

Em busca da concepção de um Sistema de Vigilância Sanitária em crise e transição: uma visão a partir do território

Ursula G. Gottschald¹

Introdução

O presente ensaio pretende refletir sobre o campo da vigilância sanitária, área da proteção e promoção da saúde pública, teoricamente privilegiada no Sistema Único de Saúde – SUS. Buscamos, mais especificamente, analisar e propor mudanças para o Sistema de Vigilância Sanitária – SVS, incorporando outras áreas do conhecimento neste texto, em especial, a geografia política.

A antiga dicotomia entre assistência e promoção à saúde, no campo da saúde pública, revela que existe a necessidade urgente de resgatar e avançar na reflexão doutrinária e na organização do SVS, que dá suporte às demandas da defesa do cidadão e ao desenvolvimento científico, tecnológico e comercial da indústria e de serviços relacionados à saúde. Diante de tal desafio, considerando o tamanho do parque industrial e as redes de comercialização e consumo envolvidas, ainda surpreendem a marginalidade da vigilância sanitária, a sua pouca visibilidade, o seu baixo poder político e o escasso acúmulo de debate e estudo no campo da saúde pública. Que motivos e poderes contribuem e desejam manter a vigilância sanitária tão marginal?

A vigilância sanitária concebida como informação para ação a partir da percepção de demandas locais, de unidades de controle (meio ambiente e unidades comerciais e produtivas) e de sujeitos sociais situados deve fornecer subsídios normativos, metodológicos, técnicos e estruturais para a resolução dessas demandas. Considerar, hoje, que as condições de vida de uma população e o impacto das ações de saúde em populações geograficamente situadas definem as suas condições de saúde,² significa colocar o território como categoria e campo explicativo/analítico para revelar os problemas sanitários existentes, decorrentes da produção do território pelos diversos atores sociais (Estado e sociedade). É levar em conta também que são apenas impactantes, nas condições de vida dos cidadãos, os serviços assistenciais de saúde e de insumos terapêuticos utilizados no SUS que oferecem segurança e qualidade. Incorporar de fato a vigilância sanitária no SUS³ é também afirmar que ela contribui para a estruturação deste.

Geografia política e saúde pública

Historicamente, na área da saúde, é reconhecida a importância da geografia na compreensão do processo saúde-doença, principalmente na área da epidemiologia.

¹ Médica-Veterinária, Sanitarista, Especialista em Epidemiologia, Docente do Núcleo de Vigilância em Saúde da Escola de Saúde Pública/Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

² OPS/OMS PROYECTO: Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de vida y del impacto de las Acciones de Salud y Bienestar. Enero, 1992.

³ Arouca, por ocasião do Congresso Interno da Fundação Osvaldo Cruz, em 2002, declarou ser necessário realizar a segunda Reforma Sanitária, que seria efetivar a vigilância sanitária no SUS.



A epidemiologia sempre trabalhou com a distribuição da doença na sociedade: no tempo, no lugar e com a pessoa. A contribuição específica da geografia, nessa abordagem (a da epidemiologia) é a articulação com o espaço para responder onde e quem adocece.

O espaço é freqüente e tradicionalmente usado por geógrafos e epidemiologistas como superfície e lugar, passível de localização e classificação de eventos naturais e humanos. A partir de uma visão positivista, a epidemiologia e a geografia tendem a compreender e analisar o espaço como *banal* e *neutro*, ao descrever os fenômenos e traçar tendências, e de, a partir delas, planejar e organizar a atenção à saúde (MISOCZKY, 2002). Nesse processo ocorre a ausência da análise do potencial explicativo que o território e os problemas sanitários podem evidenciar, empobrecendo o diagnóstico e excluindo os sujeitos sociais que habitam, vivem, enfim, produzem o espaço.

