

A política de saúde brasileira: principais debates e desafios e interface desses com a Vigilância Sanitária

Brazilian health policy: main debates and challenges and how they interfere with health surveillance

RESUMO

Christiane Maia^{1,*}

Dirce Guilhem^{II,III}

A Vigilância Sanitária (Visa) está relacionada com a proteção da saúde da população. É considerada um dos principais componentes do SUS, mas que enfrenta o desafio de ser priorizada na política de saúde. O objetivo desse trabalho é apresentar e debater os principais desafios e assuntos discutidos na política de saúde e suas interfaces com o campo da Visa. O estudo foi desenvolvido em duas pesquisas: 1) análise de documentos do período de 1999-2009; e 2) entrevistas. Para tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados expostos nesse estudo abordam os temas enquadrados na categoria “contexto” da saúde. Nota-se que o SUS representou uma grande mudança na política de saúde brasileira, porém sua organização focada na assistência prejudica a Visa. Abordagens pautadas na integralidade são fundamentais para a compreensão da Visa como um capítulo relevante da política de saúde, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família. O pouco consenso no projeto nacional para as áreas da saúde pública também enfraquecem a Visa e desarticulam atores importantes. Já o desenvolvimento do complexo industrial tende a colocar a Visa em destaque, mas com o risco de aproximá-la mais da economia do que da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Política de Saúde; Vigilância Sanitária; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Health surveillance (HS) is concerned with the protection of the populations' health. HS is considered as one of the main component of Unified Health System but it faces the challenge of setting priorities in healthcare policies. The aim of this study was to present and discuss the main challenges and issues concerning healthcare policies and its connection with the field of Visa. This research was performed in two parts: 1) analysis of documents from 1999 to 2009; and 2) conducting interviews. For data analysis, we used the thematic content analysis method. The results presented in this study address the issues covered by the category called “context” of healthcare. It is noted that SUS represents a major change in the Brazilian healthcare policies, but its focus on healthcare may have undermined HS. Strategies based on completeness are fundamental to the understanding of HS as a relevant organization involved in healthcare policies, such as the Family Health Strategy. Little consensus in national politics for the areas of public health also weakens HS and produces disagreement among important healthcare policy makers. Development of the industrial complex tends to put the emphasis on HS, but with the risk of adding to the healthcare burden, rather than improving healthcare.

KEYWORDS: Health Policy; Health Surveillance; Unified Health System

^I Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Brasília, DF, Brasil

^{II} Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^{III} Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq

* E-mail: csmaia2@gmail.com



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a conquista mais emblemática na política de saúde do país certamente refere-se à criação e implantação do SUS (Sistema Único de Saúde), considerado a mais bem-sucedida reforma na área social no regime democrático. O texto legal do SUS valorizou os fatores determinantes e condicionantes da saúde e incluiu as ações de Vigilância Sanitária (Visa) no campo de atuação do sistema.

O objetivo da Visa - proteger e promover a saúde, com enfoque no risco - foi ganhando contornos a partir da história brasileira que culminaram em uma definição ampla¹. Percebe-se que a gama de objetos sobre os quais a Visa atua pode crescer na mesma medida em que as tecnologias passam ocupar espaço na vida em sociedade.

Diante de um mundo cada vez mais globalizado, com ampla circulação de pessoas e mercadorias, aliado ao consumo crescente de tecnologias para a saúde, torna-se notório o quanto o trabalho de proteção à saúde conforma-se como um pilar para a sociedade. As tragédias ocorridas em momentos de falhas da Visa não deixam dúvidas de que a segurança sanitária seja uma responsabilidade pública das mais valiosas no âmbito da saúde.

É visível, portanto, que a atividade de Visa deva ter caráter prioritário no SUS² e nas políticas públicas como um todo³. A Visa é um dos braços executivos que estruturam e operacionalizam o sistema na busca pelo direito social à saúde².

Nesse sentido, o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA) demarcou que a Visa “é indissociável do conjunto de ações que integram as políticas de saúde”⁴ (p. 39). Como já identificado⁵, é fundamental o esforço para integrar a Visa às demais práticas de saúde, diante do risco de que suas ações se distanciem das principais necessidades de saúde da população.

Por muito tempo, a Visa permaneceu esquecida como um componente do sistema de saúde, sendo sua face mais visível aquela que se relaciona a normas e fiscalizações⁶.

Possivelmente, alguns dos fatores que legitimaram o distanciamento da Visa em relação ao sistema e às políticas de saúde estejam nas argumentações apresentadas na tese de Souza⁷. A autora cita a importância do consumismo, cada vez mais atrelado ao ato médico, e que direcionou a Visa ao seu foco em mercadorias. Ademais, a separação do campo da saúde pública em vigilâncias (sanitária e epidemiológica, especialmente) fez com que a Visa se distanciasse do objeto da saúde e da doença. Consequentemente, essa conjuntura dificulta o reconhecimento da Visa como parte da saúde pública, já que “ela faz sobre as coisas, e não sobre as pessoas” (p. 96)⁷.

