

**Data de recebimento:** 27/06/2014**Data de Aceite:** 31/10/2014**Organização:** Comitê Científico Interinstitucional**Editor Científico:** Marcia Cristina Zago Novaretti**Editor Adjunto:** César Augusto Biancolino**Avaliação:** Double Blind Review pelo SEER/OJS**Revisão:** Gramatical, normativa e de formatação

DEZ ANOS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: DESAFIOS NO REPASSE FINANCEIRO PARA AS AÇÕES SANITÁRIAS SOB O PONTO DE VISTA DE QUATRO GESTORES MUNICIPAIS

RESUMO

O repasse dos recursos financeiros, para ações em vigilância sanitária, é um importante foco da gestão em saúde, buscando alternativas que apontem para um menor desperdício, incremento e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, mas que, com o passar dos anos, é ainda incipiente em pequenos municípios. O objetivo do presente estudo foi o de analisar como a mudança administrativa de vigilância sanitária para a vigilância em saúde influenciou no repasse financeiro da união e estados, para ações em vigilância municipal, pela análise documental de leis e portarias publicadas entre 1990 a 2013 e, reportar qual a percepção do tema de quatro gestores de vigilância sanitária municipal, através de entrevista semiestruturada. Foi observado que a descentralização ocorreu de forma desconexa e pouco se fez na estruturação física, financeira e na capacitação técnica de pessoal, das vigilâncias sanitárias de quatro municípios do estado de São Paulo.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Vigilância em Saúde; Repasse Financeiro; Vigilância Sanitária.

TEN YEARS OF HEALTH SURVEILLANCE: CHALLENGES IN THE FINANCIAL REPASS FOR SANITARY ACTIONS FROM THE POINT OF VIEW OF FOUR MUNICIPAL MANAGERS

ABSTRACT

The transfer of financial resources to actions in health surveillance is an important focus of health management, searching for alternatives that point to less waste, increase and improve the quality of services offered, but, over the years, is still incipient in small municipalities. The aim of this study was to analyze how the administrative change of sanitary surveillance for health surveillance influenced the financial transfer of the Union and States for actions in municipal surveillance, the documentary analysis of laws and decrees published between 1990 to 2013 and report the perception of the subject of four managers of municipal health surveillance through semi-structured interviews. It was observed that decentralization occurred disjointed and little is done in the physical, financial structuring and technical personnel training, health surveillance of the four municipalities of the São Paulo state.

Keywords: Health Care Management; Health Surveillance; Financial Transfers; Sanitary Surveillance.

Simone Aquino¹

¹ Doutora pelo Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN / CNEN-USP). Professora do Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas em Saúde da Universidade Nove de Julho - PMPA-GSS/UNINOVE. Brasil. E-mail: siaq66@uninove.br

1 INTRODUÇÃO

Em 1988, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, eram conduzidas de forma descoordenada e desintegradas, pelo Ministério da Saúde (MS) e apenas os estados integravam o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SNVS/MS), criados em 1975 e 1976, respectivamente (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2011). As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) trabalhavam com repasses financeiros do MS, via convênios, para atuarem em ações de Vigilância Sanitária (VISA). Esse modelo administrativo e financeiro (de centralização) repercutia na capacidade fiscalizadora e o modelo de vigilância sanitária se tornou burocrático e cartorial (De Seta, & Silva, 2006; Lucchese *et al.*, 2006).

Na década de 90, surgiram as Normas Gerais de Vigilância Sanitária, descritas na Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90. Além disso, em seu artigo 6º, a Lei nº 8.080 criava novas estruturas de vigilância, no campo de atuação do SUS: Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária; Vigilância da Saúde do trabalhador e Assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Lei nº 8080, 1990a).

A partir deste ponto, não apenas a união e o estado, mas os municípios participariam diretamente destas ações, através da descentralização administrativa, adotando um papel fundamental na proteção da saúde de seus munícipes. O princípio básico da descentralização pauta-se no entendimento de que quanto mais próximo do local de ocorrência dos eventos e dos potenciais riscos, maior é a acessibilidade, agilidade e controle sobre eles (Lucchese *et al.*, 2006).

De acordo com Silva *et al.* (2012) os Estados ficaram responsáveis pela promoção da descentralização dos serviços e ações de saúde, com apoio técnico e financeiro aos municípios, sendo estes responsáveis pelo gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde locais. Os Estados deveriam gastar no mínimo 12% de suas receitas, nos municípios, e essa vinculação deveria atingir o patamar de 15% das receitas e, para a união, com a elevação do gasto em saúde acompanhando a variação do crescimento do PIB. Também caberia aos Estados, o controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS, bem como pela gestão dos sistemas públicos de alta complexidade, de referência regional e estadual.

Em 2004 a Portaria Ministerial nº 1.172 (2004) instituiu um novo modelo de descentralização das ações de vigilância. As ações antes incorporadas na Vigilância Sanitária passam a ser desmembradas no novo conceito de *Vigilância em Saúde*, incluindo a

Vigilância na Saúde do trabalhador e Vigilância Ambiental.

