

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA – ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VISA:
A EVOLUÇÃO DO REPASSE FEDERAL.**

Adriana Aquino Barbosa

Junho/2009

ADRIANA AQUINO BARBOSA

**FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VISA:
A EVOLUÇÃO DO REPASSE FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, junto ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Orientador: Prof. Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza

19 de Junho de 2009



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Adriana Aquino Barbosa

“Financiamento das Ações de VISA: A Evolução do Repasse Federal”

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a dissertação, apresentada em sessão pública ao programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de junho de 2009.

Banca Examinadora:

Prof. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza/ISC-UFBA

Profa. Marismary Horsth De Seta/Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Profa. Carmem Fontes de Souza Teixeira/IHAC-UFBA

Salvador

2009

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas várias oportunidades que me concedeu;

À minha família por representar o alicerce das minhas realizações profissionais e pessoais, em especial aos meus pais pelo amor, confiança e respeito pela educação e aos meus irmãos e a Pereirinha pelo carinho e paciência;

À minha querida tia, Antonia, pelo carinho, preocupação, incentivo, compreensão e apoio irrestritos em todas as fases da minha vida;

À grande amiga Ana Cláudia Minnaert pelos ouvidos e coração sempre atentos e carinhos aos momentos de angústia e pelos momentos de descontração em meio ao estresse.

À Evani pelo ombro amigo e pela confiança em mim depositada;

Às queridas Mariana e Elenildes pela alegria contagiante;

À Dolly Cammarota pela receptividade e eterna disposição em ajudar, contribuindo com importantes informações para o desenvolvimento deste trabalho;

Aos amigos da CVPAF/PE pela compreensão quando das minhas ausências e por tornarem meus dias um pouco mais leves;

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a evolução do financiamento federal para as ações de vigilância sanitária no período de 1998 a 2008 de forma a identificar se as mudanças no marco normativo federal foram favoráveis a uma maior alocação de recursos para a área.

Para tanto, foi realizada uma revisão documental acerca da organização do sistema de saúde brasileiro, da inserção da vigilância sanitária neste contexto e do financiamento das ações de VISA no período, de modo a estabelecer suas fontes, os mecanismos de transferência e os critérios de alocação de recursos.

Para viabilizar esta análise, os valores repassados para estados, municípios e Distrito Federal foram atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) e dispostos em uma série temporal de forma a se identificar o tipo de variação e a tendência do período.

Constatou-se que apesar dos significativos avanços no marco normativo federal relativo ao financiamento da vigilância sanitária e da incontestável tendência de crescimento das transferências, o montante de recursos repassados está aquém do previsto nas normas. A principal causa verificada foi a dificuldade de pactuação do governo federal com as demais esferas de governo.

Palavras chave: Vigilância Sanitária, Evolução, Financiamento e Alocação de Recursos.

ABSTRACT

The goal of this study was to analyze the evolution of federal funding for health surveillance efforts from 1998 to 2008 in order to identify if the changes in the federal regulatory norm were favorable to a larger allocation of resources for the field.

A documental revision of the organization of the Brazilian health system as well as of the insertion of health surveillance in this context and of funding of VISA efforts in the period was put into effect in order to establish its sources, transfer mechanisms, and resource allocation standards.

In order to enable this analysis, the values given to states, municipal districts, and the Federal District were updated by the Consumer Price Index (IPCA) and made available in a timely series so the type of variation and tendency of the period could be identified.

In despite of significant advances in the federal regulatory norm relative to health surveillance funding and the undeniable growth tendency of transfers, it was certified that the given amount of resources were below customary expectations. The main reason for this was the difficulty in agreements between the federal government and other branches of government.

Key words: Health Surveillance, Evolution, Funding and Resource Allocation.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
APLAN - Assessoria de Planejamento;
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde;
CEE - Cadastro de Estabelecimentos Empregadores;
CIB – Comissão Intergestores Bipartite;
CIT – Comissão Intergestores Tripartite;
CNS – Conselho Nacional de Saúde;
COFINS - Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social;
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira;
CSLL – Contribuição sobre o Lucro Líquido das Empresas;
DPVAT – Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;
EC – Emenda Constitucional;
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e de Compensações;
FES – Fundo Estadual de Saúde;
FINLACEN – Incentivo para os Laboratórios de Saúde Pública da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária;
FMS – Fundo Municipal de Saúde;
FNS – Fundo Nacional de Saúde;
GEFIC - Gerência de Orçamento e Finanças;
GM – Gabinete Ministerial;
GPAB/A - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada;
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IPCA – Índice de Preços ao Consumidor Amplo;
IVISA - Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária;
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública;
MAC – Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária;
MS – Ministério da Saúde;
NADAV - Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária;
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde;
NOB – Norma Operacional Básica;
OSS – Orçamento da Seguridade Social;
PAB – Piso da Atenção Básica;
PAB/A – Piso da Atenção Básica Ampliado;
PAB/VISA – Piso da Atenção Básica de Vigilância Sanitária;
PAP/VS – Programação das Ações Prioritárias em Vigilância Sanitária;
PASEP – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor;
PBVS – Piso Básico de Vigilância Sanitária;
PDAVS - Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária;
PDVISA – Plano Diretor de Vigilância Sanitária;

PIS – Programa de Integração Social;
PPI – Programação Pactuada Integrada;
RAIS - Relação Anual de Informações Sociais;
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada;
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde;
SCIELO - *Scientific Eletronic Library Online*;
SES – Secretaria Estadual de Saúde;
SIAFI – Sistema de Administração Financeira do Governo Federal;
SIGA BRASIL – Sistema de Informações sobre Planos e Orçamentos Públicos federais;
SISLAB – Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública;
SMS – Secretaria Municipal de Saúde;
SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
SUS – Sistema Único de Saúde;
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde;
TAM – Termo de Ajuste de Metas;
TCG – Termo de Compromisso de Gestão;
TFVISA – Teto Financeiro da Vigilância Sanitária;
TFVS(a) – Teto Financeiro da Vigilância Sanitária;
TFVS (b) – Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária;
VISA – Vigilância Sanitária;
VISALEGIS – Sistema de Legislação em Vigilância Sanitária;

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

LISTA DE QUADROS	PAG.
QUADRO 01 - GRUPO I: AÇÕES PARA ESTRUTURAÇÃO E FORTALECIMENTO DA GESTÃO.	41
QUADRO 02 - GRUPO II: AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O GERENCIAMENTO DO RISCO SANITÁRIO.	42
QUADRO 03 – REPASSES FEDERAIS DESTINADOS AO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VISA NOS ESTADOS, MUNICÍPIOS E DISTRITO FEDERAL.	51
QUADRO 04 – REPASSES FEDERAIS DESTINADOS ÀS AÇÕES DE VISA POR MODALIDADE DE APLICAÇÃO	56
QUADRO 05 – REPASSES FEDERAIS DESTINADOS ÀS AÇÕES DE VISA POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA	60
QUADRO 06 – REPASSES EFETUADOS PELA ANVISA, POR MODALIDADE DE APLICAÇÃO, PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA	63
QUADRO 07 – REPASSES EFETUADOS PELO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, POR MODALIDADE DE APLICAÇÃO, PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA.	66
QUADRO 08 – REPASSES DA UNIÃO PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA POR REGIÃO (2002-2008)	70

LISTA DE GRÁFICOS	PAG.
GRÁFICO 01 – EVOLUÇÃO DO REPASSE FEDERAL PARA FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VISA	55
GRÁFICO 02 - EVOLUÇÃO DO REPASSE FEDERAL PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA POR MODALIDADE APLICAÇÃO	58
GRÁFICO 03 - EVOLUÇÃO DO REPASSE FEDERAL PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA POR UNIDADE ORÇAMENTÁRIA.	62
GRÁFICO 04 - EVOLUÇÃO DOS REPASSES EFETUADOS PELA ANVISA, POR MODALIDADE DE APLICAÇÃO, PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA.	65
GRÁFICO 05 - EVOLUÇÃO DOS REPASSES EFETUADOS PELO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE, POR MODALIDADE DE APLICAÇÃO, PARA FINANCIAR AS AÇÕES DE VISA	67
GRÁFICO 06 – EVOLUÇÃO DO REPASSE FEDERAL POR REGIÃO (2002-2008)	71

FIGURAS	PAG.
FIGURA 1 - REPASSES FEDERAIS POR REGIÃO (2002-2008)	68

SUMÁRIO

Introdução	11
1. A descentralização da saúde e o financiamento das ações de Visa	14
2. A estratégia metodológica	21
3. O financiamento da vigilância sanitária no contexto do SUS	25
3.1. As normas operacionais e a regulamentação do financiamento.	25
3.2 A criação da Anvisa, o Termo de Ajuste de Metas (TAM) e as mudanças nas transferências federais.	31
3.3 O Pacto pela Saúde e suas implicações no financiamento das ações de vigilância sanitária.	37
4. Análise dos repasses federais para as ações de VISA	50
4.1 Foco de Análise 1 – Montante global de recursos repassados pela esfera federal para financiar as ações de Visa.	50
4.2 Foco de Análise 2 – Comparação entre o montante global de recursos repassados e a modalidade de aplicação	56
4.3 Foco de Análise 3 – Evolução do repasse por unidade orçamentária.	59
4.4 Foco de Análise 4 – Repasse por unidade orçamentária e modalidade de aplicação	62
4.5 Foco de Análise 5 – Repasse global por região	68
5. Conclusões possíveis a respeito do financiamento da Visa	72
6. Considerações finais	77
7. Referências bibliográficas	80

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem como diretriz básica a descentralização da gestão. Contudo, como boa parte dos recursos destinados ao financiamento das ações de saúde continua sendo arrecadado pela União, a definição de mecanismos e critérios de transferências de recursos para os estados, Distrito Federal e municípios se configura como um fator de suma relevância para garantir seu bom funcionamento (BRASIL, 2007e).

A Vigilância Sanitária (Visa), enquanto componente deste sistema, vivencia esta mesma realidade. Qualquer mudança no modelo de financiamento federal pode impactar positiva ou negativamente no montante de recursos destinados à execução das ações de Visa e na conseqüente capacidade dos demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) de cumprir a missão para a qual foram constituídos. Frise-se que estas mudanças podem interferir na capacidade dos gestores assegurarem ao cidadão a segurança sanitária, principalmente se considerarmos o cenário de restrições orçamentárias e financeiras e de incremento das necessidades de saúde e de incorporação de tecnologias.

Assim sendo, estabelecer a correlação entre a evolução do montante de recursos transferidos pela União e os momentos normativos mais relevantes para a implementação e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Visa (tais como: a NOB 01/96; a criação da Anvisa, com o conseqüente surgimento do Termo de Ajuste de Metas; e o Pacto pela Saúde) é importante para que se possa avaliar se as sucessivas mudanças impostas pelo marco normativo federal contribuíram para uma maior alocação de recursos na área da vigilância sanitária.

