



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

O'Dwyer, Gisele; Souza Reis, Daniela Carla de; Gonçalves da Silva, Luciana Leite

Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 3, noviembre, 2010, pp. 3351-3360

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302010>

- 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

Integralidade, uma diretriz do SUS para a vigilância sanitária

Integral care, a SUS (Brazilian Unified Health System) guideline for the sanitary surveillance

Gisele O'Dwyer ¹

Daniela Carla de Souza Reis ¹

Luciana Leite Gonçalves da Silva ¹

Abstract *The sanitary surveillance (Visa) performs several practices, on different objects and its actions are guided by principles and guidelines of the SUS. It was done a critical reflection on the interaction conditions of practice in Visa, with a constitutional proposition of the SUS: integral care. The analysis was based on the theory of structuration (Giddens) that considers mobilization of structural resources as dimensions of social interaction, which would justify the legitimacy exercised since the standards. Have been analyzed the following categories: Visa and its insertion within the SUS; the integral care and the Visa; and political impediments. The Visa has been organized by National Health Surveillance Agency. Nowadays it has as sanitary responsibilities, communication with society and health promotion. The proposal of the literature concerning integral care is based on the assistance issue. The organization of the services in the different federative entities is the sense of integral care most adopted by Visa. Political impediments focus on the institutional renewal, on the conflicts of interest arena, on the distance between formulated policies and established practices and gaps concerning work management and the insufficiency of financial support.*

Key words *Sanitary surveillance, Integral care, Health policies*

Resumo *A vigilância sanitária atua através de práticas e objetos diversos e suas ações são orientadas pelos mesmos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Propusemos uma reflexão crítica sobre as condições de interação da prática de vigilância sanitária com uma proposição constitucional do SUS, a integralidade. Realizou-se uma análise baseada na Teoria da Estruturação, de Giddens, que considera a mobilização de recursos estruturais como uma dimensão de interação social que justifica a legitimação exercida pela sanção de normas. Foram ordenadas como categorias de análise: Visa e sua inserção no SUS; o princípio da integralidade e a Visa; e entraves políticos. A vigilância sanitária vem-se organizando a partir da Anvisa e atualmente assume novas responsabilidades sanitárias, entre elas a comunicação com a sociedade e ações de promoção da saúde. A discussão na literatura para a integralidade baseia-se no aspecto assistencial. A organização dos serviços nos diferentes entes federativos é o sentido de integralidade mais incorporado pela Visa. Os entraves políticos estão na renovação institucional, na arena de conflitos de interesses, na distância entre políticas formuladas e instituídas, e nas lacunas referentes à gestão do trabalho e à insuficiência do financiamento.*

Palavras-chave *Vigilância sanitária, Integralidade, Políticas de saúde*

¹Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1.480, sala 727, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. odwyer@ensp.fiocruz.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído em um momento de conjuntura econômica global em que o Estado mínimo era indicado como o ideal. Esse “ideal” também era proposto para a saúde como política social. Mesmo assim, embora concebidas com perspectivas contraditórias, a proposta universalista expressa na Constituição do Brasil e algumas propostas mais restritivas (como as defendidas pelo Banco Mundial nos anos 90) partilhavam de algumas diretrizes comuns: a defesa da descentralização e da participação popular. Com isso, podemos pensar que muitas das diferenças dessas propostas antagônicas girem em torno da adesão ou não ao princípio da integralidade¹, identificado como um importante diferencial entre propostas correntes, em especial pelo caráter ético-político desse princípio.

As ações de vigilância sanitária (Visa) estão alocadas no campo de atuação do SUS, portanto devem estar pautadas nos mesmos princípios e diretrizes. A Visa, no Brasil, assume um amplo escopo de ações diferenciado em relação a outros países. Seu arcabouço institucional também tem peculiaridades, com destaque para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que tem possibilitado avanços nas formas de gestão da vigilância.

Costa² apresenta, de forma esquemática, a “nova vigilância sanitária”, em oposição à tradicional. O sujeito da ação deixa de ser o fiscal para incorporar a equipe de saúde/vigilância sanitária, representante das distintas instâncias do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e da população organizada. O objeto de ação evolui de produtos e serviços para riscos, danos, necessidades sanitárias e determinantes do processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida. Os meios tradicionais de trabalho não são mais fundados em inspeção, fiscalização, **blitz**, e sim em tecnologias sanitárias ampliadas e tecnologias de comunicação social. As formas de organização dos processos de trabalho ultrapassam o gerenciamento por áreas (produtos, serviços) e atendimento à demanda espontânea. São mais integrais na medida em que promovem a integração setorial e ações intersetoriais orientadas por políticas públicas saudáveis.