Um dos principais desafios da Visa, portanto, é inseri-la como prioridade nas políticas de saúde nas três esferas de governo⁸. Para isso, é claro, a Visa também precisa incorporar as prioridades definidas na agenda política da saúde, em especial ao que é estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), considerado o grande responsável pela estratégia nacional do SUS⁹.

Frente a esse cenário, têm-se as seguintes questões norteadoras do estudo: quais os principais debates e desafios manifestos na política de saúde? Como se relacionam com a Visa?

Pretende-se, nesse artigo, apresentar e debater os principais desafios e temas discutidos na política de saúde nos anos de 1999-2009 (explicitados nos principais documentos formais estabelecidos na Lei Orgânica ou em entrevistas). Além disso, são identificadas interfaces desses temas com o campo específico da Visa. O recorte dado à pesquisa foi para as definições do âmbito federal.

MÉTODO

Adotaram-se nesse estudo a análise documental, com o propósito de subsidiar uma abordagem histórica da política de saúde do nível federal; e entrevistas com informantes-chave, para fundamentar o estudo a partir das percepções e histórias de atores do processo.

Escolheu-se um universo de documentos capaz de fornecer narrativas que trouxessem informações importantes ao problema levantado. Com isso, constituiu-se um *corpus* de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos¹⁰.

Para a seleção de documentos, tomou-se por base o processo decisório descrito na Lei Orgânica da Saúde, considerando o recorte do nível federal. A Lei, emblemática em defender o caráter democrático do SUS, define a Conferência e o Conselho de Saúde, em cada esfera, como instâncias colegiadas do SUS. Estabelece, ainda, os planos de saúde como a base das atividades e programações de cada nível de direção do sistema. Por fim, caracteriza as Comissões Intergestores como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do SUS¹.

Partindo, portanto, das premissas da Lei Orgânica, foram escolhidos os seguintes documentos para o estudo: Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (ConfNS); Planos Nacionais de Saúde (PNS); deliberações, moções, recomendações, resoluções e atas do Conselho Nacional de Saúde (CNS); e resumos de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Em virtude da constante menção, nos textos, ao Pacto pela Saúde, optou-se por agregar novas informações a partir dos documentos que melhor descreviam as mudanças trazidas pelo Pacto.

Um dos principais marcos nos últimos tempos para a Visa foi a criação da ANVISA, órgão federal que trouxe inovações estruturais no sistema e maior visibilidade do trabalho de Visa. Assim, optou-se por trabalhar o período da primeira década após a constituição da Agência, ou seja, de 1999 a 2009.

Como segunda estratégia de obtenção de dados, foram também desenvolvidas treze entrevistas com atores relevantes às discussões propostas (Tabela). Para participação, os requisitos foram os seguintes: revelarem interesse em participar após a exposição de informações sobre a pesquisa; e ser sujeito com papel importante ao objetivo do trabalho, seja por sua inserção política, histórica



ou técnica no tema, seja pela produção acadêmica sobre o assunto. Para tanto, considerou-se essencial incluir profissionais da ANVISA, CNS, MS, CIT, Conass, Conasems - espaços relevantes, de acordo com o que foi identificado nos documentos - e membros de Visas locais.

É pertinente mencionar que ocorreram diversas tentativas de agendamento de entrevistas com membros do Ministério da Saúde, especificamente da Secretaria Executiva e da Secretaria de Vigilância em Saúde. Porém, não foi possível ter essa solicitação atendida durante a coleta de dados, principalmente por ter coincido com uma fase de mudança de gestores do órgão.

As entrevistas foram realizadas em Brasília entre os anos de 2010 e 2012, após a etapa de análise de documentos, o que potencializou o uso das falas para trazer a tona aspectos das negociações políticas apenas conjecturados nos documentos.

As entrevistas foram conduzidas nos locais de trabalho dos participantes ou na ANVISA. O roteiro de entrevista foi construído com questões abertas e empregado como forma de facilitar a explicitação das percepções dos informantes, tendo-se o cuidado de não configurá-lo como elemento engessador do diálogo. Entre as principais questões trabalhadas, tem-se, como exemplo: qual a sua visão sobre o papel da vigilância sanitária na saúde? É oportuno mencionar que esse instrumento foi norteador do diálogo, sendo possível a inclusão de outras questões relevantes, de acordo com o andamento da entrevista.

Para o tratamento dos dados obtidos com os documentos e entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo. A unidade adotada nesse estudo foi o tema, “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”¹⁰ (p. 99).

Tabela. Função exercida pelos entrevistados.

Grupo	Nº de entrevistados
Coordenador de Visa municipal	1
Coordenador de Visa estadual	1
Membro do subgrupo de Visa da CIT	1
Membro da Câmara Técnica de Visa do Conass	1
Membro do Núcleo de Promoção e Vigilâncias do Conasems	1
Membro da Comissão Intersetorial de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia - CIVSF do CNS	1
Ex-Diretor-Presidente da ANVISA	1
Diretor da ANVISA	1
Diretor Adjunto da ANVISA	1
Representante da área de descentralização da ANVISA	1
Pesquisadores da área de Visa	2
Ex-Ministro da Saúde	1
TOTAL	13

Desse modo, o material (documentos e entrevistas transcritas) foi recortado em ideias constituintes, enunciados e em proposições com significações isoláveis. Finalmente, partiu-se à categorização dos temas identificados. As categorias reúnem um grupo de temas, com um título genérico, em razão de caracteres comuns¹⁰.

