

SÍNTESE DO RELATÓRIO DA OFICINA “SUBSÍDIOS PARA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA”  
GT VISA DA ABRASCO

**Antecedentes no delineamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária**

A vigilância sanitária (VISA) manteve-se relativamente afastada do processo de Reforma Sanitária, que priorizou atividades de assistência à saúde, aspectos jurídico-legais e reforma do arcabouço institucional. A crise nos serviços assistenciais era recorrente; o arcabouço institucional que servia à ordem anterior tinha que ser reformado para dar lugar ao SUS; e a VISA representa uma face da Saúde Coletiva que passa ao largo do paradigma biomédico, centrado na doença e no adoecer. Mas, marcos importantes surgem no curso da Reforma: o estabelecimento da competência do SUS para a execução das ações de VISA (Art. 200, Constituição Federal de 1988), a sua própria definição legal e o reconhecimento de seu caráter intersetorial (Lei 8.080/90).

No início dos anos 90, há um movimento governamental de contra-reforma que repercute na VISA e leva alguns profissionais a lançarem, em 1991, o documento “Contribuição para a reorganização da vigilância sanitária à luz de novas bases legais”, com a proposta de criação de um sistema nacional de vigilância sanitária. No ano seguinte, surge outro documento intitulado “Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde”. Em 1994, é convocada uma Conferência Nacional específica que não se realiza, e tenta-se, sem sucesso, criar uma autarquia federal. Finalmente, é editada a Portaria 1.565/94, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) com um modelo integral que rompe com a fragmentação das ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e em Saúde do Trabalhador e incorpora as ações assistenciais de saúde.

Essa Portaria não foi implementada no plano federal devido, em parte, à descontinuidade administrativa que só termina quando se cria, pela Lei 9.782/99, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tendo como características: estabilidade de seus diretores, independência financeira e autonomia administrativa. Entre as competências definidas para a Agência está a coordenação do SNVS que, todavia, não foi suficientemente delineado nessa Lei.

Realizada em 2001, com o tema "Efetivar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: proteger e promover a saúde construindo a cidadania", a I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária representa outro marco importante no processo, tornando explícitos diversos conflitos setoriais e possibilitando o envolvimento de outros atores sociais nas discussões sobre o SNVS.

As relações entre as esferas de governo para efetivar as ações de VISA, desde a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária/MS, eram baseadas em mecanismos convenientes, que persistem até a criação da Anvisa, quando são instituídos repasses financeiros regulares e automáticos para os entes federativos. Esse avanço possibilita a (re)estruturação dos serviços estaduais, embora os repasses, baseados *per capita* e concentração de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em um dado território, apresentem ainda baixo potencial redistributivo e redutor das desigualdades. As ins-

tâncias colegiadas e de pactuação instituídas (Conselhos, CIT e CIB), progressivamente, incorporam a vigilância sanitária em suas agendas decisórias. Até 2003, a interlocução se dá entre a Anvisa e a esfera estadual, com exclusão dos municípios, mas, essa exclusão motiva um grupo de coordenadores municipais de vigilância sanitária a criar o Fórum das Vigilâncias Municipais do Norte e Nordeste. Em dezembro de 1999, o grupo lança a “Carta do Recife” e, apesar de considerar precoce a criação de um Fórum Nacional, conquista de um importante espaço no CONASEMS. Atualmente os municípios têm assento no Comitê Consultivo Tripartite de Vigilância Sanitária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e muitos deles estão em fase de pactuação com a Anvisa, com a intermediação dos respectivos estados, seguida de pacto na CIB.

A multiplicidade de significados atribuídos à palavra descentralização, a diversidade de formatos que ela assume na realidade e a centralização histórica da Administração Pública brasileira contribuem para o estágio relativamente centralizado da vigilância sanitária. A discussão da descentralização ocorre acoplada à do financiamento o que faz com que, muitas vezes, a motivação dos governos locais seja o maior aporte de recursos. No entanto, sabe-se que o repasse de recursos, isoladamente, não é condição suficiente para a descentralização das ações com efetividade, e que essa efetividade só poderá ser alcançada pela centralidade das categorias risco e qualidade no processo de trabalho da vigilância sanitária e pelo modo de operação articulado dos serviços de vigilância sanitária em um sistema, cuja “estrutura” não se restrinja ao organograma, mas tenha relação com o escopo das práticas, a capacidade institucional para realizar o trabalho, o conteúdo e os fluxos da informação, com o chamado “corpo doutrinário” que orienta a realização das atividades, e com o estabelecimento de mecanismos regulares de petição e prestação de contas.