Nosso propósito neste artigo é reafirmar a prática de vigilância sanitária como prática de Saúde Pública, em que a “nova vigilância sanitária” está substancialmente implicada com a integralidade. A integralidade é destacada como um

valor que supera um projeto de saúde restritivo em direção a um projeto político emancipador, sendo um traçador importante de inovações na gestão do cotidiano da saúde³.

Como metodologia, foi feita uma reflexão crítica sobre as condições de interação da prática de vigilância sanitária, com a proposição constitucional da integralidade. A análise foi baseada na Teoria da Estruturação⁴, que considera a estrutura como o conjunto de regras e recursos implicados de modo recursivo na reprodução social. As estratégias normativas para gestão e regulação do sistema compuseram a estrutura. Para tal, foram analisados documentos (incluindo alguns que compõem as políticas públicas de saúde) e publicações científicas que são referência no tema. Posteriormente, agrupamos elementos em razão de sua significação para análise do material, que foram ordenados em categorias nucleares a partir do critério de relevância. São elas: a Visa e sua inserção no SUS; o princípio da integralidade e a Visa; e entraves políticos.

A vigilância sanitária e sua inserção no Sistema Único de Saúde

Em suas origens, o que se denomina vigilância sanitária no Brasil constitui a configuração mais antiga da Saúde Pública⁵. Apesar disso, até recentemente, *A vigilância sanitária permaneceu, no Brasil, por muito tempo esquecida como um componente do sistema de saúde. Sua face mais visível restringia-se a intensa produção normativa e à fiscalização de produtos e serviços, embora insuficientemente exercida. Contemporaneamente, no entanto, os saberes e práticas da área de vigilância sanitária vêm se tornando cada vez mais relevantes*⁶.

Atualmente a Visa é a face mais complexa da Saúde Pública⁵. Um dos motivos dessa complexidade pode ser atribuído à diversidade de objetos (alimentos, agrotóxicos, saneantes, cosméticos, medicamentos, múltiplos serviços de saúde, meios diagnósticos, equipamentos, derivados do tabaco e tantos outros) e práticas (normatização, autorização de funcionamento de empresas, licença de estabelecimentos, registro de produtos, inspeção, fiscalização, monitoramento de qualidade e outros atributos, de efeitos adversos, controle de propaganda, rótulos, bulas e embalagens, entre outras) que a compõem².

De acordo com o GT Visa/Abrasco (grupo temático da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), criado em 2004, da mesma forma que a densidade tecnológica não

guarda relação direta com a complexidade das ações de Visa, o risco sanitário também segue esse padrão, podendo ser elevado, mesmo para objetos/ações de baixa complexidade. Essa complexidade é, em grande parte, decorrente da dimensão e diversidade territorial do país e exige abordagem intersetorial, mesmo para ações/objetos de baixa densidade tecnológica.

Concorre para essa complexidade a repercussão política e econômica que pode ter a atuação da vigilância sanitária e os conflitos de interesses que podem ser suscitados. Esse cenário complexo exige competência técnico-científica e política do profissional para atuação em um intrincado aparato institucional, que representa o Estado na defesa não neutra de interesses públicos.

O trabalho de controle sanitário é fragmentado em ações interdependentes e intercomplementares². No exterior, os arranjos institucionais destinados ao exercício da função essencial de Saúde Pública de regulação e fiscalização variam de país para país. Podem ocorrer por meio de uma agência ou da administração direta e se desmembrar em alimentos e medicamentos ou medicamentos e alimentos isoladamente. No caso de serviços de saúde, em alguns países a regulação se apoia em mecanismos de mercado, tais como a acreditação. Nesse sentido, há carência de experiências internacionais que sejam coerentes com o modelo brasileiro e que sirvam de referência para ele⁶.

De modo geral, as práticas em saúde mantiveram um caráter muito fragmentado até a instituição do SUS. Eram planejadas de forma isolada, e a vigilância sanitária não fugia à regra. Se na assistência havia um predomínio de ações curativas para uma pequena parcela da população, havia na Visa um claro predomínio de respostas a demandas do setor produtivo.

Entretanto, mesmo após a reforma sanitária, as ações de vigilância sanitária eram norteadas por lógicas distintas, como analisaram De Seta e Silva: *no que se refere à vigilância sanitária, os princípios e as diretrizes do SUS não integraram sua agenda de prioridades, e ela permaneceu à margem do processo político de negociação e pactuação no âmbito do setor saúde. Na prática, a VISA permaneceu como um espaço restrito e resguardado, pouco permeável à participação da comunidade, consolidando uma atuação na esfera federal que se pautava pela fragmentação das ações e pela prioridade atribuída ao campo da vigilância de produtos e, em menor grau, à área de portos, aeroportos e fronteiras*⁷.

