



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Battesini, Marcelo; Lourenço Tavares de Andrade, Carla; Horsth De Seta, Marismay
Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da
distribuição dos recursos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 10, outubro, 2017, pp. 3295-3306
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053248016>

- ▶ 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

Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos

Federal financing of Health Surveillance in Brazil from 2005 to 2012: an analysis of distribution of resources

Marcelo Battesini¹

Carla Lourenço Tavares de Andrade²

Marismary Horsth De Seta²

Abstract *Health Surveillance carries out a set of actions to prevent health risks related to the consumption of products and the provision of services under the Unified Health System (SUS). The implementation of Health Surveillance actions relies heavily on the federal funding policy, which induces its decentralization. This text aims to analyze the federal funding of Health Surveillance to States and Municipalities from the scheduled onlendings in the period 2005-2012. Among the main results are the increase of per capita values, steady at around the mean value of R\$ 1.25/inhabitant/year; the increased number of municipalities that agreed to carry out strategic actions; and a stable trend in the proportions of each federated entity at around 50% to Municipalities, 25% to state federated entities and 20% to the Central Public Health Laboratories (LACENS). Results show that the adoption of unified nationwide per capita values caused distortions that indicate inequity among state territories, pointing to the need to clarify the concept of equity in financing under the National Health Surveillance system and to broaden the discussion on the currently used allocation criteria.*

Key words *Health Surveillance, Funding, Equity in health, Decentralization, Planning*

Resumo *A Vigilância Sanitária realiza um conjunto de ações de prevenção de riscos à saúde relacionados ao consumo de produtos e à prestação de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde. A realização das ações de Vigilância Sanitária depende fortemente da política de financiamento federal, que é indutora da sua descentralização. O objetivo deste texto é analisar o financiamento federal da Vigilância Sanitária para estados e municípios, a partir dos repasses programados, no período entre 2005-2012. Entre os principais resultados estão o aumento nos valores per capita, com manutenção em torno do valor médio de R\$ 1,25/hab/ano; o aumento no número de municípios que pactuaram a realização de ações estratégicas; e uma tendência de estabilização nos percentuais atinentes a cada ente federado em torno de 50% aos Municípios, 25% aos entes federados Estado e 20% aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública. Os resultados evidenciam que a adoção de valores per capita unificados para todo o país provocou distorções que indicam iniquidade entre territórios estaduais, apontando a necessidade de tornar mais preciso o conceito de equidade no financiamento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e de ampliar a discussão sobre os critérios de alocação atualmente utilizados.*

Palavras-chave *Vigilância Sanitária, Financiamento, Equidade em saúde, Descentralização, Planejamento*

¹ Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima 1000, Bairro Camobi. 97105-900 Santa Maria RS Brasil.

marcelo-battesini@uol.com.br

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

A Vigilância Sanitária é responsável por um conjunto de ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e um direito dos cidadãos consagrado na Constituição Federal de 1988. No Brasil, essas ações devem ser executadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) formado nuclearmente: pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pelos serviços de Vigilância Sanitária de estados e municípios e pelos laboratórios analíticos oficiais – os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS) e o Instituto Nacional de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz. A oferta dessas ações típicas de Estado busca proteger a saúde da população e envolve processos sistemáticos de identificação, gerenciamento e comunicação de riscos à saúde relacionados à produção e ao consumo de produtos e à prestação de serviços.

Um estudo sobre a implantação do SNVS aponta a necessidade de ampliar o debate sobre a descentralização e a organização desse sistema, que estaria se desenvolvendo de forma irregular no tempo e em descompasso com as demais ações do SUS¹. Esse sistema enfrenta dificuldades para se estruturar e trabalhar cooperativamente, sendo fatores contribuintes: a natureza peculiar dessas atividades do campo da saúde, a instabilidade do projeto de descentralização – incluindo a variação dos critérios para repasses financeiros aos entes subnacionais – e o pequeno volume de recursos transferidos para estados e municípios², decorrente de valores *per capita* da ordem de centavos de Real, unificados nacionalmente.

O financiamento do SUS é inerente aos três entes federados e a participação relativa dos recursos estaduais e municipais têm aumentado³. No caso da Vigilância Sanitária os estados e, principalmente, os municípios são dependentes dos repasses federais para realizar suas ações. Uma das explicações pode ser o predomínio de baixo aporte financeiro dessas esferas de governo, que se responsabilizam pela “folha de pagamento do pessoal da vigilância – geralmente escasso e mal remunerado – e da estrutura – quase sempre precária, posta à sua disposição para trabalhar”⁴. Portanto, o financiamento federal de Vigilância Sanitária – não apenas os repasses efetivamente realizados, mas também a existência de uma programação para a sua realização – se constitui em importante mecanismo indutor da descentralização dessas ações para ampliação do acesso e distribuição equânime dos recursos.

A análise do perfil de 50 publicações indexadas sobre a Vigilância Sanitária apontou: con-

centração dos textos em duas revistas nacionais; predomínio da abordagem qualitativa (56%); preferência pela área de políticas, organização e gestão do SNVS (66%); e um grande percentual dos textos (92%) classificados com nível de evidência seis, a que tem menor potencial de listar com fidedignidade os efeitos das intervenções investigadas⁴. Apesar da apontada preferência pela área, levantamento recente na mesma base bibliográfica não evidenciou publicação científica indexada que apresentasse financiamento e Vigilância Sanitária como assunto ou no resumo.

O financiamento é tema amplo, que envolve aspectos diversos – fontes, magnitude dos recursos, receitas e gastos realizados – pelo menos pela sua importância esperava-se que o financiamento federal para o SNVS mediante transferências programadas para estados e municípios fosse abordado. Também nos estudos sobre os gastos públicos no SUS⁵⁻⁷ não foram identificadas publicações que relacionem o financiamento da Vigilância Sanitária, um gasto governamental, portanto público, e a aplicação do conceito de equidade a essas ações ou ao seu financiamento. Este estudo busca contribuir na redução da lacuna sobre o financiamento federal e subsidiar reflexões posteriores sobre a equidade no SNVS, ou no seu financiamento.