Na análise do material encontrado, optou-se pela adoção do modelo desenvolvido por Walt e Gilson¹¹, na metodologia denominada Análise Compreensiva de Política de Saúde. Tal modelo favorece a apreensão global da política analisada, com foco ampliado e grande potencial de contribuir para seu aprimoramento¹².

A partir de um triângulo que representa em cada um dos seus vértices o contexto, o processo e o conteúdo de uma política, e tendo no centro os atores como elementos que interligam os demais, as autoras propõem uma ferramenta aparentemente simples, mas com elevada capacidade explicativa¹¹.

Consideram-se tais tópicos fundamentais ao entendimento da Visa no âmbito da política de saúde. Isso se reverte, desse modo, nas quatro categorias temáticas que nortearam a sistematização dos dados: contexto, processo, atores e conteúdo.

Para esse trabalho, que abarca parte dos resultados de uma pesquisa¹³, serão debatidos os achados referentes à categoria contexto, que caracteriza o ambiente social, político e econômico em que a política é gestada e operacionalizada. É trabalhado, nesse estudo, o microcontexto, o qual abarca os aspectos específicos do setor saúde. Foi possível, assim, identificar os grandes desafios e assuntos debatidos na política de saúde no período que, certamente, constroem “pontes” com a Visa. Cabe destacar que as diretrizes específicas para a Visa não fazem parte desse artigo, as quais foram agrupadas na categoria conteúdo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da UnB (protocolo de 03/05/10). Para a participação no estudo, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de percorrer os principais temas encontrados na pesquisa, é fundamental mencionar as fragilidades na direcionalidade da política de saúde. Os mecanismos decisórios e de controle do SUS evidenciam limitações que, certamente, contribuem para a dificuldade na gestão do sistema, como segue:

1. A despeito da relevância do PNS como norteador da saúde no país, o valor dado a esse mecanismo é questionável. Por exemplo, o PNS publicado em janeiro/2005 referia-se ao quadriênio 2004-2007; e o PNS do quadriênio 2008-2011 foi publicado somente em dezembro/2009.
2. De forma geral, percebe-se que não há sincronia entre as demandas trazidas pelas ConfNS e o que se atribui como prioridades nos PNS. Nota-se que o limitado regramento sobre o modelo de funcionamento das ConfNS e a forma de reverter seus pleitos em políticas são lacunas que prejudicam o aprimoramento desses mecanismos tão fundamentais à democracia no SUS.



Destaca-se que as discussões dos achados foram enriquecidas com informações sobre acontecimentos mais atuais da política de saúde, como mudanças no financiamento da saúde, o que possibilitou tornar essa pesquisa mais aplicada.

SUS: a grande mudança, mas com percalços no caminho

As falas dos entrevistados expressaram a virada na história da política de saúde brasileira com a criação do SUS. Surgida “na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do Estado de bem-estar social”, a proposta de um novo modelo de sistema de saúde estruturou-se concomitantemente à luta pela redemocratização (p. 11)¹⁴. *Com a criação do Sistema Único de Saúde, você mudou o foco da política nacional de saúde [...] era um loteamento, cada um fazia uma coisa. O Sistema Único de Saúde resgatou isso, a Constituição resgatou isso e conferiu à população o direito de ser atendido, que antes não era, antes só quem tinha emprego formal ou em caso de urgência ou emergência* (Ent. 13).

A década em análise (1999-2009) foi marcada por diversos rearranjos direcionados à consolidação do SUS. O sistema foi se conformando por meio de “prolongados e complexos jogos de reivindicação e de pressão política, que transformam necessidades percebidas por indivíduos ou grupos restritos, em políticas” (p. 17)¹⁵. A transitoriedade e as incoerências percebidas na política de saúde são resultados dessas disputas.

Para exemplificar essas batalhas cotidianas, observa-se o texto abaixo, em que o CNS explicita tais conflitos ao recomendar: “Ao Ministério da Saúde e outros órgãos do Governo, responsáveis pela implementação do Sistema Único de Saúde, o fiel cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, mesmo que sob pressão de grupos e de interesses econômicos que se sintam prejudicados com as medidas que garantam a prestação da Atenção à Saúde, como direito de todos e dever do Estado, pública, gratuita e de qualidade” (Deliberação 02/03 do CNS)¹⁶.

Para compreender melhor essas tensões, cabe destacar as mudanças nas políticas de saúde em diversos países a partir dos anos 60. Anteriormente limitada à discussão por parte de profissionais de saúde, a política de saúde encontrava consensos facilmente. Medicamentos eram percebidos como mágicas soluções; centros de tratamento de elevada tecnologia pareciam ser suficientes para resolver os problemas de saúde¹⁷.

No entanto, notou-se que alguns tratamentos também traziam consequências importantes. Nisso, o monopólio do discurso médico foi invadido por profissionais da área social, que questionavam a eficiência das estratégias adotadas. É frente a esses questionamentos, também, que a Visa encontra lugar e é constantemente confrontada pela sociedade.