Como instrumentos de regulação, as Normas Operacionais definiram regras e fluxos para ges-

tão e financiamento do SUS. Atualmente, o Pacto pela Saúde define a gestão e pactos de regionalização da assistência. Entretanto, a revisão dos mecanismos regulatórios para a atuação da Visa proposta por essas normas e pactos não é suficiente para desvendar os seus modos de atuação.

Revendo os caminhos de instituição da Visa, os anos 90 foram marcados por um grande número de escândalos no setor sanitário do Brasil, especialmente nas áreas de serviços e medicamentos, evidenciando um sistema sanitário ineficiente, frágil e suscetível a várias ações criminosas. Esses escândalos fizeram com que a sociedade tomasse conhecimento da fragilidade do sistema sanitário do país⁸. Assim, foi promulgada a Lei nº 9.782/99, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁹. Sua criação foi um marco para a vigilância sanitária, constituindo-se a primeira agência de regulação social no país.

Atualmente, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) brasileiro possui os seguintes componentes⁸: no nível federal, a Anvisa e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), vinculado administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e tecnicamente à Anvisa; no nível estadual, os 27 órgãos de vigilância sanitária das secretarias estaduais de saúde, que contam com um suporte de laboratório em cada estado, com grandes diferenças de capacidade analítica; e no nível municipal, os serviços de vigilância sanitária, que variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa. Tradicionalmente, a Visa trabalha com o conceito de território como divisão político-administrativa, ou seja, jurisdição, o que é necessário pelo componente fiscal de sua ação. Nesse sentido, é possível a ocorrência simultânea de ações das três esferas de governo numa mesma localidade⁶.

Ao considerar a baixa cobertura das ações de Visa, as diversidades locais, os problemas de saúde e as necessidades de intervenção, foi apontado que um “elenco básico” de vigilância sanitária deve ser construído e pactuado loco-regionalmente. Esse elenco básico, portanto, precisa não apenas incluir ações importantes para o desenvolvimento do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, mas assegurar, dentro do princípio da complementaridade, a efetividade da ação da Visa, para contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Assim, a definição de um elenco básico de ações difere substancialmente do chamado elenco mínimo, encarado como a “oferta obrigatória”, a totalidade de ações a serem desenvolvidas pelos municípios.

Nesse contexto, pressões para reformulação do sistema sanitário nacional culminaram com a ocorrência da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Diante desse quadro, uma das reivindicações da conferência foi a criação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária, o PDVisa (www.anvisa.gov.br), que é um plano integrado às demais ações de saúde desenvolvidas no SUS.

A função do PDVisa era estabelecer diretrizes para a solução de alguns problemas inerentes à atuação da Visa no Estado, com o objetivo de fortalecer o sistema e garantir uma política norteadora no intuito de transformar, de modo positivo, o contexto sanitário nacional. Portanto, a construção do Plano Diretor de Vigilância Sanitária reafirmou a Visa no campo da Saúde Pública e foi o documento base para a análise das propostas de integração das ações de Visa com os princípios do SUS.

As diretrizes do PDVisa estão dispostas por eixos. O eixo III enfoca a Visa no contexto da atenção integral à saúde. Esperava-se, com isso, além de ações assistenciais, ações de promoção de saúde e de prevenção de agravos, incluindo o consumo de bens e serviços e interações com o ambiente de trabalho e o ambiente de vida, ações próprias do campo da vigilância sanitária. Essa ampliação do modo de atuação da Visa é fundamental, já que ainda constatamos ações não pautadas no caráter preventivo, adotadas mediante a ocorrência de um agravio ou denúncia quanto à iminência do risco, o que frustra terminantemente a proposta constitucional do sistema.

Independentemente das regulamentações e formas de gestão, a Visa deve ampliar seu objeto de ação e seu modo de trabalho. Deve incluir técnicas de comunicação (com a sociedade e com outros profissionais de saúde) e ações intersetoriais. Enfim, é necessário que a Visa supere a pequena visibilidade social que teve até o momento⁶.

Utilizando-se dessa premissa, o Centro Coletivo em Vigilância Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Cecovisa/Ensp/Fiocruz) idealizou a Mostra Cultural Vigilância Sanitária e Cidadania como um espaço de comunicação com a sociedade para fortalecimento da cidadania (<http://www.ccs.saude.gov.br/visa/homepage.html>). A mostra pretendeu sensibilizar a população e os diversos profissionais (da área da saúde e da educação) para o capital político da atuação em Visa valorizando sua amplitude de atuação.