A equidade é definida como ausência de diferenças evitáveis ou remediáveis entre populações ou grupos sociais, econômica, demográfica ou geograficamente definidas⁸. O objetivo de uma política pela equidade não é eliminar todas as diferenças, mas reduzir ou eliminar aquelas que resultam de fatores evitáveis ou injustos; nesse sentido a equidade é a busca pela criação de iguais oportunidades à saúde e pela redução ao nível mais baixo possível das diferenças⁹. A equidade seria um conceito normativo¹⁰ cotejado em relação a indicadores empíricos do estado de saúde mensuráveis para a realização de um julgamento de valor.

A despeito dos estudos sobre o conceito de equidade e do consenso sobre a necessidade de aumentá-la, não há convergência na sustentação das diferentes propostas de operacionalização no cuidado à saúde das pessoas. É extensa a discussão sobre o que são necessidades e quem as define e, também, sobre o que é justo varia em cada sociedade e em cada contexto histórico. Além dessas dificuldades, esse conceito não tem aplicação imediata e unívoca para a Vigilância Sanitária, dada a singularidade desta ação de saúde pública, que usualmente não tem por destinatário direto o cidadão, e sim a coletividade ou a empresa ou atividade econômica.

O conceito de equidade refere-se, majoritariamente, aos indivíduos e grupos populacionais e a seus gradientes de saúde medidos por meio de indicadores. Refere-se também à área tributária ou ao financiamento de políticas sociais, especialmente da saúde. Na área tributária ele é informado pelo grau de justiça envolvendo a progressividade ou a regressividade dos tributos. No financiamento da saúde, ele leva em consideração a justiça na distribuição dos recursos públicos e o gasto privado realizado por indivíduos e famílias. Na Vigilância Sanitária ele não é discutido, embora sejam reivindicados um maior aporte de recursos e redistribuição dos recursos, tendo em vista as peculiaridades loco regionais e as desigualdades nos diferentes territórios do país.

Há falta de análises sistemáticas dos diversos serviços que compõem o SNVS e escassez de estudos científicos sobre o financiamento da Vigilância Sanitária. Ademais, a desigualdade que marca a federação brasileira suscita indagações sobre se os repasses federais baseado em valores *per capita* unificados para todo o país podem resultar em distribuição equânime entre as esferas de governo, regiões do país e territórios estaduais.

O objetivo deste artigo é apresentar uma análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária e do seu potencial distributivo, no que concerne aos repasses programados, de 2005 a 2012.

Métodos

Realizou-se um estudo *ex post facto* longitudinal com objetivo descritivo, que adotou uma abordagem mista e teve como procedimentos de coleta a pesquisa bibliográfica e documental¹¹⁻¹³, além da análise de dados secundários. O estudo teve abrangência nacional e considerou todos os municípios brasileiros, os 26 estados e o Distrito Federal.

A pesquisa bibliográfica sobre Vigilância Sanitária, equidade e financiamento do SUS subsidiou a problematização do tema e a discussão dos resultados. A pesquisa documental sobre o financiamento federal da Vigilância Sanitária abrangeu todas as portarias do Ministério da Saúde do período que apresentam valores financeiros programados para repasse para ações de Vigilância Sanitária, à exceção da Portaria MS 4.163/2010, que destina valores a laboratórios municipais, uma exceção no período estudado. Consideraram-se as Portarias MS: 432, em 2005; 1.161, 2.476, 2.940, em 2006; 1.998, 3.271 e 3.202, em 2007; 133 e 3.080, em 2008; 1.228, 3.232 e 3.235, em 2009;

1.106, 3.012 e 4.164, em 2010; 1.397, 2.500, 2.980, 2.981 e 2.982, em 2011; 926, 2.447, 2.792, 2.793, 2.794, 2.795, 2.796, 2.797 e 2.801, em 2012.

O período se inicia em 2005, ano da efetiva vigência da Portaria MS 2.473/2003¹⁴, quando aos municípios foi aberta a possibilidade de pactuação das ações estratégicas de gerenciamento do risco sanitário; e o ano de 2012, ano da Lei Complementar 141/2012¹⁵.

A análise quantitativa dos valores financeiros constantes nas portarias demandou a conversão dos arquivos do formato .pdf para planilhas eletrônicas. Nesse procedimento, necessário pela inexistência de uma base de dados ou outro formato eletrônico editável que reunisse o conjunto de dados analisados – valores de repasses programados – buscou-se assegurar a qualidade dos dados, mediante sua dupla digitação e conferência. Não foram considerados os repasses destinados ao INCQS nas portarias ministeriais, por seu vínculo à esfera federal de governo.

Os recursos federais objeto desta análise, desde 2007, integram o bloco de financiamento da Vigilância em Saúde, destinando-se ao custeio de ações. A análise longitudinal retrospectiva permitiu sistematizar anualmente, em uma única base de dados, a população segundo o IBGE utilizada no repasse, o total de municípios e o número destes que pactuaram ações estratégicas e o total em R\$ repassados na forma de: piso estruturante e piso estratégico para municípios; piso estratégico para estados; incentivos aos LACENs; e de Gestão, formação de recursos humanos e outros.

Calcularam-se os recursos repassados e os valores R\$ *per capita/habitante*, por ano, para cada território estadual, que foi tomado também para a unidade de análise. Nele se localizam o Estado, abordado como ente federado, um conjunto de Municípios e o LACEN correspondente. Para fins de comparação, corrigiram-se monetariamente pelo IGP-M os valores *per capita* totais a valores de dezembro de 2012.

Resultados

O governo federal, representado pela Anvisa, entre 2005 e 2012, destinou recursos para a realização de ações de Vigilância Sanitária no âmbito do SNVS mediante repasses regulares e automáticos que, tendo mudado de denominação ao longo do período, mantiveram a mesma lógica distributiva baseada em valores *per capita* unificados para todo o país. São eles: “estruturante para municípios”, com adoção de um valor mínimo nacional, a partir de 2007; “estratégico para municípios”; e

“estratégico para estados”, com um valor mínimo nacional, estabelecido em 2001. Os repasses regulares chamados de “estratégicos” se destinavam à realização de ações de gerenciamento do risco sanitário. Também foram destinados recursos com finalidades específicas, e não baseados em capitação, por exemplo, para LACENs e para a formação de recursos humanos.

