistema Único de Saúde (SUS) e, nele, a do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)?

foram "outorgadas" (1937 e 1967). Desse modo, a institucionalidade definida constitucionalmente foi modificada várias vezes.

O Federalismo na República Velha

O regime federativo instituído com a Proclamação da República é ratificado, em 1891, com a promulgação da respectiva Constituição, mas argumentos⁴⁵ e lutas pró-federação estiveram presentes desde antes. Entre eles, a repercussão da promulgação da Constituição americana, em 1787; as demandas de autonomia e descentralização da administração no período colonial e imperial; as lutas, como a Confederação do Equador (1824), que tentou estabelecer uma república federalista.

O regime federativo que se institui na República Velha é classificado como dual e assimétrico (Kugelmas *apud* ALMEIDA, 2001). Dual porque dominado pelos conflitos da esfera federal e dos estados; assimétrico pela hegemonia de São Paulo e Minas Gerais. Assim, torna-se compreensível a assertiva segundo a qual “a razão de ser do federalismo brasileiro sempre foi, e continua sendo, uma forma de acomodação das demandas de elites com objetivos conflitantes” (SOUZA, 1998).

A República constitui-se pela “união perpétua e indissolúvel das suas antigas províncias”. Como entes federativos, a União e os estados. À exceção do Neutro, transformado em Distrito Federal, o município é citado apenas uma vez: “Os Estados organizar-se-ão de forma que fique assegurada a autonomia dos Municípios em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse” (BRASIL, 1891). A expressão “peculiar interesse” persiste até a Constituição de 1988, quando é suprimida, pois “não lograra conceituação satisfatória em um século de vigência” (SILVA, 2003, p. 476).

⁴⁵ Um argumento pró-republicano e federalista era o dos cafeicultores paulistas, que aspiravam à descentralização que se seguiria à República. Além de trazer maior autonomia econômica e política para os estados, a república federativa resultaria em maiores benefícios. Na avaliação desse grupo, São Paulo recebia pouco do governo, que empregava o resultado da renda gerada no estado em outras províncias.

A separação entre os poderes é formalmente estabelecida e a independência do Legislativo é assegurada pela restrição do poder de veto do governo central aos casos de inconstitucionalidade e contrariedade aos interesses nacionais. Todavia, o Senado é presidido pelo Vice-Presidente da República. O Legislativo é eleito em sufrágio direto. Para a Câmara dos Deputados, eleitos pelos estados e Distrito Federal. O número dos deputados é fixado em lei, mas sua proporção não pode exceder um por 70.000 habitantes, nem ser inferior a quatro por estado. Para o Senado: três senadores por estado e três pelo Distrito Federal. O mandato do senador dura nove anos, renovando-se um terço a cada três anos.

O voto direto e não-obrigatório estava previsto para a Presidência da República. Era exercido a descoberto: duas cédulas – uma, depositada na urna; a outra, com o eleitor para comprovação do voto. A influência da política local era considerável, e os mecanismos eleitorais e de reconhecimento dos eleitos propiciavam a ocorrência de fraudes (NICOLAU, 2002, p. 26-36).

Segundo Varsano (1996), o sistema tributário é simples, como o do Império e são discriminadas competências exclusivas da União e dos estados. À União cabem impostos sobre a importação; direitos de entrada, saída e estadia de navios; taxas de selos e taxas de correios e telégrafos federais. Os estados que tributarem a importação de mercadorias estrangeiras destinadas ao consumo no seu território reverterem o produto da arrecadação desses impostos para o Tesouro Federal. A Lei nº 4.783, de 31 de dezembro de 1923, institui um imposto de renda geral. São competências tributárias estaduais exclusivas: imposto de exportação de mercadorias produzidas em seu território – “cobrado tanto sobre as exportações para o exterior como nas operações interestaduais” (VARSANO, 1996, p. 3);

impostos que incidem sobre os imóveis rurais e urbanos e sobre a transmissão de propriedade e profissões; taxas de selo e de correios e telégrafos estaduais.

Repasse da União para estados são previstos apenas para regularizar despesas, mediante abertura de créditos especiais; ou como socorro ao estado, mediante demanda. A descentralização prevista se resume à entrega, pela União, da administração dos serviços que lhes competirem constitucionalmente, cessando a responsabilidade federal sobre seu custeio.

Houve descentralização de receitas e de gastos: no período entre 1907 e 1911, sendo a União responsável por 60,7% das receitas totais e por 62,2% dos gastos totais; ao final da República Velha, a participação da União na receita total está reduzida a 54%, e nos gastos, a 52,5% (FAVERET, 2002, p. 59).

A Carta de 1891 dispõe que cabe ao Parlamento a iniciativa de sua reforma, e especifica os mecanismos necessários para tal. Quanto às competências dos estados, seu caráter residual é explícito: “É facultado aos estados [...] em geral, todo e qualquer poder ou direito, que lhes não for negado por cláusula expressa ou implicitamente contida nas cláusulas expressas da Constituição” (BRASIL, 1891, art. 65).

No campo da saúde, essa Carta Constitucional é omissa, bem como para qualquer outro direito social. Na sua vigência, e até os anos 1930, a responsabilidade pela saúde é restrita e alocada ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores. Apesar dos esforços para o controle sanitário e das epidemias, ressalta-se a inexistência de uma política de saúde no nível nacional. Embora existente nessa época, a chamada “questão social” irá emergir nos anos 20, em que as Caixas de Aposentadoria e Pensões são instituídas, fora do âmbito estatal.

O enfraquecimento do grupo que dava sustentação à República Velha, principalmente os cafeicultores, e a disputa política que se estabelece entre os dois estados hegemônicos propiciam a “Revolução de 30”, em que Getúlio Vargas, derrotado na eleição, assume o governo com o apoio do Rio Grande do Sul, Minas e Paraíba.

O Federalismo na Era Getulista: pacto na Constituição de 1934 e ruptura e centralização na Constituição de 1937

Ao assumir, Vargas suspende a Constituição de 91, fecha o Congresso Nacional e instala um Governo Provisório, que perdura até 1934. Esse período é marcado por conflito entre a esfera federal e a estadual, redundando na Revolução de 32, que teve como reivindicação a convocação de uma Assembléia Nacional Constituinte (ANC) e, em 34, uma nova Carta é promulgada (BRASIL, 1934). Getúlio Vargas elege-se indiretamente à Presidência da República. Empossado o presidente, a ANC se transforma em Câmara dos Deputados e exerce cumulativa e temporariamente as funções do Senado Federal, até que ambos se organizem.

Discriminam-se, pela primeira vez, competências tributárias para os municípios (BRASIL, 1934). Em face da conjuntura política, o reforço da autonomia municipal decorre da tentativa de enfraquecimento dos governos estaduais. Introduzem-se mecanismos de transferência de receitas entre as esferas de governo. Estes prevêm que:

Como competência concorrente de União e Estados, figura a criação de outros impostos, cuja arrecadação é feita pelos Estados, que entregarão, dentro do primeiro trimestre do exercício seguinte, 30% à União, e 20% aos Municípios de onde tenham provindo (BRASIL, 1934).

A competência legislativa dos estados é complementar ou supletiva da legislação federal e suas competências privativas: decretar a Constituição e as leis estaduais, respeitados os princípios constitucionais, entre os quais a autonomia municipal. Aos estados são determinadas, também, competências residuais: “exercer, em geral, todo e qualquer poder ou direito, que lhes não for negado explícita ou implicitamente por cláusula expressa desta Constituição” (BRASIL, 1934).

Os prefeitos do município da capital e das estâncias hidrominerais podem ser eleitos pela Câmara de Vereadores ou nomeados pelo governo do estado. Em decorrência disso, e do quadro político que criou as condições para a elaboração e promulgação da Carta de 34, torna-se compreensível que se tenham introduzido a definição de que a duração do mandato dos governadores e prefeitos deve respeitar a duração do mandato presidencial e a proibição da reeleição de governadores e prefeitos para o período imediato.

Restabelece-se formalmente a separação entre os poderes e a independência do Legislativo, Executivo e Judiciário. O Legislativo é composto de: Câmara dos Deputados – 80% dos representantes eleitos mediante sufrágio universal, igual e direto, e 20% dos representantes eleitos pelas organizações profissionais; Senado – dois senadores por estado e o do Distrito Federal, eleitos por sufrágio universal e direto por oito anos. O número de deputados é fixado por lei, em proporção que não exceda um para cada 150.000 habitantes até 20 deputados e, além desse limite, um para cada 250.000 habitantes. Cada território elege dois deputados.

No período Vargas, de centralização de receitas e de poder político na esfera federal – centralização que se intensifica após 1937, com o Estado Novo – implanta-se uma política de saúde de amplitude nacional. A saúde passa a figurar no texto

constitucional, ainda que restrita a um único artigo, onde se define a competência concorrente da União e dos estados para cuidarem da “saúde e assistência públicas” (BRASIL, 1934, art. 10º). Ainda quanto à saúde, a Carta de 1934 estabelece a competência comum da União, aos Estados e aos Municípios para “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” bem como para “cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais” (BRASIL, 1934, art. 138).

Essa Carta prevê, embora de forma restrita, a cooperação financeira da União no campo da saúde, e a organização, pela esfera federal, do serviço nacional de combate às grandes endemias, nos seguintes termos: “A União organizará o serviço nacional de combate às grandes endemias do país, cabendo-lhe o custeio, a direção técnica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais” (BRASIL, 1934, art. 140). Todavia, isso parece de pouca monta para caracterizar a Constituição de 34, como a transição do federalismo dual para o federalismo cooperativo, tal como fez o jurista Raul Machado Horta.

O mandato de Getúlio, pela Carta de 1934, terminaria em 1938. Mas, cerca de um ano antes, Getúlio ordena o cerco militar ao Congresso Nacional, impõe seu fechamento e outorga a Constituição de 37 (BRASIL, 1937, a). Nessa Carta se declara, em todo o país, o estado de emergência, e se dissolvem as Casas Legislativas federais, estaduais e municipais. As eleições ao Parlamento Nacional seriam marcadas pelo Presidente da República para depois de realizado um plebiscito que não ocorreu (Fundação Getúlio Vargas/CPDOC).

Inicia-se o Estado Novo e o federalismo é praticamente suprimido, ocorrendo um centralismo exacerbado por parte do ditador. O Decreto-Lei nº 1.202/39 dispõe que os governadores dos estados são interventores da União. Com a designação de interventores estaduais, a autonomia municipal, presente na Carta de 34, deixa de ser funcional para o Governo Federal.

O Poder Legislativo é exercido pelo Parlamento Nacional com a colaboração do Conselho da Economia Nacional (CEN) e do Presidente da República. O CEN é composto de “representantes dos vários ramos da produção nacional, designados dentre pessoas qualificadas pela sua competência especial, pelas associações profissionais ou sindicatos reconhecidos em lei, garantida a igualdade de representação entre empregadores e empregados” (BRASIL, 1937, a). Mas, enquanto não se reunir o Parlamento Nacional, o Presidente da República tem o poder de expedir decretos-leis sobre qualquer matéria da competência legislativa da União.

O Parlamento Nacional passa a ser composto de duas câmaras: Câmara dos Deputados e Conselho Federal. Este se compõe de um representante dos estados e de dez membros nomeados pelo Presidente da República. O representante estadual no Conselho Federal é eleito por sua respectiva Assembléia Legislativa. Porém, o governador tem poder de vetar o seu nome e, neste caso, ele só será confirmado mediante a aprovação por dois terços de votos da totalidade da Assembléia. Um pré-requisito é que ele tenha exercido cargo de governo na União ou nos estados por mais de quatro anos.

A Constituição pode ser alterada por iniciativa do Presidente da República ou do Legislativo. O projeto de iniciativa do Presidente é votado em bloco por maioria ordinária de votos do Parlamento, sem modificações, ou com as propostas pelo

Presidente da República, ou que tiverem a sua aquiescência. O projeto de mudança constitucional, de iniciativa da Câmara dos Deputados, exige o voto da maioria dos membros das duas Casas Legislativas para ser aprovado. Se aprovado, ele é enviado ao Presidente da República que, em 30 dias, pode devolvê-lo à Câmara dos Deputados, pedindo que o mesmo tramite novamente por ambas as Casas, o que só pode se efetuar na legislatura seguinte.

No caso de rejeição do projeto de iniciativa do Presidente, ou de aprovação definitiva pelo Parlamento de projeto de iniciativa da Câmara dos Deputados, apesar da oposição do Presidente, este pode, dentro em 30 dias, submetê-lo a plebiscito nacional, a realizar-se 90 dias depois de publicada a resolução presidencial.

São da competência tributária da União os impostos sobre: importação de mercadorias de procedência estrangeira; consumo; renda e proventos; transferência de fundos para o exterior; atos emanados do seu governo e negócios da sua economia, bem como taxas telegráficas, postais e de outros serviços federais; entrada, saída e estadia de navios e aeronaves, sendo livre o comércio de cabotagem às mercadorias nacionais e às estrangeiras que já pagaram imposto de importação. Aos estados cabem os impostos sobre: propriedade territorial, exceto a urbana; transmissão de propriedade *causa mortis* e intervivos; comércio; exportação de mercadorias de sua produção; indústrias e profissões; atos emanados de seu governo e negócios da sua economia; taxas de serviços estaduais. Aos municípios cabem: o imposto de licença; o imposto predial e o territorial urbano; os impostos sobre diversões públicas; taxas municipais.

Ressalte-se que, em relação à Carta de 34, as mudanças tributárias introduzidas foram de pequena monta e caráter centralizador. Com a implementação das mudanças, “a fatia federal da receita total subiu de 50 para 55%” (SERRA;

AFONSO, 1999 *apud* FAVERET, 2002, p. 60.). Essas mudanças abrangeram: a perda estadual da competência de tributar o consumo de combustíveis; a inclusão, na competência privativa da União, do imposto único sobre a produção, o comércio, a distribuição, o consumo, a importação e a exportação de carvão mineral e dos combustíveis e lubrificantes líquidos de qualquer origem; e a retirada de competência aos municípios para tributar a renda das propriedades rurais (VARSAÑO, 1996).

A competência concorrente no campo da Saúde presente na Carta de 34 não figurou mais na Carta Constitucional de 37, que incluiu entre as competências legislativas exclusivas da União, legislar sobre as “normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança” (BRASIL, 1937, a, art. 16). O poder dos estados para legislar sobre matérias de competência exclusiva da União, se daria mediante delegação, “para regular a matéria [...] para suprir as lacunas da legislação federal” (BRASIL, 1937, a art. 17). Entretanto, a lei estadual só entraria em vigor após aprovação do Executivo federal, mesmo votada pelo Legislativo estadual. A regulamentação da saúde, que resultou grandes mudanças institucionais, se daria por meio de legislação infraconstitucional.

No plano institucional, as mudanças contidas na Reforma Capanema foram significativas. Além da instituição do Ministério da Educação e Saúde, foram criadas Delegacias Federais de Saúde nos estados, com responsabilidades de execução, representando um movimento de desconcentração das ações no território nacional. Instituíram-se os Conselhos, as Conferências e os Fundos Nacionais de Saúde e de Educação. Aprofundaram-se as ações de saúde pública sob a ótica das campanhas, coordenadas centralmente.

Uma extensa legislação nacionalista é promulgada, na qual se destaca a decretação da Lei Antitruste, dificultando as atividades do capital estrangeiro no país, em junho de 1945. As eleições presidenciais foram marcadas para dezembro de 45, mas, em 29 de outubro do mesmo ano, Vargas renunciou. Era o fim do Estado Novo.

O Federalismo na redemocratização pós-Vargas: a restauração

Assumiu José Linhares, presidente do Supremo Tribunal Federal, pois Vargas não tinha vice. Vargas apoiou Eurico Gaspar Dutra, que venceu as eleições. Nas eleições de 1946 foram eleitos os deputados e senadores para compor a ANC, e no mesmo ano foi promulgada a Constituição. Ao contrário da anterior, ela previa um equilíbrio de forças mais favorável entre os três poderes. Ressalvados os casos de competência exclusiva, a iniciativa das leis cabe ao Presidente da República e a qualquer membro ou comissão da Câmara dos Deputados e do Senado Federal.

As regras para eleição presidencial são estabelecidas em lei complementar. O Presidente e o Vice-Presidente da República são eleitos simultaneamente, em todo o país, 120 dias antes do término do período presidencial, para um mandato de cinco anos. Nas Disposições Transitórias, prevê-se a eleição do Vice-Presidente pela ANC, por escrutínio secreto. É prevista a eleição direta dos prefeitos; entretanto, os das capitais e dos municípios com estâncias hidrominerais podem ser nomeados pelos governadores dos estados ou dos territórios, que também nomeiam os prefeitos dos municípios que a lei federal declarar serem de importância para a defesa externa do país.

A União, mediante lei especial, pode intervir no domínio econômico e monopolizar determinada indústria ou atividade. A intervenção prevista tem por base

o interesse público, e por limite os direitos fundamentais assegurados na Constituição.

O Legislativo compõe-se de: Câmara dos Deputados – eleitos segundo o sistema de representação proporcional, por estados, Distrito Federal e territórios; Senado – três representantes dos estados e do Distrito Federal eleitos segundo o princípio majoritário. A representação de cada estado e a do Distrito Federal renovam-se de quatro em quatro anos, alternadamente, por um e por dois terços. O mandato de senador é de oito anos. O Vice-Presidente da República exerce as funções de presidente do Senado Federal, onde só tem voto de qualidade. A proporcionalidade de deputados não se altera em relação à Carta anterior, exceto pelo fato de cada território ter um deputado, em vez de dois; cada estado e Distrito Federal, sete deputados.

Embora não promova reforma da estrutura tributária, a Carta de 46 modifica a discriminação de rendas entre as esferas do governo. Ao elenco de tributos municipais adiciona-se o imposto sobre atos de sua economia ou assuntos de sua competência. Os estados passam a ter participação no imposto sobre o consumo de mercadorias, mas cedem integralmente aos municípios o imposto de indústrias e profissões aos municípios, e têm a alíquota máxima do imposto de exportação limitada a 5% (VARSANO, 1996, p. 5).

Previram-se vários mecanismos de partilha de receitas tributárias. Os municípios, afora as capitais, participam de 10% do produto da arrecadação do imposto de renda, distribuídos em partes iguais. Do arrecadado com o imposto sobre consumo, no mínimo 60% são entregues pela União aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, proporcionalmente à sua superfície, população, consumo e

produção, nos termos e para os fins estabelecidos em lei federal. O esforço de arrecadação é premiado da seguinte maneira:

Quando a arrecadação estadual de impostos, salvo a do imposto de exportação, exceder, em Município que não seja o da Capital, o total das rendas locais de qualquer natureza, o Estado dar-lhe-á anualmente trinta por cento do excesso arrecadado (Brasil, 1946, art. 20).

Como exemplos de restrição ao uso dos recursos partilhados, há a vinculação das transferências de imposto sobre o consumo ao desenvolvimento do sistema de transporte e a empreendimentos relacionados com a indústria de petróleo; e a destinação de pelo menos a metade dos recursos do imposto de renda recebidos pelos municípios a obras ou serviços que objetivassem melhorar as condições econômicas, sociais, sanitárias ou culturais das populações rurais (VARSANO, 1996 p. 6).

Competências tributárias residuais também são estabelecidas para a União e os estados, que podem criar outros tributos, prevalecendo o imposto federal sobre o estadual idêntico. Nesses casos, os estados arrecadam esses impostos e do produto da arrecadação repassam 20% à União e 40% aos municípios onde tiver sido realizada a cobrança.

Esses mecanismos de partilha das receitas tributárias entrariam progressivamente em vigor, bem como as modificações na estrutura e competência dos tributos. Porém, o aumento da dotação municipal prevista na Carta de 46 não se concretizou plenamente. A maioria dos estados não transferiu os 30% do excesso de arrecadação; a distribuição das cotas do imposto de renda com base na arrecadação do exercício anterior sofria os efeitos da inflação; a aceleração da

inflação, em meados dos anos 50 e início dos 60, prejudicou a receita do imposto predial e territorial urbano. Além disso, a distribuição em partes iguais da arrecadação do imposto de renda para os municípios estimulou sua proliferação por desmembramento, o que fez com que o valor real das transferências diminuísse à medida que crescia o número de municípios, de 1.669 para 3.924 municípios, entre 1945 e 66 (VARSANO, 1996, p. 6).

Sobre a Carta de 46, afirma-se que a adoção de um “sistema tributário voltado para um melhor equilíbrio horizontal e vertical das receitas públicas, através da distribuição da receita nacional das regiões mais desenvolvidas para as menos desenvolvidas”, representa uma forma de contrabalançar as disparidades regionais (SOUZA, 1998), e que se estabeleceu um federalismo cooperativo, com privilégio para as relações financeiras diretas entre União e municípios (FAVERET, 2002, p. 40). Além da cooperação vertical, certo nível de cooperação horizontal entre as esferas subnacionais é estabelecido para o enfrentamento de alguns problemas regionais (seca no Nordeste e valorização econômica da Amazônia).

Não se encontra referência explícita à Saúde na Constituição de 46, à exceção da manutenção da competência legislativa da União sobre normas de proteção. No plano institucional federal, até a criação do Ministério da Saúde e, de certa forma, até a década de 70, mantém-se em linhas gerais a estrutura herdada do governo Vargas.

Em 51, Vargas retorna à Presidência pelo voto popular, mas em agosto de 54, suicida-se. Café Filho, seu vice, assume e logo se afasta por problemas de saúde. A Presidência da República é ocupada interinamente pelos presidentes da Câmara e do Senado, sucessivamente até se completar o período presidencial. Juscelino Kubitschek e João Goulart, respectivamente presidente e vice, são eleitos. Jânio

Quadros é eleito em 61 e, em função da legislação eleitoral vigente, João Goulart torna-se seu vice, a despeito de pertencerem a partidos diferentes e não-coligados.