Além desse movimento político de institucionalização da vigilância, existe um movimento político-ideológico em defesa dela e sua valoriza-

ção nas políticas de saúde. Esse movimento é conduzido pela academia e sua produção e pelos centros colaboradores em vigilância sanitária, cooperadores técnicos da Anvisa para o desenvolvimento da área⁵.

Paim⁹ indaga sobre como organizar e integrar ações de vigilância sanitária ao conjunto das intervenções do sistema de saúde. Segundo ele, *Presentemente, pode-se afirmar que muito se avançou na descentralização, através da política de municipalização das ações e serviços de saúde, bem como em relação à participação da comunidade, mediante os conselhos e conferências de saúde. Entretanto, a diretriz da integralidade de atenção não obteve o mesmo empenho político-institucional.*

É exatamente esse empenho, o de destacar a consonância entre os dois campos, que será discutido a seguir.

O princípio da integralidade e a vigilância sanitária

É necessário que se tenha clareza de que os limites da construção da integralidade estarão relacionados em grande medida à permeabilidade das instituições públicas e sociais aos valores democráticos defendidos no texto constitucional. Essa permeabilidade supera a definição de "papéis" por nível federativo. O estilo de gestão, a cultura política e os programas de governo, quando puros a esses valores, elevam possibilidades de surgimento de um agir em saúde capaz de renovar e recriar novas práticas, mediante a inclusão de diferentes conhecimentos, fruto das interações possíveis. Há efetivação da integralidade da atenção como um valor democrático, constituindo-se em um verdadeiro amálgama dos demais princípios norteadores do SUS³.

Portanto, a aproximação entre esses dois campos deve dar-se na dimensão ético-política, na qual deve haver responsabilidade pública, instituída pela saúde como direito de cidadania. A tradução dessa dimensão ético-política está na centralidade do usuário.

A maior parte da produção sobre "integralidade" refere-se à assistência e ao cuidado em saúde. Apesar dessa centralidade de abordagem da produção científica, defendemos a ideia de que incorporar o princípio da integralidade qualifica as ações de vigilância, assim como as tipicamente assistenciais.

Em concordância com Mattos¹⁰, podemos dizer que o princípio da atenção integral (que comumente chamamos de integralidade) apre-

senta-se como um imperativo que confere uma certa qualidade à assistência, exigindo a articulação entre a dimensão preventiva e a assistencial das ações e dos serviços de saúde. Integralidade como um princípio de direito aberto, pronta a comportar vários sentidos, todos eles vinculados a valores que merecem ser defendidos¹⁰.

Um primeiro sentido está contido no encontro profissional-paciente. A integralidade seria uma assistência que não reduziria o paciente ao sistema biológico “em desordem” ou “doente”, e incluiria ações de prevenção¹.

Esse é um sentido da integralidade necessário de ser apropriado pela Visa, que prioriza o interesse coletivo em detrimento do individual. Uma atuação de Visa representativa desse sentido seria a ação educativa, atuação cada vez mais estratégica e que ocorre também a partir de demandas individuais. Por exemplo, o profissional de Visa pode atuar atendendo a necessidades individuais de um dentista com dificuldades de cumprir a normatização para consultórios dentários ou de uma equipe de PSF (Programa/Estratégia de Saúde da Família) com um problema específico no seu ambiente de atuação, como uma intoxicação por alimentos produzidos localmente.

Um segundo sentido da integralidade relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Seria o princípio de integrar ações assistenciais referidas ao modo de organizar o processo de trabalho de um determinado serviço, de forma a assimilar novas necessidades, que devem ser consideradas de forma abrangente¹. Esse sentido, também pensado para a assistência, é decisivo para a atuação da Visa nos níveis municipal e estadual. A incorporação de novas ações em cada serviço de Visa é dinâmica em razão da sua capacidade operacional, incorporando “necessidades”, como indicado pelo autor. Para além da questão federativa, é fato que a vigilância é uma atuação tipicamente interdisciplinar.

Outra questão muito importante para as práticas em serviços de Visa é a complementaridade da atuação dos diferentes profissionais, qualificando a equipe a partir da integração do trabalho e não da incorporação de novas categorias que persistem trabalhando de forma segmentada.

Um terceiro sentido de integralidade trata das respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos¹. Esse sentido diz respeito ao elenco de ações contempladas numa política especial e enfatiza em que medida a resposta governamental incorpora ações voltadas à prevenção e ações voltadas à assistência. Esse é um sentido que justificou a

evolução do sistema de Visa nos últimos anos. É mais característico, porém não exclusivo, do nível central. Essa discussão foi parcialmente apresentada na seção anterior e será ampliada nos “entraves políticos”.