A análise da extensa legislação e dos critérios utilizados produziu um conjunto de resultados a seguir apresentados. O primeiro resultado foi a sistematização em uma única base de dados dos valores financeiros programados para repasses pela Anvisa, que sintetiza quase uma década da política de repasses financeiros, cujos valores são apresentados de forma compacta na Tabela 1, que também indica a população segundo o IBGE utilizada para o cálculo dos valores.

Observa-se um aumento populacional de 5,95% entre os anos de 2005 e 2012, e que de 2006 a 2008 repetiu-se o quantitativo da população utilizada, o que pode distorcer os valores *per capita* calculados para esses anos e tende a mascarar aumentos desses valores.

A capitação é o critério preponderante, mas não o único, para o cálculo dos valores a serem repassados, de forma que são totalizados montantes em reais que distorcem a comparação direta entre as unidades de análise. Por isso, esses montantes agregados foram transformados em valores *per capita*, correspondendo ao segundo resultado. A Figura 1 indica que, desde 2008, o valor *per capita* nas cinco regiões do país é superior a R\$ 1,00/hab/ano, ressalvada a consideração em relação à população utilizada no cálculo; e que as para as regiões Centro Oeste e Norte, os valores programados são mais altos que para as demais regiões, variando entre R\$ 1,09/hab/ano a R\$ 1,7/hab/ano.

A adoção do território estadual como unidade de análise permitiu constatar que, a partir de 2009, a maioria desses territórios recebeu valor *per capita* superior a R\$ 1,00/hab/ano, apesar dos valores extremos identificados no período estudado: R\$ 0,412/hab/ano para o Amazonas, em 2005; e R\$ 3,76/hab/ano para Roraima, em 2010. Verificou-se, ainda, que a região do país não é um critério explicativo satisfatório para as diferenças nos valores *per capita* repassados aos territórios estaduais, uma vez que, quando tomado o ano de 2012, vários territórios estaduais receberam repasses superiores a R\$ 1,5/hab/ano (AC, AL, AM, GO, MS, RO, TO, SC), enquanto os demais receberam repasses menores, mas não inferiores a R\$ 1,35/hab/ano.

O terceiro resultado obtido foi o percentual médio de municípios que pactuaram a realização de ações estratégicas de Vigilância Sanitária. Observou-se aumento importante ao longo do período estudado nas cinco regiões do país, especialmente a partir de 2010. Em 2012, o percentual de municípios que pactuaram por região correspondeu a: 80,7% (Norte), 56,9% (Nordeste), 58,7% (Centro-Oeste), 79,1% (Sudeste), e 72,3% (Sul). Entre os estados de cada região, os percentuais de municípios pactuados variaram bastante, com a região Nordeste apresentando os mais baixos percentuais, notadamente os estados de Pernambuco e Paraíba, com menos de 15% de municípios que pactuaram. As portarias referentes a 2008 e 2009 não apresentavam o número de municípios pactuados, por isso esses anos não foram considerados.

O quarto resultado foi obtido a partir da consideração da perda financeira da moeda ocorrida em relação às intenções de repasse *per capita* anuais que foram corrigidos monetariamente pelo IGP-M, para valores de 31/12/2012, mediante a multiplicação por um fator de correção anual, cujos resultados são apresentados na Figura 2. Como pode ser observado, desde 2007 a esfera federal programa repasses entre R\$ 1,238 e R\$ 1,442/hab/ano com uma tendência de estabilização em torno do valor R\$ 1,25/hab/ano, mesmo considerada a imprecisão da população utilizada nos anos de 2007 e 2008.

O quinto resultado relaciona-se à explicitação da estrutura de repasses programados em relação aos percentuais dos valores totais em R\$/ano alocados a cinco grandes categorias, distinguidas por esfera de governo a que se destinam: Município (M-P Estruturante e M-P Estratégico) e Estados (E-P Estratégico, E-LACEN e E-Gestão, RH e outros), ver Figura 3.

Em relação aos dois tipos de recursos repassados ao nível Municipal (M), os valores repassados na forma de piso estruturante envolvem os maiores montantes do recurso total, com tendência de estabilização entre 36% e 40% dos valores totais, em R\$/ano, enquanto que o piso estratégico teve percentuais mantidos entre 13% e 16%. Como consequência, no período investigado, o nível municipal recebeu entre 49,7% (36+13,7) e 58,7% (43,4+19,8) de todo o recurso repassado pela Anvisa ao SNVS, com uma tendência de estabilização entre 50% e 56%, especialmente nos anos de 2010-2012.

Para a esfera estadual (E), em 2005 e 2006 o piso estratégico era a única modalidade para os serviços, além dos recursos para os LACENs,

Tabela 1. Repasses federais para Vigilância Sanitária e população, segundo ano e território estadual. Brasil, 2005 a 2012, em milhares de Reais, valores correntes.