O objetivo do presente estudo é, portanto, analisar as mudanças financeiras e administrativas, referentes às ações em vigilância sanitária, com a análise documental das principais publicações de Leis e Portarias, a partir de 1990 até o ano de 2013, que determinaram os repasses dos recursos financeiros em VISA (tanto federal como estadual) destinados aos projetos em saúde pública municipal e se ocorreram mudanças significativas no período de transição da vigilância sanitária para o novo conceito administrativo de vigilância em saúde, na percepção de quatro gestores (diretores e ex-diretores) de VISA municipais.

Portanto, a questão de pesquisa é: Qual é a percepção de gestores de VISA, de quatro municípios da cidade de São Paulo, quanto aos repasses financeiros e ações sanitárias, após a mudança do modelo administrativo de vigilância sanitária para vigilância em saúde, nos últimos doze anos?

O estudo proposto está dividido nas seguintes sessões: revisão da literatura, procedimentos metodológicos, análise e discussão dos resultados, considerações finais, proposições para a prática e limitações do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Descentralização das Ações em VISA

A efetiva descentralização das ações de vigilância epidemiológica e sanitária iniciou-se entre janeiro e dezembro de 1999, quase 10 anos depois da publicação da Lei nº 8.080, da criação do SUS, com a publicação da Portaria Ministerial 1.399 que regulamentou a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 (NOB, 1996). O Processo de descentralização, de acordo com as diretrizes da NOB-01/96, propunha “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes” (NOB, 1996).

Em 30 de dezembro de 1998, o Presidente da República apresentou a Medida Provisória nº 1.791 ao Congresso Nacional, com a proposta que definia o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e criava a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A conversão da medida provisória resultou na Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 e atribuiu competência à união, aos estados, ao Distrito Federal (DF) e aos municípios, para que exercessem atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária (Lucchese *et al.*, 2006).

A ANVISA foi criada como uma agência reguladora da área de saúde, estabelecida como autarquia de regime especial, vinculada ao MS, com

independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira (que regulamenta e coordena o sistema nacional e também executa ações de controle), dirigida por uma Diretoria Colegiada (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2011; CONASS, 2003; De Seta & Silva, 2006). Com o novo modelo administrativo federal, a criação da ANVISA trouxe um novo panorama para as ações em VISA, o que a princípio viria tornar mais ágil a descentralização para os estados e municípios. Entretanto, as unidades estaduais e municipais não caminharam na mesma estrutura organizacional e administrativa pública da ANVISA.

2.2 Unidades Estaduais e Municipais Componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

No âmbito estadual, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é composto pelos 27 órgãos de vigilância sanitária das SES, que por sua vez são unidades da administração direta (ao contrário da ANVISA), formados pelas Divisões de Vigilância Sanitária (DIVISA) ou Centros de Vigilância Sanitária (CVS). Cada divisão ou centro tem o apoio de Laboratórios Centrais (LACENS) em cada unidade da federação (com diferenças de capacidade analítica) e que também atendem exames clínicos dos usuários SUS (Luchese *et al.*, 2006; Lima *et al.*, 2007).

As unidades coordenam os sistemas estaduais e ações de fiscalização do sistema nacional, além de cooperação técnica aos municípios. Possui um corpo de técnicos e fiscais sanitários autorizados, para qualquer tipo de inspeção sanitária, distribuídos pelo nível central estadual e Diretorias Regionais de Saúde (DRS). O Decreto Estadual nº 51.433, de 28 de dezembro (2006), dividiu o estado de São Paulo em 17 departamentos de saúde, responsáveis por coordenar as atividades da SES, no âmbito regional e, promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

O município é considerado como a instância apropriada para a execução das ações, por ser o nível de governo mais próximo do cidadão e dos seus problemas. Portanto, a municipalização da saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política por parte do município para com a saúde de seus cidadãos (ou deveria). Devemos aqui considerar a disparidade de tipo, portes, riqueza e estrutura municipal, levando em conta um nível de governo, no plano jurídico-político-administrativo da federação e, devido a isso, os serviços de vigilância sanitária dos 5.570 municípios variam na estrutura, recursos e capacidade operativa (De Seta, & Silva, 2006).

Aos municípios em fase de gestão plena do sistema municipal, caberia a realização de ações classificadas como de média e alta complexidade, a partir de negociação com as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) através da vigilância sanitária estadual,

com base na Resolução do Estado da Bahia (CIB-BA 028/2001) para assinatura do Termo de Ajustes e Metas (TAM). Os serviços de VISA (na maioria dos casos) seriam executados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ou outros órgãos encarregados da questão da saúde, neste nível de governo. Às unidades municipais das SMS deveriam a partir desta pactuação (CONASS, 2011; CONASS, 2003):

- ✓ Implementar e executar ações de vigilância sanitária, com a cooperação técnica e financeira da união e do estado;
- ✓ Legislar complementarmente o que não lhe for constitucionalmente vedado.

2.3 Vigilância em Saúde: Nova Estrutura Administrativa em VISA

Em 2004 um novo instrumento normativo foi publicado, a Portaria Ministerial nº 1.172 (2004), com o objetivo de descentralização das ações de vigilância. Nesse instrumento, uma nova definição da administração da saúde pública criava as atividades denominadas de *Vigilância em Saúde*. Sob uma nova ótica administrativa e de acordo com esta Portaria, a Vigilância em Saúde é definida como:

“Um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde”.

As ações específicas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas sob a forma de consultas e procedimentos. Nesse momento, a vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador passaram a ser considerados integrantes da Vigilância em Saúde, incluindo o meio ambiente. Além disso, são integrantes do SNVS (Portaria Ministerial nº 1.172, 2004).