Destaque-se que ainda não existem estudos científicos que analisem a evolução do repasse de recursos federais aos estados, municípios e Distrito Federal para o financiamento das ações de Vigilância Sanitária e sua relação com a regulamentação do financiamento de forma a englobar o momento pós-Pacto pela Saúde (instituição dos blocos de financiamento).

Neste sentido, e visando suprir uma lacuna de conhecimento que pode trazer respostas importantes para gestores do SUS e estudiosos do financiamento da saúde no Brasil, esta dissertação apresenta um estudo descritivo da situação do financiamento da vigilância sanitária no período de 1998 a 2008, tendo como perguntas norteadoras: (1) houve modificação, ao longo dos últimos onze anos, no montante de recursos federais transferidos a estados, municípios e Distrito Federal para o financiamento das ações de Visa? (2) Caso positivo, em que proporção houve aumento ou redução reais? (3) Quais foram os mecanismos e fatores normativos que possam ter sido determinantes para o aumento ou a redução dos recursos?

Esta dissertação, portanto, discute as mudanças ocorridas nos marcos normativos do SUS e seu impacto no financiamento das ações de vigilância sanitária.

No primeiro capítulo, é discutida a inserção da vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde e as implicações da descentralização deste sistema para o financiamento das ações de Visa.

No segundo capítulo, são descritos os métodos de pesquisa utilizados neste trabalho, incluindo a caracterização do estudo, técnicas de coleta de dados e o plano de análise.

No capítulo seguinte, é apresentado o resultado da análise documental e da revisão bibliográfica acerca da temática de organização e financiamento do SUS e da Visa, destacando a discussão do marco normativo, de forma a identificar as fontes de financiamento e os mecanismos e critérios de alocação de recursos utilizados pelo governo federal para repassar recursos aos entes subnacionais.

O quarto capítulo apresenta os resultados acerca das transferências efetuadas pela União, de forma a se evidenciar se houve evolução nos repasses, a proporção da variação e a tendência do período.

Por fim, apresenta-se um capítulo com as discussões destes resultados face à análise do marco normativo do período de maneira a destacar os avanços e

limitações da política de financiamento adotada pelo SUS e seu impacto no repasse de recursos federais para que os estados, municípios e Distrito Federal executem as ações de vigilância sanitária em seu âmbito de atuação.

CAPÍTULO 1

A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE VISA

A inserção da saúde como um direito constitucional pode ser identificada como uma das principais conquistas da sociedade brasileira nos últimos vinte anos. Representou uma significativa mudança na concepção das políticas públicas de saúde que até então só amparavam o cidadão inserido formalmente no mercado de trabalho.

Além de garantir o direito à saúde para todos os cidadãos, a Constituição Federal de 1988 determinou que o dever do Estado, presente em seu texto, seria uma responsabilidade solidária das três esferas de governo e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como o mecanismo político para alcance deste valor.

O sistema de saúde brasileiro assumiu, então, um caráter de serviço público universal, integral e gratuito com uma organização político-administrativa concebida para uma gestão descentralizada (com comando único em cada esfera de governo) que assegurasse a participação popular.

A legislação que instituiu o SUS definiu as bases do modelo de financiamento do sistema, tanto com respeito às fontes quanto aos mecanismos de transferência de recursos do nível federal para os demais níveis de governo. Na Constituição também foi prevista a criação de um orçamento específico para o financiamento do sistema, o Orçamento da Seguridade Social (OSS).

O financiamento do sistema de saúde passou a ser uma responsabilidade dos três níveis de governo com recursos provenientes do orçamento da seguridade social e fiscal no âmbito federal e recursos dos orçamentos fiscais dos estados e municípios. O OSS surge tendo como fontes de recursos as contribuições sociais, cujas mais importantes são: as Contribuições de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento, a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

(COFINS), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas (CSLL), os recursos do Programa de Integração Social (PIS), os recursos do Programa de Formação de Patrimônio do Servidor (PASEP), parte da arrecadação dos Concursos de Prognóstico (loterias), 50% do Seguro Obrigatório de Acidentes Automotivos (DPVAT), a Contribuição sobre o Salário Educação e a Contribuição do Plano de Seguridade Social dos Servidores. A partir de 1997, este orçamento foi ampliado para incluir a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), contudo esta foi extinta em 2008 (OLIVEIRA JUNIOR, 2001).

Apesar da previsão constitucional, a regulamentação do Sistema Único de Saúde só veio a ocorrer em 1990, com a edição das leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. A primeira centrou o foco na organização dos serviços de saúde, sua direção, gestão e o estabelecimento de competências para os três níveis de governo e a segunda enfatizou as questões da participação da comunidade na gestão e das transferências dos recursos financeiros (MALIK, 2002).

Além de reforçar que o financiamento do SUS deveria estar vinculado ao orçamento da seguridade social, como já previsto na Constituição, a lei nº 8.080/90, em seu artigo 35, estabeleceu critérios para a definição dos recursos a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, sendo eles: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo. A legislação foi além, ao prever que a outra metade dos recursos destinados a estados e municípios seria distribuída segundo o tamanho da população.

Já a lei nº. 8.142/90 definiu que a esfera federal efetuará as transferências de recursos para os demais entes do sistema de forma automática e regular (exceção dos recursos destinados a investimento). Determinou ainda que, enquanto o artigo 35 da lei nº 8.080/90 não fosse regulamentado, prevaleceria o critério populacional para o repasse, destinando-se aos municípios pelo menos 70% dos recursos alocados no Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Apesar das tentativas de prever mecanismos para a institucionalização do processo de descentralização, inclusive no tocante ao financiamento do sistema, estes dispositivos legais não lograram êxito, e o processo passou a ser regulamentado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas pelo Ministério da Saúde (UGÁ *et al*, 2003).

Este insucesso pode ser explicado pela política neoliberal do governo Collor de Mello que promoveu um “boicote” à implantação do SUS mediante a aprovação com vetos da lei nº 8.080/90 que acabou por implicar na exclusão de artigos relevantes para o financiamento da saúde, bem como pela inviabilidade técnica de se colocar em prática os critérios de alocação de recursos previsto no artigo 35 da citada lei.

A instituição das Normas Operacionais Básicas como instrumentos reguladores da descentralização da saúde, já na sua primeira versão - a NOB 91 - apresenta dois importantes retrocessos em relação a certas expectativas legais abertas na Lei Orgânica quando não consegue regulamentar o seu artigo 35, construindo as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma convenial, e transformando os sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, cerceando suas prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

É importante destacar que a Visa se fez presente no texto constitucional como parte integrante da nova política de saúde brasileira. Até 1988, era definida pelo Ministério da Saúde como *“um conjunto de medidas que visam elaborar, controlar a aplicação e fiscalizar o cumprimento de normas e padrões de interesse sanitário relativo a portos, aeroportos e fronteiras, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes e bens (...)”, bem como o exercício profissional relacionado à saúde* (COSTA; ROZENFELD, 2004). Quando de sua previsão constitucional, assumiu um caráter de ação da cidadania e recebeu uma nova definição na Lei Orgânica da Saúde que lhe conferiu um caráter preventivo, passando a ser identificada como *“um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”* (COSTA; ROZENFELD, 2004).

Uma vez inserida no Sistema Único de Saúde, a vigilância sanitária também é marcada por uma gestão descentralizada que, entretanto, guarda algumas peculiaridades em relação ao processo geral de descentralização do SUS. Por implicar em um forte impacto na regulação da atividade econômica, a Visa é identificada como uma atividade exclusiva do Estado e requer a manutenção de determinadas atividades em um órgão central no âmbito federal, principalmente se considerarmos que seus objetos de controle circulam (ou estão presentes) em todo o território nacional e, muitas vezes, ultrapassam as fronteiras do país. Como exemplo da necessidade de atuação centralizada da Visa, pode-se citar a atividade de registro de produtos e suas ações na área de portos, aeroportos e fronteiras (SOLLA; COSTA, 2007).

E o que se entende por descentralização, então? Essa característica marcante do sistema de saúde brasileiro é aqui entendida como a transferência de autoridade, ou a distribuição de poder, dos níveis mais centrais de um sistema para os mais locais (da União para estados e municípios, por exemplo) a fim de possibilitar aos últimos maior liberdade no planejamento, gerenciamento e tomada de decisões em seu âmbito de governo (MILLS, 1990 *apud* ARAÚJO JR, 1994).

A descentralização ganhou muita força por estar associada aos ideais de democratização do poder público e de obtenção de melhorias no desempenho dos governos (ABRUCIO, 2006 *apud* BRITO, 2007). No caso do Brasil, se tivermos em vista a imensa desigualdade econômica, social e sanitária entre as várias regiões do país, uma gestão de nível local, mais próxima do cidadão e de sua situação de saúde, pode possibilitar uma maior eficiência e eficácia no gasto em saúde, a melhoria da qualidade e do acesso aos serviços de saúde e a ampliação da participação e do controle social da gestão deste sistema.

Neste sentido Solla e Costa (2007, p. 163) afirmam que:

“A descentralização no setor saúde apresenta potencialmente diversas vantagens nos âmbitos administrativo, político e econômico, entre elas: possibilidade de organizar de forma mais racional o sistema de saúde com base em áreas administrativas locais, particularmente para atenção básica à saúde; (...) promove um contato mais próximo entre governo e população, melhores condições para formulação de políticas, planos e programas mais

realistas e adequados à realidade local; (...) facilita a participação da comunidade, permitindo melhorar o controle sobre os recursos aplicados, a aceitabilidade, cooperação e sustentabilidade da política de saúde (...)"

Apesar destas vantagens, nota-se que a descentralização no Brasil é pautada na transferência de responsabilidades, sem a correspondente transferência de poder e de recursos financeiros indispensáveis para o cumprimento destas novas responsabilidades, o que implica na dependência da ação do governo central que, de modo geral, continua a induzir decisões e comportamentos por meio de programas e incentivos financeiros, ferindo de certa maneira a autonomia dos estados e municípios brasileiros (ARRETCHE, 2000 *apud* BRITO, 2007).

Tendo em vista o sistema federativo adotado pela Constituição de 1998, há que se considerar que qualquer gestão descentralizada deve sempre estar pautada pelo reconhecimento da autonomia entre os entes federados. Assim, o processo de descentralização do SUS, e conseqüentemente da vigilância sanitária, deve ir ao encontro da organização político-administrativa do Estado brasileiro. Por seu caráter federativo, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios são entes dotados de autonomia política, administrativa e financeira e devem, portanto, ser livres e independentes na gestão, definição e implementação de políticas de saúde em seus respectivos níveis (SOLLA; COSTA, 2007).

As normas que regulam o funcionamento do SUS reforçam este entendimento ao buscar mecanismos e instâncias de pactuação, a exemplo das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB).