Um enfoque mais recente, que surge com a crise de paradigmas do neopositivismo dos anos 60, considera o espaço como um conjunto de relações e de formas que se apresentam como testemunho de uma história escrita pelos processos do passado e do presente (SANTOS, 1990). O espaço modificado pela ação/uso do homem é, portanto, uma construção social e o espaço de estratégias que o poder público e as organizações da sociedade nele projetam. Essa concepção parece central para a opção de se estabelecer o vínculo saúde e geografia, necessário para se pensarem estratégias de gestão de saúde a partir da territorialidade humana.

Buscamos, neste ensaio, a geografia como uma instância de recursos para a compreensão de como a sociedade se constitui e se transforma no tempo e no espaço.

O importante a reter é que todos, indistintamente, habitamos, produzimos e consumimos, de formas múltiplas e diversas, o que por si só justifica afirmar que o que não está em lugar algum não existe. Estar em algum lugar assim, habitar, produzir, consumir relaciona-se ao próprio ato da existência (RÜCKERT, 2002, p. 68).

É necessário acrescentar que consideramos a “produção” no espaço e no tempo a partir do poder que está presente em toda relação: econômica, cultural, política, de diferentes atores que compõem a sociedade.

São esses atores que produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. Há um processo do território quando se manifestam todas as espécies de relações de poder, que se traduzem por malhas, redes e centralidades (RAFFESTIN, 1993, p. 7-8).

Estado e gestão do território

O Estado existe e se caracteriza a partir de três elementos: população, território e poder público. O espaço, concebido como um conjunto de unidades políticas, administrativas, definidas pelo Estado e limitadas pelas fronteiras dos estados, manifesta uma análise unidimensional e totalitária. Essa era a base conceitual da geografia política clássica de Ratzel, a partir de uma única escala de poder, a do Estado. No Brasil, o

estado geopolítico e desenvolvimentista sempre foi o principal ator responsável pelas estratégias político-econômicas: de infra-estruturas de transporte e comunicação, de produção de insumos e no papel de financiador de investimentos privados.

Na atualidade, o território precisa ser analisado no contexto da Reforma do Estado e do fenômeno da globalização, o que significa conhecer o significado dessas conjunturas, suas possibilidades e seus limites. A multidimensionalidade do poder se expressa pelo exercício de diversos atores: mercado (setor regulado) e organizações da sociedade (consumidores, universidades, ONGs), não mais apenas o Estado.

A reestruturação territorial, através do ingresso de novos determinantes, como processos tecnológicos, queda de barreiras tarifárias e estruturação e desaparecimento de economias, traz a necessidade de decisões e ações compartilhadas. “Entendemos a globalização como fenômeno macro-econômico (a abertura para fora) e a descentralização como fenômeno macro-político (a abertura para dentro)” (RÜCKERT, 2002, p.68). Principalmente esses dois processos acentuam a necessidade de o Estado formular uma nova gestão compartilhada entre os três poderes e os novos atores envolvidos. Novos territórios/regiões se constituem a partir da globalização, em que cadeias produtivas aparecem e desaparecem rapidamente, de acordo com a “vontade” do capital, introduzindo, assim, novos riscos sanitários. O SVS, coordenado pela União, deverá ter uma estrutura flexível, descentralizada, para expandir a proteção à saúde, garantir a competitividade brasileira de bens e serviços e efetuar a sua função regulatória junto ao mercado externo, principalmente o MERCOSUL.

Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

A organização e o arranjo atual da vigilância sanitária é decorrente ainda da configuração das legislações adotadas no final da década de 60 e 70, período do governo militar e do Estado que induziu o fortalecimento do mercado interno. Os objetos da atuação da vigilância sanitária eram, prioritariamente, os produtos de interesse sanitário, com incipiente atuação na área de serviços de saúde. A competência e a responsabilidade das autoridades sanitárias eram atribuídas aos âmbitos federal e estadual (Lei n. 6.360/76), existindo já um arranjo descentralizado.