Território Estadual	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Acre	584,12	603,77	1436,80	1558,13	1195,39	1752,45	1272,75	1689,03
Alagoas	1312,69	1359,44	2588,71	3480,77	3035,53	3219,31	3253,56	5983,61
Amapá	548,46	575,87	1045,74	1627,63	1153,09	1813,23	1332,47	2148,15
Amazonas	1293,28	1379,13	2466,17	3668,80	3042,07	4768,20	6564,03	4773,51
Bahia	6291,98	6392,37	10658,48	14114,40	13068,71	12567,90	15187,62	13697,81
Ceará	3592,53	3802,78	6121,76	8435,59	7720,33	8265,95	11582,36	10482,57
Distrito Federal	1120,75	1166,61	1838,70	2816,98	2515,23	2173,38	3720,74	3000,49
Espírito Santo	1464,14	1535,76	2679,88	3897,04	3228,38	3685,25	3714,07	4034,07
Goiás	3174,68	3477,95	5333,56	7495,40	6779,77	7139,29	7275,59	9190,96
Maranhão	2534,78	2635,31	4799,36	6552,82	5867,57	7915,70	5608,80	6265,92
Mato Grosso	1451,33	1509,99	3013,00	4003,92	3251,15	4736,42	5741,93	4432,90
Mato Grosso do Sul	1202,34	1244,00	2208,31	2945,77	2391,79	2733,27	2768,73	4203,28
Minas Gerais	10724,43	11130,96	18387,51	22337,77	21427,78	21385,99	24829,34	26595,55
Pará	3240,30	3355,30	5494,08	7210,43	6503,78	9880,67	7143,74	11401,67
Paraíba	1552,10	1586,19	3506,22	4783,38	4144,19	4077,63	4091,57	4421,26
Paraná	6530,07	6801,50	10801,53	12395,38	11531,37	11866,91	14153,13	14173,51
Pernambuco	4019,69	4147,54	6651,15	8695,39	7954,82	7621,79	10858,65	8729,67
Piauí	1249,54	1284,91	3134,58	4251,00	3717,24	3970,98	3978,10	4270,57
Rio de Janeiro	11632,63	11666,20	14740,52	17356,04	16236,49	15748,59	19374,51	17893,91
Rio Grande do Norte	1322,96	1376,01	2993,03	4424,16	3893,98	3711,37	6842,98	4414,96
Rio Grande do Sul	6161,11	6358,90	10642,43	12994,26	12043,17	11498,06	13818,19	13697,56
Rondônia	809,67	830,73	1529,41	2344,00	1733,23	2617,14	2044,69	2730,47
Roraima	510,63	519,26	882,13	1382,35	1033,13	1584,89	1101,35	1515,85
Santa Catarina	3790,64	3866,16	6367,22	7813,47	7125,70	7494,68	7580,97	10122,76
São Paulo	28628,74	29964,86	40057,90	42359,24	41369,36	42583,85	46289,17	46548,91
Sergipe	1047,73	1079,56	1912,35	2585,44	2120,18	2197,51	2218,57	2505,69
Tocantins	741,44	761,18	1936,03	2663,71	2179,71	2854,96	2375,08	3092,24
Total	106.532,76	110.412,24	173.226,56	214.193,28	196.263,14	209.865,37	234.722,69	242.016,88
População	181.581.024	184.184.264	184.184.264	184.184.264	189.612.814	191.480.630	191.506.729	192.379.287

Fonte: Elaboração própria, a partir das normas para repasses para a vigilância sanitária emitidas pelo Ministério da Saúde no período estudado.

também pertencentes a essa esfera. Para realizar ações mais complexas/densas tecnologicamente o nível estadual recebeu entre 24,7% e 33% dos valores totais, em R\$/ano, com uma tendência de estabilização entre 24% e 26%; excetuados os anos de 2005 e 2006. A partir de 2007, os recursos destinados aos LACENs apresentam uma ten-

dência de crescimento para percentuais em torno dos 20%, com montantes que foram subtraídos dos valores anteriormente repassados ao ente Estado. Quando observado o ano de 2012, os LACENs receberam percentuais (21,9%) de mesma ordem de grandeza que os entes federados Estado (24,7%), o que parece sinalizar a adoção

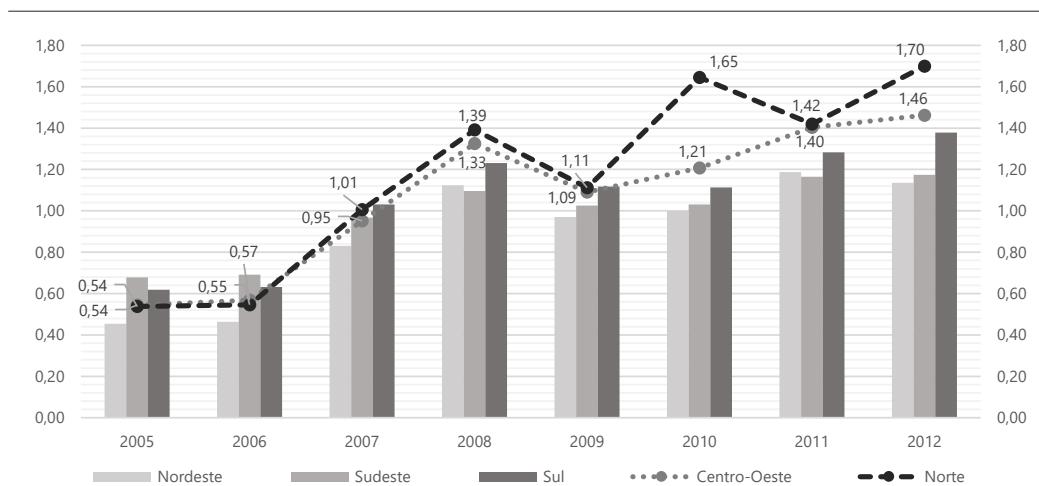


Figura 1. Repasses federais para Vigilância Sanitária, em valores *per capita*, segundo região e ano. Brasil, 2005 a 2012, em Reais, valores correntes.

Fonte: Elaboração própria, a partir das normas para repasses para a vigilância sanitária emitidas pelo Ministério da Saúde no período estudado.

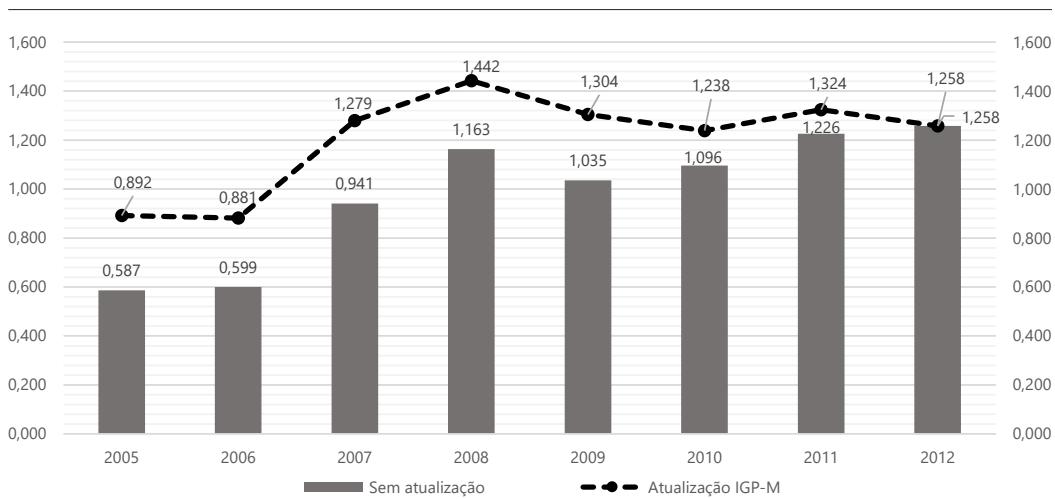


Figura 2. Repasses federais para Vigilância Sanitária em valores *per capita*. Brasil, 2005 a 2012, em Reais, valores correntes e atualizados para 2012.