Jânio renunciou poucos meses depois, e João Goulart assumiu a Presidência. Entre seus projetos, estavam as reformas agrária, tributária, educacional e eleitoral. Seu governo foi marcado por conflitos políticos e institucionais decorrentes do tipo de arranjo federativo que prevaleceu entre 46 e 64. Em 1964, o presidente foi deposto por um golpe militar.

O federalismo centralizado do governo militar: um Estado unitário desconcentrado?

Os governos militares emitem vários atos institucionais. Transformam-se as eleições para governador de diretas em indiretas pela Assembléia Legislativa, além de se instituir a nomeação dos prefeitos das capitais pelos governadores. Delega-se ao governo a elaboração de nova Carta Constitucional.

A Constituição de 1967 prevê a eleição do presidente para mandato de quatro anos por Colégio Eleitoral e votação nominal. O Colégio Eleitoral compõe-se de membros do Congresso Nacional e de três delegados indicados por cada Assembléia Legislativa dos estados, e mais um delegado por 500.000 eleitores inscritos no estado. Para o governador e seu vice, voto universal, direto e secreto, bem como para a eleição de prefeitos, excetuando-se os das estâncias hidrominerais, dos municípios considerados de segurança nacional e das capitais.

As competências legislativas da União são extensas. O presidente pode enviar ao Congresso Nacional projetos de lei sobre qualquer matéria. Estes, quando solicitado, devem ser apreciados em 45 dias, a contar do recebimento. Esgotado

esse prazo, os projetos são considerados aprovados. Ao presidente compete, também, elaborar leis delegadas.

O Legislativo compõe-se de: Câmara dos Deputados – representantes eleitos por voto direto e secreto, em cada estado e território, não excedendo um para cada 300.000 habitantes, até 25 deputados e, além desse limite, um para cada milhão de habitantes, sendo sete o número mínimo por estado e para cada território, um deputado; e Senado Federal – representantes dos estados, eleitos por votação direta e secreta, segundo o princípio majoritário. Cada estado elege três senadores, com mandato de oito anos, renovando-se a representação, de quatro em quatro anos, alternadamente, por um e por dois terços. A partir de 77, um terço dos senadores é escolhido diretamente pelo presidente, os “biônicos”.

Os estados têm competências residuais em relação à União e aos municípios e podem sofrer intervenção, também, para assegurar a autonomia municipal. Esta é assegurada formalmente pela eleição direta de prefeito, vice-prefeito e vereadores e “pela administração própria, no que concerne ao seu peculiar interesse” (BRASIL, 1967, Art. 16). Para a criação de novos municípios, são previstos requisitos mínimos de população e renda pública, e a forma de consulta prévia às populações locais para a criação de novos municípios é regulada em lei complementar.

Instaura-se uma fase de federalismo cooperativo, que tem a centralização como estratégia principal. O modelo se ergue sobre três pilares: financeiro – com a centralização das receitas tributárias e seu controle pelo Governo Federal; administrativo – com a uniformização da atuação dos três níveis de governo; político – com o controle das eleições para governadores. Expandem-se os órgãos da administração direta nas esferas subnacionais; proliferam agências da administração indireta; prestam-se consultorias técnicas aos governos subnacionais para

organização das suas administrações, com base no modelo da União; firmam-se convênios para assistência técnica e repasse de recursos (ABRUCIO, 1998, p. 63-64).

Um novo sistema tributário implanta-se entre 64 e 66. Introduzem-se modificações: revisão do imposto de renda com crescimento de arrecadação; reformulação do imposto de consumo, originando o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI); impostos cumulativos foram eliminados – adotou-se o imposto sobre o valor adicionado, na época, em vigor apenas na França.

As mudanças no sistema tributário visam a aumentar o esforço fiscal da sociedade para o alcance do equilíbrio orçamentário e para disponibilizar recursos que impulsionem o crescimento econômico mediante incentivos fiscais à acumulação de capital (VARSAÑO, 1996). Restringe-se o poder dos estados para legislar sobre o Imposto sobre Circulação de Mercadorias (ICM), para que eles não interfiram no processo de crescimento econômico. Regulamentam-se os Fundos de Participação de Estados e do Distrito Federal (FPE) e o dos Municípios (FPM). Apesar da centralização fiscal promovida pelo Governo Federal em 67, o FPE e o FPM configuram o primeiro sistema de partilha de recursos com sentido redistributivo (FAVERET, 2002, p. 64), embora dois fatos sejam apontados: redução dos recursos do FPE e do FPM – pela diminuição de 10 para 5 pontos percentuais do produto da arrecadação do IR e do IPI; e criação de um Fundo Especial, cuja aplicação era definida pelo governo central com entrega sujeita a determinadas condições, constituído de 2% do produto da arrecadação daqueles tributos (VARSAÑO, 1996, p. 10).

Há redução da autonomia fiscal de estados e municípios, e a reação a ela, por parte dos entes federativos, resultou na Emenda Constitucional nº 5/75, que

elevou os percentuais de destinação de recursos ao FPE e ao FPM a partir de 76, e na Emenda Constitucional nº 17/80, que só tiveram efeitos práticos a partir de 1983. Contraditoriamente, é desse período “o ressurgimento no país da cumulatividade na tributação”, com a criação da Contribuição para o Programa de Integração Social – PIS (VARSANO, 1996).

O regime militar, em que foram introduzidas inovações nos sistemas tributário e de repartição de receitas, que lançou os Planos Nacionais de Desenvolvimento – no qual se deu o chamado “milagre econômico” –, recentralizou receitas e concentrou a renda, se despediu do poder em 85, após fragorosa derrota do Governo Federal nas eleições diretas para governador, em 82.

Federalismo na Constituição de 88: refundando o federalismo brasileiro

Em 1986 são convocadas eleições para o Congresso Nacional, e nelas são escolhidos os deputados e senadores que participam da ANC. Definidos os temas constitucionais, eles foram distribuídos em 24 subcomissões, que se subordinavam, três a três, a oito comissões que atuaram de forma independente. Ao passo que quase todas as comissões tratavam do papel do Estado, apenas uma, isoladamente, desenhava o Sistema Tributário (VARSANO, 1996).

A análise do processo decisório do processo constituinte revela aspectos importantes, entre os quais o fato de que a proposta de descentralização não teve seus efeitos discutidos, a não ser na subcomissão do sistema tributário e de divisão e distribuição das receitas (SOUZA, 2001).

Com a Constituição de 88, desenha-se “uma ordem institucional e federativa distinta da anterior”, na medida em que a elaboração da nova constituição gera

“novos pactos e compromissos políticos e sociais”, promove a “descentralização política e financeira para os governos subnacionais” e muda “o papel dos entes federativos” (SOUZA, 2001). Entretanto, o processo de desconcentração de recursos federais inicia-se em 84 e decorre da elevação dos percentuais do FPE e do FPM, pela Emenda Constitucional nº 23/83, e da perda do poder de arrecadação da União, o que reduziu em quase 10% a participação desta no total de receita tributária disponível, de 83 e 88 (VARSAÑO, 1996, p. 12).

Reconhece-se que, com a Carta de 88, “o Brasil se torna um país mais ‘federal’, pela emergência de novos atores no cenário político e pela existência de vários centros de poder soberanos que competem entre si” (SOUZA, 2001). Do processo constituinte resultou um texto que estabeleceu direitos individuais e coletivos, ampliou a autonomia dos entes federativos subnacionais, em especial dos municípios, estabeleceu o Orçamento da Seguridade Social e promoveu a descentralização fiscal, sem a necessária redistribuição de encargos (AZEVEDO; MELLO, 1997).

O caso da saúde nessa Constituição é relevante do ponto de vista da cooperação intergovernamental. Ela ultrapassa os aspectos financeiros e está explícita na definição da saúde como competência comum às três esferas de governo, e implícita nos princípios e diretrizes organizativas do SUS. Além da descentralização de receitas, importante mecanismo de coordenação de políticas, a cooperação implica decisões partilhadas e está orientada à gestão conjunta de interesses e serviços. O SUS compreende uma tentativa de incorporar essas proposições, embora com grau diferenciado em relação a cada uma delas. As decisões têm potencialmente a possibilidade de serem partilhadas, a despeito da predominância da esfera federal que detém os recursos, por meio das instâncias de

pactuação. Já a gestão conjunta dos serviços é menos provável de ser alcançada. De todo modo, a Saúde e a Educação representam políticas públicas descentralizadas que materializam o espírito de cooperação intergovernamental de que está imbuída a Constituição de 1988.

Segundo a Constituição vigente (BRASIL, 1988), a organização político-administrativa no Brasil é constituída de União, estados, Distrito Federal e municípios, todos autônomos.

São definidos os critérios para eleição do presidente e de seu vice, para mandato de cinco anos, que implicam a realização de dois turnos eleitorais em caso de não obtenção de maioria simples no primeiro turno, sendo vedada a reeleição de presidente. Posteriormente, a duração do mandato volta a ser de quatro anos (BRASIL, 1994 a), e é introduzida a reeleição para um segundo mandato (BRASIL, 1997).

Os critérios para eleição para o Senado são mantidos, exceto pela eleição de dois suplentes, em vez de um. Para a Câmara dos Deputados, os critérios mudam substancialmente em relação à Carta de 67: o mínimo de deputados por estado passa a ser oito, e o máximo, 70. Disso deriva que o Brasil é uma das democracias federativas que mais contrariam o princípio de “cada cidadão um voto”, pela super-representação dos estados menos populosos, também, na Câmara Baixa. “Se houvesse uma perfeita proporcionalidade no Brasil, Roraima teria um deputado e São Paulo teria perto de 115” (STEPAN, 1999).

Mantém-se a separação entre os três poderes, mas se asseguram amplas competências legislativas para o Executivo, “o principal legislador de fato e de direito” (VIANA *et al.*, 2002). Além das privativas, o Presidente da República pode propor emendas à Constituição, emitir Medidas Provisórias (MP) com força de lei,

pedir urgência para votação de projetos de sua iniciativa e vetar, total ou parcialmente, projetos de lei. Entre 89 e 93, emitiram-se, em média, 10 MPs por mês. Descontadas as reedições, revogações e expirações, somente 14 foram rejeitadas, e das 230 aprovadas, cerca da metade aprovou-se na íntegra (FIGUEIREDO; LIMONGI, 2000). Com a Emenda Constitucional nº 32, de 11 de setembro de 2001, modificam-se diversos aspectos relacionados às MPs.

Na Carta de 88, as competências tributárias das três esferas de governo são assim sumarizadas. União: impostos sobre importação e exportação; imposto sobre rendas e proventos de qualquer natureza (IR); imposto sobre produtos industrializados (IPI); imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro, ou relativas a títulos ou valores mobiliários (IOF); imposto sobre propriedade territorial rural (ITR). Estado e distrito federal: imposto sobre transmissão *causa mortis* e doação (ITD); imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação (ICMS); imposto sobre propriedade de veículos automotores (IPVA); adicional sobre imposto de renda. Municípios: imposto sobre propriedade predial e territorial urbana (IPTU); imposto sobre transmissão intervivos (ITBI); Imposto sobre vendas e varejo de combustíveis líquidos e gasosos (IVVC); imposto sobre serviços de qualquer natureza (ISS).

Para alcançar o objetivo de fortalecer a federação, era necessário aumentar a autonomia fiscal dos estados e municípios, desconcentrar recursos tributários disponíveis e transferir encargos da União (VARSANO, 1996). A ampliação da autonomia fiscal dos estados se deu, principalmente, pela atribuição de competência a cada estado para fixar as alíquotas do ICMS, cujo efeito colateral foi a guerra fiscal (AZEVEDO; MELO, 1997).

Há atualmente a unificação das alíquotas mínimas do ICMS pela Emenda Constitucional nº 42, de 2003. A desconcentração das receitas tributárias acentua-se pelo aumento dos percentuais do produto da arrecadação de IR e IPI destinados ao FPE, de 10% em 1967 para 21,5% em 1988, e ao FPM, de 10% em 1967 para 22,5%. As transferências de estados para municípios também crescem “tanto pelo alargamento da base do principal imposto estadual como pelo aumento do percentual de sua arrecadação destinado àquelas unidades, de 20 para 25%” (VARSANO, 1996, p. 14). O IPI passa a ser partilhado com os estados (10% da arrecadação do imposto, repartido em proporção à exportação de produtos manufaturados) e, desse montante, 25% devem ser entregues por estes a seus municípios.

Das iniciativas de reforma do sistema tributário na década de 90, foi exitosa a criação do Fundo Social de Emergência (FSE), pela Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1994, e do Imposto Provisório de Movimentação Financeira (IPMF, depois transformado em CPMF). Com o FSE – posteriormente recriado como Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, a partir de 2000, instituído como DRU (Desvinculação de Receitas da União) pela Emenda Constitucional nº 27, de 21 de março de 2000, com vigência até 2007 – são desvinculados 20% da receita de impostos e contribuições arrecadados pela esfera federal.

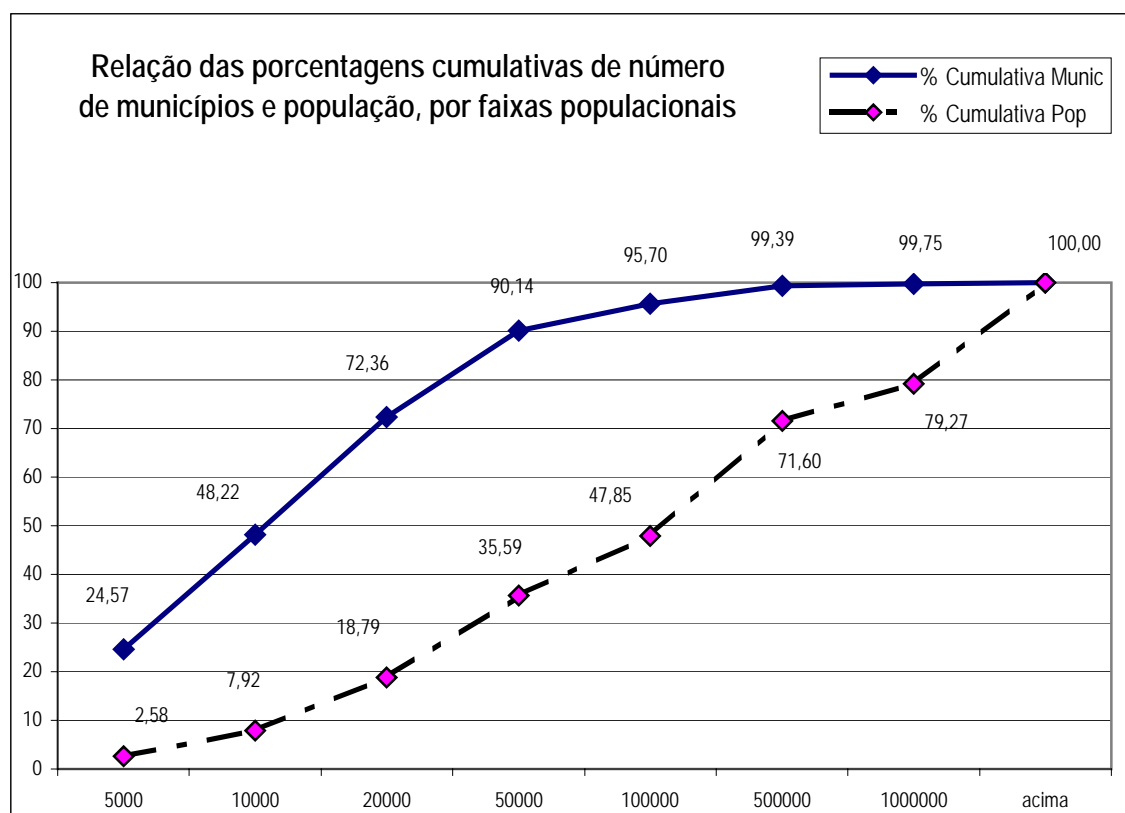
Por outro lado, o sistema constitucional de partilha de receitas é visto como uma das causas do relativo desinteresse da esfera federal pela arrecadação dos impostos partilhados e do seu interesse crescente pelas contribuições – estas não partilhadas, à exceção da Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico (CIDE), de instituição e partilha mais recente. Afirma-se que esses mecanismos, adotados na década de 90, caracterizam uma “acentuada tendência à

recentralização fiscal ou, pelo menos, uma desaceleração no processo de descentralização fiscal” (FAVERET, 2002, p. 69), e que a perda de recursos pela União ocorria desde 84, por estagnação econômica, aceleração da inflação e do sucateamento da administração fazendária (VARSANO, 1996, p. 16). Entretanto, há quem afirme que “quando se agrupa o orçamento fiscal com o da seguridade social, a queda de disponibilidade de recursos da União decorrente da reforma constitucional de 1988 não é tão grande assim” (AZEVEDO; MELO, 1997). De todo modo, a descentralização tributária prevista na Carta de 88 foi significativamente revertida na década de 90 (VIANA *et al.*, 2002).

Outra consequência do sistema constitucional de partilha de receitas, que privilegia a instância municipal, é a acelerada proliferação de municípios de 88 a 96. Vale ressaltar que, na Carta de 88, os critérios para criação, incorporação, fusão e desmembramento de municípios se restringiam a uma lei complementar estadual e à consulta plebiscitária. A Emenda Constitucional nº 15, de 12 de setembro de 1996, introduziu a previsão de que o plebiscito, a ser realizado após a divulgação de estudos de viabilidade municipal, devesse abranger todos os municípios envolvidos.

Destaca-se o caráter fragmentador assumido pelo processo de emancipação dos municípios, após a Carta de 88. Entre 1988 e 2000 foram gerados 25% dos municípios existentes atualmente no Brasil (1.438 municípios), sendo que a maior parte dos municípios criados tem pequena população. Conclui-se que “a emancipação municipal recente é, fundamentalmente, uma questão que envolve os micro e pequenos municípios do interior” (TOMIO, 2002). A acelerada criação de municípios de pequeno porte resulta em que 90,14% dos municípios brasileiros que concentram 35,9% da população têm menos de 50.000 habitantes, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 2



Fonte: Estimativa 2003 do IBGE, utilizada pelo TCU para cálculo do FPM (consulta em 12/02/2004 - base Censo de 2000). Elaboração própria.

A acelerada divisão municipal faz com que a maioria dos municípios criados nas últimas décadas e os de pequeno porte anteriormente existentes sejam extremamente dependentes das transferências federais para seu funcionamento. Afirma-se que, em média, os municípios brasileiros com menos de 10.000 habitantes geram menos de 10% de sua receita por esforços fiscais próprios (GOMES; MACDOWELL, 2000). A receita tributária própria dos municípios pequenos é insuficiente até para a sustentação da própria máquina administrativa municipal (TOMIO, 2002), o que decorre, em grande parte, de sua escassa atividade econômica.

À guisa de conclusão: Evolução das variáveis do estudo e considerações sobre o papel dos estados, dos municípios e o padrão cooperativo das relações intergovernamentais na saúde

A separação entre os três poderes esteve presente em todas as Constituições, sendo rompida no plano formal apenas na Constituição de 37, caracterizada pelo fechamento do Congresso Nacional (de 1930 a 34), pelas extensas prerrogativas legislativas atribuídas ao Executivo durante o Estado Novo e ao seu grande poder de veto.

Entretanto, diversos autores discutem a ocorrência dessa efetiva separação e o predomínio de um poder sobre o outro. Em trabalho no qual se analisa o funcionamento do sistema de comissões no Congresso brasileiro, conclui-se:

Entre outros poderes, o Executivo brasileiro pode iniciar legislação, retirar propostas das comissões via pedido de urgência, vetar em parte ou no todo legislação aprovada no Congresso, influenciar na composição das comissões, [...] na escolha dos presidentes e relatores das comissões e criar comissões especiais (PEREIRA; MUELLER, 2000).

Configura-se a preponderância do Executivo sobre o Legislativo, que perdura na vigência da Constituição de 88, visto que

os poderes legislativos do presidente – sua capacidade de influenciar e dirigir o trabalho legislativo [...] são infinitamente superiores àqueles dos presidentes do período 1946-64 e não estão, conseqüentemente, muito distantes daqueles dos presidentes do período militar (FIGUEIREDO; LIMONGI, 2000, tradução livre).

Essa preponderância, no plano formal, tem duas inflexões. A primeira, na Carta de 1891, em que o poder de veto do Governo Federal se restringe aos casos de inconstitucionalidade e contrariedade aos interesses nacionais, e a iniciativa de reforma constitucional cabe ao Legislativo. A segunda, na de 46, que garante um equilíbrio mais favorável entre os três poderes.

Como neste trabalho a discussão se restringe ao plano da normatividade constitucional, ocorre a impossibilidade de entrever a dinâmica política real, apesar da tentativa de contextualização. Afora a questão legislativa, qual a possibilidade de efetiva separação entre os três poderes, num Estado federativo marcado por sucessivos golpes militares e períodos autoritários, mormente num país cujo Executivo nomeia os ministros do órgão supremo do Poder Judiciário?

Quanto aos critérios de eleição para o Executivo e de eleição e composição do Legislativo, apesar da existência de previsão de eleição direta para o Executivo federal em todas as Constituições, à exceção das de 37 e 67, vários mecanismos eleitorais ou de tomada do poder mediante golpe de Estado frustraram a realização de pleitos democráticos. Para o Executivo municipal, a eleição direta para todos os municípios, inclusive as capitais, tem previsão apenas na Carta de 88. Quando prevista nas demais Cartas, há exceções para estâncias hidrominerais, capitais e municípios considerados de segurança nacional.

Para o Legislativo, sempre bicameral, as eleições diretas são constitucionalmente asseguradas, com duas exceções. A primeira, na Carta de 37, com o Conselho Federal composto de representantes dos estados eleitos pela respectiva Assembléia Legislativa e de membros indicados pelo Presidente da República. As disposições constitucionais sobre o Conselho Federal guardam, pelo menos quanto aos critérios de elegibilidade, semelhanças com as existentes para o

Parlamento alemão. Outra exceção ocorre durante o governo militar, com o caso dos senadores biônicos.