A necessidade de potencializar o processo de descentralização das ações de vigilância, tendo em vista o *Pacto pela Saúde*, é traduzida na atualização dos atos normativos da vigilância em saúde através da Portaria Ministerial nº 3.252 (2009), que também delega aos estados, DF e municípios o papel de gestores da vigilância, bem como ampliar as ações sanitárias e denominá-las como Vigilância em Saúde (também denominada VISA).

2.4 Gestão Financeira da Descentralização

Até 1998 os repasses de recursos federais, para ações em VISA, eram feitos mediante convênios. Antes a NOB-SUS/01/96 determinava a forma de

repassa automático e regular (fundo a fundo), estipulados pela Lei nº 8080/90, por duas modalidades:

- 1) Regular e automática (fundo a fundo): Piso Básico de Vigilância Sanitária – PAB/ VISA e Índice de valorização do Impacto em VISA – IVISA;
- 2) Remuneração transitória por serviços produzidos: Programa Desconcentrado de Ações de VISA – PADVS e Ações de Alta e Média Complexidade – MAC/VISA.

A alocação de recursos via NOB teve a mesma lógica da assistência ambulatorial e hospitalar, que seguiam o pagamento (por tabelas) por procedimento realizado pelos gestores estaduais e municipais. Isso não se concretizou, em função de limitaria a ação da VISA que buscava ações mais compensatórias, abdicando de sua função primordial, o controle e o gerenciamento dos fatores de riscos sanitários que podem comprometer a saúde da população. Na prática, apenas o PAB/VISA foi implantado (De Seta, & Silva, 2006).

Foi criado um programa que transferiria recursos financeiros de forma regular aos estados, com base nos Termos de Ajuste e Metas (TAM), uma espécie de contrato assinado entre a ANVISA e os órgãos estaduais de VISA. Os órgãos estaduais deveriam cumprir as metas para uso dos recursos repassados pela ANVISA. A celebração do TAM, em 2000, entre a ANVISA e os estados, pactuou metas e através da Portaria GM/MS nº 145, de 31/1/2001, regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo de ações de média e alta complexidade para estados (De Seta, & Silva, 2006).

A Portaria também estabeleceu o Piso Estadual de VISA (PEVISA). Porém outro obstáculo deste repasse foi que, na maioria dos estados, não havia legislação que abrigasse as transferências do fundo estadual para os fundos municipais de saúde (FMS). A descentralização dos recursos mediante o TAM iniciou-se para os estados e destes para os municípios, após a pactuação na CIB, que congrega os estados e municípios. Complementando, a Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003, buscou estimular a adesão dos municípios para a execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária – MAC/VISA, repassando também recursos diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) (Portaria nº 2.473, 2003).

Como se vê, ao longo dos anos, a administração pública para a gestão da saúde se ramificou de ações em vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência farmacêutica para o conceito único de Vigilância em Saúde, com a publicação da Portaria Ministerial nº 3252 de 22 de dezembro de 2009, porém, com mais

ramificações de ações e, portanto, com mais encargos na aplicação de seus programas. Em 2006, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006, que estabelecia as responsabilidades de cada ente federado, de forma a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Propunha avançar na regionalização e descentralização do SUS, respeitando-se as especificidades regionais. Com isso, houve substituição das normas operacionais básicas e das portarias que as regulamentavam por portarias ministeriais, onde o teto financeiro da VISA foi extinto e substituído para o Teto Financeiro da Vigilância em Saúde, na qual os recursos da vigilância sanitária (antes isolada), agora é um item a ser financiado (fundo a fundo) até a esfera municipal (De Seta, & Silva, 2006).

As publicações referentes ao sistema de repasse do financiamento (fundo a fundo) para ações descentralizadas em VISA já publicadas, com os respectivos valores de repasse, são:

- 1) NOB-SUS/01/96 repasse automático e regular (fundo a fundo). Valor per capita de R\$ 0,25 /hab /ano (NOB, 1996).
- 2) Portaria nº 145, de 31/1/2001. Termos de ajustes e metas (TAM). Valor per capita de R\$ 0,15/hab/ano X população e valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância sanitária (TFVS). Estabelece o Piso Estadual de VISA (PEVISA), no valor de R\$ 420.000,00/ ano para os estados cujos recursos não alcançassem o valor mínimo.
- 3) Portaria nº 1.397, de 15 de junho de 2011. Piso Fixo de Vigilância Sanitária (PFVISA) Fundo Nacional de Saúde e da ANVISA. a) Valor per capita de R\$ 0,21/hab/ano ou Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 450.000,00 para unidades federadas, cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor.
- 4) Portaria nº 937 de 17 de maio de 2013. Art. 4º O PFVISA de cada Município no ano de 2013 será composto mediante: I - o Estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36/hab/ano ou Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00/ano para Municípios cujo total per capita configurar um valor abaixo desse Piso (Anexo III); e II - o Estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 /hab/ano (Anexo III), destinado para os Municípios já pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

O Plano de Ação de Vigilância Sanitária (PAVISA) para o quadriênio 2008/2011 representou um esforço conjunto do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária (SEVISA) e dos diversos setores

da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), iniciado em 2007, com o propósito de fortalecer e consolidar o SNVS e o SUS (Centro de Vigilância Sanitária [CVS], Coordenadoria de Controle de Doenças [CCD], Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo [SES], 2010).