Fonte: Elaboração própria, a partir das normas para repasses para a vigilância sanitária emitidas pelo Ministério da Saúde no período estudado.

de uma política específica para este tipo de ação. Os recursos repassados, a título de Gestão, RH e outros, têm caráter eventual e envolvem a menor parcela deles, tendo se mantido em torno dos 5% desde que foi estabelecido, em 2008.

Sumarizando a análise dos percentuais do total de repasses federais programados em R\$/

ano para a Vigilância Sanitária por tipo e destino, observa-se uma tendência de estabilização em torno dos 50% aos municípios, 25% aos entes federados estado, 20% aos LACENs e 5% a título de Gestão, RH e outros. Chama a atenção a progressiva redução dos recursos transferidos ao ente estado, a partir de 2007, a título de piso estratégico.

O sexto resultado obtido foi a distribuição dos valores *per capita* por território estadual para cada uma das cinco grandes categorias, distinguidas por nível de gestão de destino, neste texto ilustrados para o ano de 2012 na Figura 4.

Nesse ano, para o ente município observam-se importantes diferenças nos repasses do piso estruturante: alguns territórios estaduais (AM, PA, CE, PE, RJ e DF) receberam valores entre R\$ 0,36/hab/ano e R\$ 0,40/hab/ano; outros (TO, PB,

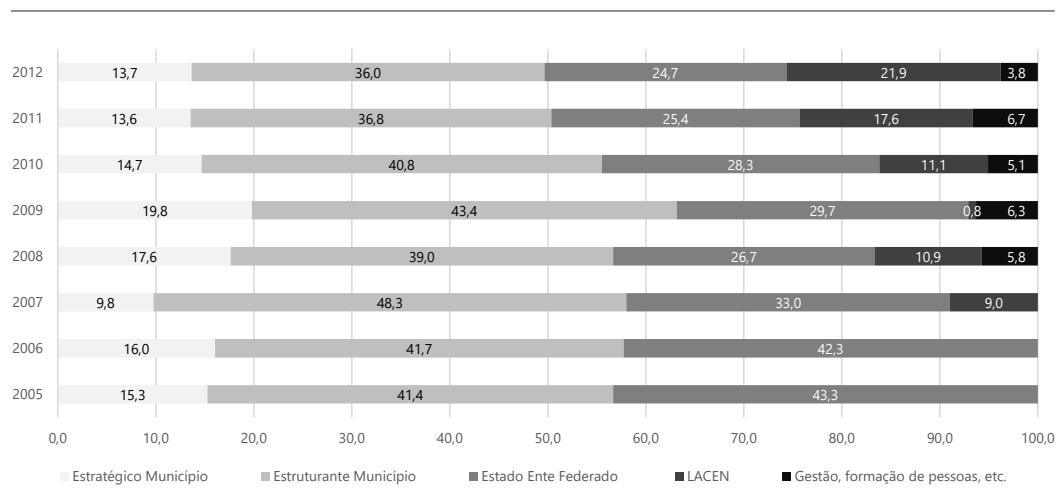


Figura 3. Distribuição percentual dos repasses federais para Vigilância Sanitária segundo tipo e finalidade, por ano. Brasil, 2005 a 2012.

Fonte: Elaboração própria, a partir das normas para repasses para a vigilância sanitária emitidas pelo Ministério da Saúde no período estudado.

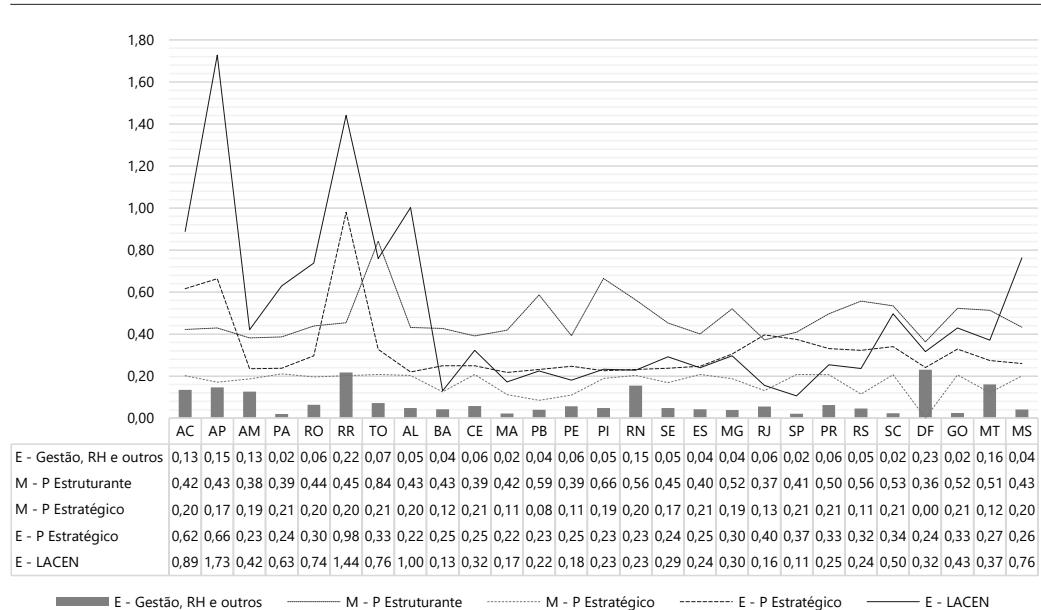


Figura 4. Repasses federais *per capita* para Vigilância Sanitária segundo território estadual e tipo de repasse. Brasil, 2012, em Reais.