Quanto aos critérios populacionais para a composição do Legislativo, parâmetro fundamental para a análise do grau de super-representação dos estados menos populosos, em relação à Carta de 88 o Brasil está entre as democracias federativas que mais restringem o poder do demos, contrariando o princípio democrático da igualdade de “cada cidadão, um voto” (STEPAN, 1999). Para as demais Constituições brasileiras, o fato de não se ter buscado dados acerca da distribuição populacional no país em cada época ocasiona prejuízo na análise.

Quanto ao grau de autonomia dos entes federativos e suas competências tributárias e legislativas nas Constituições republicanas, cabe ressaltar que, de modo geral, as constituições republicanas mantiveram o caráter residual das competências estaduais, exceto quanto às tributárias. Isso se mantém na Constituição de 1988, quando suas atribuições são examinadas em relação às dos municípios e da União. Apenas na Constituição de 1988 o município assume o *status* de ente federativo, sendo-lhe constitucionalmente asseguradas diversas competências legislativas exclusivas e suplementares, bem como competências administrativas comuns.

Nas Cartas de 1891, 1934, 1946 e 1967 está prevista a autonomia municipal em tudo o que diga respeito ao seu “peculiar interesse”. Entretanto, há uma variação da gradação dessa autonomia da Carta de 1891 para a de 1934, que atribui competência aos municípios para decretar seus impostos e taxas, e para arrecadar e aplicar suas rendas. Mas a autonomia municipal, presente na Carta de 34, é extinta em 37, mediante a intervenção permanente nos estados, cujos interventores nomeiam prefeitos. Na Carta de 1988, a autonomia municipal se assenta em suas capacidades de auto-organização, pela elaboração da sua Lei Orgânica; de

autogoverno, pela eleição de prefeito e vereadores; pela sua capacidade normativa, pela feitura de leis e normas; de auto-administração, pela manutenção e prestação de serviços públicos de interesse local.

Do ponto de vista tributário, o sistema passou por mudanças significativas nas várias Constituições, diversificando-se. Alternaram-se os períodos de centralização e de descentralização das receitas. A cumulatividade dos impostos se reduz (67), e em seguida cresce progressivamente, com a instituição do Programa de Integração Social (PIS), do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS).

Dispositivos constitucionais de repartição de receitas não foram encontrados nas Constituições de 1891 e de 1937. Na Carta de 1891 figuram apenas as possibilidades de concessão de créditos especiais aos estados e o socorro financeiro ao estado que o solicitar. Na Carta de 1934 está previsto que, no caso de serem criados novos impostos cuja arrecadação seja feita pelos estados, estes entreguem 31% à União e 20% aos municípios de onde tenham provindo. E ainda que, se o estado faltar ao pagamento das cotas devidas à União ou aos municípios, o lançamento e a arrecadação passam a ser feitos pelo Governo Federal, que atribuirá, nesse caso, 30% ao estado e 20% aos municípios.

É na Constituição de 46 que se institui um mecanismo mais abrangente de partilha de receitas tributárias, modificando a discriminação de rendas entre União, estados e municípios. Não foi à toa que durante sua vigência se deu o primeiro movimento maciço de divisão e proliferação de municípios, freada apenas pelos critérios introduzidos durante o governo militar.

Esses mecanismos de transferências intergovernamentais, embora com progressiva entrada em vigor e descumprimento parcial, são reformulados na

década de 60, com a regulamentação do FPM e do FPE no regime militar, aprofundados na Carta de 88. A descentralização fiscal instituída beneficia principalmente a esfera municipal, o que teve como uma das conseqüências novo aumento do número de municípios por desmembramento no período de 88 a 96, que não se fez acompanhar da correspondente descentralização dos encargos. A descentralização fiscal é, em parte, revertida nos anos 90, com a instituição de mecanismos de desvinculação de receitas.

A Constituição de 88 aumentou a autonomia tributária de estados pela competência atribuída a essa esfera para fixação das alíquotas do ICMS, atualmente revertida pela unificação das mesmas.

Pode-se dizer que o federalismo cooperativo instituído nas Cartas de 46 e 67 alcança seu ápice na Constituição de 1988. Entretanto, ele deve ser considerado como um valor, e não um grau absoluto. Ao mesmo tempo, a autonomia e a participação dos entes, em certo sentido, são diferenciadas. Nesse sentido, ressaltam-se dois aspectos: (1) os municípios, como vontades periféricas, não integram a formação da vontade central. Por exemplo, eles não participam na elaboração das normas federais e estaduais, e aí a instância a que se quer fazer menção, no plano nacional, é o Senado. Afora a repartição de receitas, o caráter cooperativo e de participação se expressa nas políticas públicas descentralizadas, notadamente o caso da Saúde, destacando-se sua participação nas comissões intergestores, descontado o poder da esfera federal de aprovar seus projetos,⁴⁶ (2) os estados têm papel limitado pelas suas competências de caráter residual, à exceção das tributárias. Ademais, a existência de uma cooperação entre os entes

⁴⁶ Sobre a dinâmica de funcionamento da CIT, um trabalho interessante é o de Alcides Miranda, *Análise Estratégica dos Arranjos Decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde*, apresentada ao ISC/UFBA para doutoramento, em 2003.

não necessariamente caracteriza um regime federativo cooperativo. Este se caracterizaria, para além da partilha de receitas, pela assunção de encargos e pelo enfrentamento e resolução conjunta de problemas – dado o carácter democrático de que esse tipo de federalismo se reveste.

Na saúde se materializa a relação intergovernamental cooperativa contida nos preceitos do SUS e também nas normas infraconstitucionais que o regem. Particularmente após a implementação das tão criticadas normas operacionais do SUS, vem-se materializando um “federalismo cooperativo” na saúde, e as decisões têm sido mais compartilhadas pela instituição das arenas federativas da saúde.

Contudo, a cooperação não se dá espontaneamente, mas depende da coordenação da esfera de governo mais abrangente (COSTA, s/d). O enfraquecimento do papel do estado subnacional – recorrente nas Constituições, mesmo na que instituiu o federalismo dual – lhe coloca limitações ao exercício da coordenação no seu âmbito e, por conseguinte, na necessária cooperação. De outro, a multiplicidade de atores incorporados ao processo decisório com a transformação do município em ente federativo também adicionou dificuldades na coordenação federativa. Mas são as regras do jogo federativo brasileiro.

Como as relações intergovernamentais, por seu carácter também político, não se detêm nos limites estritos do arcabouço constitucional, o que se espera é a construção de um consenso possível sobre a necessidade de reforço à esfera estadual. Assim é possível que o SUS se estruture de forma mais equânime, abrindo-se a possibilidade de serem pensadas suas áreas de atuação – e não só a assistência – frente às suas distintas naturezas e requerimentos específicos. E é nisso que se aposta nesta tese, para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

CAPÍTULO 2: Em direção ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: a trajetória histórica da vigilância sanitária

Introdução

É dito que a denominação vigilância sanitária surgiu, no Brasil, em meados da década de 70 e que, prevista na Constituição de 1988, como competência do Sistema Único de Saúde (SUS), foi legalmente definida nos anos 90.

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde (§ 1º, art. 6º, Lei nº 8.080, de 19/09/1990).

Todavia, ações que hoje integram esse campo foram executadas no Brasil desde o período colonial, a partir da necessidade de o Estado controlar doenças que interferiam no processo de desenvolvimento do país (COSTA, 1999, p. 99-100; BAPTISTA, 2003, p. 268) e, mais tarde, executar o chamado “controle ou regulação sanitária” de produtos, serviços, tecnologias e ambientes.

Com base em Rosen e Foucault, Lucchese (2001, p. 6-8) demarca a diferenciação entre os esforços empreendidos no campo da regulamentação sanitária, desde a Idade Média, e a criação de “outro campo de promoção e prevenção dentro do espaço da saúde pública, o qual cuidaria da regulamentação e

controle sanitários de produtos e serviços, correspondendo ao que chamamos de vigilância sanitária”. E o autor conclui que a vigilância sanitária dos nossos dias nasce da Revolução Industrial:

Desse modo, embora a regulamentação sanitária tenha origens remotas, pode-se afirmar que a vigilância sanitária é filha da Revolução Industrial e assume diferentes conformações em cada lugar, em função de valores culturais, políticos e econômicos, bastante relacionados com a divisão internacional do trabalho, pois o grau de desenvolvimento tecnológico da produção determina funções diferenciadas para a regulação nessa área (LUCCHESI, 2001, p. 25).

Discussão à parte, sobre as origens da vigilância sanitária, assume-se neste capítulo que, ao longo do processo de construção, desenvolvimento e reforma do setor saúde no Brasil, o termo assumiu diferentes significados e adotaram-se formatos institucionais diversos para executar essa função estatal do campo da saúde. Variou também o escopo das ações, segundo uma construção histórica e social, que acompanhou os fatos políticos e econômicos de cada conjuntura (LUCCHESI, 2001, p. 25). Esses fatos não serão suficientemente abordados neste capítulo.

Em um primeiro momento, no início do século XX, no Brasil, o termo era empregado para designar a vigilância sobre pessoas infectadas ou passíveis de transmitirem doenças ou para se referir ao controle sanitário dos portos e dos viajantes. Consubstanciava-se uma forma de intervenção do Estado que, por diversificação e desmembramento, no último quartel do mesmo século resultaria nas vigilâncias epidemiológica e sanitária, tal como as conhecemos na atualidade. Dessa

forma, temos as seguintes afirmações a respeito do projeto de controle da tuberculose concebido por Osvaldo Cruz:

O essencial era erradicar o bacilo [da tuberculose], o que requeria severo enquadramento dos indivíduos e animais que o traziam em seu organismo, e que constituíam os vetores da doença, contaminando os homens sãos, diretamente ou por intermédio de objetos como alimentos, poeiras, roupas etc. [...]. O primeiro passo consistia, portanto, em identificar os focos infectantes, quer fossem animais, através da fiscalização, quer fossem homens, por meio da notificação compulsória. [...] infectantes deviam ser afastados das coletividades confinadas, isto é, de repartições públicas, fábricas, colégios, estabelecimentos comerciais etc., na medida em que o importante era proteger o homem são. Os não-infectantes permaneceriam em regime de vigilância domiciliar para que as autoridades surpreendessem o momento em que se tornassem perigosos e os afastassem (BENCHIMOL, 1990, p. 39).

Nas normas do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, de 5 de maio de 1903, dispõe-se que: “O serviço de vigilância sanitária será exercido de dois modos: 1º) sobre as pessoas residentes nos focos; 2º) sobre as pessoas receptíveis recém-chegadas do estrangeiro ou do interior e portos da República” (FRANCO, 1969, p. 170).

Embora predomine o controle sobre as pessoas e os focos nos dois trechos anteriormente citados, elementos hoje da esfera da vigilância sanitária também estavam presentes, realçando a preocupação com os alimentos, com sua qualidade, ou pelo menos com a inocuidade dos produtos comercializados, no mesmo projeto de Osvaldo Cruz:

O projeto [de controle da tuberculose] contemplava, ainda, a fiscalização do comércio de alimentos, da indústria de laticínios e dos matadouros, a desinfecção dos objetos de uso coletivo nos bares,

hotéis e restaurantes; a criação de lavanderias públicas a vapor, a varredura das ruas e praças e até a organização de um serviço de limpeza domiciliar, por meio de aspiradores, para evitar a disseminação dos escarros secos sob a forma de poeira (BENCHIMOL, 1990, p. 39).

É a cronologia da evolução dessa prática de origens remotas, no contexto institucional da saúde no Brasil, que se pretende traçar brevemente neste capítulo. Para essa construção muito contribuíram e ainda contribuem as numerosas ocorrências do que se denominam “tragédias sanitárias”. Vale ressaltar que os trabalhos pioneiros de Costa (1999) e Lucchese (2001) permanecem como leituras indispensáveis para quem se interessa pela conformação do campo da saúde pública, no que concerne à vigilância sanitária, cuja leitura não se pretende substituir.

É certo que o desenvolvimento de uma cronologia pode se afigurar de pouca monta, entretanto, como afirma Finley (1989, p. 114):

A história não é um fluxo contínuo de eventos, e sim uma escolha descontínua, feita pelo homem, desses incidentes e processos que são ajustados a uma ordem lógica pela mente humana. A cronologia é, portanto, importante não como uma afirmação de continuidade ou desenvolvimento real, mas como uma indicação de como a mente humana agrupa, codifica e impõe um sentido a um conjunto de unidades constituintes tiradas da seqüência ininterrupta dos acontecimentos (grifos nossos).

A vigilância sanitária como uma das práticas fundadoras da Saúde Pública no Brasil

De certa forma, a prática do campo da Saúde Coletiva que hoje se denomina como vigilância sanitária teve seus antecedentes no século XVI, pela extensão à

Colônia do mesmo tipo de organização dos serviços de saúde portugueses. Nestes, os ocupantes dos cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor, criados em 1521, regulamentavam, licenciavam e fiscalizavam profissionais para atuar no Reino e em suas colônias. O primeiro se incumbia da fiscalização de médicos físicos – que se dedicavam à Medicina Interna –, boticários e curandeiros; o segundo, dos cirurgiões, barbeiros sangradores e parteiras, bem como dos hospitais militares. De 1782 a 1799, em Portugal, esses cargos são exercidos pela Junta que passa a se chamar Real Junta do Protomedicato.

Em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, D. João VI recria os cargos de Físico-mor e Cirurgião-mor; extingue a Real Junta do Protomedicato (BRASIL, 1809); e institui a Provedoria-mor de Saúde (Fonte: Mostra Cultural, 2006). Esta tinha a seu encargo a fiscalização da carga, inclusive de escravos, e da tripulação dos navios que aportavam, sendo o embrião do futuro Serviço de Saúde dos Portos (RODRIGUES, 1977, p. 4). Segundo Costa (1999, p. 107), a principal preocupação era evitar a disseminação de moléstias epidêmicas, com base no modelo da polícia médica. Com o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, criam-se, também, os cargos de Delegados nos Estados. Estes eram denominados como Guardas-Mores de Saúde (RODRIGUES, 1977, p. 4).

Em 1810 entrou em vigor o Regimento da Provedoria, que prescreveu normas para

[...] regular quarentenas, que devem fazer os Navios, que vem dos diversos Portos, e os que se devem fazer sobre os Mantimentos, e Generos, que podem offender a saude, tanto nesta Provincia, como nas mais Capitancias (BRASIL, 1810).

Disponha, também, esse Regimento sobre as providências e processo administrativo, que era sumário e verbal, para o controle da qualidade dos alimentos e gêneros alimentícios, extensivo também aos estabelecimentos de comércio.

Dois dias após a promulgação do Regimento da Provedoria, foi instituído o Regimento do Físico-mor,

que orientava os seus representantes no exercício de suas funções. Havia uma divisão de responsabilidades entre as práticas médicas relativas à prescrição e à fabricação de remédios, que eram da alçada do físico-mor, e as práticas médicas relacionadas às intervenções cirúrgicas, que eram da responsabilidade do cirurgião-mor (PIMENTA, 1998).

Há autores que afirmam que os cargos de provedor-mor e de físico-mor eram exercidos pela mesma pessoa, havendo superposição de responsabilidades (PIMENTA, 1998; HENRIQUES, 1992, s/n). Entretanto, se isso ocorreu, não perdurou todo o tempo, visto que no Alvará que extingue a Junta Real do Proto-Medicato consta terem sido nomeados por Decreto, em 27 de fevereiro de 1808, Manoel Vieira da Silva e José Correia Picanço, respectivamente, para os cargos de Físico-Mor e Cirurgião-Mor (BRASIL, 1809).

Exercidos ou não os cargos pela mesma pessoa, em conjunto os dois órgãos eram responsáveis pela prevenção de epidemias e supervisão geral da saúde pública (SCHWARTZMAN, 2001, p. 17), bem como pela emissão de cartas (autorização de caráter definitivo) e licenças (de caráter provisório) que facultavam a livre prática de determinados ofícios, dentre eles dos chamados “terapeutas populares”, o que representava certo reconhecimento do saber popular e tentativa de discipliná-lo.

A Fisicatura, que tinha uma ação de fiscalização, associava-se ao órgão de polícia para o seu exercício fiscalizador. Posteriormente, a complexidade de estrutura dos serviços de saúde e a incorporação ideológica do “controle” – incluída no serviço médico – dispensaria a vinculação da junta com a Intendência Geral de polícia, uma vez que, dessa forma, o papel da Polícia estaria absorvido nestes serviços (FERNANDES, 1999).

Entretanto, o número de licenças concedidas para os terapeutas populares era relativamente pequeno, “destoando do constatado por intermédio de outras fontes, como os relatos de viajantes, os periódicos e as correspondências entre autoridades, que fazem referência à presença desses terapeutas disseminada pelo Brasil” (PIMENTA, 2003). Embora a Fisicatura se esforçasse em impor sua autoridade e garantir as prerrogativas dos que se regularizaram,

... em geral, curandeiros, sangradores e parteiras oficializavam as suas atividades quando tomavam conhecimento da proximidade da fiscalização (às vezes, em virtude de alguma denúncia) ou quando viam na obtenção de uma licença uma forma de se sobressair entre os concorrentes, como nos centros urbanos (PIMENTA, 2004).

Algumas organizações sanitárias foram criadas nos anos subseqüentes ao Regimento de 1810, como o Laboratório Químico-Prático do Rio de Janeiro (COSTA, 1999, p. 107). Criado pelo decreto de 25 de janeiro de 1812, esse laboratório visava a obter aplicações úteis da análise dos produtos e substâncias encontradas na natureza, nos vários domínios portugueses na Ásia e África e no Brasil, no sentido de tentar diminuir a dependência da Nação à indústria estrangeira. O Laboratório foi extinto pelo decreto de 22 de dezembro de 1819, por não ter sido possível organizá-lo e sistematizá-lo adequadamente (SANTOS, 2004).

A partir de 1826, as Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio, transformadas em 1832 em Faculdades de Medicina, passaram a conceder cartas

de cirurgião e de cirurgião formado. Em 1828, extinguiram-se os cargos de Provedor-mor, Físico-mor e Cirurgião-mor do Império. Em agosto do mesmo ano, pela Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, conferiu-se às Juntas Municipais, então criadas, as funções exercidas anteriormente pelos ocupantes desses cargos (RODRIGUES, 1977, p. 4). As Câmaras Municipais, que passaram a exercer funções de inspeção de saúde pública, incluindo vistorias em boticas e lojas de comestíveis, emitiram códigos de posturas que continham normas para regular esses aspectos.

A extinção dos cargos de provedor, físico-mor e cirurgião-mor é relacionada aos esforços dos médicos para alcançar o monopólio das atividades de terapêuticas, embasados no discurso higienista. Esse esforço se consubstanciava na sua organização em associações, na publicação de periódicos especializados e na criação da Faculdade (PIMENTA, 2003).

De 1832 a 1849, a Sociedade de Medicina, depois Academia Imperial de Medicina, tinha grande influência nas questões de saúde, mas com as epidemias da febre amarela, em 1849, e da varíola, no ano seguinte, sua atuação foi mal avaliada (FURTADO, 2006). Criou-se a Junta de Higiene, que se dedicou ao controle da febre amarela (FRANCO, 1969, p. 40; FERNANDES, 1999). Em 1850, com a Lei nº 598, de 14 de setembro, a ela se incorporaram o Instituto Vacínico e a Inspeção dos Portos, cujos regulamentos, com ligeiras alterações, continuaram em vigor, sendo instituída a Junta Central de Higiene. “O Regulamento da Junta só foi publicado em setembro de 1851” (FRANCO, 1969, p. 40).

Nas Províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul, criaram-se Comissões de Higiene Pública, a partir de 1852, e em outras apenas Provedorias de Saúde Pública, subordinados à Junta que funcionava na Corte.

Com o Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro de 1886, os serviços sanitários do Império foram reorganizados e dividiram-se em serviços terrestre e marítimo, dirigidos respectivamente pela Inspetoria Geral de Higiene e pela Inspetoria Geral de Saúde dos Portos (MOSTRA CULTURAL, 2006). Extinguiram-se a Junta Central de Higiene e o Instituto Vacínico, cujas atribuições passaram para a competência das Inspetorias (FERNANDES, 1999). Pelo decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897, reuniram-se em uma só Diretoria Geral de Saúde Pública os serviços federais de saúde que eram realizados pelas Inspetorias Gerais de Higiene e de Saúde dos Portos.

Proclamada a República e instituído o regime federativo, a esfera federal, que vinha promovendo a desconcentração das atividades sanitárias, transferiu as questões relativas à higiene terrestre da sua competência para os governos estaduais, extinguindo-se as inspetorias federais de higiene nos estados.

A responsabilidade pela execução dos serviços de higiene e saúde pública passou a ser do governo municipal, exceto no Distrito Federal. Neste, a Lei nº 85, de 20 de setembro de 1892, que dispunha sobre a organização administrativa do Distrito Federal, determinou a manutenção da responsabilidade do Governo Federal em realizar: estudos científicos sobre doenças endêmicas e epidêmicas e sua profilaxia; pesquisas bacteriológicas necessárias a esse fim; defesa contra a invasão das doenças exóticas e a disseminação das indígenas na Capital Federal; estatística demográfico-sanitária; fiscalização do exercício da medicina e da farmácia; serviço sanitário marítimo dos portos.

No âmbito do Poder Executivo federal, o órgão responsável era a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em 1897 e subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. As atribuições da DGSP consistiam na direção dos

serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais, na fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, nos estudos sobre as doenças infecto-contagiosas, na organização de estatísticas demográfico-sanitárias e no auxílio aos estados, mediante solicitação dos respectivos governos e em casos previstos constitucionalmente.