Evidentemente que a autonomia não deve significar isolamento e a União não pode entendê-la como ausência de apoio federal. Em um processo de transição para uma gestão municipal do sistema de saúde, por exemplo, o município precisa contar com a cooperação técnica e financeira das esferas federal e estadual, conforme previsto no art. 198 da Constituição Federal. Adicionalmente, devem-se considerar as diferentes capacidades (técnica e financeira) dos entes federados e a clara definição das responsabilidades de cada ente envolvido, com equilíbrio de encargos e recursos financeiros (BRASIL, 1994; MENDES, 2001).

O fato é que o sistema de saúde no Brasil (a vigilância sanitária não foge à regra), apesar dos esforços até hoje empreendidos, ainda apresenta dificuldades para garantir uma gestão financeira efetivamente descentralizada. Com efeito, apesar da previsão da responsabilidade dos demais entes federados, o governo federal ainda vem determinando a política de financiamento através de seus atos normativos. Se considerarmos que a maior parte dos municípios ainda depende fortemente dos repasses federais, a definição de critérios de alocação de recursos por parte do governo central tem forte impacto na capacidade dos entes subnacionais em executarem as ações para as quais foram constituídos, bem como no sucesso do processo de descentralização.

Balizadas pelas discussões sobre descentralização, várias mudanças ocorreram, durante a última década, no financiamento federal das ações de vigilância sanitária. Dentre as principais, pode-se citar: (1) a modalidade preferencial de repasse passou a ser fundo a fundo (em detrimento ao repasse convencional); (2) a instituição do Piso da Atenção Básica de Vigilância Sanitária (PAB-VISA), prevendo repasses per capita diretamente aos municípios brasileiros; (3) o surgimento do Termo de Ajuste de Metas (TAM) e a regulamentação dos recursos destinados às ações de média e alta complexidade (MAC-VISA), para os estados, inicialmente, e depois para os municípios também; e (4) a instituição dos blocos de financiamento, prevista no Pacto pela Saúde que implicou no surgimento dos pisos estruturantes e estratégicos em Visa.

Nos capítulos seguintes, serão analisadas as mudanças ocorridas nos mecanismos de financiamento da vigilância sanitária, nos últimos 11 anos, a fim de se verificar se elas foram favoráveis a uma maior alocação de recursos para a área.

Neste sentido, esta dissertação tem como objetivos geral e específicos:

Objetivo Geral

- Analisar a evolução histórica do financiamento federal para as ações de Visa, no período de 1998 a 2008.

Objetivos Específicos

- Descrever os marcos normativos do SUS, no que concerne ao financiamento federal para as ações de vigilância sanitária no período de 1998 a 2008;
- Apresentar a série histórica (1998-2008) do montante de recursos federais transferidos a estados, municípios e Distrito Federal para financiar as ações de vigilância sanitária, ajustando os valores para preços de 2008, identificando se houve crescimento ou não;
- Discutir a influência dos marcos normativos na eventual modificação do montante de recursos transferidos.

CAPITULO 2

ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

A estratégia de pesquisa escolhida para este trabalho configura-o como um estudo descritivo que utilizou a série temporal e a análise documental de dados secundários relacionados aos temas de organização e financiamento da saúde e da vigilância sanitária no Brasil.

É importante destacar que a escolha do período de 1998 a 2008 para a análise da evolução do montante de recursos transferidos pelo ente federal deve-se a necessidade de contemplar momentos de relevantes mudanças no processo de organização e financiamento do SUS e, mais especificamente, da vigilância sanitária (a NOB SUS 01/96, a criação da Anvisa e do TAM e o Pacto pela Saúde).

A fim de alcançar os objetivos propostos, foram inicialmente analisados os documentos oficiais que estabeleceram ou estabelecem o marco normativo federal sobre a organização e financiamento do SUS e da vigilância sanitária, no período já referido.

Esta fase teve como objetivo específico descrever como se organiza o sistema de saúde brasileiro, principalmente no que se refere à inserção da vigilância sanitária. Teve ainda como objetivo determinar como se deu o financiamento das ações de Visa no período, ou seja, quais foram suas fontes, os mecanismos de transferência e os critérios de alocação de recursos. De forma complementar, esta descrição visou orientar a análise dos dados financeiros nos vários momentos normativos que implicaram em alterações nas regras de financiamento da vigilância sanitária.

O acesso aos documentos foi obtido através de consultas aos bancos de dados oficiais de legislação, como o disponibilizado no sítio da Presidência da República e do sistema de Legislação em Vigilância Sanitária (VISALEGIS), bem como o sítio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Aqui foram analisados os regulamentos relativos à organização e financiamento do SUS e da Visa à

semelhança da Constituição Federal, leis, decretos, portarias, normas, instruções normativas e resoluções relacionadas à temática do financiamento.

Além de documentos oficiais, foram utilizados livros e artigos publicados em revistas científicas, bem como consultadas bibliotecas virtuais, tais como: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a biblioteca virtual em saúde (BVS) usando como critérios de pesquisa os termos: SUS, vigilância sanitária, organização, financiamento e alocação de recursos.

Tendo em vista que a pesquisadora é servidora da Anvisa, no processo de descrição do financiamento federal das ações de Visa, também foram utilizadas informações disponibilizadas na rede de comunicação interna da agência (Intravisa), bem como documentos, relatórios, planos, programas, pareceres e manuais internos da instituição disponibilizados por áreas-chaves envolvidas na temática de financiamento, tais como: o Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária (NADAV), Assessoria de Planejamento (APLAN) e a Gerência de Orçamento e Finanças (GEFIC).

Pelo volume e diversidade de fontes, os materiais, selecionados de acordo com a possibilidade de resposta às perguntas norteadoras da pesquisa, foram dispostos em uma lista cronológica. Cada documento, após analisado, fez-se acompanhar de uma breve exposição de seu conteúdo, na qual era determinada a vigência do regulamento, as fontes de financiamento, os mecanismos utilizados para a transferência dos recursos e seus critérios de alocação.

Neste estudo, a fonte foi entendida como a origem do recurso, sendo que esta pesquisa se limitou a avaliar a fonte pública federal. Por mecanismo de transferência, entendeu-se a forma pela qual o recurso é repassado para os estados e os municípios (se ocorre na modalidade fundo a fundo ou por convênio).

A alocação de recursos foi considerada como o processo pelo qual recursos existentes são distribuídos entre usos alternativos (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998). Critério foi definido como aquilo que serve de base para comparação, julgamento ou

apreciação ou como um conjunto de regras, parâmetros ou orientações, independentemente do grau de detalhamento (FERREIRA, n.d *apud* COSTA, 2003).

Assim sendo, entendeu-se por critério de alocação de recursos o conjunto de regras, parâmetros ou orientações, definidos explicitamente pela esfera federal nos regulamentos relacionados ao financiamento da saúde ou das ações de Visa, para a transferência de recursos aos estados, municípios e Distrito Federal (COSTA, 2003).

Considerando que a palavra “recursos” poderia ser entendida de modo amplo, de forma a abranger recursos financeiros, humanos e materiais, cabe destacar que o objeto desse trabalho restringiu-se aos recursos financeiros.

O segundo momento desta pesquisa se ateve à apresentação da série histórica do montante de recursos federais transferidos a estados, municípios e Distrito Federal. Tratou-se, portanto, de construir uma série temporal, ou seja, de uma seqüência de dados financeiros sobre repasse para a vigilância sanitária em momentos distintos no tempo (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Os dados financeiros foram obtidos através de consultas ao banco de dados de execução do orçamento da União disponibilizado no sítio da Câmara dos Deputados e do Senado Federal (denominado Sistema de Informações sobre Planos e Orçamentos Públicos Federais - SIGA BRASIL), que utiliza o Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI) como fonte de informação. Tendo em vista que o acesso ao sistema SIAFI é restrito, optou-se pela utilização destes bancos de dados uma vez que se trata de uma fonte de informação aberta ao público e fidedigna para obtenção dos dados de repasse efetuados pela união neste período.

Os dados financeiros obtidos foram organizados em tabelas e gráficos com a ferramenta *Microsoft Excel*, tendo como variáveis de análise o tempo (anos), a modalidade de aplicação ou ente da federação (estado, municípios e Distrito Federal), a região (norte, nordeste, centro oeste, sul e sudeste), a unidade orçamentária (Anvisa e Fundo Nacional de Saúde) e o valor anual repassado.

A Modalidade de aplicação é um dos componentes da classificação da despesa utilizados no orçamento público brasileiro e conseqüentemente no SIAFI que indicam como os recursos serão aplicados. Aqui, a análise restringe-se às modalidades 30 e 40 que indicam respectivamente as transferências do governo federal destinadas aos estados e Distrito federal e aos destinadas aos municípios.

Os valores de repasse efetuados nos anos de 1998 a 2007 foram atualizados para valores de dezembro de 2008, a fim de se obter um valor real para comparação no decorrer do período, sem o risco das variações encontradas poderem ser creditadas a correções inflacionárias.

O índice utilizado para esta correção de valores foi o Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Medido mensalmente pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ele é considerado pelo Banco Central como o índice oficial de inflação no país e é utilizado pelo governo para se verificar se a meta estabelecida para a inflação está sendo cumprida.

Cumprir esclarecer que a construção dos gráficos com a distribuição temporal teve por foco a identificação do tipo de variação e da tendência que caracteriza o período estudado. De forma adicional, os gráficos permitiram avaliar se a variação ocorreu de forma semelhante (1) entre estados e Distrito Federal e municípios; (2) para cada unidade orçamentária; e (3) para as cinco regiões do país.

O último momento da pesquisa envolveu a análise e discussão dos dados financeiros tabulados em gráficos e tabelas, a fim de ser evidenciar a relação entre as mudanças ocorridas no marco legal do financiamento nos últimos onze anos com a evolução no montante de recursos transferidos para estados, Distrito Federal e municípios. Isto de forma a permitir a discussão dos possíveis fatores normativos que possam ter influenciado a eventual modificação do montante de recursos transferidos.

CAPÍTULO 3.

O FINANCIAMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO CONTEXTO DO SUS

3.1. As Normas Operacionais e a regulamentação do financiamento

A regulamentação do processo de descentralização e do financiamento do Sistema Único de Saúde foi iniciada com a edição das leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Contudo, a regulamentação, de fato, para efeitos práticos, só ocorre com as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas pelo Ministério da Saúde.

Conforme destaca Lucchese (2004), as NOB tiveram grande importância na organização da gestão das ações e dos serviços de saúde e na operacionalização das relações político-institucionais e financeiras entre as três esferas de governo. Nelas foram detalhados os procedimentos a serem observados pelos estados e municípios interessados nas transferências financeiras do ente federal, instituídas as transferências fundo a fundo, definidas as responsabilidades de cada ente governamental e as instâncias de decisão e pactuação no SUS (DE SETA, 2007).