Os 645 municípios do estado de São Paulo (100%) elaboraram e pactuaram seus PAVISA na CIB de São Paulo (CIB-SP) e, desde então, o CVS tem realizado reuniões anuais de monitoramento com os diretores regionais dos Grupos de Vigilância Sanitária (GVS) e Subgrupos de Vigilância Sanitária (SGVS) com a perspectiva de avaliar e melhorar as estratégias de operacionalização do que foi pactuado. Com esse propósito, o Núcleo Técnico de Planejamento, Informação e Informática do Centro de Vigilância Sanitária (NTPII/CVS) elaborou e disponibilizou na intranet do CVS (em julho de 2009) uma ferramenta denominada “Diagnóstico PAVISA”. Até o momento, relatórios conclusivos sobre este diagnóstico ainda não foram disponibilizados e na prática os controles dos repasses financeiros seguem a publicação de portarias publicadas para comunicar pontualmente os estados e municípios (considerados irregulares) e, portanto, não capacitados a receberem os recursos. Os critérios para bloqueio de repasse são (CVS, CCD & SES, 2010):

I – Municípios sem cadastro do Serviço especializado de Vigilância Sanitária no Sistema Nacional de Cadastro de Serviço de Saúde (SCNES);

II - Estados e municípios com situação irregular no monitoramento da alimentação da produção da vigilância sanitária no SIA/SUS nos meses de dezembro de 2012 a março de 2013, apresentando 3 (três) meses consecutivos sem informação de produção da vigilância sanitária.”

Em relação à capacitação dos profissionais em VISA, apenas recentemente, um projeto federal voltado para os municípios e estados, refere-se à Portaria nº 2.794 (2012) que instituiu o incentivo financeiro para capacitação dos trabalhadores de vigilância sanitária dos estados, DF e municípios. O incentivo está focado no desenvolvimento de um curso básico, de processo administrativo sanitário, prioritariamente nas equipes municipais e deverá ser realizado até dezembro de 2014. Para esta finalidade, o incentivo financeiro será repassado em parcela única pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais de saúde dos Estados contemplados. Os recursos financeiros referentes a esta Portaria totalizam R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais), variando o repasse por Estado de 100.000,00, 150.000,00 a 250.000,00. Serão oriundos dos orçamentos do Ministério da Saúde e da ANVISA (Portaria nº 2.794, 2012).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa realizada é caracterizada como exploratória, já que pretendeu buscar familiaridade com o fenômeno devido da escassez de trabalhos acadêmicos brasileiros que abordem o tema sob esta perspectiva. A pesquisa é de natureza qualitativa, pois envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos, no intuito de compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação em estudo (Godoy, 1995). Para avaliar os recursos financeiros de cada município, proporcional ao número de habitantes, foi elaborada uma pesquisa documental de fontes secundária na base de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A fundamentação teórico-metodológica do trabalho foi realizada por meio da leitura de leis, normas, portarias, artigos e livros sobre o tema com base na análise de conteúdo.

Para a seleção dos quatro gestores (compostos por dois diretores atuantes e dois ex-diretores) de VISA entrevistados, foram considerados quatro pequenos municípios da região da extinta Direção Regional de Saúde IV (DIR IV) situada na parte norte-noroeste da Grande São Paulo, hoje incorporada pelo Grupo de Vigilância Sanitária IX (GVS IX). A escolha desta regional se deveu ao pólo estadual gerencial comum aos municípios, pela proximidade dos mesmos e pelas características demográficas e regionais similares, consideradas cidades dormitório, caracterizadas pelo movimento pendular de sua população que, em sua grande maioria, sai de manhã para trabalhar na capital e retorna somente à noite.

O roteiro de vinte e uma perguntas foi baseado na busca documental de Leis e Portarias da ANVISA e MS, referentes aos repasses financeiros e alterações administrativas em VISA, no período de 1990 a 2013. Cada um dos entrevistados ficou livre para outras complementações, além do roteiro, compondo um quadro de observações pessoais. A fundamentação vivencial (das funções gerenciais) foi coletada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, com os diretores e ex-diretores municipais em VISA, como instrumento de pesquisa na coleta de dados. Em se tratando da entrevista semiestruturada, atenção tem sido dada à formulação de perguntas que seriam básicas para o tema a ser investigado (Triviños, 1987; Manzini, 2003).

Para caracterizar os municípios, foram usados os dados do IBGE cidades (2013), consideradas as características referentes à população e extensão territorial e sem a identificação dos nomes dos municípios e de seus respectivos gestores e ex-gestores, recebendo a designação em letras A, B, C e D, de acordo com a Figura 1.