Em 1903, Oswaldo Cruz fundou o Serviço do Porto do Rio de Janeiro e os Distritos Sanitários Marítimos nos estados e, em março de 1904, procedeu a uma reforma dos serviços sanitários, que dotou a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) “de uma grande soma de atribuições, reforçando a participação da União na área de saúde” (SINGER, 1988, p. 110). No mesmo ano, em outubro, foi promulgada a lei da vacinação e revacinação obrigatórias contra a varíola, que acentuou a resistência popular e de positivistas militares e civis, tornando-se conhecida como a “Revolta da Vacina”.

Entre 1903 e 1909, sobretudo em função do impacto causado pelo surto epidêmico de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, o Governo Federal expande sua esfera de atuação e seu poder de regulação sobre as atividades relacionadas à saúde da população. Nesse período, são incorporados à DGSP os serviços de higiene defensiva, a polícia sanitária, a profilaxia geral e específica das doenças infecciosas e as atividades de higiene domiciliar no Distrito Federal.

Até 1930, a instância organizacional que tinha a seu encargo tratar dos problemas de instrução e de saúde pública era o Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O subsetor da Saúde Pública localizava-se na sua esfera e, a partir da Reforma Carlos Chagas, de 1920, durante o governo de Epitácio Pessoa, passou a ter a conformação institucional do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

A Reforma Carlos Chagas, primeiro esboço de uma política sanitária por parte do Estado Nacional, caracterizou-se pela expansão e centralização das ações de saúde pública e pelo seu elevado grau de autoritarismo. Essas ações, restritas no tempo de Oswaldo Cruz ao combate de três endemias, multiplicaram-se em várias áreas de intervenção, ao mesmo tempo em que houve aumento da abrangência tanto de grupos populacionais quanto do território nacional. Aspectos incluídos no atual campo da vigilância sanitária também foram enfocados na Reforma Carlos Chagas, conforme se depreende da leitura de trecho de conferência proferida por Carlos Chagas:

Outros assumptos, quantos se indicaram á attenção do governo, vieram considerados na nova lei sanitaria. Os cuidados com a alimentação publica, ahi foram regulamentados com maximo zelo e os dispositivos legaes vão tendo ampla applicação e vão produzindo resultados dos mais apreciaveis. E assim a fiscalização da pharmacia, o combate ao charlatanismo nocivo, os trabalhos de defeza sanitaria maritima, e outros ramos da hygiene publica. Todos esses serviços, aqui apenas esboçados em, traços rapidos, constituem senhores, um vasto programma de administração sanitaria, que irá sendo progressivamente executado (CHAGAS, 1921 - Grafia original).

Conforme o Decreto nº 16.300, de 1923, as atribuições do DNSP no campo da regulação compreendem, dentre outras: fiscalizar, no Distrito Federal, hospitais, casas de saúde, maternidades, recolhimentos e outros estabelecimentos congêneres, independentemente de seu caráter público ou privado; aprovar os projetos de instalação de hospitais, asilos, maternidades, sanatórios, casas de saúde e outros estabelecimentos congêneres; fiscalizar o regime dietético dos enfermos em todos os hospitais; e regulamentar os serviços internos dos hospitais custeados pela União.

Entretanto, essas atribuições de fiscalização eram dispersas nas várias Inspetorias criadas. Por exemplo, as atribuições descritas acima deveriam ser realizadas pelo Serviço Nacional de Assistência Hospitalar do DNSP, à exceção das maternidades, creches e serviços dirigidos a crianças, de responsabilidade da Inspetoria de Higiene Infantil do mesmo departamento. Para a qualidade dos alimentos, em especial a detecção de casos de envenenamento, a fiscalização fica a cargo da Inspetoria de Fiscalização de Gêneros Alimentícios. À exceção do Distrito Federal, a municipalidade era responsável pelo controle sanitário dos alimentos.

No governo Getúlio, com o Decreto n.º 19.402, de 14 de novembro de 1930, cria-se o Ministério da Educação e Saúde Pública, que incorporou o DNSP com suas Inspetorias. Após a eleição indireta de Vargas em 1934 e a promulgação da nova Constituição Federal, Gustavo Capanema assumiu o cargo de Ministro da Educação e Saúde Pública em 26 de julho de 1934. Apesar de no texto constitucional de 1891 não haver referência à saúde pública, a Constituição de 1934 traz duas determinações. A primeira, que é competência concorrente da União e dos Estados, é “cuidar da saúde e assistência públicas” (art. 10). A segunda, que cabe à União, aos estados e aos municípios, nos termos das leis respectivas, “adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a mortalidade e a morbidade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis” (art. 138). Embora essas sejam as únicas referências à saúde pública no texto constitucional, afora as relacionadas à assistência médica ao trabalhador e ao amparo à maternidade e infância, as bases legais estavam lançadas para a chamada Reforma Capanema, de reestruturação institucional da Educação e da Saúde.

Essa Reforma se consubstanciou na Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 (BRASIL, 1937 b), quando o órgão já se chamava Ministério da Educação e Saúde. Com a lei, além da fixação das competências dos órgãos do Ministério da Educação e Saúde, foram instituídos o Conselho Nacional de Saúde (art. 67), as Conferências Nacionais de Educação e de Saúde (art. 90) e os Fundos Nacionais de Educação e de Saúde (art. 91). Os recursos do Fundo Nacional de Educação estavam previstos na Constituição (art. 157, parágrafo 1º), enquanto os do Fundo Nacional de Saúde compreendiam os “ora destinados aos serviços de saúde pública e assistência médico-social, e de outros que, para o mesmo fim, venham a ser criados”.

A Lei nº 378 determinou uma nova estrutura organizacional para o Ministério da Educação e da Saúde, em que foram destacados órgãos de direção e de execução. Dentre os primeiros figuravam: o Gabinete do Ministro, os órgãos de administração geral, os órgãos de administração especial e os órgãos complementares. Os órgãos de administração especial eram os Departamentos Nacionais de Educação e de Saúde. Ao Departamento Nacional de Saúde “incumbirá a administração das atividades relativas à saúde pública e à assistência médico-social, que sejam de competência do Ministério” (Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 13).

A nova departamentalização explicitou as quatro grandes áreas de atuação do Departamento Nacional de Saúde, as quais se consolidaram como Divisões: Saúde Pública, Assistência Hospitalar, Assistência a Psicopatas e Amparo à Maternidade e à Infância (art. 14). O país foi dividido em oito regiões (art. 4), para efeito da administração dos serviços do Ministério da Educação e Saúde. Em cada uma das regiões, exceto o Distrito Federal, foi estabelecida uma Delegacia Federal

(art. 28 e 29). Assim, estabeleceram-se Delegacias no Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte.

Entre as competências das Delegacias Federais de Saúde, figuravam: “fazer a inspeção dos serviços federais de saúde” e “superintender as atividades que se tornarem necessárias à efetivação da colaboração da União nos serviços locais de saúde pública e de assistência médico-social” (art. 31). Com isso, o Departamento Nacional de Saúde (DNS) assumiu a coordenação dos órgãos estaduais de saúde, procedendo à sua uniformização, num esforço centralizador.⁴⁷

Pela referida lei, no Distrito Federal as atividades eram executadas pelo Serviço de Saúde Pública do DF, que contava com o Laboratório de Saúde Pública e as Inspetorias da Alimentação, dos Centros de Saúde, dos Serviços Especiais e de Engenharia Sanitária. Cabia à Inspetoria da Alimentação fiscalizar os mercados, matadouros, centros de produção e beneficiamento do leite, bem como o transporte e o comércio dos gêneros alimentícios, além de fazer instituir e fiscalizar, em estabelecimentos públicos e privados sob regime de internamento, a prática da boa alimentação (art. 56). Os serviços sanitários relativos aos portos do país constituem o Serviço de Saúde dos Portos (art. 62) e a Inspetoria de Fiscalização do Exercício Profissional passaram a constituir uma seção da Divisão de Saúde Pública, do DNS, exceto quanto à concessão de carteiras de saúde (art. 133).

Durante o Estado Novo, acentua-se a departamentalização no âmbito do Ministério da Saúde, com a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (1937), do Serviço de Malária do Nordeste (1939), do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Farmácia, em 1940, e do Serviço Especial de Saúde Pública durante a II

⁴⁷ As diretrizes federais impulsionaram a reforma dos departamentos estaduais de saúde. Em 1942, em 13 estados, dos 19 existentes, a direção dos serviços estaduais era exercida, ou assessorada, por profissionais vinculados diretamente ao Departamento Nacional de Saúde (Barros Barreto, 1942 *apud* HOCHMAN, 2005).

Guerra Mundial. Também no período 30-49, o Ministério assumiu a preparação dos técnicos de saúde pública e de puericultura.

O Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941, reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, dando-lhe a seguinte composição: Serviço de Administração, Divisão de Organização Sanitária, Divisão de Organização Hospitalar, Instituto Oswaldo Cruz, Serviço Nacional de Lepra, Serviço Nacional de Tuberculose, Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Peste, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço de Saúde dos Portos, Serviço Federal de Águas e Esgotos, Serviço Federal de Bioestatística, além das sete Delegacias Federais de Saúde e da criação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

A estrutura básica do Ministério da Educação e Saúde, no que diz respeito ao campo da saúde pública, foi em grande parte mantida, quando da criação do Ministério da Saúde pelo desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, em 1953, à exceção da criação do Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos (LCCDM), e do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), criados, respectivamente, em 1954 e 1956.

A Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, regulamentada pelo Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961, estabeleceu normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Esse decreto, com a denominação de Código Nacional de Saúde, estabelece que à autoridade sanitária competente “cabe licenciar e fiscalizar a instalação e o funcionamento de farmácias, drogarias e depósitos de drogas ou de produtos farmacêuticos, ervanarias, bancos de sangue, bancos de leite humano, laboratórios de análises médicas e de pesquisas clínicas, gabinetes que utilizem raios X ou substâncias radioativas, e outros estabelecimentos que interessem à

saúde pública” (art. 58). E que “O Ministério da Saúde disporá de órgão especializado para atender às questões relativas ao controle do uso de radiações ionizantes” (parágrafo único, art. 58). Entretanto, na década de 80, com o acidente radiológico do Césio, essa competência não tinha sido assumida. O LCCDM, que figura como LCCDMA, incorpora o controle de alimentos.

Em 1957, dá-se o início da comercialização da Talidomida^R no Brasil. Em 1960 são descobertos os efeitos teratogênicos provocados pela droga quando consumida por gestantes durante os três primeiros meses de gravidez. Em 1961, a droga é retirada de circulação na Alemanha e na Inglaterra. No Brasil, isso só ocorreu quatro anos depois, e o número de vítimas ditas “de primeira geração”, ou seja, até 1965, foi estimado em 300⁴⁸ (OLIVEIRA et al., 1999). Na mesma década, a ocorrência de mortes no Japão por ingestão de peixes contaminados por mercúrio, a contaminação da carne brasileira com anabolizantes e mortes de animais por ingestão de ração contendo aflatoxina impulsionaram a regulamentação na área de alimentos (COSTA; ROZENFELD, 2000).

O Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, fixou os temas da área de competência de cada Ministério. Para o Ministério da Saúde, os temas eram: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos; pesquisas médico-sanitárias.

Pelo Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970, que dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, criou-se a Secretaria de Saúde

⁴⁸ Entre 62 e 65, a talidomida foi banida de quase todo o mundo. Com sua indicação para o tratamento da hanseníase, e também por seu uso irracional, surgiu a “segunda geração das vítimas da talidomida”. Em 1994, a Secretaria de Vigilância Sanitária proibiu a prescrição da talidomida para mulheres em idade fértil (Oliveira et al., 1999).

Pública, integrada por: Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças; Superintendência de Campanhas de Saúde Pública; Divisão Nacional de Fiscalização; Divisão Nacional de Organização Sanitária.

A Divisão Nacional de Fiscalização era composta de Serviço de Saúde dos Portos, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos, e pelas Comissões Nacionais de Fiscalização de Entorpecentes e de Hemoterapia. Tinha por finalidade estabelecer normas e orientar, coordenar e fiscalizar as atividades relacionadas à vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, ao controle médico dos estrangeiros que ingressassem no país e ao controle dos produtos de interesse da saúde pública. Pela primeira vez, reuniram-se as ações desse campo da saúde coletiva em um único setor do órgão setorial.

Mas, a esse respeito, Lucchese (2001, p. 78) afirma que “apenas com a reforma administrativa de 1976, no governo Geisel, o controle de produtos foi agregado e identificado como vigilância sanitária, juntamente com a área dos portos, aeroportos e fronteiras”. Ressalta o autor que, nesse momento, a fiscalização do exercício profissional passa a ser feita pelos conselhos profissionais e que embora não integrasse as competências do serviço federal de vigilância sanitária, “uma longa lista de estabelecimentos de prestação de serviços era objeto das vigilâncias estaduais e municipais”.

A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, dispôs sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Para as nossas finalidades, cabe destacar que, embora até essa época não se falasse da necessidade de organização da vigilância sanitária em nível nacional, quando nessa lei se define o que é um órgão sanitário competente, explicita-se que estes são os

órgãos de fiscalização do Ministério da Saúde, dos estados, do Distrito Federal, dos territórios e dos municípios.

Mediante o Decreto nº 79.056, de 30 de dezembro de 1976 (BRASIL, 1976 a), que regulamentou a Lei nº 6.229/75, criou-se a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 33-34). Entre suas competências, estavam a elaboração, controle da aplicação e fiscalização do cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativos a portos, aeroportos, fronteiras, produtos médico-farmacêuticos, bebidas, alimentos e outros produtos ou bens, respeitadas as legislações pertinentes, bem como efetuar o controle sanitário das condições do exercício profissional relacionado com a saúde (art. 13).

Sobre a precariedade estrutural dos órgãos de vigilância sanitária, em especial da esfera federal, afirma Lucchese (2001, p. 28):

A Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, criada em 1976, assim como os órgãos que a antecederam, não contaram com a infra-estrutura necessária para o cumprimento dos seus objetivos finais e, não raramente, foram manipulados pelos interesses políticos e empresariais da área. Cronicamente deficiente de recursos e meios, a Secretaria viveu sempre um conflito de identidade: dar respostas mais rápidas às demandas empresariais ou zelar pela saúde da população mediante a realização de estudos e análises cuidadosas daquelas demandas.

Com a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 (BRASIL, 1976 c), especificam-se as competências da União, estados e municípios, no que concerne à vigilância sanitária de produtos, nos termos e situações a seguir. A competência federal se aplica quando: o produto estiver em trânsito de uma para outra unidade federativa, em estrada, via fluvial, lacustre, marítima ou aérea, sob controle de órgãos federais; quando se tratar de produto importado ou exportado; quando se

tratar de colheitas de amostras para análise de controle, prévia e fiscal. A competência estadual, distrital e do território se aplica quando: se tratar de produto industrializado ou entregue ao consumo na área de jurisdição respectiva; aos estabelecimentos, instalações e equipamentos industriais ou de comércio; aos transportes nas estradas e vias fluviais ou lacustres, de sua área jurisdicional; caso se trate de colheita de amostras para análise fiscal.

Um aspecto interessante dessa lei, embora parcialmente descumprido até hoje, é que ela proíbe o exercício de profissionais que atuam em órgãos de fiscalização sanitária e laboratórios de controle em empresas que exerçam atividades sujeitas ao regime dessa lei, a qualquer título: sócios, acionistas, ou prestadores de serviços com ou sem vínculo empregatício (art. 74). Como o trabalho na vigilância sanitária, via de regra, é mal remunerado, a exigência levada a extremos do exercício em dedicação exclusiva submete os serviços ao risco de não ficarem ainda mais a descoberto.

Com a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, configuram-se as infrações à legislação sanitária federal e estabelecem-se as sanções respectivas. Dispõe-se que as penalidades previstas nessa lei poderão ser aplicadas de acordo com as atribuições decorrentes de suas legislações ou por delegação de competência, mediante convênios. Os valores arrecadados integram-se ao Fundo Nacional de Saúde ou às Fazendas dos estados, do Distrito Federal e dos Territórios, conforme a jurisdição administrativa em que ocorra o processo.

Em 1978, LCCDMA é incorporado à Fundação Oswaldo Cruz (Decreto nº 82.201, de 30 de agosto de 1978) e, a partir de 1981, transforma-se em Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS.

Na década de 80, com a ampliação dos movimentos sociais, a reorganização da sociedade civil e a maior integração dos movimentos dos consumidores brasileiros com o movimento internacional, organizaram-se vários órgãos, estatais e da sociedade civil, voltados ao direito do consumidor (Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor e Procuradorias do Consumidor).

Na “Nova República”, sanitaristas tidos como ligados à ENSP assumiram a direção da SNVS/MS (SOUTO, 1996, p. 54). Os sanitaristas que, segundo Sérgio Arouca, historicamente não se envolveram com a vigilância sanitária, passaram a nela desempenhar funções tecnogerenciais, sendo que alguns ocupavam cargos também na diretoria do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e no conselho editorial da *Revista Saúde em Debate*.

Essa primeira e breve ocupação de espaço serviu para que a vigilância sanitária integrasse, ainda que não centralmente, a agenda da Reforma Sanitária, com o reconhecimento explícito da baixa prioridade a ela atribuída (CNRS, 1987, p. 158), e fosse apontada, na VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como nas que se seguiram, a necessidade de uma conferência específica.

Demissionários, os sanitaristas da SNVS/MS, na impossibilidade política de organizar a conferência específica, promovem a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor (1986), que 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” (MS/SNVS, 1987).

No processo de discussão da Reforma Sanitária começa a se delinear um conceito mais abrangente para essa prática como

mecanismo que possibilita ao Estado maior papel na proteção à saúde da população frente aos interesses do mercado – incorporando-se questões relacionadas ao meio ambiente e aos serviços de saúde (BAPTISTA, 2003, p. 268).

A incorporação da vigilância sanitária à agenda reformista provavelmente foi “facilitada” pela eclosão de tragédias sanitárias, dentre as quais, a contaminação 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.

Esse acidente obteve repercussão internacional e, em 1988, o Conselho Nacional de Saúde emitiu a Resolução nº 6, de 21 de dezembro, que instituía o licenciamento obrigatório dos estabelecimentos que lidam com radiações ionizantes pela vigilância sanitária estadual, bem como a obrigatoriedade de um plano de radioproteção, aprovado pela CNEN (PEPE; DE SETA, 2006). Passava, na prática, a valer o disposto no Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961.

Realizam-se a VIII Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, ambas em 1986. Entre as resoluções desta última, a necessidade de descentralização e de maior articulação entre as três esferas de governo no que tange à vigilância sanitária.

A Constituição Federal de 1988 determina que a vigilância sanitária é atribuição do Sistema Único de Saúde, mas, ela será definida na Lei nº 8.080/90. Nesse mesmo ano também é promulgada a Lei nº 8.078/90, conhecida como o Código de Defesa do Consumidor. Pode-se assim dizer que:

A partir da década de 80, a crescente participação popular e de entidades representativas de diversos segmentos da sociedade no processo político moldaram a concepção vigente de vigilância

sanitária, integrando, conforme preceito constitucional, o complexo de atividades concebidas para que o Estado cumpra o papel de guardião dos direitos do consumidor e provedor das condições de saúde da população (EDUARDO; MIRANDA, 1998, p. 3).

No início dos anos 90, sucederam-se várias tragédias na área da vigilância sanitária de serviços de saúde e, só aí, ela passou a ter maior visualização e maior regulamentação. A morte, em 1996, de pacientes no Instituto de Doenças Renais, em Caruaru/PE, por utilização de água contaminada com a toxina microcristina, culminou com várias regulamentações na área da hemodiálise no Brasil. A morte de idosos internados na Clínica Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, deu origem a uma série de ações voltadas às clínicas de idosos que vêm sendo até hoje aperfeiçoadas.

De outro lado, o diagnóstico de precariedade e insuficiência de desempenho da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária transparece nos documentos “Contribuição para a Reorganização da Vigilância Sanitária à Luz de Novas Bases Legais” (1991) e “Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde” (1992), ambos citados por Lucchese (2001), e no documento “Relatório da Oficina Subsídios para a Consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”, promovida pelo Grupo Temático de Vigilância Sanitária da ABRASCO (ABRASCO/GT VISA).

Em 1992, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária passa a denominar-se Secretaria de Vigilância Sanitária – SVS, mantendo a “precariedade estrutural da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária – que perdeu o Nacional no nome – não apenas continuou, mas tornou-se maior, deixando-a mais vulnerável ainda. A vigilância sanitária nos estados e municípios igualmente permanecia precária” (LUCCHESE, 2001, p. 15).

A vulnerabilidade, sobretudo às interferências do setor produtivo privado, tem seu ápice, ainda no segundo semestre de 1990, com a implementação, que se estendeu até 1993, do projeto INOVAR, “que gerou, na verdade, um esquema de aprovação de petições sem a devida análise técnica, dando margem a suspeitas de corrupção” (Souto, 1996 *apud* LUCCHESI, 2001, p. 15).

Em 1994, é convocada uma Conferência Nacional específica, prevista desde a 10ª Conferência Nacional de Saúde, que não se realiza, e tenta-se, sem sucesso, criar uma autarquia federal. Ainda nesse ano, é emitida a Portaria GM nº 1.565 (BRASIL, 1994 b) e, embora ela não tenha sido revogada por ato específico, veicula-se o entendimento de que a edição da lei que instituiu a ANVISA a tenha revogado automaticamente. Lucchese (2001) atribui à descontinuidade administrativa o fato de essa Portaria não ter “vingado”. Presume-se que outros fatores tenham contribuído, visto que ela previa um modelo integral de “vigilância em saúde”, conforme visto na Introdução.

Na esteira dos escândalos sanitários da década de 90 e da CPI dos Medicamentos (BRASIL, 2000), pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999 a), que também instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão federal que substituiu a antiga Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. A ANVISA é uma autarquia especial que goza de autonomia administrativa e financeira. Seus dirigentes têm estabilidade após serem sabatinados pelo Senado Federal.

Com a instituição de repasses regulares e automáticos aos entes federados, a partir de 1998, em substituição à forma de repasse anterior e unicamente existente; com a instituição da ANVISA, em 1999, e após a realização da I Conferência

Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, é que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, de construção ainda inconclusa, vai-se delineando.