Fonte: Elaboração própria, a partir das normas para repasses para a vigilância sanitária emitidas pelo Ministério da Saúde no período estudado.

PI, RN, MG, PR, RS, SC, GO e MT) receberam valores entre R\$ 0,50/hab/ano e R\$ 0,84/hab/ano. Situação similar ocorreu para os repasses do piso estratégico: alguns estados (BA, MA, PB, RS e MT) receberam valores entre R\$ 0,08/hab/ano e R\$ 0,12/hab/ano, enquanto os demais receberam valores superiores a R\$ 0,19/hab/ano.

Em relação aos recursos repassados ao ente Estado nesse ano, observa-se que o piso estratégico estadual não teve uma distribuição homogênea dado que os estados do AC, AP e RR receberam valores entre R\$ 0,62/hab/ano e R\$ 0,98/hab/ano, enquanto os demais receberam valores entre R\$ 0,22/hab/ano e R\$ 0,40/hab/ano.

Os repasses programados para os LACENs apresentaram-se distorcidos, tendo em vista que a distribuição dos recursos federais para eles não segue a lógica populacional. Os LACENs localizados no AC, AP, PA, RO, RR, TO, AL e MS receberam valores superiores a R\$ 0,63/hab/ano, com valor máximo de R\$ 1,73/hab/ano (AP); os demais receberam valores inferiores a R\$ 0,43/hab/ano, com o mínimo de R\$ 0,11/hab/ano (SP).

Os recursos repassados a título de Gestão, RH e outros apresentaram a mesma disparidade, dado que alguns estados (AC, AP, AM, RR, RN, DF e MT) receberam valores entre R\$ 0,13/hab/ano e R\$ 0,23/hab/ano, ao passo que todos os demais receberam valores inferiores a R\$ 0,07/hab/ano.

Discussão

Os resultados obtidos sinalizam a conquista e a manutenção de espaço pela Vigilância Sanitária no âmbito do SUS, seja pela consistência na periodicidade dos repasses programados (resultado 1), pelo aumento dos valores nominais (resultado 2) ou pela manutenção da atualização monetária dos valores *per capita* (resultado 4). Também se identificou um importante aumento, nas cinco regiões do país, do percentual médio de municípios que pactuaram a realização de ações estratégicas de Vigilância Sanitária no período analisado (resultado 3).

A opção metodológica por focalizar nos repasses programados federais implica em observar a política distributiva adotada, tendo sido constatada a falta de homogeneidade na distribuição dos repasses pelo ente federal com disparidades entre regiões do país e territórios estaduais. Contudo, essa abordagem é em alguma medida limitada ao não considerar a captação e a destinação dos recursos decorrentes do uso

do poder de polícia administrativa da vigilância e, uma vez que, a totalidade do repasse previsto pode não ter efetivamente ocorrido pela ausência de pactuação específica ou por bloqueio financeiro, pela falta de alimentação dos sistemas de informação.

Os repasses federais baseados em valores *per capita* unificados para todo o país são potencialmente iníquos na vigência de desigualdades. A introdução do piso estadual¹⁶, em 2001, mediante pactuação entre os serviços de Vigilância Sanitária da esfera estadual e a Anvisa, objetivou promover maior justiça alocativa redistribuindo recursos das regiões mais ricas e populosas para os estados de menor população e rede de serviços. Esse piso, fixado inicialmente em R\$ 420.000,00 beneficiou os seis estados de menor porte populacional: AC, AP, RR, RO, TO, SE. Com a instituição do piso municipal¹⁷, no valor de R\$ 7.200,00 ao ano, em 2007, buscou-se de forma semelhante reequilibrar supostas desigualdades em função das disparidades de porte. A média brasileira de municípios com menos de 20.000 habitantes é ligeiramente superior a 68%. Apenas os estados do PA, RJ, AM, PE e CE têm menos de 50% do total de municípios pequenos, o que explica a menor magnitude dos recursos repassados aos municípios desses estados a título de piso estruturante. Há casos extremos, como RR, RN, PB, PI e TO, em que o percentual de municípios pequenos varia de 80% a 92% do total.

A análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária, no que concerne aos repasses programados, de 2005-2012, não evidenciou aumento da equidade no financiamento da Vigilância Sanitária relacionado às necessidades de realização de ações. Sendo escassos os recursos para a Vigilância Sanitária, e eles são, na medida em que se praticam os menores valores *per capita* instituídos no campo da saúde, um maior grau de distribuição tende a resultar em pulverização de recursos, ou seja, em maior ineficiência.

Ao mesmo tempo, as necessidades de realização de ações de Vigilância Sanitária voltadas ao gerenciamento dos riscos envolvidos na produção e consumo de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde parecem acompanhar a concentração populacional, e um maior redistributivismo para as localidades de menor concentração populacional pode se tornar socialmente menos justo e mais iníquo. Ademais, a partilha de recursos na federação tem beneficiado os municípios pequenos e as capitais, em detrimento dos de médio porte, e de todo modo, o porte não é a única e fundamental característica a determi-

nar a desigualdade entre os municípios¹⁸. Os dois menores municípios do país, Serra da Saudade (MG) e Borá (SP) são disparem em relação às finanças públicas municipais e ao índice de desenvolvimento humano (IDH).

Os repasses *per capita* de recursos estruturantes para municípios podem ser caracterizados como uma estratégia para promover maior equidade horizontal na oferta de ações de Vigilância Sanitária, dado o objetivo de fortalecer o sistema e implantar ações de Vigilância Sanitária nos territórios onde ainda elas não eram desenvolvidas. Contudo, há que se considerar que a equidade no financiamento da Vigilância Sanitária é diferente de igualdade na oferta de ações, e que iniquidades em saúde não necessariamente significam iniquidades em Vigilância Sanitária.

Quanto aos recursos estratégicos destinados aos Estados se observou uma redução da importância percentual desses recursos destinados ao gerenciamento dos riscos pela esfera estadual, o que pode ser observado na Figura 3 e que anteriormente fora apontado como tendência¹⁸.