Municípios	Km ²	População IBGE		
		2009	2012	2013
A	49,073	157.294	157.603	154.472
B	96,104	88.212	88.841	93.215
C	320,697	79.155	84.104	88.883
D	134,160	131.366	135.150	141.824

Figura 1 - Características da população e extensão territorial dos municípios A, B, C e D analisados.
Fonte: Adaptado do IBGE cidades (2013).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O levantamento dos repasses de piso estrutural e estratégicos da ANVISA (anual e

quadrimestral) para os municípios A, B, C e D, foi baseado nas publicações da Portaria nº. 1397 de 2011, cujos valores estão demonstrados na Figura 2:

MUNICÍPIO	PISO ESTRATÉGICO ANUAL	PISO ESTRATÉGICO QUADRIMESTRAL
A	1.213,86	404,62
B	1.352,75	450,92
C	2.412,14	804,05
D	2.014,53	671,51

Figura 2 - Valores do piso estratégico anual e quadrimestral da ANVISA.
Fonte: Adaptado da Portaria nº 1.397 (2011).

Quanto aos repasses financeiros, o repasse estruturante e estratégico do FNS, observado na Figura 3, demonstram os valores publicados pelas Portarias nº 1.397 e 937, para os anos de 2011 e 2013,

respectivamente, para os municípios analisados. Observa-se que o financiamento das ações destinadas a VISA é contemplado de forma proporcional ao número crescente de municípios (C, B, D e A).

Município	Piso Estruturante				Piso Estratégico			
	FNS Anual		FNS Quadrimestral		FNS Anual		FNS Quadrimestral	
	2011	2013	2011	2013	2011	2013	2011	2013
C	28.733,27	30.529,75	9.577,76	10.176,58	15.012,92	18.212,41	5.004,31	5.747,11
B	32.020,96	32.249,28	10.673,65	10.749,76	16.730,71	17.241,32	5.576,90	6.070,80
D	47.685,86	49.059,45	15.895,29	16.353,15	24.915,50	27.705,75	8.305,17	9.235,25
A	57.097,72	57.209,89	19.032,57	19.069,96	29.833,13	32.308,62	944,38	10.769,5

Figura 3 - Valores do piso estruturante e estratégico (anual e quadrimestral) do FNS.
Fonte: Adaptado das Portarias nº 1.397 (2011) e nº 937 (2013).

Nota-se que todos os municípios atingiram valores anuais acima do total *per capita* mínimo de R\$ 7.200,00, porém, em dois anos não houve um incremento considerável nos valores, a despeito do aumento do número de habitantes dos municípios B, C e D. O município A, inclusive, comparado aos dados de 2009 e 2012, teve uma redução da população de quase 3.000 habitantes em 2013. Uma injeção de 30.000,00 reais anuais para as ações em VISA (considerando o menor município C) permite uma atuação mínima, para aquisições de bens duráveis e não duráveis, a serem supridos no serviço municipal.

Com base na entrevista dos gestores e ex-gestores de VISA municipal, as respostas foram unânimes (100%) referentes à carência de recursos humanos (sem plano de carreira), que sofrem interferência política nas ações de vigilância, consideram os salários baixos, não recebem incentivos para frequentar cursos de especialização, espaço físico de seu departamento é reduzido para as atividades administrativas, não sabem quanto o departamento recebe do FNS e ANVISA, não há estabilidade no cargo e nem autonomia administrativa e financeira e que, não possuem recursos para a fiscalização

programada (diárias, combustíveis, etc.) e nem apoio laboratorial municipal.

A totalidade dos pesquisados refere falta de funcionários e, além de pouco pessoal, 75% tem empregados com baixa qualificação. Esses fatores podem explicar, em parte, os resultados encontrados, uma vez que as atividades da vigilância sanitária dependem da capacitação profissional, como reflexo da sua eficiência. Além do mais, não é estimulado o aperfeiçoamento profissional, nem há plano de carreira, culminando numa tríade: poucos funcionários-baixa qualificação-pouca motivação.

Na percepção dos gestores e ex-gestores, as condições de trabalho, no período de transição estudado, ainda não são as mais adequadas para o desenvolvimento das atividades, a começar pelo espaço físico inadequado, o que por sua vez prejudica ainda mais as ações a serem implementadas, como observado nas entrevistas. Por outro lado, a falta de estabilidade no cargo, a ingerência política e falta de autonomia restringem as ações da vigilância e, devido à restrita integração do sistema de vigilância municipal com o estadual e federal, há um comprometimento final das atividades da vigilância, além dos recursos financeiros.

Dos respondentes, 75% acham que a equipe não está totalmente qualificada e desconhecem se o seu município tem uma conta bancária própria para receber recursos do FNS e ANVISA. Porém, o único gestor de VISA que diz saber da existência desta conta, afirma que não possui acesso, uma vez que o dinheiro vai para o FMS e tampouco conhece o valor real repassado.

Ainda em relação à infraestrutura, 50% afirmam possuir veículo próprio do serviço em VISA. Os demais dependem de veículos de outras repartições da prefeitura. Dos quatro respondentes, 50% afirmam que faziam inspeções programadas com parceria e apoio com a equipe de VISA do estado, mas os demais dizem que nunca conseguiram agendar ações conjuntas com a outra esfera de governo. As dificuldades estruturais e estratégicas, além da forte influência política na administração direta em VISA e o panorama geral das dificuldades locais podem ser vislumbradas através das observações dos gestores e ex-gestores entrevistados. Após 12 anos da implantação da vigilância em saúde, essa característica do serviço público ainda é presente, conforme reportou o gestor A:

Gestor A: “O número de funcionários de nível superior é insuficiente para o adequado andamento das atividades do setor, contamos com apenas três, sendo o restante do pessoal de nível técnico. Não há médico fixo e nem dentista na equipe. Um arquiteto ou engenheiro sanitário para análise de Laudo Técnico de Avaliação de edificações seria fundamental, já que a parceria com os profissionais da

prefeitura não funciona e os profissionais de obras são carentes de conhecimento específico de risco e fluxo dos estabelecimentos de interesse e assistência à saúde. Falta estrutura mínima para coleta de amostras de alimentos para análise microbiológica”.