Nos anos finais da década de 80 foram efetuados alguns diagnósticos a respeito da insuficiência do nível federal e da necessidade de reestruturar e ampliar a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS), mas as primeiras idéias relativas à necessária constituição de um sistema nacional de vigilância sanitária foram explicitadas somente nos primeiros anos da década de 90. Documentos internos da SNVS/MS mostravam a urgência de se repensar o arranjo da vigilância sanitária nacional (LUCCHESI, 2001, p. 197).

CAPÍTULO 3: Uma análise dos Sistemas Nacionais da(s) Vigilância(s) em Saúde: a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica no Sistema Único de Saúde (SUS)

Introdução

Neste capítulo abordam-se os sistemas nacionais das vigilâncias sanitária e epidemiológica, de constituição inconclusa, e identificam-se algumas das estratégias adotadas para sua consolidação, objetivando-se colocar em debate algumas idéias para aprimoramento do primeiro. Parte-se de dois pressupostos. O primeiro é que ambas as vigilâncias consistem em bens públicos e apresentam alta externalidade – conjunto de resultados de atividades que causam benefícios (externalidade positiva) ou danos incidentais a terceiros (externalidade negativa), sem que o agente gerador da externalidade receba compensação direta ou arque com eventuais ônus, devendo ter sua provisão pelo setor público.

O segundo pressuposto é que as estratégias de implantação dos dois sistemas foram diversas e tiveram graus diferenciados de investimento governamental e de sucesso. Como na conjuntura atual se discute a formulação de um projeto de lei para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SINVES) e não há consenso sobre o escopo das práticas sanitárias que ele abrange, adotam-se os termos vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, ou mesmo “vigilâncias em saúde”, no plural. Restringe-se, assim, o uso da expressão vigilância em saúde ao contexto do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SINVES), que abrange a

vigilância epidemiológica e a ambiental e ao nome de algumas instâncias institucionais e grupos de trabalho.

A compreensão do desenvolvimento do sistema nacional de vigilância sanitária *vis-à-vis* o sistema nacional de vigilância epidemiológica é necessária no momento atual, quando, no bojo do Pacto de Gestão, as diretrizes para a organização e o financiamento do setor saúde se modificam, passando os recursos da vigilância sanitária a integrar o bloco de financiamento da Vigilância em Saúde. Com essa mudança, são esperadas modificações institucionais nas esferas subnacionais de governo que, como afirma Abrucio (1998, p. 72), com base em Medeiros (1986), tendem a se organizar à semelhança da esfera federal para obter maior facilidade no recebimento de auxílio técnico e das verbas federais.

A opção de se cotejar essas duas vigilâncias, assumindo-se que elas são práticas sanitárias diversas que implicam, provavelmente, custos diferenciados e necessidades de financiamento e descentralização distintas, não se resume a uma comparação entre dessemelhantes. Justifica-se pelo fato de ambas apresentarem algumas características comuns: (1) integram o campo da proteção e prevenção, historicamente relegado a um segundo plano, em virtude da prioridade atribuída à assistência; (2) qualquer que seja o conceito de descentralização adotado, elas aprofundam esse processo com a NOB 01/96, quando as instâncias subnacionais passam a contar pela primeira vez com regularidade nos repasses financeiros por parte da esfera federal; (3) explicitam a necessidade de se organizarem no plano nacional com um modelo sistêmico.

Nas origens da saúde pública brasileira, o que hoje se denomina como vigilâncias sanitária e epidemiológica, ora juntas ou em diferentes setores do órgão sanitário, configurava, em grande parte, a própria ação do Estado Nacional no

campo da saúde. Entretanto, a idéia de organização dessas atividades em sistemas nacionais começa a se conformar em meados da década de 70, quando se instituiu o Sistema Nacional de Saúde.

Gênese dos Sistemas Nacionais das Vigilâncias e transformações institucionais do órgão federal

A vigilância epidemiológica

No desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil, considera-se a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) como marco fundamental (SILVA JUNIOR, 2004; WALDMAN; FREITAS, s/d; GAZETA *et al.*, 2005). Do ponto de vista da constituição do sistema nacional de vigilância epidemiológica (SNVE), destacam-se aqui três momentos: o da CEV; o da institucionalização do SNVE; e o da implementação da NOB 01/96.

A CEV, que perdurou de 1966 a 1973, instituiu-se em atendimento à recomendação da XVIII Assembléia Mundial da Saúde, subordinando-se diretamente ao ministro. Contou com assistência técnica e logística da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e recursos do Programa Intensificado de Erradicação da Varíola (MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000, p. 157).

A partir da CEV foram organizadas pela esfera federal, em cooperação com os estados, Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE), suprindo-se “com recursos federais as eventuais necessidades dos Estados” (V CNS, 1975, p. 140; RODRIGUES, 1977, p. 40). Portanto, a CEV consistiu em uma política prévia que resultou na criação das bases estaduais. Inferem-se dessa citação a cooperação

intergovernamental de caráter técnico e financeiro e a natureza episódica das transferências, de caráter negociado, vigente até os anos 90.

Na institucionalização do SNVE, destacam-se a V Conferência Nacional de Saúde (V CNS, 1975) e a regulamentação do SNVE, contida no Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976 (BRASIL, 1976 b). A V CNS discutiu um modelo básico a ser adaptado nos estados, que previa: um rol de doenças prioritárias para notificação; um fluxo de informações com periodicidade de notificação; suporte laboratorial para diagnóstico; a divulgação das informações produzidas; e a expansão da área de abrangência da Vigilância Epidemiológica estadual com prioridade inicial para a capital e municípios mais populosos (V CNS, 1975). Essa prioridade inicial não foi contemplada formalmente na regulamentação do SNVE.

A estrutura desse sistema, em sintonia com a formação federativa da época, continha uma divisão do trabalho entre os componentes federal e estadual (BRASIL, 1976b). Cabia apenas aos municípios, “manter a vigilância epidemiológica” (artigo 1º, inciso VI, alínea b-2, da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975). Disponha-se sobre a organização dos componentes do SNVE em: órgão central – mantido pelo Ministério da Saúde; órgãos regionais – mantidos pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal; órgãos microrregionais; Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE). Além disso, a UVE, indicada pela esfera estadual, deveria ser reconhecida pelo Ministério da Saúde.

Assegurava-se, assim, forte coordenação vertical do sistema pela esfera federal, possível no contexto do regime militar, em que o governo central detinha mecanismos de alinhamento dos governos locais (ARRETCHE, 1999). Essa coordenação se consubstanciava no poder normativo, na atribuição de supervisionar, avaliar e controlar a execução das ações, bem como na

recomendação para os componentes subnacionais buscarem apoio no órgão imediatamente superior (BRASIL, 1976b).

Arretche (1999) destaca que a recuperação das bases federativas do Estado após a Constituição de 1988 impactou o processo de descentralização das políticas sociais. Esse impacto decorreu da autonomia das esferas subnacionais que, para assumirem a gestão descentralizada das políticas sociais, necessitam de indução da esfera de governo mais abrangente – no caso, a federal. A descentralização das ações de vigilância epidemiológica, no contexto pós-constitucional, e mais especificamente no período de implementação da NOB 01/96, encontrou a esfera estadual minimamente estruturada.

Na vigência dessa NOB, as ações, as responsabilidades das três esferas de governo e a forma de financiamento foram definidas em Portarias ministeriais . O processo de discussão anterior às portarias levou cerca de dois anos e envolveu a cessão dos 26.000 agentes de endemias, rede física e equipamentos da FUNASA para os entes subnacionais. Esses recursos na coordenação regional da FUNASA eram mais abundantes que nos setores de epidemiologia das secretarias de vários estados (SILVA JUNIOR, 2004, p. 93-94). Colocava-se outro atrativo no processo de descentralização das ações de vigilância epidemiológica, além do estabelecimento do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), depois denominado Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

A criação do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), em 1990, representou uma importante transformação institucional na esfera federal. Nele se incorporaram a coordenação nacional do sistema de vigilância epidemiológica e alguns programas de controle de doenças (SILVA JUNIOR, 2004, p. 71). No início dos anos 2000, tenta-se sua autonomização mediante projeto formulado pelo

Executivo, no qual se previa a instituição dos Sistemas Nacionais de Epidemiologia, de Saúde Ambiental e de Saúde Indígena, e a criação de uma Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças – APEC. O projeto foi rejeitado em 2002, na forma da Medida Provisória nº 33/2002.

A criação do CENEPI e sua transformação, em 2003, em Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) representou uma trajetória ascendente na hierarquia institucional acompanhada de ampliação de áreas de atuação e permanência do dirigente do serviço federal de epidemiologia ao longo dessa trajetória. Na SVS/MS reuniram-se as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças; a coordenação nacional de programas de prevenção e controle de doenças – à exceção da Saúde do Trabalhador; o Programa Nacional de Imunizações; a investigação e resposta aos surtos de doenças emergentes de relevância nacional; e a coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública.

Essa Secretaria estende sua esfera de influência na área da vigilância sanitária, dentre outros, mediante a instituição da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS), que incorpora algumas ações básicas de vigilância sanitária (BRASIL, 2003 b e c); 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 (BRASIL, 2006 a).

O sistema nacional de vigilância epidemiológica, apesar dos esforços e investimentos feitos, ainda apresenta certo grau de precariedade, mormente na

esfera municipal, segundo as análises de Carvalho e Marzocchi (1992) e Carvalho *et al.* (2005). Apesar da distância no tempo, da diferença nas variáveis utilizadas e no tamanho dos universos estudados, os resultados desses trabalhos apontam a necessidade de continuidade dos esforços para consolidação e aprimoramento do sistema nacional de vigilância epidemiológica.

A vigilância sanitária

Alguns diplomas legais da década de 70 dispunham sobre o papel dos órgãos de vigilância sanitária das três esferas de governo, mas só em meados dos anos 80 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. Contudo, a constituição de um sistema aflorou nos documentos legais quase 20 anos depois da instituição do SNVE, com a Portaria nº 1.565, de 1994 (BRASIL, 1994, b).

Após quatro anos de vigência dessa portaria, uma auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) apresentava incipiente processo de estruturação e de descentralização. 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 (BRASIL, 1999, b).

O SNVS, no plano operacional, só se instituiu após a implementação da NOB 01/96 e criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o que não significa a inexistência anterior de algumas ações articuladas entre as esferas de governo em questões específicas, mas sim a ausência de políticas prévias de cunho nacional que concorressem para a estruturação de serviços nas esferas subnacionais.

Ademais, em relação à vigilância sanitária, Lucchese (2001, p. 274) aponta 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. Certa precariedade no plano da coordenação vertical é inegável, também, pela inexistência de um sistema de informações estruturado que interligue os serviços de vigilância sanitária das três esferas de governo.

Por medida provisória, transformada na Lei nº 9.782/99 (BRASIL, 1999 a), definiu-se a conformação do sistema nacional de vigilância sanitária e criou-se a ANVISA, atribuindo-se à mesma a coordenação do sistema. Essa lei, que pôs fim à grande rotatividade dos postos de direção do órgão federal (SOUTO, 1996), ao instituir mandato para os dirigentes da ANVISA, também dispôs sobre a arrecadação das taxas de fiscalização, que foram majoradas, e atribuiu extensas competências à Agência, porém, não dispôs sobre o financiamento do sistema.

A Agência foi bem avaliada por seis dirigentes estaduais entrevistados por Lucchese, em 2001. Todos manifestaram a perspectiva positiva que a criação da ANVISA trouxe para sua própria estruturação técnica e administrativa e para a definição do desenho e organização do sistema (LUCCHESI, 2001, p. 93). De outra

parte, 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, onde se destaca a reorganização administrativa, “com aperfeiçoamento do pessoal e constituição de duas agências reguladoras essenciais”, uma delas a ANVISA.

Conforme visto anteriormente, com a criação da ANVISA houve um crescimento na dotação orçamentária e na execução orçamentária. Atualmente, 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% (ANVISA, 2005).

O aumento da capacidade financeira da Agência, no momento da implementação da NOB 01/96, propiciou repasses financeiros regulares e automáticos para os municípios, a partir de março de 1998, a título de incentivo, como componente do PAB Variável (PBVS); e para os estados, a partir de agosto de 2000 (MACVISA) e de outubro de 2001 (TFVS). Os recursos para os estados estavam vinculados ao Termo de Ajustes e Metas (TAM), que previam metas organizativas e finalísticas, essas centradas na inspeção sanitária (DE SETA; SILVA, 2001). 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 a certa modalidade de gestão na qual o ente estava enquadrado (DE SETA; SILVA, 2006, p. 201- 204).

A indução federal 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, motivou, após 2003, a introdução da esfera municipal no processo de pactuação. Rompeu-se a regra até então estabelecida da interlocução privilegiada (quase exclusiva) com a esfera estadual.

O Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária (CIT/VISA) da Tripartite (CIT) constituiu-se e procedeu à discussão de novas diretrizes para descentralização e financiamento que, após a aprovação pela CIT, transformaram-se na Portaria nº 2.473/2003. Esta 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.

Tendo funcionado regularmente, esse comitê não se reúne desde abril de 2006. Na prática ele se esvaziou politicamente, ao mesmo tempo em que se reforçou o Grupo Técnico de Vigilância em Saúde (GTVS), da Câmara Técnica da CIT, no qual a ANVISA tem um representante, ao lado da representação da SVS, mas os representantes das duas outras esferas de governo geralmente não são ligados à vigilância sanitária.

A coordenação do processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no final dos anos 90 e início dos 2000, encontrou um contexto federativo diverso do dos anos 70. A estruturação, que se iniciou pela esfera estadual, requereu pactuação e incorporação das demandas estaduais e, posteriormente, também das municipais, o que representa um processo mais difícil do que sob um governo autoritário (ARRETCHE, 1999). De outro lado, a coordenação federal exercida pela ANVISA, formalmente estabelecida em dispositivo legal, na prática

tem-se enfraquecido pelo 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.

Cooperação e influência de organismos multilaterais

Optou-se por considerar a OPAS/OMS, cuja contribuição no campo da saúde, da formação de recursos humanos e no desenvolvimento da medicina social na América Latina, é analisada por diversos autores (LIMA, 2002; PAIVA, 2004). Sem pretender reduzir essa cooperação no tempo e no escopo, cabe destacá-la na construção dos sistemas nacionais das vigilâncias. Assume-se que outros organismos multilaterais influenciaram direta ou indiretamente na criação/consolidação do sistema de saúde, ou na vigilância sanitária, como apontado por Lucchese (2001).

A OPAS/OMS, por exemplo, em 1970, recomendou a seus membros, no contexto do Plano Decenal de Saúde das Américas, manter sistemas de vigilância epidemiológica adequados à sua estrutura sanitária (GAZETA *et al.*, 2005), e mesmo anteriormente, apoiara diversos programas na erradicação, controle e vigilância de doenças, inclusive a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). Finda a CEV, continua a cooperação no campo da epidemiologia e da vigilância epidemiológica para o desenvolvimento teórico-metodológico, formação de pessoal e na assessoria à organização das atividades e promoção de eventos de grande repercussão (PAIM, 2003; SILVA JUNIOR, 2004, p. 68-71). Após a constituição do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), aprofunda-se a colaboração com a OPAS.

A cooperação da OPAS com a vigilância sanitária federal foi pontual, até a criação da ANVISA. Souto (1996, p. 118, 134) relata a realização de cursos em áreas específicas – por exemplo, alimentos e sangue, a partir do final dos anos 80. Segundo a autora, em face do longo período sem concurso público, a contratação de pessoal, via organismos internacionais, também se deu por meio da OPAS (SOUTO, 1996, p. 50). A cooperação da OMS/OPAS, a partir da criação da ANVISA, restringe-se a questões relacionadas aos interesses da primeira, no que tange a medicamentos e alimentos, ou melhor, à segurança alimentar, e disseminação da informação de caráter científico, destacando-se a relação com BIREME/OPAS.

A OPAS realiza, desde 1997, a cada dois anos, a Conferência Pan-Americana sobre Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (LUCCHESE, 2003, p. 179), seguindo a sistemática da OMS, que promove a Conferência Internacional de Autoridades Regulatórias (LUCCHESE, 2003, p. 229). Lucchese concluiu que nelas não há “regimento para orientar o processo de harmonização, tampouco são discutidas especialmente propostas de harmonizações e não há prazos ou compromissos dos países” (p. 230) e que consistem, principalmente, em encontros de autoridades para debate das suas experiências.

Provavelmente, além da prioridade atribuída à vigilância epidemiológica e ao controle de doenças, o modelo abrangente de vigilância sanitária implantado no Brasil – que, na sua totalidade não tem correspondência no plano internacional – e a própria estrutura da OPAS, que não possui uma unidade técnica voltada para a vigilância sanitária, não favoreçam uma cooperação mais orgânica.

Cooperação com instituições acadêmicas e estratégias de formação de recursos humanos para o desenvolvimento do campo

No plano da cooperação com as instituições acadêmicas, selecionou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que congrega expressivos programas de pós-graduação e profissionais dos serviços de saúde coletiva.

Com a criação da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, em 1984, formularam-se três Planos Diretores para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil, respectivamente, em 1989, 1994 e 2000. Esses planos, voltados para o desenvolvimento da disciplina no país, tinham como prioridades a vigilância epidemiológica e o uso da epidemiologia nos serviços de saúde (SABROSA, s/d). Barata (2005) afirma que a grande articulação entre o CENEPI e a Comissão de Epidemiologia da ABRASCO permitiu a ampliação da oferta de cursos de especialização e da produção científica, bem como o fortalecimento dos programas de pós-graduação *stricto sensu*.

Dezessete anos depois da criação da Comissão de Epidemiologia da ABRASCO, na organização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, que se realizou em 2001, fundou-se o Grupo Temático de Vigilância Sanitária da ABRASCO.

Para a formação de recursos humanos para o SNVE, esforço que perdurou várias décadas, continuando-se na atual, foram selecionados três marcos. O inicial, a formação de epidemiologistas para a CEV, que, erradicada a varíola, ocuparam diferentes funções nos serviços de saúde. O segundo, em 1983, com a estruturação de um programa nacional de capacitação em vigilância epidemiológica, com recursos do FINSOCIAL. Esse programa se baseava em materiais desenvolvidos pela Secretaria de Recursos Humanos/MS – Curso de Introdução à Vigilância Epidemiológica (CIVE), e pela Escola Nacional de Saúde Pública – Curso Básico de

Vigilância Epidemiológica (CBVE) e formou 3.000 profissionais para os estados em todo o país (CARVALHO; MARZOCCHI, 1992). O terceiro, após a criação do CENEPI, ressaltando-se que, no âmbito do Projeto VIGISUS, a formação de recursos humanos também é enfatizada.

Não se encontrou oferta de cursos de especialização específicos para a vigilância sanitária até a década de 90, quando surgem esses cursos na UNITAU (Taubaté, SP) e na ENSP, que, inclusive, realizou alguns de forma descentralizada em alguns estados. Ofertou-se, entretanto, o Curso de Atualização em Vigilância Sanitária (CAVISA), em 1989, para turmas de 30 alunos, sob a coordenação executiva da Universidade de Brasília. Esse curso se justificava pela necessidade de se incorporar uma abordagem conceitual e política transformada em função do novo modelo que estava sendo construído com a Reforma Sanitária.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, desde 1999, financia cursos de especialização e um mestrado profissional, por meio de parcerias com os chamados Centros Colaboradores em Vigilância Sanitária (CECOVISA) e/ou executa processos de capacitação de técnicos em áreas específicas de atuação. Entretanto, esses processos procedem de iniciativas pontuais da ANVISA, em vez de uma ação mais coletivamente delineada. Com a instituição do TAM, que continha metas de capacitação de recursos humanos, aumentou a oferta de cursos de especialização promovidos também pelos estados. Entretanto, todos esses cursos não chegam a se conformar, ainda, em um programa nacional de formação que contribua para mudanças mais globais nas práticas de trabalho.

Crítérios para descentralização das ações e repasses federais

A vigilância epidemiológica

O financiamento das ações de vigilância epidemiológica, historicamente, contava 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, por meio da FUNASA, utilizava recursos orçamentários para financiar ações sob sua responsabilidade e repassava recursos para estados e municípios, por meio de convênios específicos para uma determinada doença. Recursos federais adicionais eram pleiteados tendo como justificativa o recrudescimento de doenças e a emergência de epidemias (SILVA JUNIOR, 2004, p. 100).

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 a dengue, malária, leishmaniose e doença de Chagas, em função da necessidade de operações de campo; a área em Km²; e a população residente, e pressupondo-se que em uns o custo das ações de campo seria maior que em outros (SILVA JUNIOR, 2004, p. 104-106).

Assim, o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) de cada estado se compunha de três parcelas, duas delas com valores *per capita* diferenciados, a depender do estrato em que o estado fora classificado: (I) valor *per capita* por ano, que varia de R\$ 4,08 a R\$ 1,80; (II) valor correspondente à área do estado em km²/ano, que varia de R\$ 3,00 a R\$ 1,20 ao ano; (III) incentivo à descentralização, *per capita* igual para todos os estratos, no valor de R\$ 0,48 por ano. São exigidas contrapartidas dos estados e municípios que variam de 20, 30 e 40% para os estratos 1 a 3 e certificação. O TFECD é acrescido de um montante para campanhas de vacinação, segundo a Portaria nº 950/99, resultando em valores

per capita totais que variaram, em 1999, de R\$ 2,35 a R\$ 7,79 (SILVA JUNIOR, 2004, p. 110).