No âmbito estadual, foi conferida maior competência, no sentido de ser a principal responsável pelas atividades de fiscalização e atribuição da regulamentação da área da vigilância sanitária em sua dimensão jurídica. Dessa forma, na década de 70, os estados elaboraram legislações estaduais (Códigos Estaduais de Saúde) que incluíam a normatização suplementar de atividades como a área de serviços de saúde, o exercício da atividade profissional e o controle da água para consumo humano, entre outros. Muitos códigos estaduais dessa época ainda vigoram atualmente, conflitando com os novos conhecimentos científicos e tecnológicos e com a nova organização e responsabilização do Estado, a partir do texto constitucional.

Em 1976 foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, que se relacionava com os estados de forma pontual, tendo em vista que não existia a formatação de uma visão sistêmica. Os financiamentos para as atividades, provenientes do Ministério da Saúde, eram escassos e irregulares; a estrutura organizacional e os recursos humanos, insuficientes e desqualificados, considerando-se o crescimento e a

incorporação de novas tecnologias do setor produtivo. O parque industrial brasileiro estava em plena expansão, principalmente o setor de alimentos, medicamentos e cosméticos, o que gerou, desde a década de 70 até o final da década de 90, um grave descompasso entre a capacidade operativa da vigilância sanitária, incluindo a rede de laboratórios e do setor regulado.

No final da década de 80, com a promulgação da Constituição Federal em 88, contextualizada por um movimento nacional pela redemocratização do país, o campo da saúde se reconfigura pelas propostas que integravam o movimento pela reforma sanitária. As mudanças produzidas se orientam em torno de três eixos principais: a) conceitual e doutrinário, representado pela concepção de que saúde é expressão de qualidade de vida e sua conquista se dá através de políticas econômicas e sociais que diminuam e ou eliminem os riscos de doenças e outros agravos à saúde, assim como pelas ações específicas setoriais de promoção, proteção e recuperação da saúde; b) político, representado pela concepção de que saúde é direito de cidadania e, assim, direito de todos e dever do Estado; c) estratégico-operacional, a partir da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, com comando único em cada esfera de governo, descentralizado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, e sob controle social (CEBES e ABRASCO, 1992).

A partir da CF, o Poder Público regulou, por meio de duas leis nacionais, as ações e os serviços públicos destinados a promover, proteger ou recuperar a saúde (Lei Orgânica da Saúde - LOS - Leis Federais nº 8080/90 e 8142/90). A LOS, que contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pelas três esferas de governo, colabora na definição do direito à saúde e estrutura o SUS. Cabe ressaltar que ambas leis - CF e LOS - destacam e enfatizam as atividades destinadas à proteção e à promoção da saúde, e definem o campo da vigilância sanitária, até então não legalmente definido, incorporando o meio ambiente e o ambiente de trabalho como objetos de regulamentação e controle na nova definição da área.

Em decorrência dessas normativas, houve a ampliação da descentralização no campo da vigilância sanitária definida na década de 70, incluindo municípios como gestores de ações de saúde e como instâncias de regulamentação e execução de atividades de vigilância sanitária.

A partir dessas transformações conceituais e operacionais no campo da saúde, a descentralização das áreas da promoção/proteção (nesta incluída a vigilância sanitária) e da atenção à saúde foram concebidas numa visão homogênea, não se considerando a especificidade implícita nas atribuições da vigilância sanitária, principalmente quando esta necessita exercer o poder de polícia sanitária⁴ para regular as relações produção-consumo. O que essa descentralização político-administrativa não previu foi a forte interferência político-partidária, bem como a pressão de natureza econômica e clientelista exercida em âmbito local nas atividades da vigilância, e a forma de sua estruturação, em termos locais, ser complexa (no sentido da necessidade de práticas e saberes multidisciplinares). Também podemos afirmar que o processo de descentralização, via Normas Operacionais Básicas-NOB-93 e 96, e, mais

⁴ "O poder de polícia é inerente ao Estado, é um poder-dever que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização de seu cumprimento, assim limitando as liberdades individuais, as condicionando aos interesses coletivos assegurados pelo Poder Judiciário" (COSTA; ROSENFELDT, 2000, p. 17).

recentemente, no início de 2001, via Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, trata o campo da promoção (vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador) de forma extremamente superficial, em detrimento da assistência médica. Isso ainda demonstra a fraca inserção, articulação e reflexão que o campo da proteção e promoção possui na área da saúde coletiva. A vigilância sanitária, que controla o setor produtivo e é responsável por significativa parte do PIB nacional, ainda necessita se afirmar através do acúmulo de conhecimento e da eficácia.