Como apontado até o momento, a apreensão da “integralidade” é complexa e diversa em razão de contextos, valores e racionalidades. Mas, sem dúvida, essa apreensão é necessária para um projeto político de qualidade de vida e saúde para a população.

Pinheiro e Mattos³ também propõem a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, por práticas cotidianas que habilitam os sujeitos nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e institucionais em saúde.

O discutido até então realça a importância de o PDVISA ter tido na integralidade um eixo norteador e ter pontuado sua expectativa de incorporação da integralidade. Destacamos alguns trechos desse documento, de 2007, identificados como uma proposta de qualificação e institucionalização da Visa:

A adoção de práticas de saúde resolutivas, seguras, éticas e humanizadas, acompanhadas de iniciativas para a qualificação dos trabalhadores de saúde e a consolidação do controle social, constituem dimensões essenciais para a qualidade e a integralidade da atenção à saúde prestada à população (PDVISA, p. 39).

Essa primeira afirmação ainda muito centrada na atenção à saúde sugere que a integralidade foi destacada no seu sentido de valor emancipador¹¹, que se daria pela responsabilidade do agente advinda da qualificação e pela conta pública das ações em saúde através do controle social¹¹.

O avanço para a integralidade na atenção deverá estar expresso prioritariamente na estrutura e na organização dos serviços, nos instrumentos de planejamento e gestão adotados nos três níveis de governo, nos processos de trabalho (...) e no estímulo ao desenvolvimento de pesquisas intersetoriais. Essas diretrizes devem gerar as condições necessárias para a inserção da VISA nos distintos níveis de complexidade da atenção à saúde do SUS (PDVISA, p. 39).

Essa referência já prevê a incorporação da Visa no sentido de integralidade de organização dos serviços a partir dos diferentes entes federativos.

Trabalhar a integralidade no SUS não é apenas favorecer o trabalho conjunto de setores nos diferentes níveis de complexidade da assistência, mas descompartmentalizar as diversas ações locais, desenvolvendo um processo de trabalho de acordo

com a realidade local na constituição da qualidade de vida e cidadania (PDVisa, p. 40).

Nesta afirmação, há a implicação territorial da ação, caracterizando-a como uma prática eminentemente política.

A integralidade é entendida como um processo de construção social, que tem na idéia de inovação institucional grande potencial para sua realização, pois permitiria inventar novos padrões de “institucionalidades”⁸.

Esta é a descrição que melhor traduz os atuais desafios para a assistência e para a Visa.

Apesar da referência à integralidade como integração entre níveis de governo e entre ações de diferentes setores (e reconhecida a importância dessa integração para a gestão), é no sentido emancipatório e de compromisso público com a saúde que a integralidade produz transformações sociais.

Encerramos este tópico descrevendo a integralidade na Visa de forma mais operativa e apoiada em considerações mais práticas. O escopo de ações que estão abrigadas sob essa prática no Brasil sugere a integralidade ao abordar o risco de forma tão ampla e em tantos espaços com os seguintes: o da produção; o do ambiente; o do trabalho; o de serviços de saúde; o das tecnologias médicas; o da territorialização (portos, aeroportos); o da comunicação (propaganda), entre outros.

A forma com que a Visa aborda alguns dos seus objetos, sendo o medicamento o mais emblemático, também é integral. Ela atua sobre o medicamento desde a produção até o consumo, da autorização de funcionamento da indústria farmacêutica, passando pela propaganda, até a farmacovigilância. A abordagem integral sobre o medicamento implica responsabilidade com o seu consumo, em um contexto de utilização assimétrica de tecnologias médicas influenciada pelo poder econômico e cultural (fenômeno que vem sendo identificado como medicalização)^{12,13}.

Uma característica da Visa, que legitima o SUS e que está muito longe de ser realizada pelo SUS assistencial, é o alcance de suas ações para toda a população brasileira, ou seja, a universalidade. Todos estão sujeitos às normatizações sobre alimentos, medicamentos, ambientes, tecnologias médicas e assim por diante. Talvez seja essa universalização da Visa que a diferencie no SUS como projeto político, independentemente da fragmentação apontada e dos conflitos de interesses inerentes à sua atuação.

O projeto de um SUS realmente universal não foi realizado (mesmo que desejado pela reforma

sanitária) porque sua viabilidade política não foi sustentada como projeto de toda a sociedade.