O questionário proposto aos gestores de VISA, dos municípios estudados, fornece um panorama da falta de repasses para as ações pontuais, apesar das publicações dos pisos estruturais e estratégicos para cada um deles. Ao que tudo indica o dinheiro do FNS e ANVISA chegam até o fundo municipal de saúde (FMS). O diretor de um serviço municipal em VISA não possui autonomia financeira e estabilidade no cargo de direção, vivenciando um sentimento de insegurança, mesmo estando em cargo de “confiança”, ligados à administração direta municipal (como apontado pelo gestor B) e, apenas cabe ao gestor informar, por meio de formulários eletrônicos, como recebe e distribui seus recursos, através de um manual e cadastro virtual, criado recentemente, como declarou o gestor B:

Gestor B: “A internet para cadastro, alimentação do sistema SIVISA melhorou muito o serviço. Mas pesquisas de leis e portarias, através da busca na internet, dependiam da iniciativa dos funcionários, que na maior parte do tempo, estavam desmotivados pelos baixos salários e influência política no setor ou por estarem no cargo como temporários. A instabilidade no cargo é um temor. Cada auto de infração deveria ser explicado ao secretário de saúde e/ou ao prefeito, a pedido de algum vereador “em defesa” do proprietário do estabelecimento autuado. Fui demitida em outra prefeitura por insistir em pedir um veículo novo ao Prefeito”.

Os recursos foram publicados de acordo com os programas de pactuação, entretanto a resposta à questão de pesquisa parece ser negativa, uma vez que em 12 anos e com a atual estrutura de vigilância em saúde, pouco se demonstrou um incremento na infraestrutura, capacitação e, por conseguinte, melhorias estratégicas nas ações em VISA, como indicado na prática pelos gestores C e D:

Gestor C: “Ações conjuntas com o Estado ocorriam em minha gestão, mas não eram coordenadas ou programadas como rotina. Normalmente sempre ocorria devido a alguma denúncia. Tenho muitos funcionários de nível técnico, mas a equipe de profissionais de nível superior é baixa, para fiscalização de média e alta complexidade, por isso preciso dos profissionais do estado. Muitas vezes respondi aos levantamentos do estado para cumprimento de metas apenas no papel, para não ser

desligado do sistema SAI/SUS, por não ter estrutura para tal fiscalização”.

Gestor D: “É comum faltar veículo para atividades extras (fins de semana, noite) por questões de hora extra e também a falta de carro por problemas de sucateamento da frota municipal. Encaminhamento de amostras ao laboratório de análises central era comprometido por não termos um veículo apropriado, para levar o material para análise em São Paulo. Desconheço o valor repassado ao município para ações em vigilância. Não tínhamos dinheiro para adequar nosso carro com cinto de segurança e pneus novos (estavam carecas). Já enviei material com a equipe *pegando carona* numa ambulância”.

É possível constatar que o repasse financeiro do FNS e ANVISA proporcionam uma administração financeira anual condizente com as ações mínimas de prevenção, promoção e proteção à saúde pública, como objetivos da vigilância em saúde. Entretanto, quatro gestores e ex-gestores de departamentos de vigilância sanitária municipais demonstraram que “o que fazer” e “como fazer” não foi opção durante seus mandatos. Fica claro que, apesar de o repasse federal, as ações locais encontraram dificuldades financeiras e estruturais. No consenso geral entre estes administradores, o dinheiro “não chega às mãos dos gestores da VISA”.

Comparativamente, de acordo com Silva *et al.* (2012), dados obtidos em 2004 demonstraram que, o gasto médio com saúde, em municípios mineiros, foi de R\$ 425,93, observando-se municípios com baixos gastos, que apontavam para disparidades na alocação dos recursos. Como exemplo, os autores apontaram a média da população atendida pelo Programa de Saúde da Família (PSF) de 69,5 %, muito abaixo do esperado pelo governo e pela sociedade civil, cuja taxa, deveria ser próxima a 100% uma vez que, a saúde é um direito constitucionalmente estabelecido e cabe ao Estado prover tal serviço.

Esse fator pode indicar que os municípios não estejam garantindo a oferta desse serviço, ou não ocorre a integração das ações dos gestores federal, estadual e local da área da saúde do município, limitando o cumprimento dos objetivos do programa, que é melhorar a saúde e a qualidade de vida da população atendida (Silva *et al.*, 2012).

Conforme reportado por De Seta e Silva (2006) o poder na vigilância sanitária encontra-se compartilhado e desigualmente distribuído entre os órgãos das três esferas de governo. A ANVISA tem uma considerável capacidade financeira. Mas, para cumprir seus objetivos, o órgão federal não pode prescindir da atuação da esfera estadual e esta, da municipal, caracterizando uma situação de interdependência, em que o elo mais frágil politicamente é representado pelo município. Superar

as dificuldades é o desafio atual para que se possa avançar no desenvolvimento de estratégias políticas que implementem a vigilância sanitária no âmbito do SUS, e apontem “o que fazer” e “como fazer” para consolidar um sistema integrado e hierarquizado, que seja capaz de gerar projetos e ações mais efetivas (em quantidade e qualidade) para a proteção e promoção da saúde da população.