De modo geral, as Normas Operacionais Básicas avançaram em relação ao marco normativo até então vigente, ao definir novos critérios para alocação e transferência de recursos e ao criar novas instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão através da formação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite¹ (VIANA, 2002 *apud* DE SETA, 2007, p.20).

Criticadas por pouco contribuírem para o estabelecimento da cooperação entre as três esferas de governo e por preservarem as transferências de recursos entre governos através da formalização de convênios, as NOB 01/91 e NOB 01/92 não fizeram menção às ações de vigilância sanitária. Tal referência só vem ocorrer, mesmo que de forma superficial, na NOB 01/93 (DE SETA, 2007).

¹ As Comissões Intergestores assumem um papel fundamental no processo de implementação da gestão descentralizada do SUS constituindo-se em um fórum de discussão, de análise técnica e de negociação política entre os gestores do sistema (Lucchese, 2004).

A NOB 01/93, conforme assinalam Santos e Andrade (2007), representou um marco no financiamento da saúde por ter criado a possibilidade de os estados e os municípios definirem a sua própria condição de gestão do SUS (incipiente, parcial ou semi-plena) em razão de sua capacidade técnica e operativa. Os estados poderiam se habilitar em duas das condições de gestão descentralizada, a parcial e a semi-plena, e os municípios em qualquer uma das três. Isto representou um avanço na implantação do SUS, porque estados e municípios passaram a ser considerados gestores do sistema e não apenas meros prestadores de serviço ao Ministério da Saúde.

A NOB 93 ainda disciplinou os procedimentos reguladores da descentralização das ações e dos serviços de saúde no país, porém se restringiu às atividades ambulatoriais e hospitalares. No que se refere à vigilância sanitária, cuja descentralização ainda estava em estágio inicial de discussão, foram incluídas na NOB as redefinições das atribuições das três esferas de governo e os mecanismos de financiamento (LUCCHESI, 2004).

Apenas com a NOB 01/96, foi possível se estabelecer de forma clara a estratégia de descentralização da vigilância sanitária. Neste sentido, Lucchese (2004, p. 107-109) destaca que:

“(...) na NOB 96, estão estabelecidas algumas bases para a gestão descentralizada da vigilância sanitária. Obedecendo ao ordenamento jurídico do SUS, descentraliza-se a execução de ações para os municípios e atribui-se aos estados responsabilidades de caráter predominantemente regulatório, típicas do âmbito estadual – a normalização, a organização e a coordenação de ações e serviços de uma rede hierarquizada e regionalizada, a gerência de serviços de referência estadual e a cooperação técnica e financeira ao conjunto dos municípios (...).

A responsabilidade pela execução de ações básicas, de média e/ou alta complexidade é atribuída ao estado apenas no que se refere aos municípios não habilitados a executá-las, conforme as condições de gestão prevista na NOB 96 (...).”

A NOB 96 avançou com relação à norma anterior ao introduzir novas condições de gestão² para estados e municípios que aumentaram a possibilidade de um maior número de municípios se habilitar à gestão descentralizada de recursos, tendo em vista que poderiam se enquadrar na condição de gestores da atenção básica (CARVALHO, 2002 apud BRASIL, 2007e). Ela ainda instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI), incluindo as ações da vigilância sanitária entre as atividades deste instrumento de planejamento nas três esferas de governo.

Aqui a PPI ganha importância uma vez que a NOB 96 estabeleceu que, de acordo com a condição de gestão, o município poderia estar habilitado a realizar ações de vigilância sanitária de baixa, média e alta complexidade. A norma ainda explicitava que, caso o município não fosse habilitado, a execução das ações de Visa caberia ao estado. Contudo, a NOB 96 não discriminava os critérios para definir quais atividades e procedimentos em vigilância sanitária poderiam ser considerados de baixa, média e alta complexidade (LUCCHESI, 2000; SOUZA, 2002a apud BRITO, 2007).

De forma adicional, a NOB 96 regulamentou o repasse de recursos federais para os estados, o Distrito Federal e os municípios ao instituir o critério populacional para o financiamento da assistência básica através do Piso da Assistência Básica, posteriormente transformado em Piso da Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 2007e). O PAB, como será relatado mais adiante, se constituía de uma parte fixa e de uma variável, esta última relativa aos incentivos para o fortalecimento e o desenvolvimento de ações estratégicas da atenção básica.

A grande inovação da NOB/96 para a Visa foi o estabelecimento de formas de financiamento para suas atividades, por meio da criação do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária – TFVS (a). Os recursos relativos a este repasse poderiam ser executados por duas modalidades: transferência regular e automática fundo a fundo (o recurso seria repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os

² A NOB 96 previu duas condições de gestão para os estados, a gestão avançada do sistema estadual e a gestão plena do sistema estadual. Para os municípios, também foram duas formas de habilitação, a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Tais condições de gestão eram estabelecidas com base em responsabilidades, prerrogativas e mecanismos de financiamento (Lucchese, 2004).

Fundos Estaduais e Municipais independente de convênio ou outro instrumento) e remuneração de serviços produzidos.

Os recursos destinados ao custeio das ações de vigilância sanitária (TFVS) previstos na NOB/96 eram, então, compostos pelo Piso Básico de Vigilância Sanitária - PBVS (tornado sem efeito pela Portaria/GM/MS/1.882 de 18 de dezembro de 1997), pelo Índice de Valorização de Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA), pelo Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS) e pelos recursos destinados às ações de média e alta complexidade em Visa.

Nos dois primeiros casos, a transferência se daria de forma regular e automática fundo a fundo. O IVISA consistia na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do teto financeiro da vigilância sanitária do estado como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população. O repasse dependeria de critérios definidos na CIT, e fixados em portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS), previamente acordados no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este recurso ainda poderia ser transferido pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), conforme definição da CIB.

De forma complementar, os dois últimos casos consistiriam na remuneração por serviço produzido. O PDAVS representava o pagamento direto às SES e às SMS pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS. Já as ações de média e alta complexidade consistiam no pagamento direto às secretarias de saúde estaduais e municipais pela execução destas atividades. Ambas dependiam de apresentação de demonstrativo das atividades realizadas ao MS e tinham os valores de suas remunerações definidos em negociação na CIT e formalizados por meio de portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente acordadas no CNS.

Contudo, parte das inovações trazidas pela NOB 96 para o financiamento das ações de Visa não foram regulamentadas através de portaria específica. O IVISA e PDAVS não chegaram a ser implantados. Estamos de acordo com Brito (2007, p. 44),

quando levanta a possibilidade da implantação não ter ocorrido em virtude da *“lógica extremamente questionável de modalidade de financiamento para ações de impacto coletivo, como as de Visa: a de remuneração por serviço”*.

Lucchese (2000) reforça esta idéia, questionando a viabilidade de se definir quais procedimentos de Visa deveriam compor uma tabela, como atribuir valor a cada um destes procedimentos e, até mesmo, o interesse dos gestores de saúde em vincular o repasse à produção em Visa, quando se conhecem as distorções geradas por este mecanismo na assistência ambulatorial e hospitalar (BRITO, 2007).

Já a remuneração direta às SES e às SMS para a execução das ações de média e alta complexidade em Visa foi formalizada posteriormente nos procedimentos da Portaria SAS nº 18, de 21 de janeiro de 1999, embora dependessem ainda de publicação posterior com a definição de seus componentes e valores.

Conforme já adiantado, com a edição da Portaria GM/MS nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997, foi extinto o PBVS, criando um novo incentivo às ações básicas de vigilância sanitária, o PAB – Visa, que consistia em um montante de recursos financeiros destinado ao incremento das ações básicas de fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes sujeitos à ação da Visa, bem como às atividades de educação em vigilância sanitária.

A referida portaria criou o Piso da Atenção Básica (PAB), um montante de recursos financeiros destinado exclusivamente ao custeio de procedimentos e ações de atenção básica à saúde, que seria composto por uma parte fixa, destinada à assistência básica e de uma parte variável, relativa aos incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica.

Os valores relativos ao PAB deveriam ser transferidos aos municípios de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS). Só seriam transferidos valores aos Fundos Estaduais de Saúde (FES), em caráter provisório, exclusivamente para a cobertura da população residente em municípios não habilitados. O critério per capita foi escolhido para a

alocação da parte fixa do PAB, portanto, cada município receberia o equivalente ao valor per capita definido, multiplicado pela sua população.

Os critérios e os requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo às ações básicas de vigilância sanitária foram estabelecidos na Portaria nº 2.283, de 10 de março de 1998. Nela foi definido um valor de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) por habitante/ano a ser repassado a cada município habilitado em gestão plena da atenção básica.

Brito (2007, p. 46), acertadamente, analisa que, embora com um valor baixo e abrangendo apenas as ações básicas de Visa no âmbito municipal, *“o pagamento do PAB variável para a vigilância sanitária representou uma medida concreta no sentido de colocar na ordem do dia o debate sobre as responsabilidades e as parcerias necessárias para o desenvolvimento das ações de Visa nas três esferas de governo”*.

É importante ressaltar que a NOB 96 diversificou os mecanismos e os fluxos de financiamento, reduzindo a remuneração contra a prestação de serviços e ampliando as transferências (fundo a fundo) com base na programação do uso dos recursos (MELAMED; COSTA, 2003).

Através da NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002 foram regulamentadas regras para a regionalização e a hierarquização do sistema de saúde, conforme afirma De Seta (2007), trava-se de *“uma tentativa de se reforçar a instância estadual e a cooperação horizontal e vertical entre os entes federados”*.

Os critérios de habilitação foram atualizados. A NOAS 01/2001 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) como uma das condições de gestão do sistema municipal e modificou o Piso de Atenção Básica, ampliando as atividades contempladas, que passou a denominar-se PAB – Ampliado (PAB-A). À semelhança do que ocorria com o PAB, era composto por uma parte fixa e outra variável, relativa aos incentivos (BARROS, 2003).

A NOAS 01/2002 trouxe a vigilância sanitária apenas como um dos requisitos para

habilitação dos municípios às condições de gestão estabelecidas (SOLLA; COSTA, 2007). Apesar dos aspectos acima levantados, estas duas normas não apresentaram mudanças significativas no tocante ao financiamento das ações de vigilância sanitária.

3.2. A criação da Anvisa, o Termo de Ajuste de Metas (TAM) e as mudanças nas transferências federais.

Outro importante momento de inflexão no financiamento da vigilância sanitária inicia-se em 1999, com a edição da Lei nº 9.782, que cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Autarquia especial, vinculada ao Ministério da Saúde, coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), com a responsabilidade de prestar cooperação técnica e financeira aos estados, municípios e Distrito Federal, a agência passou a conduzir o processo de descentralização e a discussão dos mecanismos de financiamento, papel que até então era desempenhado pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

A descentralização das ações de vigilância sanitária, iniciada com NOB 96, foi intensificada com a redistribuição para os estados dos recursos arrecadados pela Anvisa e com a regulamentação do financiamento das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária através do Termo de Ajuste de Metas (TAM).