Apesar das instâncias de participação popular instituídas no SUS, o movimento popular na saúde não foi capaz de garantir a real universalidade, já que houve em paralelo ao movimento sanitário o desenvolvimento do sistema privado de saúde no país. Portanto, o alcance dos objetivos do SUS passa pela politização da questão da saúde¹⁴.

Entraves políticos

Essa análise está centrada em três questões: a renovação institucional, o SUS como arena de conflitos e a distância entre políticas formuladas e práticas implantadas.

A implantação do SUS foi uma renovação institucional revolucionária para a assistência à saúde. O SUS logrou, nos seus mais de vinte anos de existência, avanços efetivos em relação ao acesso e à integralidade, que devem ser comemorados¹⁴. Entre eles destacamos a ampliação do PSF, do acesso à saúde bucal e a organização do atendimento às urgências através do acesso ao leito hospitalar, a partir do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu). Entretanto, o SUS sofre restrições políticas por competir com o sistema privado de saúde na alocação dos profissionais e recursos financeiros¹⁴.

No que diz respeito à vigilância sanitária, sua renovação institucional vem sendo dinâmica e teve como marco a criação da Anvisa. Outro importante destaque organizacional, que não atinge só a Visa, é a atual organização das diversas vigilâncias. Os termos “vigilância da/na/em saúde” ainda causam muita polêmica, e não serão aqui abordados em perspectiva teórica.

Segundo Teixeira¹⁵, houve, a partir do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, uma definição de três vertentes da vigilância da saúde: como análise de situações em saúde; como proposta de integração entre as práticas de vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária; e como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias. Para a autora¹⁵, essa última configuração tem a concepção fundamentada no debate do princípio de integralidade. Integralidade de ações em vista dos distintos objetos e finalidades ou integralidade dos serviços de saúde em relação aos níveis de complexidade. Mais recentemente, considera-se a intersetorialidade das ações como uma das dimensões da integralidade do sistema de saúde. O debate sobre a vigilância da saúde,

como referência para a construção de um modelo de atenção integral, incorpora a reflexão em torno da adequação de ações e serviços aos problemas, necessidades e demandas da população¹⁵.

A principal questão envolvida nessa nova forma de instituição das diferentes vigilâncias é a falta de legitimidade de uma proposta central para os diferentes municípios com diversas capacidades operativas. Talvez não haja real oposição em relação à proposta, e sim engessamento da proposta em situações estruturais muito diversas.

A diversidade entre os entes federativos propicia distorções nas necessidades e capacidades operacionais de cada um, que nem sempre são consideradas quando há condução centralizada, o que é corrente no Brasil.

A distância entre as políticas formuladas e as instituídas gera uma desconfiança em relação ao proposto. Outra fonte de desconfiança está na burocracia e na corrupção. A imagem da vigilância sanitária como agente burocrático e sujeito à corrupção também pode ser um elemento que potencializou alguma hostilidade por parte da população.

No que diz respeito às relações entre esferas de governo, o Brasil caracteriza-se por um federalismo diferenciado pelas desigualdades sociais e regionais existentes, mas igualado pelos mecanismos de descentralização, pontuação e participação que geram novas capacidades locais¹⁶.

Pelo exposto, as políticas são direcionalidades propostas por grupos com forças e interesses diversos e instáveis ao longo do tempo, em contextos políticos, administrativos e culturais também diversos. Por serem direcionalidades, sua implementação realizada na prática depende de distintos processos de relações de poder.

O SUS, como política pública, constitui uma arena de conflitos em que atuam diversos grupos de interesse, que ora contribuem para dar sustentação e legitimidade à política, ora estabelecem tensões para a sua implementação¹⁷.

Precisamos distinguir política institucional e prática institucional principalmente para a vigilância sanitária, que tem entre as suas atribuições regular o mercado, o que aprofunda a questão da oposição de interesses. Portanto, outras forças políticas, com forte poder de negociação, têm que ser levadas em consideração na análise da regulamentação estatal, como os grandes laboratórios farmacêuticos e as corporações médico-hospitalares.

Além das ferramentas e estratégias de regulação, outra questão imbricada nessa ação do Estado é o interesse ideológico que a fundamenta.

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, entre eles a sua finalidade, ou quem seria o beneficiário desta ação. O pressuposto da regulação pública nem sempre comanda e define a ação. Muitas vezes, o aparelho de estado encontra-se refém de outros interesses disputantes e define a regulação e seus mecanismos ancorados nesses pressupostos¹⁸.