Ainda segundo os autores a maior parte dos pequenos municípios têm dificuldades de implementar ações de VISA, devido à sua reduzida capacidade de arrecadação, o que resulta em dependência dos repasses financeiros federais para o funcionamento dos seus sistemas locais de saúde, resultando em dificuldades para dispor e fixar recursos humanos em seu território.

Dentre as oito atribuições do SUS, seis se referem ao campo específico da vigilância sanitária, o que denota a amplitude e a magnitude das suas ações na consolidação desse sistema. As ações de vigilância sanitária permeiam, portanto, as ações de promoção da saúde, proteção, recuperação e reabilitação. Não obstante, o modelo institucional de vigilância sanitária desenvolvido no país vem mantendo-se calcado no poder de polícia perceptível na ação fiscalizatória, isolado das demais ações de saúde e pouco permeável aos movimentos sociais e isto tem produzido um viés que limita a atuação da vigilância sanitária, restringindo-a ao próprio “poder de polícia” (Juliano & Assis, 2004).

Segundo Juliano e Assis (2004) em 2004, através da mídia, foi constatado que os serviços de vigilância sanitária ainda não conseguiram dar conta da sua gama de atribuições, resultando em graves consequências no estado de saúde da população brasileira, em decorrência da falta de estruturação desses serviços, que por sua vez se ressentem de uma atuação mais efetiva. É neste contexto que se situa o campo da vigilância sanitária municipal, uma arena de conflitos e contradições, permeada por implicações econômicas, jurídicas, políticas, éticas e sociais, onde penetramos para desvendar os elementos que conformaram a sua organização, como parte do processo de descentralização da saúde.

A mesma tendência foi observada no presente estudo, em relação às ações voltadas para a vigilância em saúde nos municípios A, B, C e D. No período de 10 anos, desde que foi implantado um novo modelo de gerenciamento das ações da vigilância sanitária para vigilância em saúde, pouco se fez na prática para a melhoria da infraestrutura e capacitação em VISA. É óbvio que houve melhorias, quanto ao acesso rápido das atualizações da legislação, pela internet, mas ainda há falta de conhecimento, no que se refere ao financiamento e recursos, na esfera administrativa da vigilância.

A dimensão racional da gestão, reconhecida como pouco valorizada nas organizações de saúde, no

caso da vigilância sanitária, vem sendo implementada, seja na esfera federal, seja na estadual. No entanto, essa implementação é dificultada pela diferença de graus de autonomia e de controle de recursos (governabilidade) existente entre a esfera federal e as esferas estadual e municipal (De Seta & Silva, 2006). O relato do gestor A evidencia ainda a existência de uma “bipolarização profissional”, corroborando com dados apresentados por Juliano e Assis (2004), demonstrando que entre os profissionais de nível superior (farmacêuticos, veterinários, médicos, dentistas e enfermeiros), em relação aos de nível técnico (inspetores sanitários) lotados na VISA, refletindo uma característica presente no mercado de trabalho em saúde nos países capitalistas, onde existe um maior contingente de pessoal pouco qualificado e de baixa escolaridade, com salários mais baixos em detrimento da qualidade dos serviços prestados à população. Do total de funcionários da Divisa do município de Feira de Santana, em 1998, 13 eram efetivos (um de nível superior e 12 de nível elementar) e quatro contratados, sendo apenas dois de nível superior (Juliano & Assis, 2004).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das razões da limitada ação gerencial em VISA na prática, detectada pelos participantes deste estudo, seria que a própria organização administrativa estadual e municipal, não segue um modelo de autonomia financeira, como a da ANVISA (federal), sendo uma administração direta. O FMS ainda é gerenciado pela administração pública direta, não ficando a cargo dos diretores da VISA local, que sofrem ainda grande interferência política em suas ações.

Nota-se que o critério adotado para controle do repasse financeiro ocorre por meio de uma medida de informações de dados num sistema virtual (formulários eletrônicos) e não através de uma comissão federal e estadual de auditoria, para constatar se, de fato, ações executadas na esfera municipal ocorreram no período correspondente ao repasse.

O presente estudo aponta para o futuro das organizações públicas em saúde que sem o desenvolvimento de um novo modelo de vigilância sanitária municipal, as ações na prevenção, eliminação ou minimização dos riscos, como um dos objetivos da Lei nº 8080 do SUS, ainda está restrita ao campo teórico.

Além disso, o gestor que não possui subsídios, equipe qualificada e em número de profissionais especializados, recursos, dentre outros incentivos, não estará apto a propor projetos de melhoria nas ações sanitárias, com foco regional, uma vez que este conhece bem as necessidades de seu território e de seus municípios.

A questão de pesquisa proposta que direcionou este estudo leva à conclusão de que novos modelos administrativos públicos não geram resultados eficientes na prática em VISA, sendo um processo moroso e que demanda tempo, visto que gestores e ex-gestores em VISA apresentaram os mesmos “velhos” problemas, sendo um fenômeno atemporal, dada as peculiaridades do modelo de administração pública direta.