O ano de 2000 foi marcado por importantes avanços para o processo de descentralização e financiamento das ações de vigilância sanitária. Com o objetivo de consolidar a implantação de mecanismos de financiamento e de pactuação de compromissos da esfera federal com os Estados foram editadas a portaria ministerial nº 1.008, de 08 de setembro de 2000, e a Portaria Conjunta nº 874, de 20 de novembro de 2000.

A portaria nº 1.008 veio regulamentar as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas por estados, municípios e Distrito Federal. Tal marco normativo representou um avanço, pois

ampliou a abrangência da descentralização, até então restrita às ações de atenção básica através do PAB variável.

Além de definir o montante de recursos a ser transferido pela esfera federal, no ano de 2000, para o financiamento das ações de média e alta complexidade (R\$ 26.345.312,00), a portaria nº 1.008 estabeleceu o Termo de Ajuste de Metas como o instrumento para pactuação das ações.

Mediante a pactuação de metas, envolvendo ações de fiscalização, de desenvolvimento de recursos humanos, de desenvolvimento e implantação de sistema de informação e de fortalecimento dos laboratórios, dentre outras, o TAM viabilizou o repasse de recursos financeiros adicionais, fundo a fundo, para que os estados executassem mais ações de vigilância sanitária. Quatro anos depois, em 2004, os municípios foram incorporados à lógica do TAM

É importante destacar que o Termo de Ajuste de Metas foi o instrumento de planejamento que viabilizou o processo de descentralização das ações de média e alta complexidade em Visa. Sua construção foi negociada entre os gestores do SUS (inicialmente apenas União e estados) e proporcionou melhores condições de gestão no âmbito da vigilância sanitária (BRASIL, 2006d).

Pela portaria nº 1.008, os recursos financeiros destinados a cada unidade federada eram constituídos de um valor de R\$ 0,15 por habitante/ano, acrescido de um valor proporcional à arrecadação da Taxa de Fiscalização em Vigilância Sanitária – TFVS (b), por fato gerador, apurado em cada unidade federada. Estabeleceu-se ainda um piso financeiro de R\$ 420.000,00 para as unidades federadas com população inferior a cinco milhões de habitantes.

Do valor destinado às unidades federadas, ficou estabelecida a quantia de R\$ 0,06 (seis centavos) per capita a ser utilizada a título de incentivo à municipalização das ações de Visa. A norma ainda coloca que se as ações pactuadas forem de responsabilidade preferencial dos estados ficaria estabelecido o valor de R\$ 0,09 (nove centavos) per capita para repasse a municípios.

Note-se que não foi estabelecido nessa portaria um montante de recursos a ser diretamente transferido pela União aos municípios. O repasse direto do ente federal ficou restrito aos estados. Aos municípios apenas coube receber uma parte dos recursos destinados aos estados a título de incentivo à municipalização e ainda assim dependiam de pactuação e do cumprimento de critérios por parte dos municípios, tais como: estar habilitado nas condições de gestão estabelecidas na NOB 96, comprovar a capacidade técnica para execução das ações de Visa por nível de complexidade, possuir equipe técnica que atendesse às necessidades de cobertura local, comprovar a existência de estrutura administrativa responsável pelas ações de Visa e abrir conta específica vinculada ao fundo municipal de saúde.

Isto implicou na fragilização do financiamento para o ente municipal uma vez que, ao contrário do que ocorria com os repasses do PAB-VISA, onde as transferências do governo federal ocorriam diretamente do FNS para o FMS, inicialmente, no TAM não havia recursos diretamente destinados aos municípios. Em havendo capacidade técnica para execução das ações de média e alta complexidade em Visa o recurso recebido pelo município era parte daquele destinado aos estados.

Na portaria conjunta nº 874/MS, de 29 de novembro de 2000, foi regulamentado o repasse relativo às taxas de fiscalização de vigilância sanitária – TFVS, por fato gerador. O critério definido para a distribuição dos R\$ 17.250.000,00, então aprovado pela portaria, foi o número de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária fornecido pela Relação Anual de Informações Sociais – RAIS combinado com o cadastro de estabelecimentos empregadores – CEE do Ministério do Trabalho e Emprego.

Aqui também foi previsto que os recursos somente poderiam ser utilizados nas ações de Visa previstas nos Termos de Ajustes de Metas, aprovados em reuniões plenas das Comissões Intergestores Bipartites – CIB, e assinados entre a Anvisa e as unidades federadas. O repasse destes recursos seria efetuado através do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e distritais de saúde, em única parcela, em uma conta específica da Visa. Apenas mediante deliberação da CIB, o FNS poderia transferir os recursos do incentivo à descentralização das ações de Visa diretamente aos fundos municipais.

Perceba-se que não se adota a distribuição per capita para a alocação do recurso. Ademais, o critério utilizado também não implica em uma divisão eqüitativa com base nas necessidades de saúde da população. Isso, contudo, não impedem que se reconheçam os avanços trazidos por essas duas portarias do ano de 2000.

No ano de 2001, foram editadas outras duas portarias, regulamentando o repasse para a execução das ações de média e alta complexidade em Visa nos estados, municípios e Distrito Federal, sendo elas a Portaria/MS/nº 145, de 31 de janeiro de 2001, e a Portaria Conjunta/MS/ANVISA/nº 151, de 24 de setembro de 2001.

Não houve muitas alterações com relação às portarias editadas no ano anterior. A mudança essencial foi o estabelecimento de um novo critério para obtenção do valor nominal proporcional à arrecadação da TFVS, por fato gerador. Agora, as unidades seriam estratificadas segundo o número de estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária presentes em sua área geográfica agrupadas por macro-setores de atuação (medicamentos, alimentos e tecnologia em saúde). No total, as normas previam o repasse de R\$ 50.863.542,70 para as ações de média e alta complexidade em Visa, sendo R\$ 23.900.000,00 relativos ao TFVS – Fato Gerador.

Os anos de 2002 e 2003 tampouco assistiram a alterações significativas quanto aos critérios para alocação dos recursos, bem como aos mecanismos utilizados para transferência (fundo a fundo). Contudo, através da edição da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 200, de 12 de julho de 2002, foram estabelecidas novas normas para a aplicação e o controle dos recursos transferidos fundo a fundo para estados, Distrito Federal e municípios para financiamento das ações de média e alta complexidade em Visa.

Tais normas vedaram a utilização do recurso repassado em ações diversas daquelas pactuadas no TAM, ou seja, vincularam a utilização do recurso, o que implicou na redução da autonomia do gestor. Ainda foi estabelecido que a comprovação da utilização do recurso se daria através da apresentação à Anvisa de relatórios de acompanhamento trimestral e de gestão anual que contemplassem a execução física, a avaliação dos resultados alcançados no período e a execução financeira do recurso transferido e da respectiva contrapartida.

Num primeiro momento com financiamento restrito a estados e Distrito Federal, em 2004, com a repactuação prevista na Portaria nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003, os municípios foram incorporados ao TAM. Como estímulo à adesão dos municípios para a execução das ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária – MAC/VISA, foi estabelecido o repasse direto de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, sendo os mesmos aplicados em conta específica para a Visa (recurso rubricado), mediante a aprovação da CIB e homologação na CIT.

Aqueles municípios que pactuassem a realização das ações de média e alta complexidade receberiam do ente federal um valor de R\$ 0,10 por habitante/ano que seria deduzido do teto global do estado e um valor per capita/ano de mesmo valor a ser alocado pela Anvisa. Os recursos do TAM transferidos aos municípios, que até então se limitavam à parte daquilo que era transferido pela União aos estados, passou a contar com um montante extra, oriundo diretamente do órgão sanitário federal.

A ampliação do repasse financeiro do MAC-VISA contribuiu para a incorporação do gestor municipal ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e favoreceu a coordenação das ações de Visa. Dessa forma, ampliou-se a capacidade de cumprimento das atividades pactuadas pelos órgãos estaduais e municipais de vigilância sanitária, de acordo com os critérios e parâmetros definidos pela Portaria GM/MS nº. 2.473/2003 (BRASIL, 2005)

Além da ampliação do incentivo financeiro para o custeio das ações de média e alta complexidade, que passou a contemplar repasses diretos para os municípios, o ano de 2004 foi marcado pela criação do fundo de compensação em Visa.

O fundo de compensação era composto pelos valores correspondentes aos saldos financeiros livres relativos aos recursos transferidos aos estados, municípios e ao Distrito Federal, que não foram executados no cronograma pactuado. Se os recursos que ficaram em conta bancária depois de excluídos aqueles empenhados e os comprovadamente comprometidos pelas unidades federadas ultrapassassem

40% dos valores liberados no período de seis meses, o saldo era bloqueado e direcionados para o fundo de compensação em Visa.

Estes recursos eram então destinados às atividades de fortalecimento da vigilância sanitária realizadas pelos Estados, Municípios ou Distrito Federal. Conforme previsto na portaria, os critérios de elegibilidade e acesso aos recursos do fundo de compensação seriam propostos pelo Comitê Consultivo de Vigilância Sanitária da CIT e aprovados pelo plenário da CIT.

O que se percebe com a análise destas normas é que o Termo de Ajuste de Metas trouxe para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária uma nova fonte de recursos para financiar suas ações, bem como representou o surgimento de um mecanismo a ser utilizado pelos gestores para a elaboração do planejamento estratégico e das programações. O TAM veio a reforçar o processo de descentralização e representou um real incremento no montante de recursos financeiros transferidos aos entes subnacionais.

Conforme assinala Brito (2007), apesar dos avanços, alguns fatores contribuíram para uma baixa adesão ao TAM. A pactuação com os estados e municípios ocorria sem respeitar as diferenças entre as diversas regiões do país e o critério utilizado (per capita) para a alocação dos recursos financeiros tinha baixo poder indutivo, uma vez que se revelavam insuficientes para o desenvolvimento adequado das ações propostas. Na avaliação da Anvisa (BRASIL, 2006c), isso provocava um descompasso entre as responsabilidades a serem assumidas na gestão dos serviços de média e alta complexidade em Visa e o volume de recursos destinados a esta execução.

Novas mudanças no financiamento federal das ações de saúde surgem com o Pacto pela Saúde, como descrito no item a seguir. Perceberemos o esforço do governo federal em minimizar os problemas acima referidos.

