



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Fernandes de Souza, Luis Eugenio Portela
A vigilância sanitária e a mudança do modelo de atenção à saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 3, novembro, 2010, pp. 3320-3322
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

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

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

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

Considerações finais

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

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

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

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

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

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

The sanitary surveillance and the change in the health attention model

*Luís Eugenio Portela Fernandes de Souza*²

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

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

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

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

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

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

Tento justificar minha posição.

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

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

Nesse sentido, o esforço de constituição de um sistema nacional de vigilância sanitária deve contribuir para a superação – e não para a manutenção – dos modelos de atenção dominantes, quais sejam: o médico-hospitalar e o sanitarista³. Há que se louvar, portanto, como um passo significativo, ainda que pequeno, a implantação da Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI/VS).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências

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

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

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

Roberto Parada³

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

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

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