Os textos revelaram paradoxos no funcionamento do SUS: se por um lado havia serviços de excelência disponíveis para todos os cidadãos, como transplantes, por outro lado se sobressaía a dificuldade de acesso aos serviços básicos de urgência¹⁸.

Há outros desafios urgentes ao sistema, como a adequada gestão dos recursos humanos, a melhoria na qualidade da atenção e do acesso e o aprimoramento dos mecanismos de controle, entres citados no Relatório Final da 13ª ConfNS¹⁹.

Os documentos demonstraram que os ideais de equidade e integralidade permanecem desafiando a política de saúde. Por exemplo, o texto da 11ª ConfNS argumentou que o rigoroso programa de ajuste fiscal brasileiro comprometia a equidade no SUS, condenando a maioria da população a um sistema ainda precário²⁰. Já a 12ª ConfNS salientou que era preciso efetivar a integralidade das ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as fases da vida¹⁸.

A grande fatia da assistência

Outro tema importante trata da prioridade dada à assistência médica na saúde brasileira, o que é percebido por meio da fala de cinco entrevistados: *O sistema de saúde e o nosso pensamento em saúde ele é um pensamento voltado para doenças. Então, todo o sistema de saúde pensa em doença e, portanto, é assistência médica, é serviços assistenciais* (Ent. 7).

Como bem lembrado por um entrevistado, no momento histórico da constituição do SUS, *O que se colocava ali como um clamor, como clemência, era a assistência [...] Então havia muita energia acumulada, projetos, políticas pra fazer a transformação da assistência quando houvesse espaço [...]. O sistema assistencial precisava abrir portas pras pessoas entrarem* (Ent. 4).

Mesmo com desafios importantes para que se possa considerar o SUS realmente universal, houve incremento substancial no acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira, isso numa época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado¹⁴.

Priorizar a assistência, parte mais visível do SUS para grande parte das pessoas, ocorreu, portanto, como forma de responder às demandas sociais. Deve-se questionar, porém, se o momento que vivenciamos, mais de 20 anos após a criação do sistema, não requer nova postura dos *policy-makers*. Partindo do que o texto constitucional propõe para a saúde, não se justifica a permanência desse modelo.

Valorizar as ações de caráter coletivo no SUS, como a Visa, é uma proposta repleta de dificuldades. Para tanto, a Visa necessita de uma atuação mais dialógica com a população⁶, o que trará força e solidez à ação estatal de controle de riscos, com minimização das interferências deletérias.

Saúde da família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) se destacou na política de saúde dos anos analisados, percebida como a principal bandeira para desenvolver a atenção primária no Brasil nos últimos anos²¹.



Com impactos importantes, como a redução da mortalidade infantil, a ESF conformou-se também como um novo mecanismo de identificação de riscos, especialmente ao priorizar a visita domiciliar: *A expansão da cobertura do SUS aconteceu por um modelo que traz muito presente a necessidade de intervir sobre fatores de riscos, que é o modelo de saúde da família. E, à medida que profissionais de saúde convivem cotidianamente em condições de risco da saúde das pessoas, isso traz no mínimo uns questionamentos e as tarefas pra dentro do SUS, especialmente quando se pensa em meio ambiente, em alimentos, em acesso a medicamentos e serviços* (Ent. 4).

Para Leite e Navarro, na Visa, o risco “assume papel de categoria principal, pois é o fio condutor que orienta as práticas sobre cada um dos objetos e/ou processos sob sua responsabilidade”²² (p. 61). Segundo os autores, o conceito de risco em Visa deve considerar a indissociável ligação entre as práticas de proteção da saúde em vigilância sanitária e o contexto; ou seja, as condições políticas, econômicas e sociais onde se desenvolve a ação.

Essa mesma razão dá suporte às inter-relações apresentadas pelo Entrevistado 4. Ao colocar os profissionais de saúde para além de seus consultórios, a ESF promoveu uma percepção mais integral dos fatores desencadeadores de sofrimento na sociedade. Esse novo olhar coloca as práticas de Visa em um patamar mais elevado entre as estratégias de saúde.

As redes de atenção

A formação de redes de atenção, tópico muito presente nesse período, também se reverteu em mais um mecanismo de inclusão da Visa na agenda da política de saúde: *A gente vivenciou, agora no nosso estado, um processo importante de elaboração de uma política do Sistema Único de Saúde [...] tendo como eixo principal dessa política a conformação de uma rede [...]. Foi importante porque a metodologia usada envolvia, por exemplo, a questão de: o que cada área pode contribuir, o que cada área espera de cada área, o que que a vigilância sanitária tem a contribuir com a assistência farmacêutica, o que a assistência farmacêutica espera da vigilância sanitária... E exatamente esse modelo metodológico e pedagógico nos forçou a conhecer cada área, conhecer o seu papel dentro do sistema de saúde* (Ent. 9).