3.3. O Pacto pela Saúde e suas implicações no financiamento das ações de vigilância sanitária

Para falar em financiamento federal da saúde e mais especificamente da vigilância sanitária, é impossível não nos remetermos ao Pacto pela Saúde 2006, indutor das mais recentes mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro. Formalizado pela Portaria GM/MS nº. 399/2006, ele engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

As diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde reconhecem a significativa evolução do SUS no tocante ao processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. É perceptível a intenção de se refletir a complexidade envolvida na gestão deste sistema em um país com dimensões continentais composto por estados federados que vivenciam realidades sociais, políticas e administrativas tão dispares.

Este documento, resultante de um processo de discussão que envolveu as três esferas de gestão na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), buscou superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, vigentes até então, através da formalização de um pacto no qual cada uma das esferas de governo assume, de maneira negociada, parte da responsabilidade pela saúde da população (BRASIL, 2006b). Os gestores também se comprometem a desenvolver ações comuns a fim de garantir o cumprimento das prioridades previstas nos seus três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Sua implementação se dá pela adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes³ e estabelece metas e compromissos de impacto sobre a situação de saúde da população para cada ente da federação. Este novo modelo de pactuação ainda estabelece a regionalização como eixo estruturante do processo de descentralização

³ O Pacto manteve as prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados contidas na Norma Operacional Básica – NOB 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à saúde – NOAS 01/2002 enquanto os entes federados não firmassem o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) (SANTOS; ANDRADE, 2007)

e integra as várias formas de repasse de recursos financeiros no formato de blocos de financiamento.

Conforme afirmam Santos e Andrade (2007, p. 83):

“(...) o pacto vem a ser o novo instrumento para a gestão compartilhada do SUS, e algumas das reivindicações dos gestores de estados e municípios, como o reconhecimento da autonomia, são consideradas, deixando, assim, de existir as “habilitações” que, teoricamente, implicavam a “permissão” do Ministério da Saúde para que o município e o estado fossem reconhecidos como gestores da saúde em seus territórios. Em substituição à “habilitação”, é instituído o termo de compromisso, instrumento que vai formalizar os acordos e os pactos entre os gestores da saúde”.

O Pacto pela Vida se assenta em torno de um conjunto de compromissos sanitários, firmados pelas três esferas de gestão do SUS, que visam melhorar a situação de saúde da população. Foram estabelecidas como prioridades: a saúde do idoso, o controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (Brasil, 2006b).

O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos dos gestores em desenvolver e articular ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública. Ele deve ser firmado na repolitização da saúde, aproximando-a dos atuais desafios do SUS, na promoção da cidadania como estratégia de mobilização social de forma a reforçar a saúde como um direito do cidadão e na garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema (contempla a regulamentação da Emenda Constitucional - EC nº. 29 e a aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão). Prevê-se ainda o estabelecimento de diálogo com a sociedade, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania e o estabelecimento e a divulgação dos Direitos dos Usuários do SUS.

Já o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades dos entes federativos e

explícita, dentro das competências concorrentes, o que cada um deve realizar, reconhecendo, assim, as grandes diferenças locais e regionais do país (SANTOS; ANDRADE, 2007). De forma adicional, define diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação em saúde.

Enfocando o financiamento, objeto deste estudo, o Pacto reforça a disposição constitucional e da lei orgânica da saúde de estabelecer como princípio geral do financiamento para o Sistema Único de Saúde a responsabilidade das três esferas de gestão. A modalidade preferencial de transferência de recursos entre gestores deve ser o repasse fundo a fundo e o método de alocação de recursos deveria contribuir para a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais.

Muitas foram as mudanças no financiamento federal das ações de saúde decorrentes do Pacto. A portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou estas inovações e estabeleceu que os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passariam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, cada um deles constituído de componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Como pode ser aferido na norma, a criação dos blocos de financiamento simplificou a quantidade de contas para transferência de recursos aos entes sub-nacionais e buscou ampliar a autonomia dos gestores com relação aos gastos em saúde.

Foram constituídos cinco blocos de financiamento para o custeio das ações de saúde em substituição às mais de cem “caixinhas” que eram utilizadas para essa finalidade, sendo eles: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento passam a ser transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, fundo a fundo, em

conta única e específica para cada bloco de financiamento e devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

Com o Pacto, os recursos federais destinados às ações da vigilância sanitária passam a compor o bloco da Vigilância em Saúde junto com os recursos da vigilância epidemiológica e ambiental em saúde. Dessa forma, o limite financeiro deste bloco veio a ser composto pelos componentes da vigilância epidemiológica e ambiental e da vigilância sanitária em saúde, sendo o componente da vigilância sanitária constituído pelo teto financeiro de vigilância sanitária (TFVISA - MAC Visa, PAB Visa) e pelas taxas de fiscalização (TX Visa).

Conforme determina a portaria de regulamentação, os recursos deste bloco devem ser utilizados de acordo com a Programação Pactuada Integrada (PPI) e com os Planos de Saúde. Cabe destacar que, a PPI foi posteriormente substituída pela Programação das Ações Prioritárias de Vigilância em saúde (PAP-VS) que por sua vez resultou da revisão e unificação dos indicadores dos extintos Pacto da Atenção Básica e da própria PPI-VS.

Mesmo com as mudanças no financiamento da saúde, em 2007, as fontes de custeio das ações de Visa permaneceram com as denominações TAM-MAC VISA, destinado às ações consideradas de média e alta complexidade, e PAB VISA, destinados às ações da atenção básica⁴. Entretanto, é importante lembrar que a nova estrutura das ações a ser pactuada em Vigilância Sanitária não obedecerá mais a essa classificação de complexidade prevista na NOB/96, estando às mesmas dispostas em um “Elenco Norteador de Ações de Visa” para a elaboração das respectivas programações estaduais ou municipais. Esta referência é composta por dois grupos de ação - estruturação e fortalecimento da gestão e ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário -, conforme detalhado nos quadros a seguir (BRASIL, 2007f).

⁴ Em 2008, o repasse já ocorre com a nova denominação estabelecida na Portaria GM/MS nº 1.998, de 21 de agosto de 2007, ou seja, Piso Estratégico e Piso Estruturante.

Quadro 01

Grupo I: Ações para a estruturação e fortalecimento da gestão

ÁREA DE ESTRUTURAÇÃO	PARÂMETROS
1. Estrutura legal	Profissional ou equipe de VISA investida na função por ato legal.
	Instrumento legal de criação da VISA, com definição de atribuições e competências.
	Inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de Saúde.
	Código Sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual e/ou federal.
2. Estrutura física e recursos materiais	Espaço físico para o desenvolvimento das atividades.
	Canais de comunicação: telefone/fax/internet.
	Equipamentos específicos para fiscalização, impressos (termos legais).
3. Estrutura administrativa e operacional	Cadastro de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
	Sistema de informação.
	Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais.
4. Gestão de pessoas	Profissional ou equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades.
	Plano de Capacitação.

Fonte: Núcleo de Assessoramento em Descentralização das Ações de VISA (NADAV/Anvisa), 2008.

QUADRO 02**Grupo II: Ações estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário**

ÁREA DE INTERVENÇÃO	PROCEDIMENTOS
1. Produtos, serviços e ambientes de interesse à saúde	Inspeção sanitária.
	Coleta de amostra para análise.
	Notificação.
	Investigação.
	Atividade educativa para profissionais do setor regulado.
2. Educação e comunicação em saúde para a sociedade	Elaboração de materiais educativos.
	Divulgação de alerta sanitário.
	Atendimento à denúncia/ reclamação.
3. Ações integrais de saúde	Ações de notificação, investigação e inspeção conjuntas com a Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Assistência.
	Participação nos processos de educação destinados às equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde.
4. Ações intersetoriais	Ações de intervenção no risco sanitário em parceria com Agricultura, Saneamento, Educação, Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia, etc.
5. Ações laboratoriais	Fomentar estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos.

Fonte: Núcleo de Assessoramento em Descentralização das Ações de VISA (NADAV/Anvisa), 2008.

Ao prever a possibilidade dos recursos de um componente serem utilizados nas ações de outro, bem como a possibilidade de remanejamento de recursos entre os blocos, a Portaria GM/MS nº 204/2007 se propõe a contribuir para que os gestores de saúde tenham maior flexibilidade para alocar os recursos de acordo com as necessidades de saúde da população de seu estado ou município. Da mesma forma que proporciona maior flexibilidade à gestão e reforça o sentido da descentralização do SUS e a autonomia dos gestores, tal mudança também pode representar uma ameaça à alocação de recursos para financiar as ações de vigilância sanitária uma vez que seus recursos poderiam ser utilizados nas ações de vigilância epidemiológica e ambiental.

A regulamentação do componente de vigilância sanitária do bloco de vigilância em saúde ocorre com a edição da Portaria GM/MS nº 1.998, de 21 de agosto de 2007. Além de definir o montante a ser repassado aos estados, municípios e Distrito Federal no período de junho a dezembro de 2007, a referida portaria estabeleceu a composição do componente vigilância sanitária do bloco da vigilância em saúde. Com recursos oriundos do Programa de Governo “Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços e Ambientes” do Fundo Nacional de Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, este relativo às taxas de fiscalização arrecadadas pela autarquia, ficou definido que o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA) passa a ser constituído do piso estratégico e do piso estruturante, sendo este último destinado apenas aos municípios.

O piso estruturante, focado em elementos de estrutura para o funcionamento dos serviços, foi então composto pelos recursos financeiros oriundos do Piso da Atenção Básica da Vigilância Sanitária (PAB/VISA) e das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária arrecadadas pela ANVISA mediante a prestação de serviços. Já o piso estratégico, focado no gerenciamento do risco sanitário, foi composto pelos recursos financeiros oriundos das ações básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária (MAC/VISA) e pela taxas de fiscalização de VISA.

A partir dessa nova regulamentação, o recurso destinado a compor o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária dos Estados passa a ser calculado a partir do piso estratégico que corresponde ao valor de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano ou pelo Piso Estadual de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais) para unidades federadas com até 2.142.587 habitantes, ou seja, de baixa densidade populacional.

O Teto Financeiro de Vigilância Sanitária do Distrito Federal é composto de piso estruturante, de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano, e piso estratégico, calculado pelo valor de R\$ 0,21 (vinte e um centavos) por habitante/ano e Taxa de Fiscalização de Vigilância Sanitária.

Para os municípios são repassados os pisos estruturante e estratégico. O piso estruturante é calculado pelo valor de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por

habitante/ano ou pelo Piso Municipal de Vigilância Sanitária, no valor de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais) por ano para municípios cujo valor per capita configurar um teto abaixo desse valor (ou seja, municípios com até 20 mil habitantes) e compõe o segmento Estruturante do Elenco Norteador das Ações de VISA. Como fator de incentivo à descentralização, ao município também será repassado o piso estratégico, calculado pelo valor de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano, independente do valor repassado ao Estado, se pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conforme critérios que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de VISA.