Após a instituição dos repasses regulares, os montantes federais repassados a estados e municípios que constituíam o TFECF foram da ordem de R\$ 554.689.000 (SILVA JUNIOR, 2004, p. 112), em 2000, e de R\$ 736.000.000,00, em 2005 (fonte: sítio da SVS/MS), em valores nominais dos respectivos anos. Comparados os valores nominais desses anos, observa-se um crescimento de quase 33%, que, embora não tenha coberto a inflação do período, aumentou proporcionalmente mais que o valor mínimo do PAB (variação de R\$ 10,00 para R\$ 13,00 – variação de 30%) no período em questão (fontes: FGV, sítio do MS). Parte desse crescimento pode ser atribuída às atualizações anuais nos montantes a serem repassados, com base nas estimativas de população realizadas pelo IBGE.

As fontes de recursos federais colocados à disposição do SNVE compreendem o Tesouro Nacional e os recursos “novos” do Projeto VIGISUS I e II⁴⁹. O montante total previsto para um período de sete anos, de 1999 a 2008, é de US\$ 600 milhões, dos quais 50% correspondem à contrapartida das esferas de governo brasileiras e a outra parte, a empréstimo do Banco Mundial, sendo o Governo Federal o mutuário do empréstimo (BANCO MUNDIAL, sítio da Internet).

A vigilância sanitária

De 1998 a 2003, o financiamento federal das ações de vigilância sanitária ocorreu da seguinte maneira: (a) repasses para os municípios com base em um valor *per capita* de R\$ 0,25, por ano, multiplicados pela população residente,

⁴⁹ Projeto Vigisus I (Vigilância e Controle de Doenças), aprovado em setembro de 1998. Os recursos destinados aos entes subnacionais era repassados mediante convênio. Projeto Vigisus II: Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

efetivados desde o primeiro semestre de 1998, a título de Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PBVS); b) repasses para os estados, compostos de duas parcelas: (I) repartição das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (TFVS ou MAC-fato gerador), a partir de outubro de 2001; (II) repasse para o financiamento das Ações de Média e Alta Complexidades em Vigilância Sanitária (MAC VISA), a partir de agosto de 2000. Para fomentar essa descentralização, estava previsto que, do valor *per capita* de R\$ 0,15/hab/ano multiplicado pela população de cada unidade federada, destinados aos estados, no mínimo R\$ 0,06/hab/ano seriam repassados aos municípios como incentivo à municipalização.

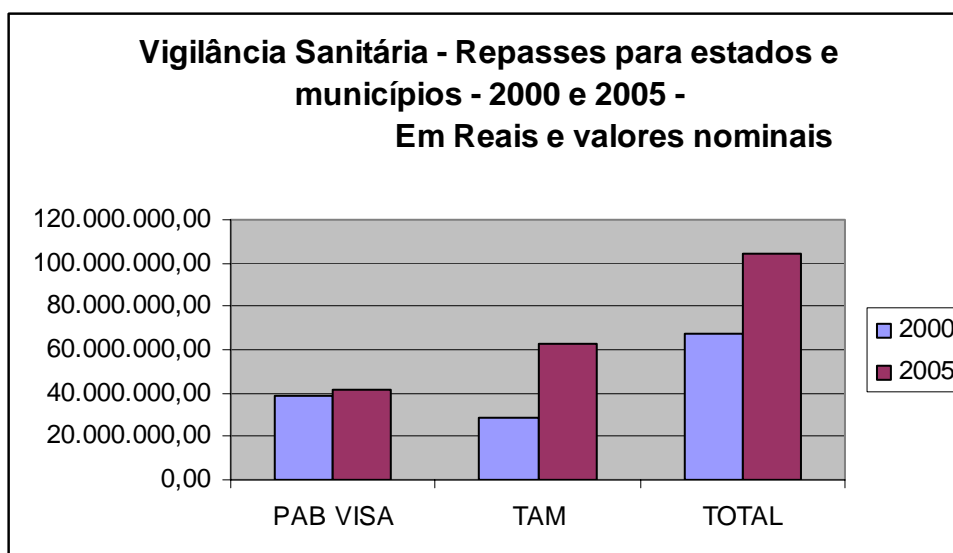
A partir de dezembro de 2003, parte das ações básicas de vigilância sanitária – inspeções em estabelecimentos do comércio de alimentos; drogarias/ervanarias e postos de medicamentos; creches; estabelecimentos de ensino fundamental; estações rodoviárias e ferroviárias – passou a integrar a Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

Com a edição da Portaria GM nº 2.473/2003, estabeleceu-se o repasse fundo a fundo aos municípios que pactuassem, após aprovação da CIB e homologação pela CIT, da importância correspondente ao somatório das seguintes parcelas: a) 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. Os recursos municipais aumentaram para os municípios, 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, 616 municípios do país aderiram à descentralização das ações de média e alta complexidades, sendo que aproximadamente 66% deles têm menos de 50.000 habitantes.

A contrapartida dos estados e municípios aos recursos federais, sempre que prevista, deveria ser de valor equivalente a, no mínimo, os mesmos percentuais dos orçamentos estadual e municipal, destinados a ações de vigilância sanitária no ano anterior. Não se encontraram dados acerca do montante dessa destinação, o que sugere ser exigência meramente formal, sendo necessários estudos sobre o aporte de recursos pela esfera estadual e municipal para o financiamento das ações de vigilância sanitária realizadas em seu território.

Após a instituição dos repasses regulares, os montantes federais repassados a estados e municípios que constituíam o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) foram da ordem de R\$ 67.100.000,00, em 2000, e de R\$ 104.302.751,80, em 2005, em valores nominais dos respectivos anos, conforme demonstrado no gráfico 3.

Gráfico 3



Fonte: Relatórios de Gestão da ANVISA, de 2000 a 2005.

Considerados os anos extremos do período, verificou-se crescimento da ordem de 35,67%, sobretudo à custa dos recursos do TAM, que cresceram 54,8%.

Além da correção dos montantes pela variação populacional no período, segundo as estimativas do IBGE, esse crescimento pode ser explicado pela gradativa entrada em vigor dos repasses – a exemplo da repartição MAC VISA, a partir de agosto de 2000, e da taxa de fiscalização sanitária (TFVS), a partir de outubro de 2001 – mas também pelo maior aporte de recursos da ANVISA para municípios, a partir de 2004, para financiar a proposta de descentralização contida na Portaria nº 2.473.

Conclusão

Da análise do desenvolvimento e das trajetórias dos sistemas nacionais das duas vigilâncias resultou a constatação dos esforços governamentais relativamente mais contínuos no tempo para o desenvolvimento do SNVE desde a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975.

Para esse desenvolvimento, contou-se com o legado de políticas prévias, destacando-se a CEV que, implementada em período marcado pela centralização na esfera federal e inexistência da esfera municipal como ente federativo, propiciara a estruturação da instância estadual. A coordenação vertical da esfera federal, embora com provável diferença de gradação no período democrático, se fez presente também no período de implementação da NOB 01/96.

Esta, ao produzir a descentralização dos recursos federais, encontrou certo nível de organização nos estados, decorrente também de investimentos realizados pela esfera estadual que historicamente financiava algumas atividades rotineiras de vigilância epidemiológica e controle de doenças. Por sua vez, a contínua ascensão do serviço federal correspondente na hierarquia do Ministério da Saúde, verificada principalmente na gestão de Humberto Costa, favoreceu essa coordenação federal, mesmo na vigência do novo arranjo federativo pós-constitucional e na saúde, em

que as arenas federativas funcionam como mecanismos de contrapeso ao poder federal e de incorporação das demandas subnacionais (ARRETCHE, 2004).

Além da forte coordenação federal, ressaltam-se: (1) a continuidade administrativa no órgão federal de vigilância epidemiológica; (2) a conformação de um projeto de desenvolvimento para o SNVE, com aporte de recursos financeiros “novos”, a partir dos projetos VIGISUS I e II, a partir do final da década de 90; (3) a cooperação com a OPAS; (4) a instituição de programas nacionais de formação de recursos humanos. .

Para construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, instituído no plano formal em 1994, apenas com a constituição da ANVISA na vigência da implementação da NOB 01/96, verificaram-se esforços efetivos da esfera federal. A fragilidade do serviço federal de vigilância sanitária anterior à ANVISA – tanto institucional, como a que determinava a instabilidade de seus dirigentes – provavelmente inviabilizou possíveis tentativas anteriores. Desse modo, também no caso da vigilância sanitária, “a descentralização dessas políticas ocorreu quando o Governo Federal reuniu condições institucionais para formular e implementar programas de transferência de atribuições para os governos locais” (ARRETCHE, 2002).

A cooperação com organismos multilaterais não parece ter sido tão importante quanto no caso do SNVE, uma vez que o modelo brasileiro de vigilância sanitária, na sua totalidade, não tem correspondência no plano internacional. Até hoje não se configurou um programa nacional de formação de recursos humanos para a vigilância sanitária, e uma diferença que parece ser fundamental no desenvolvimento dos dois sistemas e de suas bases operacionais é que a cooperação sistemática com universidades e centros de pesquisa, instituída a partir

a década de 80 para a vigilância epidemiológica e intensificada após a constituição do CENEPI, passa a ocorrer para a vigilância sanitária de forma ainda assistemática após a constituição da ANVISA, em 1999.

De outro lado, o trabalho do SNVE – calcado em sistemas de informação, de alimentação descentralizada e análise centralizada construídos *pari passu* ao desenvolvimento desse sistema – favoreceu sua coordenação em bases federais. Já para a vigilância sanitária, inexistente um sistema de informação que interligue os serviços das três esferas e se preste à coordenação do trabalho.

Registre-se que, até bem pouco tempo, poucos eram os serviços municipais e estaduais que possuíam cadastros informatizados sobre o universo de estabelecimentos a controlar (DE SETA; SILVA, 2001). A elaboração desses cadastros tem sido uma das prioridades para o SNVS nos últimos anos, bem como a construção de sistemas que informem sobre os efeitos na saúde decorrentes do uso de insumos e tecnologias.

Segundo Arretche (1999), em estados federativos, a assunção da gestão das políticas públicas pelas unidades subnacionais ocorre por: (1) iniciativa própria; (2) adesão a programa proposto por outra esfera de governo mais abrangente; (3) determinação constitucional. A determinação constitucional como competência do SUS existe desde 1988, mas, no plano nacional, a adesão das esferas subnacionais foi facilitada por mecanismos de indução contidos na NOB 01/96 (PAB variável) e decorrentes dela (TAM).

Conforme descrito por Silva Junior (2004, p. 95 a 98), após dois anos de discussão, emitiram-se as portarias de descentralização das ações de vigilância epidemiológica que discriminaram as atribuições das esferas de governo e o financiamento das ações. A transferência dos recursos das Coordenações Regionais

da FUNASA parece ter sido um incentivo a mais. No processo, estabeleceu-se que certas atribuições permaneceriam centralizadas (normatização técnica, coordenação dos sistemas de informação, fornecimento de insumos estratégicos) e se atribuiu responsabilidade pela execução das ações aos municípios, preponderantemente.

Na descentralização das ações de vigilância sanitária, excluíram-se os municípios do processo de negociação, até 2003, à semelhança do que se deu para a vigilância epidemiológica em meados da década de 70, e os estados é que deveriam se responsabilizar pela descentralização para os municípios no âmbito do seu território.

Os modelos de descentralização adotados pelas duas vigilâncias diferem fundamentalmente também quanto a critérios para repasse e magnitude dos recursos financeiros destinados a estados e municípios. Os critérios para a vigilância epidemiológica envolveram a classificação dos estados em três estratos, inovando-se com a introdução de valores *per capita* diferenciados para os entes federados, o que potencialmente proporciona maior equidade na repartição dos recursos. Para a vigilância sanitária, afora a captação diferenciada da repartição das taxas de fiscalização, predominou o critério populacional com um valor *per capita* homogêneo para todo o país. Essa estratégia pouco ou nada contribui para a redução das desigualdades na distribuição espacial de serviços e de sua prestação entre regiões e localidades, mas, de outro lado, previne possíveis conflitos redistributivos.

Cabe ressaltar, ainda, que para o sistema de vigilância epidemiológica há exigência de certificação, que parece ter origem na necessidade de reconhecimento, pelo Ministério da Saúde, das unidades de vigilância epidemiológica previstas desde a década de 70. Outro diferencial é a exigência de contrapartida, por parte das esferas subnacionais, em percentuais que variam de 20 a 40%, a depender do

estrato no qual o ente está classificado. Para a vigilância sanitária, essa contrapartida tem caráter apenas formal, e o principal mecanismo de acesso aos recursos envolvidos na descentralização é o pleito, seguido de aprovação nas Comissões Intergestores.

Quanto às fontes e à magnitude dos recursos, reitera-se que as duas vigilâncias são práticas sanitárias diversas, implicando, provavelmente, necessidades de financiamento distintas. Feita essa ressalva, encontrou-se que os repasses federais da vigilância sanitária corresponderam a 12,10 e 14,17% dos da vigilância em saúde, respectivamente nos anos 2000 e 2005.

O aumento de pouco mais de dois pontos percentuais nos recursos da vigilância sanitária, em 2005, deu-se à custa dos recursos repassados mediante o TAM, sendo que o aumento no componente correspondente à Taxa de Fiscalização (TFVS) foi de 48,08%, ao passo que, no componente MAC VISA, foi de 62,28%.

A procedência dos recursos também é diversa, abrangendo, na epidemiológica, recursos do Tesouro federal e empréstimos contraídos, assegurando-se contrapartida pelos entes subnacionais. Para a vigilância sanitária, além de recursos do Tesouro federal, há a captação de recursos próprios, resultantes do exercício do poder de polícia, que representam atualmente mais da metade do orçamento da ANVISA. O crescimento da receita própria foi de R\$ 83.026.000,00, em 2000, para R\$ 202.232.267,19, em 2005, em valores nominais dos respectivos anos.

Os valores *per capita* para a vigilância epidemiológica são muito superiores aos praticados para a vigilância sanitária. Além disso, a vigilância epidemiológica e ambiental conta com maior número de repasses.

Para a vigilância sanitária, alguns termos legais definem as atribuições e competências das três esferas de governo – e isso é tanto mais verdade quando se examinam as competências da esfera federal, definidas na lei que criou a ANVISA – e a Portaria nº 2.473 define as competências dos entes federados no que concerne ao sistema. Essa Portaria encontra-se atualmente em fase de reformulação, mas, mesmo na sua vigência, segundo alguns coordenadores de vigilância sanitária, havia possibilidade de ambivalências, superposições de competências e omissões, o que resulta em maior dificuldade de operacionalização da descentralização e de coordenação do sistema. Assim, um grande nó crítico seria equacionado se as atribuições de cada ente federativo estivessem bem delimitadas.

Entretanto, Costa (s/d) afirma que o fator central na dinâmica política não está na forma de separação de competências, mas na forma em que as unidades subnacionais e o poder central se fazem representar nos processos decisórios de âmbito nacional. Fica, então, apontada a necessidade de se estudar a qualidade da representação da vigilância sanitária das três esferas de governo no processo de pactuação da descentralização da vigilância sanitária. E isso é importante, uma vez que a inserção hierárquica dos serviços de vigilância sanitária subnacionais se dá, geralmente, no terceiro escalão e tem ocorrido o deslocamento das discussões sobre descentralização e financiamento de suas ações para o GTVS da Câmara Técnica da CIT.

Por fim, outro diferencial é que a vigilância epidemiológica trabalhou ao longo do tempo, no nível nacional, com um escopo reduzido de doenças e agravos. Esse escopo se ampliou a partir do final dos anos 90, com a incorporação, ainda atualmente precária, da vigilância das doenças não-transmissíveis e de fatores de risco. Já a vigilância sanitária parece ter encontrado dificuldades em estabelecer

ações prioritárias no seu vasto campo de atuação. Embora todos os riscos sanitários mereçam ser enfrentados, prioridades na construção do sistema deveriam ser pactuadas com os entes subnacionais. Estruturado em relação a essas prioridades, outras poderiam ser incorporadas, resultando na consolidação gradativa do SNVS.

CAPÍTULO 4: A descentralização das ações de vigilância sanitária no Estado do Rio de Janeiro: a estruturação dos serviços e o financiamento federal das ações

Introdução

Conforme se afirmou anteriormente, a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, mediante a Portaria nº 1.565/GM (BRASIL, 1994, b) não teve efeitos práticos de monta. A estruturação desse sistema tomou impulso após 1998, na vigência da NOB 01/96 e com a coordenação da ANVISA. É então que, 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, acompanhou-se 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.⁵⁰

Neste capítulo são examinados aspectos do processo de descentralização das ações no Estado do Rio de Janeiro. Esse estado modernizou significativamente o seu serviço de vigilância sanitária e esse serviço teve por período relativamente longo, uma mesma Direção, configurando relativa estabilidade no cargo (mais de

⁵⁰ O Paraná foi um dos primeiros estados a descentralizar para os municípios as ações de vigilância sanitária. Neste 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.

oito anos), ligada diretamente ao Gabinete do Secretário. Esses dois aspectos conjugados são relativamente raros de serem encontrados no panorama nacional. Além disso, o estado do Rio de Janeiro 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.

O primeiro tópico deste capítulo 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, bem como a análise de 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.

Vale ressaltar que: (1) 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); (2) a atual classificação se baseia na Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do então Ministério do Orçamento e Gestão; (3) essa classificação é de aplicação comum e obrigatória nas três esferas de governo e possibilita a consolidação nacional dos gastos do setor público; (4) a função Saúde tem seis subfunções a ela vinculadas, mas o presente estudo enfatiza a subfunção vigilância sanitária.

Em 2002 e 2005, a vigilância sanitária estadual 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 (SES/RJ, 2005). Os resultados dessas duas avaliações foram revisados e analisados comparativamente, compondo o segundo tópico deste capítulo.

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no Rio de Janeiro, o financiamento federal e os gastos de municípios selecionados na Subfunção Vigilância Sanitária

A Resolução nº 562/SES, de 26 de março de 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 Oficiais⁵¹.

Todavia, os mecanismos de financiamento e as condições de implementação da descentralização não estavam definidos e descentralização foi recebida “apenas burocraticamente pela maioria dos municípios” (COHEN *et al.*, 2004; COHEN *et al.*, 2006, p. 113). 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.

⁵¹ 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 documentação do processo administrativo, que precisa ser escrito e formal, bem como à própria execução do mesmo.

Na NOB SUS 01/96, que passou a ter efeitos práticos em 1998, se incluíram requisitos relacionados à vigilância sanitária e 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 nº 18/SAS, de 21 de janeiro de 1999).⁵².

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 *et al.*, 2001). Para os estados instituíram-se os Termos de Ajustes e Metas (TAM), assinados com a ANVISA; e mediante estes, os repasses de parte das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária (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 Incentivo para Ações Básicas de Vigilância Sanitária (PBVS) dos municípios que não o recebiam fundo a fundo, a partir de março de 1998; o repasse referente às ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária

⁵² Os procedimentos de baixa complexidade em vigilância sanitária, ou procedimentos básicos, na Portaria SAS nº 18, correspondiam ao grupo 05 do 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.

(MACVISA), a partir de agosto de 2000; a Taxa de Fiscalização Sanitária (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 MACVISA; 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 de VISA. Emitiu-se a Resolução SES nº 1262, de 08 de dezembro de 1998, que delegou competência para 25 Secretarias Municipais de Saúde, visando a concessão, revalidação e cassação de licença de funcionamento e fiscalização de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária. Os estabelecimentos relacionados foram: 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 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. Para isso, estava previsto que, do valor *per capita* de R\$ 0,15/habitante/ano, multiplicado pela população de cada

unidade federada, destinados aos estados, no mínimo R\$ 0,06/habitante/ano seriam repassados aos municípios como incentivo à municipalização. 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 nº 2.473, 29 de dezembro de 2003, 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; programar as atividades de média e alta complexidades a serem executadas pelo município; comprovar estrutura e equipe técnica para realizar as ações pactuadas; e ter conta específica no Fundo Municipal de Saúde. Manteve-se o teto financeiro dos estados para a vigilância sanitária, previsto desde 2001 (Portaria nº 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 Taxas de Fiscalização de

Vigilância Sanitária (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 a procedência das taxas recolhidas determinava o valor destinado a cada estado (Portaria nº 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.⁵³

Com a edição da NOAS SUS 01/2002, que, como visto, reforçava o papel da esfera estadual, o CVS/SES/RJ iniciou a avaliação dos serviços municipais de vigilância sanitária do Estado do Rio de Janeiro, 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.⁵⁴ Este passou a ser um espaço de representação também dos interesses municipais.

Os municípios que assumiram a realização das ações de média e alta complexidades em vigilância sanitária, além do PBVS, pela Portaria nº 2.473/2003 passaram a receber a importância correspondente ao somatório das seguintes

⁵³ 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).

⁵⁴ Integrado pelos cinco diretores da ANVISA, cinco representantes da Câmara Técnica de Vigilância Sanitária do CONASS – todos eles coordenadores estaduais de VISA, 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).

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. Seguiam sendo necessárias a aprovação da CIB e a homologação pela CIT.

Os recursos municipais aumentaram para os municípios, 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, 2003. Instrução Normativa).

De posse do resultado das avaliações de 2002 e 2005, e na vigência da Portaria nº 2.473, o Estado do Rio de Janeiro pactuou na CIB a descentralização de ações de média complexidade e editou a Resolução SES nº 2.655, 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.

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 essa pactuação, 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 3.

**Tabela 3: Repasses para os municípios que pactuaram a média complexidade
– 2005**

Municípios	População 2005	PBVS	MAC (FNS+Anvisa)	Repasso 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: PORTARIA nº 432/GM, de 22 de março de 2005; IBGE, estimativa populacional 2005. Elaboração própria.

A tabela 4 evidencia as despesas declaradas nas subfunção vigilância sanitária, no SIOPS e no 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 necessariamente significa gasto zero. É que nesses dos 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 4: Gastos informados na Subfunção Vigilância Sanitária e receitas transferidas para municípios selecionados – Estado do Rio de Janeiro - 2005

Município	SIOPS 2005	FINBRA 2005	Repassse 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

Fontes: SIOPS e Finbra, 2005. Repasse federal integralizado na tabela 3. Elaboração própria.