Do ponto de vista da distribuição regional de recursos destinados às ações de Vigilância Sanitária, as regiões Centro Oeste e Norte, desde 2008, passaram a receber maiores valores que as demais, variando entre R\$ 1,09/hab/ano a R\$ 1,7/hab/ano. Esse redirecionamento de recursos para essas regiões falaria a favor de maior equidade em saúde, contudo, em se tratando de Vigilância Sanitária se faz mister considerar que é mandatório que se estimem as necessidades de realização de ações de gerenciamento do risco sanitário.

Nesse sentido, é preciso considerar a possibilidade de existirem pisos municipais distintos para cada território estadual e entre entes federados Estado. A eleição dos mais necessitados, é central na elaboração de qualquer proposta que pretenda alocar ou alterar a alocação de recursos de modo mais equitativo.

É interessante observar que as estratégias de repasses federais partem de um critério com ênfase no indivíduo, ao propor no formato *per capita*, porém em sua implementação utilizam lógica que é dependente da forma como se estruturam os serviços de Vigilância Sanitária nos municípios do país, pela adoção de pisos mínimos, o que produz considerável disparidade no aporte de recursos entre os territórios estaduais (resultados 5 e 6). Esses resultados permitiram problematizar a equidade das intenções de repasses do nível federal por tipo e finalidade e para territórios estaduais resultante da adoção de um valor mínimo nacional idêntico (piso estratégico para Estados e

piso estruturante para Municípios), independentemente da quantidade de municípios existentes em um dado território estadual.

A descentralização das ações de Vigilância Sanitária envolve a definição do papel dos estados na execução destas ações e a assunção pelos municípios das ações que não sejam privativas das outras esferas. Na prática, a maioria dos municípios opta por realizar apenas parte do elenco de ações, por um período indefinido de tempo, o que suscita questionar se a política federal de financiamento tem efetivamente estimulado a re-alição descentralizada das ações.

A possibilidade de optar define a divisão de tarefas entre as esferas de governo subnacionais e interfere diretamente na provisão de estrutura específica, de recursos humanos e de conhecimento técnico especializado, nos municípios e estados. Vale destacar que a necessidade de aumento da equipe é um fator que desestimula a assunção da realização de um conjunto ampliado de ações de Vigilância Sanitária, tendo em vista os limites para despesas com pessoal na Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁹.

Apesar dos municípios brasileiros terem recebido recursos federais para realizar o conjunto mínimo de ações de Vigilância Sanitária, expresso pelo valor *per capita* de R\$ 0,25 por habitante ao ano desde 1998¹⁸, previsto na fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB), sempre foi incipiente a sua adesão à realização de ações, mormente as estratégicas, de gerenciamento do risco sanitário. Apesar de o terceiro resultado indicar um crescimento percentual médio de municípios que pactuaram o recebimento do piso estratégico, que em 2005 era inferior a 20% e teve aumento expressivo no período analisado, há que se questionar se este aumento guarda relação com a efetiva realização de ações estratégicas de Vigilância Sanitária, ou se é o resultado das diferentes estratégias de pactuação adotadas pelos estados, que não necessariamente se vincularam aos repasses financeiros.

No início do período analisado o recebimento de recursos estratégicos em Vigilância Sanitária para os municípios se vinculava à pactuação da ampliação das ações de gerenciamento do risco sanitário. A partir de 2007, os estados passaram a definir critérios para a pactuação, nem sempre vinculados à efetiva assunção e diversificação das ações de gerenciamento do risco, via pacto nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Os resultados obtidos no estudo indicam que a falta de um critério uniforme para todo o país – na pactuação e no seu monitoramento – influenciou

o percentual de municípios pactuados e afetou diretamente o repasse *per capita* médio dos recursos estratégicos repassados a cada território estadual. Nesse sentido, é possível que coexistam Sistemas Estaduais de Vigilância Sanitária em distintos estágios de maturidade e de assunção de responsabilidade na execução das ações, o que pode favorecer uma falha sistêmica, na medida em que, muitas vezes, é desejada uma ação cooperativa territorialmente abrangente para o gerenciamento dos riscos à saúde². Além disso, internamente aos Sistemas Estaduais de Vigilância Sanitária deve ser estimulada uma adequada divisão de tarefas, que seja consistente com os recursos repassados e propicie a assunção de ações de Vigilância Sanitária pelos municípios, sendo esperado que quanto maior o conjunto de ações assumidas pelos municípios, maior seja o volume de recursos a eles destinados.

Em relação aos repasses para Gestão e formação e para os LACENs, não foi identificada uma política homogênea no período analisado. Além da lógica de repasses baseada em uma classificação por categorias definidas por porte, tipo e volume de ações realizadas, poderia ser considerada a possibilidade de repasses *per capita* para LACENs, que se justificaria pelo aumento da população residente representar, de forma indireta, a demanda laboratorial.

Os repasses para a Gestão e formação de pessoas, iniciados a partir de 2008, representam os menores valores. Sua origem parece ser a existência de recursos programados e não efetivamente repassados em decorrência de não adesão de parte dos municípios à pactuação dos recursos estratégicos. Além de maior clareza na distribuição desses recursos, ressalte-se que eles contribuem para um comportamento errático dos valores *per capita* médios.

O financiamento federal assume uma posição central para a construção do SNVS ao favorecer a descentralização das ações, podendo estimular maior alocação de recursos pelos demais entes federados e explicitar a divisão de tarefas. Porém, enquanto no nível federal as tarefas estão relativamente bem definidas, ainda é latente a discussão sobre o tipo de divisão das ações nos sistemas estaduais de Vigilância Sanitária. Não parece haver consenso nacional em relação à descentralização pretendida para as ações de Vigilância Sanitária ou um claro posicionamento do ente federal, coordenador do SNVS, quanto ao delineamento dos sistemas estaduais.

O modelo vigente de financiamento federal deve ser aperfeiçoado por pelo menos duas razões.