Aqui fica claro o aumento no valor per capita repassado aos estados, municípios e Distrito Federal tendo em vista que no TAM MAC-VISA o valor per capita era de R\$ 0,15 habitante/ano (com piso de R\$ 420.000,00 para estados com menos de 5 milhões de habitantes), sujeito ainda a redução de parte deste valor como incentivo à municipalização, e no PAB era de R\$ 0,25 habitante/ano.

A diretora da Anvisa, Maria Cecília Martins de Brito, avalia (notícia publicada em 10/09/07 na página interna da Agência) que *“o piso estruturante de vigilância sanitária é uma grande conquista. Significa um avanço sobre os valores pouco significativos recebidos anteriormente pelos pequenos municípios”*.

É importante destacar que os recursos financeiros destinados aos estados, além de serem aplicados na execução das ações de vigilância sanitária, também devem contemplar a coordenação e acompanhamento das vigilâncias sanitárias municipais. No tocante aos municípios, os recursos servem para a estruturação dos serviços e para a execução das ações pactuadas através do Plano de Ação. (BRASIL, n.d)

Para receber o repasse, os estados e os municípios devem possuir um planejamento quadrienal, com planos de ação para cada ano, aprovados pelos conselhos de saúde. E esses planos devem estar articulados com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde, e pactuados nas CIB, fortalecendo o papel destes fóruns no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

No contexto do Pacto pela Saúde, em 2006, também surge o Plano Diretor de Vigilância Sanitária (PDVISA). Construído no intuito de representar o instrumento de eleição das prioridades em Visa e fortalecer o SNVS, o PDVISA se articula com as diretrizes do Pacto e prevê a construção de um instrumento de planejamento, negociação e cooperação pactuada, o Plano de Ação em Visa. Integrado com o Plano de Saúde, o Plano de Ação estabelece o elenco de ações a serem desenvolvidas pelos entes sub-nacionais, as metas e os resultados esperados, os meios de verificação, bem como os recursos financeiros para custeio e investimento das ações da Visa e os responsáveis e as parcerias necessárias para execução destas ações. O Plano de Ação passou, portanto, a ser o mecanismo de operacionalização do PDVISA e parte integrante do Termo de Compromisso de Gestão previsto no Pacto. (BRITO, 2007)

Ainda em 2007, surgem (aparentemente) duas novas fontes de recurso para as ações da vigilância sanitária focadas no incentivo a laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária.

O primeiro marco normativo deste incentivo foi a Portaria GM/MS nº 3.202, de 18 de dezembro de 2007. Através dela foi regulamentado o incentivo financeiro destinado aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen), prevendo o montante de R\$ 16.720.000,00 no ano. O valor do incentivo financeiro varia de acordo com o porte e o nível do laboratório (estágio de implementação do sistema de qualidade atual e capacidade técnica e operacional instalada) e é transferido pelo Fundo Nacional de Saúde, fundo a fundo, em parcela única, para os estados e Distrito Federal.

O incentivo tem a finalidade de fortalecer a estruturação dos laboratórios de saúde pública para que possam realizar as ações laboratoriais demandadas pelas ações das vigilâncias sanitárias. Tais recursos são oriundos dos saldos do Piso Estratégico não pactuado pelos municípios e têm efeitos financeiros retroativos à novembro de 2007, ou seja, neste caso a norma deixa evidente não se tratar de recurso novo para a Visa, uma vez que decorre da impossibilidade de repasse para municípios face a não pactuação.

O segundo marco legal foi a Portaria GM/MS nº 3.271, de 27 de dezembro de 2007. Aqui é regulamentado o incentivo financeiro destinado aos Laboratórios de Saúde Pública (Finlacen-Visa) com vistas à execução das ações de vigilância sanitária. Utilizando-se do mesmo critério de alocação de recurso da portaria anterior (porte e nível do laboratório), os repasses neste caso ocorrerem mensalmente, mas de forma automática e regular, fundo a fundo, aos estados e Distrito Federal. Aqui o objetivo também é contribuir para a estruturação dos laboratórios de saúde pública de forma a possibilitar que executem programas de monitoramento de produtos de risco e estabeleçam padrões de qualidade/segurança de produtos regionais e de outros produtos de interesse da saúde, definidos com os serviços de vigilância sanitária estadual e municipal.

Apesar de o incentivo ser destinado aos laboratórios estaduais e do Distrito Federal, os laboratórios municipais de saúde pública podem pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a realização de ações laboratoriais em Visa. A portaria também possibilita aos laboratórios que se tornem referência nacional e regional da Rede Nacional de Vigilância do SISLAB, podendo vir a receber de recursos adicionais. O montante a ser repassado previsto na portaria era de R\$ 25.080.000,00.

Em 2008, é editada a Portaria nº 133, de 21 de janeiro de 2008, que atualiza a regulamentação dos repasses de recursos financeiros federais do componente vigilância sanitária do bloco de financiamento da vigilância em saúde. Apesar da denominação “atualiza” a legislação não traz nada de novo aos mecanismos de transferência e alocação de recursos, apenas determina o montante total a ser transferido no ano.

Neste mesmo ano, é editada uma regulamentação da Anvisa que traz novidades e certa controvérsia para o financiamento da Visa. Através da Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 3, de 28 de janeiro de 2008, a Anvisa tenta estabelecer normas sobre a aplicação, o controle e o acompanhamento dos recursos federais transferidos fundo a fundo para estados, municípios e Distrito Federal.

Contrariando o estabelecido no art. 19 da Portaria GM/MS nº 204/2007, o qual claramente determina que os recursos de um componente do bloco podem ser utilizados nas ações de outro componente, a referida resolução, tenta vincular recursos para execução nas ações de Visa, conforme pode ser percebido em seu art. 1º *“os repasses do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA) e o fator de incentivo financeiro para os laboratórios de saúde pública da rede nacional de laboratórios da vigilância sanitária (Finlacen-Visa) do componente de vigilância sanitária no bloco de financiamento de vigilância em saúde, transferidos fundo a fundo, **deverão ser aplicados na execução das ações de vigilância sanitária contempladas nos planos de saúde**”* (grifos nossos)

De forma adicional, a resolução determinava que o acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros por parte dos entes sub-nacionais deveria ser efetuado por meio de relatórios trimestrais a serem encaminhados ao Núcleo de Assessoramento de Descentralização de Ações de Vigilância Sanitária (NADAV), o que também contraria as determinações do Pacto que define ser o Relatório Anual de Gestão o instrumento para o acompanhamento da execução destes recursos (art. 39 da Portaria nº 204/2007).

Após questionamentos do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) sobre a legalidade e legitimidade da Agência quanto à edição e ao conteúdo da norma e mediante parecer da Procuradoria Federal da Agência (Parecer Cons. Nº 12/2008 – PROCR/ANVISA) a resolução é revogada.

É importante destacar que o referido parecer reforça a competência da Anvisa para regulamentar e disciplinar questões específicas do ramo da vigilância sanitária acerca da aplicação, controle e acompanhamento dos recursos transferidos desde que não haja contrariedade às normas gerais emanadas por órgãos superiores. Contudo, vai ao encontro do entendimento do Conasems de que a norma contraria o estabelecido no Pacto ao tentar vincular recurso para as ações de Visa afirmando que a RDC nº 3, de 28 de janeiro de 2008, fere o determinado no art. 19 da Portaria nº 204/2007, bem como afirma que dada a plausibilidade do acompanhamento trimestral caberia a Agência buscar, ao menos, consensuar a decisão junto ao Conass e Conasems.

No final do mesmo ano é editada a portaria nº 3.080, de 23 de dezembro de 2008, regulamentando o repasse de recursos financeiros como incentivo à execução da ação referente à gestão de pessoas em vigilância sanitária. Utilizando como critério de repasse o Censo Nacional de Trabalhadores de vigilância sanitária de 2004, estratificado pela proporção de número de trabalhadores de Visa por estado, em três níveis, computados aqueles vinculados as esfera estadual e municipal, tal repasse previu a destinação de um montante da ordem de R\$ 12.350.000,00 (doze milhões e trezentos e cinquenta mil reais). À semelhança do que ocorreu com os recursos destinados ao financiamento dos laboratórios, este não representa recurso novo e sim a tentativa de execução de recurso “antigo”.

Tal recurso é destinado, prioritariamente, às equipes municipais de Visa, contudo o repasse é efetuado aos estados e Distrito Federal, em parcela única, fundo a fundo, e sua utilização deve estar em conformidade com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, estabelecida através do disposto no art. 2º da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Aqui, apesar do critério utilizado para a alocação dos recursos fazer sentido (quem tem uma equipe maior ganha mais recurso para capacitar), reforça-se a manutenção de maiores repasses para as regiões mais ricas (exemplo: Rio de Janeiro e São Paulo), ou seja, mantêm a iniquidade na partição do recurso.

É importante que se diga que as mudanças trazidas pelo Pacto (com a exceção da tentativa de vinculação promovida pela Anvisa através da RDC nº 3, de 28/01/2008) vêm ao encontro das proposições, relativas ao financiamento da saúde, dos participantes da I Conferência de Vigilância Sanitária. Na ocasião, houve um posicionamento no sentido de se garantir a autonomia dos estados e municípios em dispor dos recursos de saúde. Não deveria haver destinações obrigatórias de recursos financeiros para ações específicas, por definição exclusiva do âmbito federal.

O aumento do valor per capita a ser transferido a estados, municípios e Distrito Federal, o aumento do piso estadual e o surgimento de um piso municipal para ações de Visa trouxe avanços para o financiamento, favorecendo principalmente os municípios de pequeno porte. Contudo, percebe-se que um item importante previsto

no Pacto não teve grandes avanços: a utilização de uma metodologia de alocação de recursos que contribuísse para a redução das iniquidades macroregionais, estaduais e regionais.

A manutenção do critério per capita único (de valor único), apesar do aumento, não favoreceu uma distribuição equitativa que implicasse em uma alocação de recursos que atendesse as diferentes necessidades de saúde da população.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS REPASSES FEDERAIS PARA AS AÇÕES DE VISA

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise dos dados financeiros relativos ao montante de recursos federais transferidos a estados, municípios e Distrito Federal, no período de 1998 a 2008, para financiar as ações de vigilância sanitária. Estes dados, já atualizados para valores de dezembro de 2008 através do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do IBGE, são analisados de forma a evidenciar a relação entre as mudanças ocorridas no marco normativo que orientou o financiamento das ações de Visa nos últimos onze anos e o montante de recursos transferidos.

De forma adicional, a análise dos dados identifica se houve modificação, e em qual proporção, no montante de recursos federais transferidos a estados e municípios para o financiamento das ações de Visa, bem como quais mecanismos e fatores podem ter sido determinantes para o aumento ou a redução dos recursos.