Por isso, as atuações do Executivo (exercer o papel principal na condução das políticas públicas) e do Legislativo (legislar e controlar) devem ser compreendidas a partir do contexto político e institucional do próprio Estado e dos arranjos de poder estabelecidos.

Identifica-se, nesse contexto, a ação do Judiciário e do Ministério Público como mediador de conflitos políticos, defensor das regras constitucionais e assegurador de direitos de cidadania, com atuação em áreas não equacionadas pela política nacional de saúde. Entretanto, sua ação também é fragmentada entre milhares de autoridades que, para decidir e julgar, operam com critérios definidos por técnicos, que disputam e representam diferentes interesses.

Uma ação do Ministério Público, atualmente emblemática no SUS, refere-se ao acesso a medicamentos. Cabe à Visa favorecer o uso racional dos medicamentos e a ação do Ministério Público, no intuito de garantir ao consumidor o acesso a certos medicamentos com base em critérios técnicos de uso racional deles. Essa é uma discussão complexa, que não será abordada neste trabalho, mas que com certeza exige participação da vigilância sanitária. ***A formulação de política tem que ser entendida essencialmente como um processo político, em vez de um processo analítico de solução de problema. É um processo de negociação, barganha e acomodação de muitos diferentes interesses que refletem a ideologia do governo em poder¹⁹*** (tradução das autoras).

Cabe reconhecer que se entendemos que as políticas são instrumentos que sugerem uma intencionalidade dos governantes, a constatação que fizemos é que superou-se o anonimato da vigilância sanitária até a criação da Anvisa, mas os atuais instrumentos de gestão ainda são insuficientes.

Outros entraves políticos centrais que precisam ser enfrentados são o financiamento e a gestão do trabalho para a vigilância sanitária.

A Norma Operacional Básica (NOB) nº 91 omitiu a vigilância sanitária e a epidemiológica, que poderiam estar completando a visão da integralidade das ações de saúde como preceito constitucional, cristalizando, mais uma vez, a visão, apenas e exclusiva, assistencialista²⁰. A partir da

NOB 96, o município, dependendo da sua habilitação, teria a responsabilidade de execução de ações básicas de vigilância. O gestor estadual seria responsável pela coordenação e execução das atividades de Visa, além de ter a responsabilidade de cooperar técnica e financeiramente com o conjunto de municípios. Já o gestor federal teria o papel de implementar sistemas de vigilância sanitária²¹.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 2001 definiu, para os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada, a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de Visa.

Com o Pacto pela Saúde, algumas alterações ocorreram no que tange o financiamento das ações de vigilância sanitária. Foi alterada a forma de transferência de recursos federais para custeio das ações de Visa, uma vez que o repasse dos recursos passou a ser efetuado através de "blocos de financiamento". Foram definidos cinco blocos, sendo um deles "vigilância em saúde". Os recursos destinados às ações de vigilância sanitária são transferidos para esse bloco, sendo que a utilização deles é compartilhada com a vigilância epidemiológica e ambiental, obtendo a Visa recursos específicos provenientes de taxas.

A partir dos Pactos da Saúde, em 2006, o Ministério da Saúde tenta substituir a estratégia de induzir decisões com base em incentivos financeiros para estados e municípios pela estratégia da negociação permanente entre gestores centrada no compromisso político²². A estratégia indutora a partir de compromissos estabelecidos é mais consistente porque exige negociações e produção de pactos, só que em cenários de subfinanciamento a indução financeira tende a prevalecer.

Outro grande impasse para a instituição de ações de Visa qualificadas é o déficit qualitativo e quantitativo de profissionais. Para garantir a universalidade e a integralidade propostas constitucionalmente no SUS, uma das exigências era uma política de recursos humanos consistente.

Reis *et al.*²³ realizaram o Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária de 2004. Concluíram que as equipes tinham constituição diferenciada em relação ao nível de escolaridade do profissional (nível médio e superior) e em relação ao tipo de graduação.

O Censo mostrou que 80,4% dos municípios tinham trabalhadores de vigilância sanitária, sendo que em 23,7% havia apenas um trabalhador e, do total, apenas 32,5% tinham nível superior

de escolaridade. Com base na pesquisa, foram considerados desafios para recursos humanos em vigilância sanitária: formar os trabalhadores com escolaridade de ensino médio; ajustar o quadro de trabalhadores às necessidades e atribuições dos serviços; formular e implantar programa de educação permanente; e criar mecanismos de fixação e de valorização dos trabalhadores²³.

Esse quadro não favorece a integralidade a partir da integração de saberes das diversas categorias, muito menos a qualificação da Visa como privilegiado espaço de comunicação com a população e com os outros profissionais de saúde. Também não favorece a dimensão política de uma ação que exige competência técnico-científica e política por ser pautada em diversos interesses econômicos e sanitários².