Quando se fala em redes de atenção, é pertinente a abordagem de Mendes²³. Segundo o autor, o modelo assistencial vigente, organizado para atenção de problemas de saúde agudos, não permite o enfrentamento da situação de saúde brasileira, com forte predominância de condições crônicas. Consequentemente, a superação de um sistema de saúde fragmentado é uma questão urgente, o que pode ser combatido com a conformação de redes de atenção.

Trazendo para o cotidiano, pode-se transpor essa problemática para o caso da farmacovigilância, por exemplo. Sem um trabalho integrado dos serviços de saúde com a Visa, vigilância epidemiológica e atenção básica, é muito mais difícil identificar um evento adverso de efeitos tardios.

Os dois últimos temas deixam claro que abordagens pautadas na integralidade são peças-chave para a compreensão da Visa como um capítulo relevante da política de saúde. Quanto mais a agenda do SUS estiver repleta de mecanismos que agreguem a saúde pública com a atenção individual, quanto mais se buscar uma percepção do cidadão que não o isole de seu contexto social e ambiental, mais veremos a Visa ganhando espaço na arena decisória do SUS.

Subfinanciamento

Um dos temas de maior luta e embate foi, sem dúvida, o subfinanciamento do setor, expresso “na forma de montantes insuficientes, irregularidade dos fluxos financeiros, necessidade de superar formas e critérios de repasse que não contemplavam a equidade como princípio orientador” (p. 35)²⁰.

Enquanto o SUS utilizava-se de 3,5% do PIB, outros países com sistemas de saúde universais dedicavam, pelo menos, 6% do PIB. Enquanto os planos de saúde privados gastavam, em média, R\$ 1.428 com cada associado por ano, a rede pública, com mais serviços (transplantes, vacinação), tinha gasto médio *per capita* de R\$ 675²⁰.

Foco de inúmeras controvérsias, a CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira), criada nos anos 1990, foi uma ferramenta transitória à saúde que permitiu maior regularização do fluxo dos recursos. Com sua derrubada, em 2007, estimou-se que o setor deixou de receber R\$ 24 bilhões por ano²⁴.

Destaca-se também o esforço pela aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, encarada como uma possibilidade de “horizontes mais favoráveis aos montantes destinados à saúde” (p. 35)²⁰.

Mesmo com os parâmetros mínimos de aplicação de recursos estabelecidos, há lacunas importantes, como os diferentes entendimentos sobre o que pode ser considerado como gasto em saúde. Além disso, a demora na regulamentação da EC nº 29/2000 prejudicou a adequada reavaliação e atualização dos valores de recursos. Apesar de todos os ‘vazamentos’, a EC nº 29 aumentou o volume de recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que passaram de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,6% em 2006²⁵.

Houve também mudanças na distribuição de gastos entre as esferas de governo, com significativa redução da participação relativa da União no financiamento público da saúde, de aproximadamente 60%, em 2000, para 45%, em 2007²⁶.

Após mais de uma década de batalha pela EC nº 29, a regulamentação dos gastos em saúde ocorreu com a publicação da Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012²⁷. Nisso, o Estado brasileiro certamente evoluiu na questão da garantia de recursos mínimos na saúde - com a clareza do que seja gasto em saúde - somado ao fato de que a avaliação e acompanhamento do planejamento no SUS foram fortalecidos pela Lei.

Ainda que se reconheça o avanço, esse tópico continuará estampado nas bandeiras de luta dos que acreditam no sistema



brasileiro. Os gastos crescem exponencialmente, ao mesmo tempo em que se admite que o sistema careça de esforços para ser realmente universal.

Certamente, o grande marco na ampliação do aporte financeiro em Visa refere-se à criação da ANVISA. Além de subsidiar a estruturação do novo órgão federal, o incremento financeiro foi primordial para a organização das vigilâncias estaduais, esferas privilegiadas no processo de descentralização.

Aparentemente, o tema da EC nº 29 não aparece como uma das principais pautas da Visa. Na realidade, os impasses internos ao SNVS, como a distribuição dos recursos obtidos pela Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária (TFVS) nas esferas de governo ganharam muito mais espaço na agenda do setor.

O pacto

Outra temática que ocupou os fóruns de discussão do SUS foi a necessidade de se definir claramente o papel de cada uma das esferas de governo. Surgiu, assim, o Pacto pela Saúde - conjunto de reformas institucionais pactuado entre os três entes com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Estruturado em três dimensões - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão - o novo modelo foi implementado, fundamentalmente, pela adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG)¹⁵.

Os entrevistados também se remeteram ao Pacto pela Saúde, com destaque à ousadia desse modelo: *O pacto pela saúde, isso não aconteceu só na vigilância sanitária, mas ele pegou todo mundo não amadurecido [...]. Dai você percebe o tamanho da imaturidade do sistema pra absorver um pacto que dê toda responsabilidade ao município [...]. Falamos de planejamento pras equipes de vigilância sanitária e não sabíamos nem que tínhamos conta própria (Ent. 2).*

Outra grande alteração, a inclusão dos recursos de Visa ao Bloco de Vigilância em Saúde, despertou muitos profissionais para o questionamento sobre o quanto a diluição do financiamento de ações de Visa poderia torná-la marginal nas secretarias de saúde.