A Anvisa, ao manter fora da sua esfera de atuação a vigilância em saúde do trabalhador e as questões ambientais, diferencia-se da tendência verificada nos serviços estaduais de VISA desde a década de 90, quando vários incorporam, no mínimo, a vigilância em saúde do trabalhador. Mas, devido à imprescindibilidade da VISA qualquer que seja o formato organizacional adotado, algum órgão persiste e, com avanços e retrocessos, o SNVS vem se conformando como um arranjo restrito aos serviços de vigilância sanitária, com baixo grau de coesão entre os componentes federal e estadual, incipiência do componente municipal e precário controle social. Além de um serviço federal robusto, torna-se necessário prosseguir na estruturação de órgãos que aumentem a cobertura e a efetividade do sistema pela ação colaborativa entre seus componentes, respeitando o princípio da interdependência sistêmica.

Mas, por que um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária? As justificativas iniciais, tomadas de Lucchese (2001), se devem:

1 - ao conceito de risco com o qual a vigilância sanitária trabalha, que não pode ser circunscrito à divisão geopolítica nacional, e ao modelo de vigilância sanitária brasileiro que representa uma tentativa de *coletivização da administração dos efeitos externos (externalidades)* decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse para a saúde. Um medicamento, vacina ou alimento, produzido e distribuído sem os requisitos que garantam sua qualidade, segurança e eficácia, representa potencial externalidade, pois constitui risco para as comunidades, municípios e unidades federadas onde esses bens são consumidos;

2 - à *interdependência* das partes constituintes do sistema – órgãos federal, estaduais e municipais - elemento indispensável para a construção da administração coletivizada, assim como a existência de *laços de unidade nacional*, para controlar as externalidades;

3 - à necessidade de implementar sistemicamente os princípios de equidade, integralidade e universalidade também na VISA. O sistema dá forma a um conjunto de partes e institui relações entre os entes federativos de forma clara.

Motivado para a discussão de um plano para o desenvolvimento do SNVS, um grupo de profissionais dos serviços e da área acadêmica se reuniu em Goiânia, em 3 e 4 de junho de 2004, para levantar pontos a serem discutidos por um grupo ampliado e com representação institucional, nessa Oficina de Trabalho.

## **A DINÂMICA E O PRODUTO DA OFICINA**

A dinâmica da Oficina incluiu a apresentação de um registro em vídeo do Sanitarista Sérgio Arouca sobre a Reforma Sanitária e o caráter estruturante da VISA para o campo da Saúde Coletiva, uma mesa redonda seguida de debate e trabalho em grupos.

**I – Os desafios a serem enfrentados.** Os seis tópicos, resultantes da Reunião de Goiânia e apresentados no Termo de Referência, foram considerados desafios a serem enfrentados na consolidação do SNVS. Várias estratégias foram propostas para a sua superação. Os participantes sugeriram a inclusão do tópico FORMULAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE RH PARA O SISTEMA que, além da qualificação, contemple a estabilidade profissional nas três esferas de governo com planos de carreira, e possibilite o *empowerment* dos técnicos, minimizando a sua fragilidade política.

**RESSIGNIFICAÇÃO DA VISA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.** É um longo e urgente processo de mudança cultural dos profissionais e da sociedade brasileira, a partir da reavaliação das práticas, dos processos, das tecnologias e da apropriação dos conceitos, no interior do sistema e fora dele.

**RECOMPOSIÇÃO DAS PRÁTICAS DE TRABALHO.** Há necessidade de se recompor as práticas de trabalho para além da fiscalização e do extremo apego à base legal, apostando-se na inteligência para orientar um certo “furor regulatório” e revalorizar as ações.

**A VISA É UMA PRÁTICA AVALIATIVA.** Além de ser atividade regulatória e de avaliação de tecnologias, a VISA deve valer-se de estratégias de monitoramento para identificação, gerenciamento e comunicação dos riscos à saúde da população e dos resultados de sua própria ação.

**O SISTEMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EXTRAPOLA O ESPAÇO ORGANIZACIONAL DA SAÚDE.** A vigilância sanitária integra e é competência do SUS, mas o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária precisa de interação com órgãos de outros campos organizacionais externos à Saúde, devido ao seu caráter intersetorial.

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA PARA A QUALIDADE DE VIDA E REDUÇÃO DOS RISCOS.** Os integrantes do SNVS estão sujeitos a demandas, exigências e pressões do setor regulado, mas devem voltar sua atenção para a promoção e proteção da saúde da população.

**SISTEMA COOPERATIVO, COM EQUIDADE.** Os componentes do SNVS precisam participar de forma cooperativa e integrada, e devem estar organizados e distribuídos equitativamente no país, negociando por meio das instâncias de pactuação constituídas.