A partir da consolidação do SUS, passou a existir a necessidade da formalização de Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS –, o que ocorreu com a aprovação da Portaria 1.565/94.

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária é uma decorrência lógica da obrigação de o Estado executar ações e prestar serviços destinados a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde. De fato, a organização sistêmica se ajusta à forma federativa do Estado brasileiro e, melhor ainda, ao federalismo de colaboração, no qual elaborar a legislação de proteção e defesa da saúde é competência concorrente da União e dos Estados (C.F., art.24, XII e §§1º e2º) e suplementar dos Municípios (C.F., art.24,XII e §§2º c/c art.30, II), e cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados e dos Municípios (C.F., art.23, II) (DALLARI, 2001, p. 48).

Apesar de o SNVS expressar um conjunto de elementos que o fundamentam, estes não foram suficientemente debatidos e absorvidos pelos integrantes do arranjo: estados e municípios.

Ainda no final da década de 90, no contexto da Reforma do Estado e a partir das sucessivas tragédias sanitárias, principalmente o derrame de medicamentos falsificados e defeituosos no mercado, surge a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. A Lei de nº 9.782/99 “define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências”. Essa lei dá nova forma legal ao Sistema criado anteriormente a partir da Portaria SVS nº 1.565/94.

Entretanto, o sistema ainda necessita formalizar, na base jurídica, os entendimentos entre os três níveis de governo que o compõem, para enfrentar o gerenciamento do risco sanitário. Existe a necessidade de um sistema altamente coeso e organizado, próprio da essência da natureza da atividade da vigilância: identificar, avaliar e gerenciar os riscos produzidos nas três esferas de governo. A falha de um dos componentes do sistema repercute em outro, externalizando e coletivizando o risco. Esse aspecto é extremamente importante e deve ser considerado na formulação e na operacionalização do sistema (LUCHESE, 2001).

O SNVS apresenta uma formatação profundamente desigual a partir da criação da ANVISA, uma agência regulatória, com independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira que regulamenta e coordena o sistema nacional e também executa ações de controle. Os estados e municípios pertencem às administrações públicas diretas, não possuem autonomia financeira e administrativa (o que gera a incapacidade de utilizarem os recursos federais) e têm escassa

participação/poder na definição do sistema. Como então estruturar um sistema complexo e interdependente?

Não existe, até o momento, uma metodologia para o planejamento e organização do SNVS que considere as diferentes variáveis, como realidade socioeconômica, influências político-partidárias, organização e condição cultural das populações nas distintas regiões e localidades. É preciso uma reflexão a partir de outras áreas do conhecimento, como aqui se pretendeu com a geografia, e convocar instituições de ensino e pesquisa para conceber uma metodologia, e aplicá-la.

Referências

EDITORIAL. **Saúde em Debate**, n. 34, p.3, 1992.

COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec/Sobravime. 1999.

DALLARI, S. G. A vigilância sanitária no contexto constitucional e legal brasileiro. **Cadernos de Saúde**, n. 4, p.41-52, 2001.

LUCCHESI, G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de saúde pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MISOCZKY, M. C. A. (Re)encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.) **A estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 77-87.

MISOCZKY, M. C. A.; RÜCKERT, A., Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2002, p. 67-76.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática,1993.

ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

RÜCKERT, A. Gestão, reforma do Estado, diferentes atores e reestruturação territorial. Tese (Doutorado em Geografia Humana/Política) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo.

SANTOS, M. **Por uma geografia nova**. São Paulo: Hucitec, 1990.