Percebe-se, com esse episódio, o alerta de que é preciso demonstrar claramente os benefícios do trabalho da Visa para a saúde da população a fim de garantir a sustentação financeira para suas práticas. A Visa não pode ser reconhecida nas secretarias de saúde simplesmente como “a área que faz inspeção”, mas sim como agente de mudança na saúde⁵.

Entre as principais críticas ao Pacto pela Saúde, havia a pouca compreensão e implantação da dimensão “em defesa do SUS”; falta de consonância com os Planos de Saúde; a dificuldade de as CIB (Comissões Intergestores Bipartite) assumirem plenamente seu papel na descentralização; e o reduzido avanço nas questões referentes à configuração das regiões interestaduais²⁸.

A eficiente gestão do sistema e o adequado entendimento de como desenvolver a responsabilidade solidária permanecem

desafiando os sanitaristas brasileiros. Com a regulamentação da Lei nº 8.080/1990 por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011²⁹, novos cenários se conformam para a inter-relação das esferas de governo.

Ressalta-se, no Decreto, a figura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, com “a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores” (p. 5)³⁰.

Os primeiros contratos celebrados, em 2012, se deram nas Regiões de Saúde dos Estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul³¹. Para a Visa, desenhou-se um novo momento para o debate sobre o planejamento e a avaliação das suas ações, em especial quanto ao uso de indicadores.

Vigilância e saúde

Outro tema, para o qual cabe uma análise mais cuidadosa, refere-se à vigilância em saúde (ou da, ou à saúde), questão polêmica, conforme as impressões dos pesquisadores.

Teixeira, Paim e Vilasbôas fizeram uma retrospectiva do debate nacional sobre um modelo denominado inicialmente de vigilância à saúde³². As discussões ocorreram principalmente durante os congressos de epidemiologia da década de 1990, em que se construía a ideia de ampliação da vigilância epidemiológica - com inclusão da Visa - como fonte de informações. Não previa, portanto, a reorganização das ações e serviços de atenção à saúde.

Com o tempo, a discussão amadureceu. Os três autores formularam o modelo denominado vigilância da saúde, o qual atraiu os olhares e promoveu experiências em diversos municípios brasileiros. Muito além de uma mera junção de vigilâncias, reflete um pensamento de organização do sistema de saúde baseada no trinômio “informação-decisão-ação”. Fundamenta-se na análise e enfrentamento de problemas de saúde, sustentadas pela epidemiologia, planejamento e ciências sociais. Sua forma de atuação engloba diversas tecnologias, saindo da lógica centrada no médico e no hospital³².

O entrevistado 4 traz um pouco do histórico dessa discussão: *Houve experiências exemplares em relação a alguns assuntos referentes a sistemas locais de saúde com a ideia da vigilância da saúde, num conceito mais amplo, em que vigilância da saúde não significava apenas as doenças de transmissão, de notificação obrigatória, ou os objetos profissionais da vigilância sanitária. Significava enxergar de maneira integrada aquilo que era objeto da assistência e aquilo que era objeto da prevenção ou da proteção (Ent. 4).*

Outra perspectiva, que vale a pena abordar por sua relevância política, é a defendida por Silva Jr.³³, com o conceito de vigilância em saúde, vertente que encontra fundamentos no desenho pregado pela Organização Mundial da Saúde. Para o autor, tratava-se de “uma nova abordagem, mais ampla do que a tradicional prática de



vigilância epidemiológica [...], incluindo: a) a vigilância das doenças transmissíveis; b) a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis e seus fatores de risco; c) a vigilância ambiental em saúde; e d) a vigilância da situação de saúde” (p. 82).

Essa última vertente é abordada também nas entrevistas: *Essa vigilância em saúde que se construiu internacionalmente e que é a atualização da vigilância epidemiológica e a expansão da vigilância epidemiológica para além das doenças transmissíveis, em que ela vai se ocupar é das emergências de interesse internacional, dos desastres, etc.* (Ent. 8).

Tal modelo representa muito da organização do trabalho desenvolvido pelo MS nos últimos anos, expressa principalmente na criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Um dos tópicos mais polêmicos desse trabalho refere-se à exclusão da Visa do desenho de vigilância em saúde pública.

O trabalho da Visa é debatido, nesse modelo, a partir de alguns dos seus instrumentos de trabalho. São mencionadas as ações normativas e de fiscalização, como se tais práticas existissem por si só. A hemovigilância, tecnovigilância, o controle de infecção em serviços de saúde, a saúde dos viajantes, entre diversas outras estratégias adotadas pela Visa que se alinhariam facilmente a esse conceito são deixadas de lado.

Como registrado na fala do entrevistado 8, esses diferentes posicionamentos não devem ser compreendidos meramente do ponto de vista técnico. Há aspectos políticos que também conduzem a essas propostas: *Primeiro é a vigilância sanitária e depois a vigilância sanitária e a vigilância em saúde como duas organizações fortes, com institucionalidade forte e a disputa entre elas* (Ent. 8).