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 FINBRA são mais discrepantes é São João de Meriti, seguido de Niterói. Esse município se destaca novamente pelo patamar em que a discrepância entre os valores informados nos dois sistemas se situa, o que faz com que ele, em relação apenas aos dados do FINBRA, apresente gastos superiores ao montante transferidos.

Em segundo lugar, à exceção dos municípios de Italva e Rio de Janeiro, os gastos declarados não ultrapassam os montantes transferidos pela esfera federal aos municípios. Isso parece corroborar Lucchese (2001, p. 21), que, ao citar a pesquisa do 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”. 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 a indagação 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 de vigilância sanitária, apenas três arrecadam taxas decorrentes da ação da VISA. 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 5 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 5 – Importância relativa da arrecadação da Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária pelos municípios do estado do Rio de Janeiro

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
Maricá	372.463,88	47.338,22	13
Mesquita	116.882,31	12.762,89	11
Niterói	3.626.473,31	35.654,21	1
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
Rio de Janeiro	39.521.289,87	6.494.214,96	16
São João de Meriti	1.592.083,25	57.376,83	4
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: Siops 2005 – Elaboração própria.

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 20, 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 20, 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 inúmeros 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 critérios 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 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 freqüentemente 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 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 de do caso do município do Rio de Janeiro, cujo órgão de vigilância sanitária não integra 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.⁵⁵ Fica, então, a indagação: onde, na estrutura governamental municipal, os outros 11 órgãos municipais de VISA 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 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

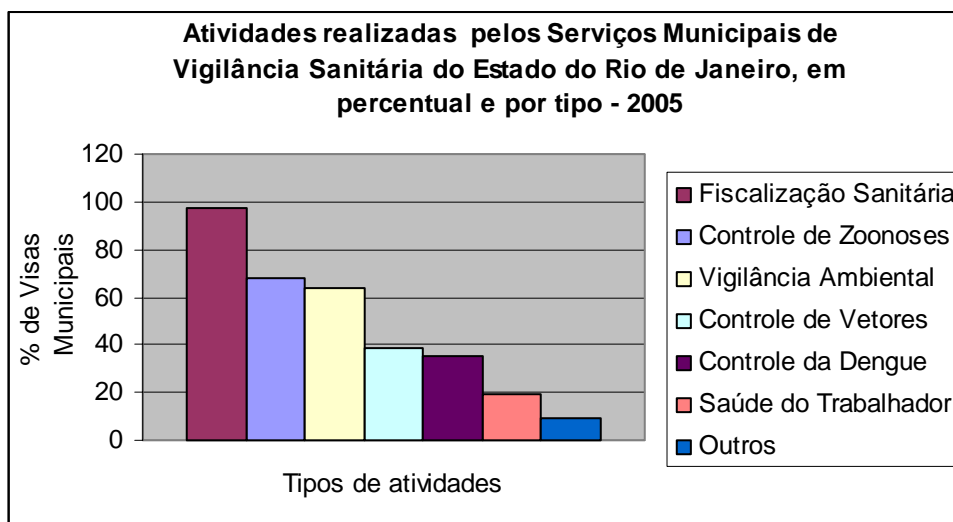
⁵⁵Conforme o Decreto nº 19.546, de 6 de fevereiro de 2001, do prefeito César Maia. “Considerando a vigência do Decreto “N” nº 19.546 de 6 de fevereiro de 2001, que delegou ao Secretário Municipal de Governo as competências outrora atinentes ao Secretário Municipal de Saúde no que tange às ações da Superintendência 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 nº 542, de 11 de maio de 2001).

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, se referem 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, se encontra demonstrada no gráfico 4.

Gráfico 4 – Atividades informadas pelos Serviços Municipais de VISA



Fonte: Diagnóstico situacional dos órgãos municipais de vigilância sanitária – SES/RJ, 2005. Elaboração própria.

A atividade mais freqüentemente 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 ao Dengue.

Conclusão

A descentralização das ações de controle sanitário de alimentos, ensejada pelo serviço estadual de vigilância sanitária, mediante a publicação da Resolução nº 562/90, careceu de efetiva coordenação. Não se previram mecanismos de incentivo, e a assunção dessas atividades dependeu da vontade política dos municípios. De outra parte, o serviço federal de vigilância sanitária, na época a Secretaria Nacional

de Vigilância Sanitária, também enfrentava dificuldades tanto técnicas quanto administrativa, conforme visto em capítulo anterior.

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, embora o número de serviços tenha aumentado no estado. Mas essa situação se dava também no nível nacional. A pesquisa realizada pelo NESCON/UFMG, dois anos após a instituição de repasses do PBVS, apontou que 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, que recebiam esse incentivo, não tinham serviços municipais de vigilância sanitária. Se a ANVISA exerceu a coordenação federativa junto aos estados, principalmente mediante o TAM, a descentralização das ações para os municípios, à exceção do repasse do PBVS, foi deixada a cargo da esfera estadual.

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 nº 1.262/98 – avaliações dos serviços municipais de vigilância, promoção de fóruns de discussão, iniciativas de capacitação das vigilâncias municipais, inclusive no campo da gestão, realizados muitas vezes em parceria com outras instituições. Mas, por causas que podem ser buscadas na sua própria necessidade de estruturação; na debilidade dos serviços municipais de vigilância para assumir essa ação de Estado; na regra mais geral do federalismo brasileiro de fragilidade da esfera estadual para exercer seu papel coordenador; ou pelo não-estabelecimento do repasse financeiro de parte do seu montante *per capita* como estímulo à municipalização, mediante condicionalidades, o fato é que o serviço

estadual de vigilância sanitária não alcançou exercer a coordenação do processo no seu âmbito, que seria necessária para a descentralização da vigilância sanitária.

Os avanços parciais na estruturação dos serviços municipais do estado do Rio de Janeiro, após 1998, têm correspondência com o encontrado na literatura, ainda que restrita à análise de um município (JULIANO; ASSIS, 2004). Sobre o município de Feira de Santana, além de dificuldades no relacionamento com a esfera estadual e sua instância regional – instância regional que inexistia no Estado do Rio, as autoras apontam a necessidade de se

“repensar a política de descentralização da vigilância sanitária em nível local que defina claramente os objetivos, as metas, os programas, a estratégia de implantação e implementação das ações, inscrevendo-a numa agenda de prioridades, buscando superar os limites e impulsionar os avanços. (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, portanto, 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, o que não foi preocupação deste estudo detectar, parece ter resultado na utilização dos recursos financeiros destinados à área em outras atividades, conforme se pode inferir dos gastos declarados pelos nove municípios do Estado do Rio de Janeiro, menores que os montantes repassados. Aliás, um aspecto freqüentemente veiculado na fala de coordenadores municipais de vigilância sanitária de vários estados do país, e em alguns textos acadêmicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de não repetir os argumentos dispostos nos quatro capítulos, centram-se estas considerações nos limites propostos na Apresentação, visto se pretender apresentar algumas limitações do estudo, bem como propostas para o debate, visando superar alguns entraves detectados à efetivação do SNVS. Debate difícil que, todavia, precisa ser enfrentado para a construção federativa do sistema.

Entre as limitações do estudo, a que se considera como principal decorre do recorte do objeto visto que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária não se restringe aos serviços relacionados das três esferas de governo. Ele é mais amplo e compreende outros órgãos do setor Saúde, com destaque para os laboratórios, e mesmo órgãos externos a esse setor. Uma representação gráfica do SNVS pode ser encontrada na Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania, para qual se colaborou: <http://www.ccs.saude.gov.br/visa/snvs.html>.

Para as outras limitações do estudo pode ser proposta uma agenda positiva, visto que com essa tese se inaugura uma vertente de pesquisa. Assim, fica apontada a necessidade de se pesquisar: a qualidade da representação da vigilância sanitária no processo de pactuação e o comportamento das instâncias deliberativas do SUS; a própria necessidade de financiamento dessa ação, pensando-se a construção do SNVS; a ocorrência de mudanças na alocação de recursos para a vigilância sanitária pelas esferas subnacionais e a qualidade do gasto realizado pelas três esferas de governo; bem como a efetiva realização descentralizada das ações de vigilância sanitária.

O que se chamou na Introdução de constrangimentos à efetivação do sistema nacional de vigilância sanitária, de fato representa parte do contexto no qual se desenvolve o SUS e, neste, o SNVS. Assim, a heterogeneidade, principalmente municipal, é um dado desse contexto, bem como a descentralização da saúde empreendida como municipalização e a existência de concepções diversas sobre o conteúdo das práticas sanitárias, inclusive das vigilâncias em saúde. A polarização da discussão entre centralização e descentralização, autonomia e coordenação, como se fossem estados antagônicos e absolutos, serve de obstáculo – que tem sido parcialmente superado no cotidiano – à ação cooperativa em que se funda o SUS, tão necessária ao desenvolvimento das ações de vigilância sanitária.

Em vários momentos, enfatizou-se que o modelo adotado na descentralização da vigilância sanitária, diferenciado em relação ao adotado no campo da assistência à saúde, privilegiou a esfera estadual. Ressalta-se que essa é uma diferença também em relação ao quadro da partilha federativa, que beneficiou a esfera municipal, e nesta, principalmente os pequenos municípios.

Não se pretende emitir julgamentos de valor sobre o modelo de descentralização adotada no campo da assistência que enfatizou os municípios, por vários motivos. O primeiro é que esta tese não é sobre a rede de serviços assistenciais, nem mesmo exatamente sobre descentralização. O segundo, mas não menos importante, é o reconhecimento de que a estratégia de descentralização adotada para a assistência gerou, no mínimo, dois grandes benefícios, mesmo quando se considera a crítica à fragmentação/atomização da rede de serviços. Um, a expansão da própria rede, ainda a demandar algumas soluções referentes à atenção de média e alta complexidades. Outro, ao tornar a federação brasileira “mais federativa”, na medida em que: (1) o arranjo federativo governamental no

campo da saúde é reconhecido como tendo alcançado relativo sucesso; (2) ao incorporar a representação da esfera municipal e suas demandas ao processo decisório federativo.

Esta tese traz, explícita e implicitamente, a concepção de que a construção do SNVS precisa seguir uma trajetória delineada a partir de sua natureza diferenciada e seu caráter de bem, indiscutivelmente, público. É que, no seu componente de ação típica de Estado, a vigilância se caracteriza por alta externalidade. E, quando a externalidade é alta, se requer uma descentralização menos radical e uma coordenação efetiva na ação, sem o quê é grande a possibilidade de os riscos potenciais envolvidos na produção, circulação e consumo de bens e na prestação de serviços não serem reduzidos ou eliminados. Em suma, defende-se a organização da vigilância sanitária no país como um sistema, e não como uma rede.

Os requerimentos técnicos – o vasto campo de atuação da vigilância sanitária implica em componente técnico diversificado para o controle sanitário dos objetos a ela sujeitos –; bem como os funcionais colocados para a sua força de trabalho – necessidade de se ter agentes públicos⁵⁶ relativamente protegidos em função do nível potencialmente alto de conflitos de interesses –, são fatores que também falam a favor de certo grau de centralização, no contexto de fragmentação municipal com alta heterogeneidade quanto às capacidades administrativa e organizativa.

Não se propõe que a vigilância não seja descentralizada para os municípios. Propõe-se que: (1) sendo estruturalmente desiguais, os municípios não devem ser tratados no que concerne à descentralização como se iguais fossem, por terem constitucionalmente o mesmo estatuto de autonomia. Assim, se torna possível

⁵⁶ Por agentes públicos investidos na função entenda-se servidores concursados ou comissionados. No campo da assistência, principalmente da atenção básica, se tem recorrido à contratação precária ou à terceirização. Isso, se não é adequado para a assistência, é contrário à natureza da ação da vigilância sanitária e torna seus atos passíveis de nulidade.

incrementar os princípios do equilíbrio estrutural, um dos quatro fundamentos do federalismo, bem como o da equidade, que rege o SUS; (2) além da autonomia, que se relaciona com a descentralização, sejam também considerados, na construção do SNVS, os princípios da coordenação – sem a qual a cooperação para obtenção de resultados positivos para todos os envolvidos não se efetiva; e da cooperação.

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). Ressalte-se que no caso do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 a 2007, o Plano Plurianual continha a ação “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 do estado não ocorreu.

A coordenação federativa no âmbito da vigilância sanitária exercida pela esfera federal, mediante o PBVS para a esfera municipal e pelo TAM para os estados, se fez presente, embora com distintos graus de ênfase e sucesso.

Para a maioria dos municípios, ela possibilitou a incorporação dessa área da Saúde Pública em sua agenda⁵⁷. Todavia, 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.

⁵⁷ Ressalta-se aqui a incorporação na agenda municipal, diferentemente do que assinalou Arretche (2003). É que a autora se baseou em Lucchese (1999). Mediante o PAB variável, introduziram-se requisitos relativos a VISA 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 efetivo acompanhamento por parte das esferas mais abrangentes.

Para os estados a coordenação exercida pela esfera federal possibilitou a estruturação dos seus serviços de vigilância sanitária e o estado do Rio de Janeiro é um bom exemplo disso, sendo inegável a melhoria do serviço nos últimos anos. 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, a recente estruturação dos serviços estaduais 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; 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 apontou 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.

À medida que o número de entes a participar da construção federativa prolifera, a coordenação se torna mais necessária e se complexifica. A escassa capacidade de coordenação da esfera estadual, portanto, fragiliza a construção federativa do sistema nacional e aponta-se, também por isso, a necessidade de se contar com a coordenação pela esfera estadual no âmbito de sua jurisdição.

O conceito de jurisdição, proveniente do Direito, é uma questão importante para a vigilância sanitária, visto esta consistir em ação de Estado. Entretanto, o conceito de território-processo, fundado na Geografia, que não necessariamente respeita os limites jurisdicionais, precisa ser incorporado na ação concreta da vigilância sanitária. O primeiro tem a ver com a investidura na função, decorrente da base territorial como espaço de poder definido.

No limite, o recurso ao conceito de jurisdição na saúde remete à necessidade de todos os municípios realizarem as ações de vigilância sanitária, ou da esfera mais abrangente de governo – no caso o estado – se fazer representar nos espaços subnacionais, mediante instâncias regionais, o que não ocorre no estado do Rio de Janeiro. Há que se considerar que os conceitos de jurisdição e de território-processo podem se combinar para aumentar a cooperação entre os entes federativos na vigilância sanitária. Essa é uma discussão que precisa ser enfrentada, inclusive em face da recente regulamentação dos consórcios, uma das estratégias propostas para o aumento da cooperação intergovernamental. Todavia, não é uma discussão fácil, na medida em que há resistências por parte dos coordenadores de vigilância sanitária, inclusive estaduais, e um rápido exame das Atas da CIB/RJ demonstrou que a queixa mais freqüentemente apresentada pelos Secretários municipais, foi relativa à atuação da vigilância estadual em seu município, sem o que se considerou

a necessária ciência do Secretário Municipal, bem como o conhecimento *a posteriori* de alguma interdição realizada.

Lucchese (2001, p. 274), ao analisar a vigilância sanitária na esfera municipal, propõe que sua estruturação nos pequenos e médios municípios não teria sentido se feita em separado das demais ações de proteção e que, nesse caso, apesar da imprecisão conceitual, o modelo da vigilância da saúde seria aplicável. Evitando entrar na discussão dos modelos das práticas das vigilâncias, o que renderia outra tese, focaliza-se agora a dificuldade histórica na VISA em definir prioridades de ação, o que se reflete no plano da construção do SNVS. E aqui o desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica representa um exemplo interessante, na medida em que se estruturou com base num rol reduzido de doenças, e agora expande seu objeto para outras, não-transmissíveis (DANT).

É nesse sentido que se propõe a pactuação em torno de um elenco básico de ações a serem priorizadas na construção planejada do SNVS, mormente na esfera municipal, ressaltando-se que existem vigilâncias municipais muito bem estruturadas que incorporariam esse elenco básico, não se restringindo a ele. Essa proposta se articula com a necessidade de tratamento desigual para desiguais e, com ela, se reduz a dispersão dos escassos recursos da vigilância sanitária e, ao mesmo tempo, se torna explícito para a população o que ela deve esperar do serviço municipal, contribuindo para o incremento do controle social da vigilância, atualmente débil.

A proposta de construção do elenco básico foi apresentada e discutida no Grupo de Trabalho Categorização das Ações de Vigilância Sanitária, constituído por indicação do Comitê Consultivo da CIT, e enfrentou resistências por parte da representação municipal. Todavia, reapresentada no âmbito de um grupo que discute o financiamento, demandou-se ao Centro Colaborador da ENSP uma

pesquisa sobre os municípios brasileiros na ótica da vigilância sanitária, com vistas a subsidiar uma nova proposta de descentralização dos recursos financeiros e, quiçá, contribuir no plano técnico para subsidiar a discussão política do elenco básico. Destaca-se que a questão das grandes cidades e das regiões metropolitanas, ainda não enfrentada do ponto de vista da vigilância, precisa ser considerada.

No contexto desta tese, as propostas de incremento dos princípios básicos do federalismo na construção federativa do SNVS têm rebatimentos no que tange ao seu financiamento e no desenho da descentralização, que precisa reforçar a coordenação federativa e a cooperação entre os entes federados. Nesse sentido, o cotejamento dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiologia, bem como a revisão bibliográfica sobre o federalismo, proporcionaram a emergência de algumas propostas visando a superar algumas fragilidades do sistema nacional de vigilância sanitária, no que concerne a esses dois aspectos.

Em primeiro lugar, a necessidade de revisão dos critérios para descentralização e financiamento do sistema, que deveriam considerar: (1) a heterogeneidade estrutural dos entes subnacionais, em especial os municípios; (2) a desigual composição e distribuição no país do parque produtivo, do comércio e de serviços sujeitos à vigilância sanitária; (3) a inclusão de alguns critérios previstos para o rateio dos recursos federais para vigilância epidemiológica, tais como o fator extensão territorial, visto que há necessidade de se implementar instâncias regionais. Essas instâncias poderiam incrementar a cooperação horizontal e suprir a impossibilidade de muitos municípios terem equipes de servidores investidos na função.

Além dos valores *per capita* extremamente baixos, há, de um lado, a repartição salomônica dos escassos recursos destinados à vigilância sanitária, que,

em grande parte, são aplicados pelos entes subnacionais em outras ações; de outro, a experiência inovadora do sistema nacional de vigilância epidemiológica, ao contemplar os estados com valores diferenciados. A experiência da vigilância epidemiológica pode, em muito, contribuir para se repensar a alocação de recursos federais para a vigilância sanitária das esferas subnacionais e a introdução de contrapartidas diferenciadas por parte dos entes subnacionais.

Quanto à correção dos montantes destinados à vigilância sanitária, ela é necessária, porém não urgente. Antecede essa correção a própria definição de projeto de desenvolvimento do SNVS, sem o que mais recursos poderão ser pulverizados, sem que se consigam benefícios adicionais para a população.

Vale a pena considerar como potencial e adicional fonte de recursos para a vigilância sanitária das esferas subnacionais, a que decorre do exercício do poder de polícia, ou seja, a arrecadação de taxas e multas. Embora a incorporação das receitas das multas não seja desejada, pelo risco de indução à “indústria das multas”, a incorporação das receitas provenientes das taxas é desejável e justa. Isso não significa que a vigilância sanitária seja autofinanciável mediante essa arrecadação, pelo seu caráter de contraprestação.

Lucchese (2001, p. 92) afirma que, ao mesmo tempo em que não existiam estimativas confiáveis sobre a magnitude desses potenciais recursos, sua reivindicação pelos coordenadores estaduais de vigilância sanitária causaria grande desgaste político. É certo que isso demanda negociação política externa ao setor, junto ao governo subnacional. Negociação que é potencialmente mais fácil, quanto menor for o produto dessa arrecadação no momento da negociação.

Pode parecer que o conjunto dessas propostas que visam prover recursos específicos para o desenvolvimento do sistema nacional de vigilância sanitária esteja

na contramão do momento atual, no qual, após o Pacto de Gestão, se infere ter prevalecido o aumento da autonomia política das esferas subnacionais na alocação dos recursos transferidos. Entretanto, há o precedente quando da regulamentação da NOB 96, de se contemplar as duas vigilâncias com critérios diversos do campo da assistência para seu financiamento e descentralização, como se os gestores da saúde, naquele momento, tivessem reconhecido sua natureza e necessidades, também diversas.

Entendida como resposta ao centralismo exacerbado com que historicamente se dominou a cena política do Estado Nacional, bem como a da política da saúde, e como possibilidade de democratização do espaço público, a ênfase na autonomia das esferas de governo prevista constitucionalmente precisa encontrar limites éticos, na defesa da qualidade de vida e segurança sanitária da população.

Limites éticos que não inviabilizem a construção sistêmica da vigilância sanitária, que requer, além de maiores patamares de recursos, coordenação federativa e indução federal à cooperação. Indução esta necessária, até porque a pressão da sociedade por esse tipo de ação é quase nula. Além disso, o cálculo estratégico realizado pelas esferas nacionais, na presença de indução para assumir a gestão descentralizada das políticas públicas, requer que os potenciais conflitos que permeiam a ação da vigilância sanitária e implicam custos políticos possam ser sobrepujados pelos benefícios a serem alcançados.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Relatório da oficina de trabalho do GTVISA “Subsídios para consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária”**, 2004. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060717152551.pdf>> Acesso em: 15 de set. 2006.

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, n. 24, p.41-67, 2005.

ABRUCIO, F. L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. In: ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita (Org.). **O Estado numa era de reformas: os anos FHC**. (parte. 2, p.143-216). Brasília: MP, SEGES, 2002. 316 p.

ABRUCIO, F. L. e COSTA, V. M. F.. Reforma do Estado e o contexto federativo brasileiro. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1999, 2ª ed., 191 p. (Série Pesquisas, nº 12) (ISBN 85-85535-77-6)

ABRUCIO, F. L. **Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira**. São Paulo: Hucitec/USP, 1998. 253 p.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. **História da Academia Nacional de Medicina**. Disponível em: <<http://www.anm.org.br/artigo.phtml?name=historia>>. Acesso em: 08 de set. 2006.