5.1 Proposições para a Prática

Como propostas para a boa gestão administrativa em vigilância em saúde é necessário que uma reforma administrativa e financeira seja proposta para as vigilâncias estaduais e municipais, como foi realizado em 1999 para a criação da ANVISA (modelo de autarquia), que possui autonomia administrativa e financeira, observada em poucos municípios brasileiros.

Acrescentar um plano de carreira, estabilidade no cargo, possibilidade de desenvolvimento de projeto de educação continuada, readequação salarial e de qualificação profissional, são fatores que trazem melhorias no desempenho dos profissionais de nível superior e técnicos atuantes em VISA. A implantação de maior integração entre as diferentes esferas de atuação da vigilância e de autonomia gerencial pode contribuir para maior eficiência na implantação de projetos focados na área de saúde pública.

Auditorias presenciais nos municípios, por outros órgãos tributários governamentais, são fundamentais para cruzar informações obtidas de formulários virtuais padronizados com a realidade estruturada do serviço em VISA municipal e constatar se houve aplicação do dinheiro nas ações em VISA.

Aumentar a participação direta dos gestores de VISA na alocação dos recursos destinados ao município seria uma forma de direcionar melhor o investimento financeiro, uma vez que o gestor conhece as necessidades locais, estruturais e estratégicas para a execução das ações em vigilância em saúde.

5.2 Limitações do Estudo

O estudo teve como foco a análise de quatro municípios, com população compreendendo entre 88.000 a 154.000 habitantes, com características não necessariamente iguais ao restante do país. São necessários estudos complementares em municípios com maior dimensão populacional ou localizados em grandes centros comerciais e industriais, visto que são poucos os estudos sobre este tema, sendo esta limitação, inclusive, um fator para a não comparação com dados da literatura.

REFERÊNCIAS

- Centro de Vigilância Sanitária; Coordenadoria de Controle de Doenças; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2010). Manual de roteiro para aplicação e instrutivo de preenchimento. Diagnosticar. Recuperado em 27 de julho, 2014, de http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/Monitoramento20VISAM%20Roteiro%20e%20Instrutivo_9set10.pdf.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003). *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde* (p. 248). Brasília.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011). *Para entender a Gestão do SUS. Vigilância em Saúde - Parte I*. (p.320). Brasília.
- De Seta, M.H., & Silva, J.A.A. (2006). A gestão em Vigilância Sanitária. Recuperado em 22 de junho, 2014, de http://www.ANVISA.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo2_texto06.pdf.
- Decreto nº 51.433 de 28 de dezembro de 2006 (2006). Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado. São Paulo, SP: Governo do Estado de São Paulo.
- Godoy, A.S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 2(35), 57-63.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). Cidades. Recuperado em 23 de julho, 2014, de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=351640&search=sao-paulo>.
- Juliano, I. A., & Assis, M. M. A (2004). A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2): 493-505, 2004.
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (1990a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (1990b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República.
- Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (1999). Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Lima, G.G., Guerra, M.A.S., Lima, M.H. & Costa, P.R (2007). Guia para implantação da Vigilância Sanitária Municipal. Uma Orientação aos Gestores, 2007. Recuperado em 15 de julho, 2014, de portal.ANVISA.gov.br/wps/wcm/connect/.../Guia+para+Implantacao.pdf.
- Lucchese, G., De Seta, M.H., Pepe, V.L.E., & Oliveira, G. O (2006). A vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. In M.H. De Seta, V.L.E. Pepe, & G.O. Oliveira (Orgs.), *Gestão e vigilância sanitária: modos atuais do pensar e fazer* (pp. 33-47). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Manzini, E.J. (2003). Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In M.C. Marqueline, M.A. Almeida, & S. Omote (Orgs.), *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial* (pp.11-25). Londrina: Eduel.
- Portaria nº 937 de 17 de Maio de 2013 (2013). Estabelece para o ano de 2013 os valores das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde destinados à execução das ações de vigilância sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Gabinete do Ministro; Ministério da Saúde.
- Portaria nº 1.397, de 15 de Junho de 2011 (2011). Estabelece para o ano de 2011 os valores das transferências de recursos financeiros federais do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde destinados à execução das ações de vigilância sanitária e dá outras providências. Recuperado em 30 de julho, 2014, de http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria_gm_ms_1397_2011.pdf.
- Portaria nº 1172 de 15 de junho de 2004 (2004). Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras

providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Gabinete do Ministro.

Portaria nº 145 de 31 de janeiro de 2001 (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. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996 (1996).

Dispõe sobre a Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria nº 2.794 de 7 de dezembro de 2012 (2012).

Institui incentivo financeiro para capacitação dos trabalhadores de vigilância sanitária dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do desenvolvimento de curso básico de processo administrativo sanitário. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria nº 2473/GM de 29 de dezembro de 2003 (2003). Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 30 de julho, 2014, de <http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/Port2003/GM/GM-2473.htm>.

Portaria nº 3.252 de 23 de dezembro de 2009 (2009).

Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Silva, A.A.P., Ferreira, M.A.M., Braga, M.J., & Abrantes, L.A. (2012). Eficiência na Alocação de Recursos Públicos Destinados à Educação, Saúde e Habitação em Municípios Mineiros. *Contabilidade, Gestão e Governança*, 15 (1), 96 - 114.

Triviños, A.N.S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.