Tem-se então o MS adotando um modelo que se afasta em vários momentos dos ideais da vigilância da saúde e, ao mesmo tempo, municípios iniciando a mudança de modelo assistencial com a junção das vigilâncias (algumas vezes limitando a reforma a esse único aspecto). Isso só poderia resultar em muitas confusões: *Mas, agora, eram três vertentes na vigilância à, em, da saúde. Então, a terceira vertente, que era essa da alternativa pra mudança do modelo assistencial, ela começa a pegar carona na vertente um, que era da ampliação dos objetos da epidemiologia. E aí você tem esse ‘melê’ que tem hoje* (Ent. 8).

Inevitavelmente, a diversidade de conduções e diretrizes para uma proposta de vigilância à, da ou em saúde desagregou atores importantes à mudança do modelo assistencial brasileiro.

No caso específico dos direcionamentos traçados pelo MS, é evidente a imaturidade conceitual ao que se denomina vigilância em saúde nos seus documentos. Principalmente ao se debruçar sobre os PNS, não resta dúvida de que predomina o simples agrupamento das ações das vigilâncias.

Os textos legais não negam a falta de consensos. A Portaria nº 3.252/2009, que definiu diretrizes importantes para o campo da vigilância em saúde, mencionou dois sistemas: o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Definiu-se a Visa como área de abrangência da vigilância em saúde (artigo 2º). Já nos artigos 17 e 18, retomou-se a dúvida: o primeiro trata da composição do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (no qual não consta a Visa), já o segundo aborda a composição do SNVS, do qual não faz parte o Ministério da Saúde³⁴. Não houve progresso com a publicação seguinte, a qual revogou a 3.252/2009 (Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013)³⁵.

A despeito das limitações e entraves surgidos no caminho, a vigilância da saúde pode ser retomada e revista, como defendido pelo entrevistado 4. Os benefícios de um novo modelo que integre melhor as informações e práticas de saúde são inúmeros, como nesse exemplo: *Uma coisa muito importante que na vigilância sanitária nós estamos trabalhando agora: a prática de adotar análise de situação de saúde da população pra orientar a programação das ações da vigilância sanitária* (Ent. 5).

A especificidade da Visa não estaria ameaçada, nessa proposta, com uma boa organização do processo de trabalho. É óbvio, porém, que dar robustez ao campo da Visa, com pesquisas, publicações, congressos, é um passo importante a ser dado para que qualquer tentativa de mudança no modelo assistencial brasileiro respeite os avanços específicos da Visa.

Quanto à “importação” dos moldes da vigilância em saúde, devem-se levar em conta dois fatores: 1) é necessário à participação brasileira nos foros internacionais compreender os modelos existentes nos diversos países; no entanto, 2) as especificidades e a cultura criada em torno do SUS merecem propostas autenticamente nacionais e que tragam, em si, a bandeira das diretrizes defendidas pelo movimento sanitário.

Complexo industrial

Muito se tem falado sobre o complexo industrial da saúde. Os números impressionam: a cadeia produtiva da saúde, incluindo atividades industriais e serviços, representa entre 7% e 8% do PIB, mobilizando um valor em torno de R\$ 160 bilhões³⁶.

Esse assunto tornou-se pilar em muitas das diretrizes traçadas no período para a política de saúde, visivelmente durante a vigência do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) da Saúde, também denominado Mais Saúde. Como exemplo, há o estímulo a produção nacional de hemoderivados e imunobiológicos.

O custo, para o SUS, com equipamentos e demais insumos é altíssimo e exige uma política cada vez mais sistematizada de regulação, salientando a importância da Visa e de seus mecanismos para o controle adequado desse mercado tão estratégico no país: *O fato de regular um componente importante do PIB confere a ela essa importância hoje*” (Ent. 13).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assuntos diversos perpassaram o caminhar da política de saúde brasileira no período de 1999-2009. A fim de proporcionar uma adequada síntese a esse trabalho, foram analisados somente os temas que ganharam vulto nos documentos e nas falas.

Há limitações importantes que devem estar no pano de fundo das conclusões: 1) as diferentes realidades locais implicam em distintas formas como a política de saúde se implementa, podendo ocorrer desvios significativos em seu rumo; 2) aquilo que se registra formalmente nem sempre expressa os verdadeiros interesses e objetivos dos *policy-makers*. É fato que os documentos, apesar de relevantes, devem ser considerados também em suas contrariedades; e 3) as entrevistas são ferramentas valiosas, mas que carregam vivências e sentidos individuais. Portanto, as expressões desses atores não necessariamente são concordantes a outras opiniões.

Cabe mencionar que políticas específicas de grande impacto surgiram nesse período, como a Política Nacional de Promoção da Saúde e políticas relacionadas ao controle do tabagismo. Porém, frente aos demais temas identificados, essas políticas não obtiveram destaque no *corpus* constituído para a categoria “contexto”. É fundamental, portanto, compreender que a política de saúde não se encerra no que foi trazido pelos documentos estudados e pelos entrevistados.

A despeito desses fatos, há um vasto conteúdo nesse trabalho, sustentado pelas principais arenas políticas do SUS.

A precária direcionalidade verificada na esfera federal do SUS já foi objeto de outro estudo, que mostrou a dificuldade do MS em garantir o planejamento integrado do SUS e sua preferência por estratégias de curto prazo³⁷.