**II – A descentralização das ações de vigilância sanitária.** Ela não pode se dar de modo análogo à da assistência à saúde, nem se restringir à municipalização. É fundamental considerar que essa diretriz não é um fim em si mesma, mas um meio para melhorar a efetividade e o controle público das ações de vigilância sanitária. Os membros da oficina encaminharam várias propostas a serem apresentadas futuramente.

**III - A cooperação entre os serviços de vigilância sanitária.** A cooperação entre os entes federados foi considerada estratégica para a efetivação do sistema e para a segurança sanitária da população que depende, quase sempre, da atuação conjunta das três esferas de governo. Destacou-se, também, a inclusão de novos atores para efetivação do SNVS que tenha na cooperação/pactuação a base de sua ação.

**IV – A equidade e o financiamento das ações de vigilância sanitária.** Os participantes destacaram a necessidade das três esferas de governo assumirem o compromisso de alocar recursos de outras fontes, além dos oriundos da cobrança de taxas, e a definição de uma combinação de critérios para financiamento da VISA – *per capita*, risco, complexidade tecnológica da ação de vigilância sanitária.

**V – Princípios e diretrizes a nortear o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** Para implementação dos princípios e diretrizes do SUS, que devem orientar o SNVS, os participantes fizeram recomendações, dentre elas que a transposição não deve ser mecânica, visto que há especificidades na VISA, atividade típica de Estado, e elencaram estratégias. Sugeriram, também, a incorporação de outros princípios: **Transparência** na ação regulatória, **Transversalidade** e **Intersetorialidade**, **Ética** e **Princípio da Prevenção**, e **Complementaridade das ações**.

Foram delineadas estratégias para conferir maior institucionalidade a este movimento e disseminá-lo, visto que o GT é um espaço que não tem como objetivo substituir instituições diretamente responsáveis pelas ações de Vigilância Sanitária. Novos desdobramentos ocorrerão até o II Simpósio Brasileiro e I Pan-Americano de Vigilância Sanitária, em Caldas Novas/GO, em novembro deste ano.

#### PARTICIPANTES DA OFICINA

Nome	Instituição	Nome	Instituição
Marismary Horsth De Seta - Coordenação e Relatoria da Oficina	ENSP/FIOCRUZ e GT VISA	Gisélia Souza	ISC/UFBA
Ana Maria Figueiredo de Souza - Coordenação da Oficina	FSP/USP e GT VISA	Grácia Maria Gondim	UFRN e GT VISA
Adriana Mitsue Ivama	OPAS	Homero de Carvalho	CICT/FIOCRUZ
Ana Célia Pessoa da Silva	ENSP/FIOCRUZ e GT VISA	Jorge Alberto Molina Rodriguez	VISA/PB
Ana Cristina Souto	ISC/UFBA	José da Rocha Carvalheiro	FIOCRUZ e ABRASCO
Antonio Jorge Silva Araújo	Núcleo estratégico do CONASEMS e VISA/BELÉM	Lenice G. da Costa Reis	VISA/RJ e GT VISA
Carolina Rodrigues Gomes	VISA/RJ	Lígia Maria Cantarino	ANVISA
Cátia Verônica Oliveira	ENSP/FIOCRUZ	Maria Cecília Martins Brito	VISA/GO, Coordenadora da CT VISA do CONASS e GT VISA
Cláudio Nishizawa	ANVISA	Maria Cristina da Costa Marques	FSP/USP e GT VISA

<b>Nome</b>	<b>Instituição</b>	<b>Nome</b>	<b>Instituição</b>
Danila Augusta Varella Barce	NAEST/ANVISA	Maria Umbelina Dumont	ADAVS/ANVISA
Daniela Guimarães de Araújo	ESPMIG	Maura Aquino Ferreira	VISA/MS
Diana Carmem Almeida N. de Oliveira	VISA/CE	Miriam Miranda Cohen	VISA/RJ
Durval Martins Pontes Jr.	ENSP/FIOCRUZ	Ozório Paiva Filho	ANVISA
Ediná Alves Costa	ISC/UFBA e GT VISA	Raimunda Isabel Teixeira	ESPMIG
Edna Maria Covenem	VISA/GO	Rosângela Sobiezcanski	VISA/RS
Flávia Freitas de Paula Lopes	ANVISA	Sirlei Famer	GT VISA
Francisco de Assis Acúrcio	UFMG e GT VISA	Vera Lucia Edais Pepe	ENSP/FIOCRUZ e GT VISA
Franklin Rubinstein	Diretoria da ANVISA	Vera Maria Bacelar	ANVISA e GT VISA
Geraldo Lucchese	Consultoria Legislativa – CONGRESSO NACIONAL	Viviane Rocha de Luiz	CONASS – Assessoria Técnica