Em primeiro lugar, ele restringe a possibilidade de redução das desigualdades no provimento de ações de Vigilância Sanitária, que são constitucionalmente atribuições do SUS e que integram o direito à saúde. Em segundo, para estimular a melhora da qualidade das ações de Vigilância Sanitária executadas pelos serviços das três esferas de governo e no processo de construção do SNVS, considerando a heterogeneidade estrutural e funcional dos municípios no Brasil e suas díspares capacidades de financiar e de administrar para prover bens e serviços públicos.

É importante a destacar que a busca da equidade é um processo permanente de aproximações sucessivas²⁰ e que nenhum sistema teria uma capacidade absoluta e ubíqua de contemplar a imensa variedade das situações singulares ao definir regras e valores gerais, e sempre exigiria um espaço de autonomia aos seus operadores para atenuar ou até mesmo modificar o previsto nas determinações genéricas. Apesar disso, os repasses não podem ser suscetíveis a critérios políticos oportunistas que beneficiem, por ocasião, entes ou regiões, devendo ser proporcional à população e ao tipo e quantidade de ações a serem desenvolvidas.

Nesse sentido, é preciso olhar também para o gasto – tratando diferentemente os que melhor gastam, daqueles que não gastam ou que gastam mal os parcos recursos repassados – para que se possa construir um SNVS presente em todo território nacional, e não necessariamente em todos os municípios, que se articule com as redes de atenção à saúde para a qualificação do cuidado prestado ao cidadão.

Considerações finais

Este texto apresentou a análise do financiamento federal das ações de Vigilância Sanitária entre 2005-2012, o que por si é relevante e inédito. No que concerne à Vigilância Sanitária, se buscou lançar luzes sobre os repasses programados para os serviços estaduais e municipais e problematizar a sua distribuição, apesar da escassez de literatura existente.

A política de distribuição de recursos federais demonstrou: aumento nominal dos repasses, com tendência de manutenção dos valores *per capita* corrigidos, a se estabilizar em torno do valor médio de R\$ 1,25/hab/ano, com grandes variações entre regiões do país e territórios estaduais. O importante aumento nas cinco regiões do país do percentual médio de municípios que pactuaram a realização de ações estratégicas de Vigilância Sanitária.

lância Sanitária ao longo do período analisado é um fato ainda não suficientemente analisado, especialmente quanto à pontuação ter resultado em efetiva realização descentralizada das ações de controle do risco sanitário.

Explicitou-se a estrutura de repasses programados por tipo e finalidade para Municípios e Estados, tendo-se observado uma tendência de estabilização em percentuais das intenções de repasses federais (R\$/ano) para a Vigilância Sanitária em torno dos 50% aos municípios, 25% aos entes federados Estado, 20% aos LACENs e 5% a título de Gestão, RH e outros.

Os critérios distributivos adotados na política de financiamento federal da Vigilância Sanitária, baseada em valores *per capita* unificados para todo o país, aliado à introdução de repasses com finalidades específicas, produziram distorções entre territórios estaduais que indicam iniquidade. A discussão desses resultados em relação ao aparato conceitual indicado na literatura aponta

a necessidade de tornar mais preciso o conceito de equidade no financiamento no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e de ampliar a discussão sobre os critérios de alocação atualmente utilizados.

Estudos futuros poderiam produzir conhecimento para o alcance de maior equidade no rateio dos recursos federais, aprimorar o modelo vigente de financiamento e subsidiar a construção de um financiamento mais coerente com as necessidades de realização das ações de vigilância, discutir a suficiência de recursos para a realização de ações de Vigilância Sanitária no país, incorporando a análise dos aportes financeiros solidários realizados pelos entes subnacionais e se os mesmos são proporcionais aos valores recebidos do ente federal. Possibilitando, dessa forma, a melhoria da qualidade das ações dos serviços e a redução dos riscos à saúde, tendo em vista serem escassos os recursos disponíveis para o SNVS, desiguais as realidades e grandes as necessidades.

Colaboradores

M Battesini trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. CLT Andrade trabalhou na análise dos dados. MH De Seta trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo.

Agradecimentos

Ao CNPq e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária pelo financiamento do projeto intitulado “Equidade no financiamento federal da Vigilância Sanitária: proposta de modelo no contexto federativo”, integrante da Chamada MCTI/CNPq/Anvisa.

Referências

1. Lucena RB. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. *Rev Adm Publica* 2015; 49(5):1107-1120.
2. De Seta MH, Dain S. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):3307-3317.
3. Soares A, Santos NR. Funding of the Unified Health System in FHC, Lula and Dilma government. *Saúde debate* 2014; 38(100):18-25.
4. Costa RRO, Bosco Filho J, Medeiros SM. Perfil das publicações de vigilância sanitária em periódicos nacionais indexados na scielo. *Vigil sanit debate* 2014; 2(1):22-26.
5. Vazquez DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad Saude Publica* 2011; 27(6):1201-1212.
6. Simão JB, Orellano VIF. Um estudo sobre a distribuição das transferências para o setor de saúde no Brasil. *Estud Econ* 2015; 45(1):33-63.
7. Piola SF, França JRM, Nunes A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):411-421.
8. World Health Organization (WHO). *Health systems*. [acessado 2016 out 7]. Disponível em: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/em/>
9. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000. Discussion paper. EUR/ICP/RPD 414 - 7734r.
10. Chang WC. The meaning and goals of equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(7):488-491.
11. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluations Methods*. 3^a ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.
12. Santos AR. *Metodologia Científica: a construção do conhecimento*. 7^a ed. Rio de Janeiro: Lamparina; 2007.
13. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas; 2008.
14. Brasil. Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2004; 2 jan.
15. 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e gerenciamento das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 14 jan.
16. Brasil. Portaria nº. 145, de 31 de janeiro de 2001. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de vigilância sanitária. *Diário Oficial da União* 2001; 8 fev (republicação).
17. Brasil. Portaria nº. 1.998, de 21 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados à execução das ações de vigilância sanitária na forma do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 22 ago.
18. De Seta MH. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
19. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 5 maio.
20. Campos GW. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. *Saude Soc* 2006; 15(2):23.

Artigo apresentado em 07/12/2016

Aprovado em 27/06/2017

Versão final apresentada em 29/06/2017