A Anvisa, que é menos frágil na questão de contratação e qualificação dos seus profissionais, permitiu uma evolução no repasse de recursos para os estados⁵. Porém, a Visa deve funcionar como um sistema, por isso o investimento em recursos humanos e financeiros tem que ser comum a todos os níveis federativos.

Uma questão que vem impactando a prática de Visa nos municípios e estados é a integração das vigilâncias sem os devidos investimentos setoriais necessários e sem discussão prévia em espaços adequados sobre as práticas nos diferentes serviços. Parece necessário delimitar os objetos específicos das vigilâncias, bem como ampliar as concepções e práticas nelas implicadas. Ainda que um grande esforço teórico se realize em todas elas e no campo da Saúde Coletiva como um todo, pode-se ver que ainda não se traduzem em resultados concretos na melhoria das condições de vida da população brasileira, de forma a cumprir os preceitos constitucionais²⁴.

Conclusão

Pelas questões levantadas, a qualificação das ações de Visa exige um investimento organizacional, já que as definições jurídico-institucionais foram constituídas. Para cumprir com as atividades comunicacionais e educacionais, além da organização do processo de trabalho, é necessário investimento na gestão do trabalho.

A atual vigilância sanitária, principalmente após a criação da Anvisa, busca fortalecer a cidadania com ações efetivas e tem propiciado espaços de reflexão acadêmica.

Buscamos refletir sobre as implicações da integralidade como princípio do SUS. A integrali-

dade na vigilância sanitária tem-se expressado principalmente na estruturação do sistema, na organização dos serviços e no estímulo à interseitorialidade, mas não pode restringir-se a esses aspectos. Entendemos que a integralidade é um elemento intrínseco do SUS e da vigilância sanitária, que se constitui em uma ação em saúde de relevância coletiva e individual.

Assim como Pinheiro e Mattos³, defendemos a integralidade como importante eixo organizativo de prática de gestão das ações e que essa prática requer posturas solidárias. A aplicação da integralidade pode ser entendida como uma recusa ao reducionismo¹. E é essa transformação que a vigilância sanitária (e o SUS, de forma mais geral) almeja para legitimar-se perante a população através da efetividade e eficiência de suas ações.

Colaboradores

G O'Dwyer, DCS Reis e LLG Silva participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2001. p. 39-64.
2. Costa EA. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância sanitária: fiscal ou profissional de saúde? In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; 2008. p. 77-90.
3. Pinheiro R, Mattos RA. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2006. p. 11-26.
4. Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 1984.
5. Costa EA. Apresentação. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; 2008. p. 9-17.
6. O'Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no *locus* saúde da família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2007; 11(23):467-484.
7. 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 do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 195-217.
8. 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 do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 33-47.
9. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; 2008. p. 61-75.
10. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco; 2007. p. 369-383.
11. Santos BS. *A introdução a uma ciência pós-moderna*. São Paulo: Graal; 2003.
12. Camargo Jr. KR. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
13. Camargo Jr. KR. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". *Physis* 2007; 17(1):63-76.
14. Menicucci TMG. O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad Saude Publica* 2009; 25(7):1620-1625.
15. Teixeira CF, Costa EA. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. In: Costa EA, organizador. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; 2008. p. 149-164.
16. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):743-752.
17. Viana ALD, Faria R, Pacífico H. O SUS e as novas práticas de avaliação para gestão em redes: é possível conciliar a visão clássica de avaliação como novas práticas? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco; 2006. p. 135-150.
18. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2008; 10(19):25-41.
19. Walt, G. *Health policy: an introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
20. Carvalho G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):435-444.
21. Cohen MM, Lima JC, Pereira CRA. A vigilância sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. In: De Seta MH, Pepe VLE, Oliveira GO, organizadores. *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 111-131.
22. Paim JS, Teixeira CF. Configuração institucional e gestão do SUS: problemas e desafios. *Cien Saude Colet* 2007; 12(Supl.):1819-1829.
23. Reis LGC, Gondim MMG, Lima LCW. *Censo Nacional dos Trabalhadores de Visa*. 2005. [site da Internet] [acessado 2007 jul 2]. Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/snvs
24. Pepe VLE, De Seta MH. Tema 3: desafios e perspectivas das vigilâncias em saúde. In: *Curso Básico de Especialização em Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: EAD/DAPS/Ensp/Fiocruz; 2007. p. 70-84.

Artigo apresentado em 31/05/2010

Aprovado em 16/06/2010

Versão final apresentada em 05/07/2010