A política de saúde ainda inclina-se à assistência, deixando pouco espaço às ações coletivas. Condicionada a essas circunstâncias, a Visa tende a ser coadjuvante na condução do SUS.

Na contramão da organização dicotômica que amplia o abismo entre a assistência à saúde e as ações de caráter coletivo,

percebe-se como a Saúde da Família e a estruturação de redes de atenção são lócus privilegiados de mudança. Como já defendido em outro trabalho, replicar experiências bem-sucedidas, construir e difundir o conhecimento sobre a gestão em redes é tarefa fundamental para que não nos percamos nos discursos da integralidade⁵.

A Visa encontra sustentação e tem a potencialidade de contribuir enormemente para a integralidade no SUS. Para isso, os profissionais e gestores da saúde, em especial os da Visa, precisam conhecer claramente o *link* entre os objetos inseguros e o adoecimento/sofrimento das pessoas.

As estratégias adotadas na gestão do SUS durante esses anos, em especial o Pacto pela Saúde e atualmente o COAP, abrem um espaço importante para que a Visa posicione-se na saúde. Quanto mais o planejamento do sistema for aperfeiçoado, mais a Visa encontra possibilidades de demonstrar os efeitos de sua ação.

Em relação à vigilância em saúde, é nítido que essa questão ainda não está acordada perante todos os atores envolvidos. A 11^a ConfNS posicionou-se ao argumentar que o MS arrefeceu a discussão sobre a vigilância em saúde²⁰. Enfim, o pouco consenso quanto ao projeto para as vigilâncias coloca mais muros na luta pela incorporação efetiva da Visa na política de saúde. Enquanto esse fato não for encarado, as disputas e vaidades serão acirradas, com risco concreto à saúde da população.

Por fim, a incorporação tão crescente de tecnologias e a necessidade de pautar no sistema o complexo industrial da saúde fazem com que corram, lado a lado, os benefícios das inovações e o perigo de colocar o SUS ainda mais a mercê de interesses do mercado.

Essa situação também foi alertada na 11^a ConfNS: “a incorporação de novas tecnologias pelo setor público de saúde é, em última instância, resposta às pressões de mercado e da mídia” (p. 27)²⁰.

Há de se alertar, porém, para o perigo de que o desenvolvimento do complexo industrial e sua identificação com as ações de Visa, apesar de colocarem a área em evidência, possam distanciá-la dos rumos da política de saúde, caso sua trajetória encontre melhor sustentação na economia do que na saúde.

REFERÊNCIAS

1. 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. Diário Oficial União. 19 set.1990.
2. Lucchese G. A vigilância sanitária no sistema único de saúde. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 33-47.
3. Fortes PAC. Vigilância sanitária, ética e construção da cidadania. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 61-9.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. PDVISA - Plano Diretor de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2007.
5. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Cad Saúde Pública. 2010;26(4):682-92. doi:10.1590/S0102-311X2010000400011
6. Costa EA. Apresentação. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 9-17.
7. Souza AMAF. Vigilância sanitária na saúde pública brasileira e sua aproximação com o caso mexicano: proteger, vigiar e regular [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.



8. De Seta MH, Silva JAA. A gestão da vigilância sanitária. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais de pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 195-217.
9. Mercadante OA et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
11. Walt G, Shiffman J, Schneider H, Murray SF, Brugha R, Gilson L. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. *Health policy and planning*. 2008;23(5):308-17. doi:10.1093/heapol/czn024
12. Dias OP. Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores [dissertação]. Recife: Fiocruz; 2010.
13. Maia CS. Inserção da vigilância sanitária na política de saúde brasileira [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8
15. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, vol. 1).
16. Conselho Nacional de Saúde. Atos normativos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; [acesso em 24 jul 2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>
17. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plann*. 1994;9(4):353-70. doi:10.1093/heapol/9.4.353
18. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
20. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
21. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9. doi:10.1136/jech.2005.038323
22. Leite HJD, Navarro MVT. Risco potencial: um conceito de risco operativo para vigilância sanitária. In: Costa EA, organizadora. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 61-82.
23. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305. doi:10.1590/S1413-81232010000500005
24. Ministério da Saúde (BR). *Mais saúde: direito de todos: 2008-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
25. Ministério da Saúde (BR). *Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
26. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS 20 anos*. Brasília, DF: CONASS; 2009.
27. Brasil. Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial União*. 16 jan. 2012.
28. Centro de Educação e Assessoramento Popular. *Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE; 2009*.
29. Brasil. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 29 jun. 2011.
30. Ministério da Saúde (BR). *Contrato organizativo da ação pública da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
31. Ministério da Saúde (BR). *Guia para elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
32. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*. 1998;7(2):7-28.
33. Silva Junior JB. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
34. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 23 dez. 2009.
35. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial União*. 9 jul. 2013.
36. Ministério da Saúde (BR). *Mais Saúde: direito de todos 2008-2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
37. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2367-82. doi:10.1590/S1413-81232010000500012



Esta publicação está sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 não Adaptada.
Para ver uma cópia desta licença, visite http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/deed.pt_BR.