AFFONSO, R. B. A. **Descentralização, desenvolvimento local e crise da Federação no Brasil**, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2000. 46 p. Disponível em

<<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/6061/lcr1975e.pdf>>. Acesso em 06 de out. 2006

AFFONSO, R. B. A.; SILVA, P. L. de Barros (org.). **A Federação em perspectiva**: ensaios selecionados. São Paulo: FUNDAP, 1995. 515 p.

ALBUQUERQUE, M. I. N. de; CARVALHO, E. M. F. de & LIMA, L. P. - Vigilância Epidemiológica: conceitos e institucionalização – **Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil**. Recife, 2 (1): 7-14, jan. - abril, 2002

ALMEIDA, M H T. Federalismo, democracia e governo no Brasil. **BIB: revista brasileira de informação bibliográfica em ciências sociais**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 13-34, 2001 ISSN: 1516-8085.

AMARAL FILHO, Jair do. **Federalismo brasileiro e sua nova tendência de recentralização**. [2004]. Disponível em:
<http://www.cidades.ce.gov.br/content/aplicacao/sdlr/desenv_urbano/gerados/f1t_exto.pdf> Acesso em: 20 mar. 2007.

AMARAL FILHO, Jair do. O quadrilátero do federalismo: uma contribuição para a compreensão do federalismo imperfeito no Brasil. **Revista Econômica do Nordeste-REN**, Fortaleza, jul. 1998. ISSN: 0100-4956.

ARRETCHE, M. T. S. Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro/São Paulo: Revan/FAPESP; 2000

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 8, n. 2, p.331-345, 2003. ISSN: 1413-8123.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 40, jun., 1999. ISSN: 0102-6909.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: Problemas de coordenação e autonomia. **São Paulo em Perspectiva**. v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. ISSN: 0102-8839

ARRETCHE, Marta. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **DADOS: revista de ciências sociais**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431- 458, 2002.

ARRETCHE, Marta. **Relações federativas nas políticas sociais**. Educ. Soc., Campinas, v. 23, n. 80, set. 2002, p. 25-48. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12922.pdf>> Acesso em: 10 de mar. 2006.

AZEVEDO, S de; MELO, M A. A política da Reforma Tributária: federalismo e mudança constitucional. **Revista brasileira de ciências sociais**, v.12, n.35, p.75-100, 1997.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil**. 2003. 346 p Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BARATA, R. C. B. **Formação em Epidemiologia no Brasil**, 2005. Disponível em www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160633.pdf. Acesso em 07 de dezembro de 2006.

BARCELLOS, Christovam; QUITERIO, Luiz Antônio Dias. Vigilância Ambiental

em Saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: USP, v. 40, n. 1, p.170-177, 2006.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Origens e evolução do Instituto Oswaldo Cruz no período 1899-1937. In: BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). **Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Casa de Oswaldo Cruz, 1990. 248p. p.5-88.

BRASIL Tribunal de Contas da União. Auditorias do Tribunal de Contas da União. n. 10. Ano 2. Brasília-DF. 1999. 209 p. ISSN 1415-434X.

BRASIL, Decreto nº. 19.402, de 14 de novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. CLB, 1930. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19402.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2005

BRASIL, Decreto nº. 41.904, de 29 de julho de 1957. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, v. 6, 2º parte, p. 171-183, 1957.

BRASIL, Decreto nº. 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº. 2.312, de 03 de setembro de 1954, de Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde. D. O. de 28 de janeiro de 1961.

BRASIL, Decreto nº. 79.056, de 30 de dezembro de 1976 a. Dispõe sobre a organização do Ministério da Saúde e dá outras providências. D. O. de 31 de dezembro de 1976.

BRASIL. Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976 b. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de

Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976 c. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L6360.htm>.

Acesso em: 09 set. 2006.

BRASIL, Decreto nº. 82.201, de 30 de agosto de 1978. Dispõe sobre a transferência do Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos da estrutura da Administração Direta do Ministério da Saúde para a Fundação Oswaldo e dá outras providências.

BRASIL. **Alvará de 24 de janeiro de 1810**. Disponível em:

http://www.brown.edu/Facilities/John_Carter_Brown_Library/CB/1810_docs/L06_p01.html. Acesso em: 11 de out. 2006.

BRASIL. **Alvará de 7 de Janeiro de 1809**. Disponível em:

http://www.brown.edu/Facilities/John_Carter_Brown_Library/CB/1809_docs/L01_p02.html. Acesso em: 11 de out. 2006.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios**. Brasília: Congresso Nacional, 2000. 81 p.

BRASIL. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**: promulgada em 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: Disponível

em:

http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.html.

Acesso em: 09 de set. 2006

BRASIL. Constituição (1934). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**: promulgada em 16 de julho de 1934. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.html.

Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Constituição (1937 a). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**: promulgada em 10 de novembro de 1937. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao37.html.

Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937 b. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, de 15 de janeiro de 1937, p. 1210

BRASIL. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**: promulgada em 18 de setembro de 1946. Disponível em:

<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Brazil/brazil46.html>. Acesso em: 09 de

set. 2006.

BRASIL. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 20 de outubro de 1967. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao67.html.

Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações

adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 26/2000 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas de 2000. 370 p

BRASIL. Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 a. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm.

Acesso em: 19 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 b. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e a consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em:

09 de set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 698/GM, de 30 de março de 2006 c. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 699/GM, de 30 de março de 2006 d. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

BRASIL. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, v. 3, 2º parte, p. 581-974.

BRASIL. Decreto nº. 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de

consórcios

públicos. <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Decreto%20>

[6.017 Janeiro 2007.doc](#) . Acesso em 01 fev. 2007

BRASIL. Decreto nº. 66.623, de 22 de maio de 1970, que dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde.

BRASIL. Decreto-lei nº. 1202, de 8 de abril de 1939. Dispõe sobre a administração dos Estados e dos Municípios. **CLBR** de 31 de dezembro de 1939.

BRASIL. Decreto-lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967 - Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. D. O. de 25 de fevereiro de 1967.

BRASIL. Decreto-lei nº. 3.171, de 2 de abril de 1941, reorganiza o Departamento Nacional de Saúde. Disponível em: <http://e->

legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=19650&word=reorganiza%20o%20Departamento%20Nacional%20de%20Sa%c3%bade. Acesso em: 09 de set.

2006.

BRASIL. Emenda Constitucional de Revisão nº 5, de 1994 a. Altera o artigo 82 da Constituição Federal, substituindo a expressão "cinco anos" por "quatro anos" para o mandato do Presidente da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.565/GM, de 26 de agosto de 1994 b. 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.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 16, de 1997. Dá nova redação ao parágrafo 5 do artigo 14, ao caput do artigo 28, ao inciso ii do artigo 29, ao caput do artigo 77

e ao artigo 82 da constituição federal. Altera a duração do mandato para quatro anos e estabelece a reeleição por mais um mandato.

BRASIL. Lei 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L6229.htm>. Acesso em: 09 de set. 2006

BRASIL. Lei nº 1.102, de 18 de maio de 1950. Aprova o Plano SALTE e dispõe sobre sua execução. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/leis1950.htm>.

Acesso em: 09 de set. 2006

BRASIL. Lei nº. 11.107, de 06 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 07 de abril de 2005, p. 1

BRASIL. Lei nº. 2.187, de 16 de fevereiro de 1954 a. Cria o Laboratório Central de Controle de Drogas e Medicamentos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, de 17 de fevereiro de 1954, p. 2387

BRASIL. Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954 b. Estabelece as Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde. **Diário Oficial da União**, de 09 de setembro de 1954, p. 15217.

BRASIL. Lei nº. 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L5991.htm>. Acesso em: 09 set. 2006.

BRASIL. Lei nº. 6.437, de 20 de agosto de 1977. Dispõe sobre o que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/legis/leis/6437_77.htm. Acesso em: 09 set. 2006.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>. Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999 a. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, de 27 de janeiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha do tempo. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/antes.html>. Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS 18, de 21 de janeiro de 1999 b. 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 [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 19, p. 18-96, jan. 1999. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 145/GM, de 31 de janeiro de 2001.

Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004 a.

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. Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 439/GM, de 16 de março de 2004 b.

Define os tetos financeiros destinados ao financiamento das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, no ano de 2004. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-439.htm> Acesso em: 09 de set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.473/GM, de 29 de dezembro de 2003 a.

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.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Normativa SVS nº 1, de 8

de dezembro de 2003 b. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da programação pactuada e integrada de Vigilância em Saúde - PPI-VS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Linha do tempo. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/exposicoes/linhatempo/antes.html>. Acesso em: 09 de set. 2006.

CARVALHO, E. F.; CESSE, E. A. P.; ALBUQUERQUE, M. I. N.;

ALBUQUERQUE, L. C.; DUBEUX, L. S. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, 5 (Supl 1), p. 53-62, dez., 2005.

CARVALHO, Gilson. A Inconstitucional administração pós-constitucional do SUS

através de normas operacionais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CARVALHO, Marília Sá, MARZOCCHI, Keyla BF. Avaliação da prática de vigilância epidemiológica nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1992; 26: 34-57.

CHAGAS, Carlos. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro, realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921. **Jornal do Commercio**, Rio de Janeiro, 11 fev. 1921. Disponível em: <http://www.prossiga.br/chagas/> Acesso em: 09 de set. 2006.

CNRS - Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Documentos [da] Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro; Comissão Nacional da Reforma Sanitária; 1987. 163 p. (Documentos, 3).

COHEN, Mirian Miranda; LIMA, Juliano de Carvalho; PEREIRA, Cláudia Regina de Andrade. A Vigilância Sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais; O'Dwyer, Gisele (Org.) . **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 111-131. ISBN: 85-7541-099-7

COHEN, Mirian Miranda; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios em Gestão Plena, Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.7, n.3, p. 290-301, set. 2004, ISSN 1415-790X.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.319-328, 2001.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1999. p. 460

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos Históricos e Conceituais. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 304.

COSTA, V. M. F. A dinâmica institucional da cooperação intergovernamental em estados federados: o caso brasileiro em perspectiva comparada. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. [s/d]. Disponível em: <http://www.clad.org.ve/fulltext/0053410.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2007.

DAIN, S. **Do Direito Social à Mercadoria**. 2000. 190 p. Tese (apresentada ao Concurso Público de Títulos e Provas para Professor Titular) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

DE SETA, M. H. **Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos de história**. 1997. 141 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. A Gestão da Vigilância Sanitária In: DE SETA, Marismary Horsth; PEPE, Vera Lúcia Edais ; O'Dwyer, Gisele (Org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p.195-217. ISBN: 85-7541-099-7.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. A. A Gestão em Vigilância Sanitária In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1., 2001, Brasília: ANVISA, 2001.(Caderno de Textos).

EDUARDO, M. B. de P.; MIRANDA, I. C. S. de. **Vigilância Sanitária**. São Paulo: FSP/NAMH, 1998. (Saúde & Cidadania -Instituto para o Desenvolvimento da

Saúde - IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar).

FAVERET, A.C. de S. C.. **Federalismo fiscal e Descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 90.**

2002. 200 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

FÁVERO, Edison. **Desmembramento territorial: o processo de criação de municípios, avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais.** 2004.

278 p. Tese (Doutorado) - Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. (Departamento de Engenharia de Construção Civil).

FERNANDES, Tania. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 29-51, 1999.

FIGUEIREDO, A. C.: LIMONGI, F. Constitutional change, legislative performance and institutional consolidation. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 2000. (número especial) p.73-94.

FINLEY, M. **Uso e abuso da história.** Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1989. 258 p. (Trad. de M.P. Michel).

FIORI, J. L. **O nome dos bois 2002.** Disponível em:

http://www.pt.org.br/site/artigos/artigos_int.asp?cod=465 Acesso em: 16 out. 2006.

FRANCO, Odair – História da Febre Amarela no Brasil. MS: DNERU, Rio de Janeiro, 1969. (203 p.) Disponível em

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0110historia_febre.pdf#search=%22%22598%2C%20de%2014%20de%20setembro%20de%201850%22%22.

Acesso em 08 set. 2006.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Centro de pesquisa e documentação.**

Disponível em: <http://www.cpdoc.fgv.br>. Acesso em: jul. nov. 2003.

FURTADO, J. L. **Dois lados da moeda: as relações entre a política e a higiene na comissão de melhoramentos da cidade do Rio de Janeiro no final do século XIX**, 2006. Disponível em:

<http://www.historiaehistoria.com.br/materia.cfm?tb=artigos&id=39#autora> Acesso em: 08 de set. 2006.

GAZETA, Arlene Audi Brasil; CARVALHO, Diana Maul de; TURA, Luiz Fernando Rangel; GAZE, Rosangela. A campanha de erradicação da varíola no Brasil e a instituição do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Cadernos de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ, v.13, n.2, p. 323 -338, 2005.

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).

GROHMANN, L.G.M. The separation of powers in presidentialist countries: Latin American in comparative perspective. **Revista de Sociologia e Política**, v.17, n. 17, p.75-106, 2001.

HENRIQUES, C. M. P. **A Vigilância Sanitária dos Portos: experiência da prevenção à entrada da cólera no Porto de Santos**. 1992. .71 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

HOCHMAN, G.. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=10001>. Acesso em: 09 set. 2006.

JULIANO, Iraíldes A.; ASSIS, Marluce M. A. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20403.pdf> Acesso em: 13 Maio 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n.2, p.269-291, 2001.

LEVI, Lucio. Federalismo (verbete). In: BOBBIO, N. N.; MATEUCCI N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 5ª ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1993. v.1.

LIMA, L. D. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. 408 p. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2006. 2v.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p.

LUCCHESI, G. **Globalização e Regulação Sanitária**. 2001. 245 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

LUCCHESI, Geraldo. A internacionalização da regulamentação sanitária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200016&lng=es&nrm=iso .Acesso em: 09 Mar 2007.

LUCHESE, Patrícia R. A Vigilância Sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, Suely (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 99-112.

MARQUES, R. M. e MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, 2002, vol.18 supl, p.S163-S171. ISSN 0102-311X.

MELAMED, C.; COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.8, n.2, p.393-401, 2003.

MELLO JORGE, M. H. P. de; GOTLIEB, S. L. D. As Condições de Saúde no Brasil: retrospecto de. 1979 a 1995. In: **Caminhos da saúde pública no Brasil**, cap.2, p. 119-234, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Disponível em:

<http://www.fiocruz.br/editora/media/04-CSPB02.pdf> . Acesso em: 21 dez. 2006.

MIRANDA, A. Silva de. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde**. 2003. 240 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MISOCZKY, M.C.A.. A Institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a ótica das relações entre as esferas de governo da Federação, 2001. Disponível em <http://pdgsaude.ea.ufrgs.br/principal.htm>. Acesso em 29 de dezembro de 2006

MS/SNVS - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE DO CONSUMIDOR, 1,

1986. Relatório Final. Brasília. **Revista Saúde em Debate**, n.19, p. 20-24, 1987

NICOLAU, Jairo. **História do voto no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2002. 79 p.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA. **Relatório de pesquisa**.

Desenvolvimento e organização das ações básicas de Vigilância Sanitária em Municípios Brasileiros, a partir da implantação do PBVS: um estudo exploratório. Belo Horizonte, MG, 2000.

OLIVEIRA, M. A., BERMUDEZ, J. A. Z., SOUZA, A. C. M. de. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(1):99-112, jan-mar, 1999.

OLIVEIRA, M. O Financiamento das Ações de Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: **Cadernos de Saúde** n.4. Vigilância Sanitária. NESCOM/UFMG, 2001.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiology and planning: the recomposition of the epidemiological practices in management of SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200017&lng=en&nrm=iso Acesso em: 09 Mar 2007.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **A organização Panamericana de saúde e a reforma de recursos humanos na América Latina (1960-1970)**. [produto preliminar] do projeto: História da cooperação técnica em recursos humanos em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: COC/FIOCRUZ/OPAS/OMS. 2004.

PARADA, R. **Federalismo e o SUS**: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro. 2002. Tese (Doutorado em Saúde

Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PEPE, Vera Lúcia Edais; DE SETA, Marismary Horsth. **Vigilâncias em Saúde, Unidade de aprendizagem do Curso de Gestão em Saúde**, EAD/Ensp, 2006. (mimeo)

PEREIRA, C.; MUELLER, B. A theory of executive preponderance: the committee system in the Brazilian Congress. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.15, n.43, p. 45-67, jun. 2000.

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte-MG: Secretaria de Estado de Saúde, 2004. 80p.

PIMENTA, Tania Salgado. Barbeiros- sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 349-73 1998. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701998000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 Set 2006.

PIMENTA, Tânia Salgado. Entre sangradores e doutores: práticas e formação médica na primeira metade do século XIX. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 23, n. 59, 2003.

PIMENTA, Tânia Salgado. Transformations in curing practices in Rio de Janeiro during the first half of the eighteenth century. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, 2004.

PIOVESAN, M. F. **A construção política da Agência Nacional de vigilância Sanitária**. 2002. 101 p. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

PRADO, Sérgio. Transferências Fiscais e Financiamento Municipal no Brasil. Trabalho elaborado no contexto do Projeto: descentralização fiscal e cooperação financeira intergovernamental. EBAP/ K. ADENAUER, sob coordenação do Professor Fernando A. Resende. São Paulo, 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 562, de 26 de março de 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.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SES 1262, de 08 de dezembro de 1998. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Resolução SES 2655, de 02 de fevereiro de 2005. Delega competência de ações de vigilância sanitária de estabelecimentos de interesse à saúde pública.

RODRIGUES, Bichat de Almeida. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: MS, 1977. 64 p.

SABROSA, Paulo. **Vigilância em Saúde**. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf>. Acesso em 23 de novembro de 2006

SANTOS, Nadja Paraense dos. "**Laboratório químico-prático do Rio de**

Janeiro": the first attempt at establishing the science of Chemistry in Brazil

(1812- 1819). Quím. Nova, São Paulo, v. 27, n. 2, 2004. Disponível:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422004000200030&lng=en&nrm=iso)

[40422004000200030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422004000200030&lng=en&nrm=iso). Acesso em 29 Set. 2006.

SCHWARTZMAN, Simon. **Um espaço para a ciência**: a formação da comunidade científica no Brasil. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, Centro de Estudos Estratégicos, 2001. 357p. Disponível em:

<<http://www.schwartzman.org.br/simon/spacept/pdf/capit3.pdf#search=%22%22cirurgi%C3%A3o-mor%22%22>> Acesso em: 08 Set. de 2006.

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. NPDI/CVS/SES/RJ. Diagnóstico Situacional dos Órgãos Municipais de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2004. (mimeo)

SES/RJ. Secretaria de Estado da Saúde. NPDI/CVS/SES/RJ. Diagnóstico Situacional dos Órgãos Municipais de Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro, 2005. (mimeo)

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

SILVA, J A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 22^a ed. São Paulo: Editora Malheiros; 2003. 878 p.

SILVA, Lígia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A.; CERQUEIRA, Macius P. et al. District allocation and utilization of health care services in Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, 1995, v. 11, n.1, p.72-84. Jan./Mar.

SILVA, Márcia Regina Barros da; FERLA, Luis; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A 'library without walls': a history of the creation of Bireme. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702006000100006&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 13 out. de 2006.

SILVA, Regina Célia dos Santos. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil**. 2000. 215 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SINGER, Paul et al. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro:Forense Universitária, 1988.

SOUTO, A. C. Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil (1976-1994). 1996. p. 199. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

SOUZA C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, 1998, v. 41, n. 3, p.593-634.

SOUZA, Celina. Federalismo e descentralização na constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. **DADOS - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v.. 44, n. 3, p. 513 - 560, 2001.

SOUZA, Celina. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, n.24, p. 105-121, jun. 2005.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 431-442, 2002.

SOUZA, Celina. Regiões Metropolitanas: condicionantes do regime político. **Lua Nova: cultura e política**, n. 59, p.137-158, 2003.

STEPAN, A. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, 1999, v.42, n.2, p.197-251.

TEIXEIRA, C. F., PAIM, J. S. e VILASBOAS, A L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, vol VII (2) CENEPI/MS, Brasília DF, 1998.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; ARAÚJO, Eliane C.; FORMIGLI, Vera L. A.; COSTA, Heloniza G. O Contexto Político-Administrativo da Implantação de Distritos Sanitários no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 79-84, jan.-mar., 1993.

TEIXEIRA, M. G. O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, 4: 85-96, 2003.

TOMIO, Fabricio Ricardo de Limas. The Creation of municipalities after the 1988 Constitution. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online]. Feb. 2002, vol.17, no.48 [cited 17 June 2003], p.61-89. ISSN 0102-6909. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 16 de dez. de 2003.

V Conferência Nacional de Saúde, 1975. Relatório Final. Brasília. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5conf_nac_rel.pdf. Acesso em 20 de Set. de 2006.

VARSAÑO, Ricardo. A Evolução do sistema tributário brasileiro ao Longo do

século: anotações e reflexões para futuras reformas. Rio de Janeiro: Ipea, jan. 1996. 34 p. (Texto para discussão, 405).

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde no novo context – lições do caso brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. 2002, vol.7, n^o. 3, p. 493-507. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 17 de jun. de 2003.

VIANNA, S. M. A descentralização tutelada, **Saúde em Debate**, 35: 35-38. 1992

WALDMAN, Eliseu; FREITAS, Fabiana Ramos Martin de. **A vigilância epidemiológica e sua interface com as práticas da vigilância sanitária.**

Disponível em:

https://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/Vig_Epi_Sanit_Eliseu.pdf. Acesso em: 06 de dez. 2006. (13^o. Seminário Temático da ANVISA).

WATTS, R L. Models of federal-power sharing. International Conference on Federalism Mont-Tremblant, October 1999. Disponível em:

www.forumfed.org/publications/publications/pdfs/Models-of-Federal-PowerSharing-e.pdf. Acesso em: 09 set. 2006