4.1. Foco de Análise 1 – Montante global de recursos repassados pela esfera federal para financiar as ações de Visa.

Ao analisarmos a tabela abaixo, podemos constatar que nos últimos onze anos, o montante de recursos transferidos pelo governo federal para que estados, municípios e Distrito Federal financiassem as ações de Visa cresceu 153,85%, passando de R\$ 70.873.271,74 para R\$ 179.913.189,00.

Quadro 3 – Repasses federais destinados ao financiamento das ações de Visa nos estados, municípios e Distrito Federal.

	Anvisa				FNS				Total	Var %
	Estados e DF	Var %	Municípios	Var %	Estados e DF	Var %	Municípios	Var %		
1998	0,00	-	0,00	-	0,00	-	70.873.271,74	-	70.873.271,74	-
1999	582.772,80	-	0,00	-	0,00	-	66.755.284,05	-5,81%	67.338.056,85	-4,99%
2000	55.500.800,60	9423,57%	2.891,78	-	843.506,27	-	63.838.353,44	-4,37%	120.185.646,33	78,48%
2001	16.077.912,89	-71,03%	2.115.036,09	73039,58%	33.369.255,32	3856,02%	62.714.719,50	-1,76%	114.277.692,04	-4,92%
2002	21.793.792,98	35,55%	86.880,00	-95,89%	43.540.738,81	30,48%	59.352.308,02	-5,36%	124.773.719,51	9,18%
2003	2.448.267,62	-88,77%	0,00	-100,00%	42.696.265,72	-1,94%	56.252.287,34	-5,22%	101.396.818,77	-18,74%
2004	12.621.626,59	415,53%	3.133.686,27	-	37.239.536,16	-12,78%	52.926.614,59	-5,91%	105.921.467,63	4,46%
2005	27.709.337,06	119,54%	7.752.379,67	147,39%	22.551.550,16	-39,44%	56.068.169,12	5,94%	114.081.438,29	7,70%
2006	29.058.784,79	4,87%	8.243.786,54	6,34%	31.151.015,71	38,13%	79.638.018,00	42,04%	148.091.605,53	29,81%
2007	16.448.872,07	-43,39%	13.024.765,34	57,99%	34.757.585,56	11,58%	72.452.321,21	-9,02%	136.683.544,45	-7,70%
2008	39.532.891,00	140,34%	16.495.800,00	26,65%	37.709.481,00	8,49%	86.175.017,00	18,94%	179.913.190,75	31,63%
Total	221.775.058,40	-	50.855.225,70	-	283.858.934,70	-	727.046.364,01	-	1.283.536.451,90	-

Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Obs 1: Variação % com relação ao ano imediatamente anterior.

Obs 2: Valores atualizados para dezembro de 2008 através do IPCA/IBGE.

Nestes onze anos, podem ser destacados três momentos com incrementos mais significativos no repasse de recursos. O primeiro momento ocorre no ano de 2000, e representa o maior aumento percentual no período. Neste ano, o repasse federal totalizou o montante de R\$ 120.189.009,09, o que significou um incremento de 78,49% em relação às transferências realizadas no ano de 1999, que foi de R\$ 67.338.056,85.

Este crescimento coincide com as edições da Portaria Interministerial nº 1.008, de 08/09/2000, e Portaria Conjunta nº 874, de 20/11/2000, que regulamentaram as ações de média e alta complexidade em vigilância sanitária (MAC-Visa) para estados e Distrito Federal e o repasse dos recursos relativos às Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária – TFVS – por fato gerador arrecadadas pela Anvisa. A análise documental demonstra, portanto, que a criação de uma fonte de recursos para o financiamento das ações da área (até então a Visa só contava com o repasse regular do PAB-VISA) foi responsável pelo incremento no repasse de recurso.

Após as variações negativas no repasse ocorridas em 2001 (-4,92%) e 2003 (-18,74%) com relação aos valores transferidos no ano imediatamente anterior, percebe-se que a partir de 2004, com a inclusão dos municípios no TAM (até então este ente não fazia jus a repasses diretos da União para financiar ações de média e alta complexidade em Visa), o montante de recursos repassados à Visa retoma sua tendência de crescimento, apresentando incrementos percentuais de 4,46%, 7,70% e 29,81% no período de 2004 a 2006. Neste último ano, as transferências atingem um montante de R\$ 148.091.605,04 contra os R\$ 114.081.436,02 repassados em 2005. Aqui se identifica o terceiro maior incremento na série.

O terceiro momento de incremento desta série ocorre no ano de 2008 quando o repasse efetuado totaliza R\$ 179.913.189,00, valor este 31,63% superior ao do ano de 2007 que foi de R\$ 136.83.544,19. Neste repasse, são computados os incentivos aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Portaria GM/MS nº 3.202, de 18/12/2007), cujos recursos eram oriundos dos saldos do Piso Estratégico não pactuado pelos municípios no ano de 2007, o que de certa forma pode explicar a queda de 7,7% no repasse ocorrido no ano de 2007, bem como o Incentivo aos

Laboratórios de Saúde Pública (Portaria GM/MS nº 3.271, de 27/12/2007). Note-se que apesar da regulamentação destes incentivos ter ocorrido em 2007, seu repasse apenas foi computado no ano de 2008. De forma adicional, no exercício 2008, ainda se registra no marco normativo o surgimento do incentivo à execução da ação de gestão de pessoas em vigilância sanitária, regulamentado pela Portaria nº 3.080, de 23/12/2008. Este incentivo previa um repasse de R\$ 12.350.000,00, mas a execução de tal recurso só vem a ocorrer e representar impacto financeiro no ano de 2009.

É importante se destacar que para o ano de 2008, a Portaria nº 133, de 21/01/2008, que atualizou o repasse do componente vigilância sanitária do bloco da vigilância em saúde, previu um repasse da ordem de R\$ 178.563.278,89, sendo R\$ 132.511.715,41 oriundo do FNS e R\$ 46.051.563,48 da Anvisa. Se considerarmos que neste ano, foram repassados recursos adicionais relativos aos incentivos destinados aos laboratórios centrais de saúde pública e laboratórios de saúde pública, cuja regulamentação previa um montante de R\$ 16.720.000,00 para o primeiro e R\$ 25.080.000,00 para o segundo, conclui-se que apesar das evoluções previstas no marco normativo, a execução dos recursos por parte do ente federal está aquém do esperado uma vez que em 2008 a União apenas repassou a estados, municípios e Distrito Federal o montante de R\$ 179.913.189,00.

Isto nos leva a avaliar que estes “novos” incentivos aparentemente representam o esforço do governo federal de repassar para o sistema os recursos que não foram objeto de pactuação e que, portanto, não poderiam ser repassados através das normas vigentes até então. Essa sensação é reforçada pelo fato destes dois regulamentos serem publicados no final de dezembro do referido ano, estando até mesmo claro em uma delas, a Portaria GM/MS nº 3.202, de 18/12/2007, que o recurso é proveniente do piso estratégico não pactuado com municípios.

Como adiantado nos parágrafos anteriores, estes onze anos também foram marcados por reduções percentuais no repasse. A redução mais significativa ocorreu no ano de 2003 e implicou em uma redução no repasse da ordem de 18,74% com relação ao ano de 2002 (o repasse passou de R\$ 124.773.719,81 em 2002 para 101.396.820,68 em 2003). O segundo momento de maior redução

ocorreu em 2007 quando o montante transferido atingiu R\$ 136.683.544,19, valor este 7,70% menor que o realizado em 2006 (R\$ 148.091.605,04).

A Anvisa, em seu Relatório de Gestão do exercício 2007, apresenta dois fatores para explicar a diminuição do repasse neste exercício. Um deles foi a mudança nos critérios de repasse federais para as ações de vigilância sanitária, definidos na Portaria nº 1.998, de 21 de agosto de 2007. Como a regulamentação do componente da vigilância sanitária no bloco da vigilância em saúde somente veio a ocorrer no segundo semestre do ano, a agência alega que ficou inviabilizada a execução total do orçamento programado e aprovado para 2007. O outro fator refere-se à pactuação do piso estratégico de Visa. Como a referida portaria previa aporte de recursos financeiros para todos os municípios e a pactuação prevista na norma somente se efetivou em 14% destes, houve comprometimento na execução dos recursos financeiros programados, implicando, inclusive, em realocação dos recursos para incentivo aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública como já mencionado.

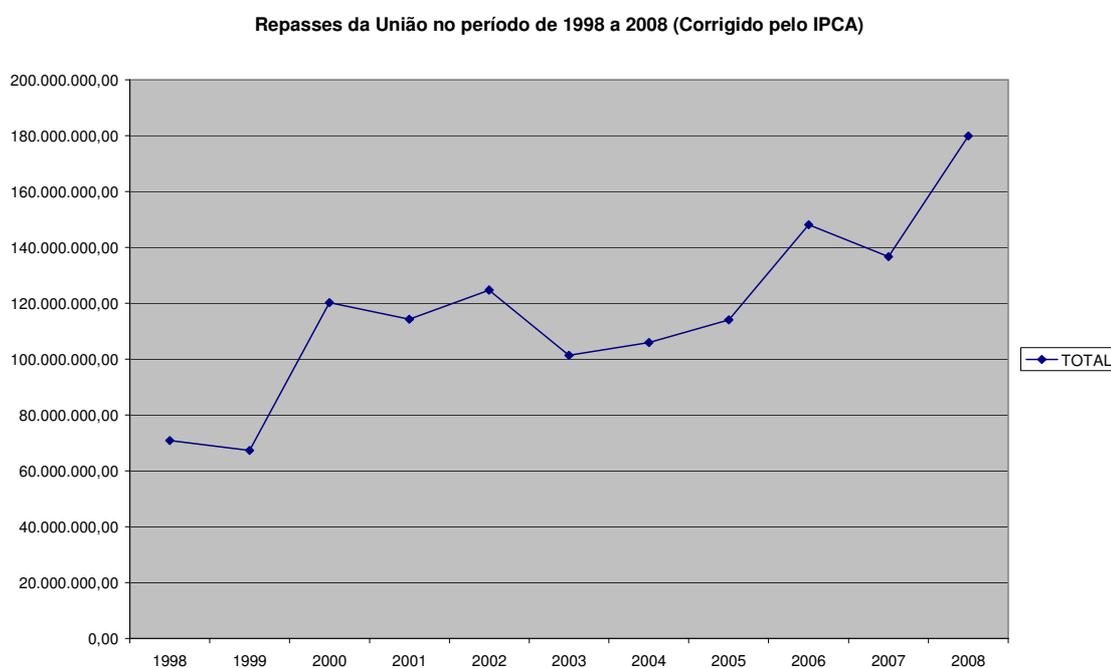
Ao relacionarmos estas variações com as mudanças nos marcos normativos acerca do financiamento da Visa, percebemos que, no decorrer dos anos, as normas foram prevendo novas fontes de recursos para a vigilância sanitária, elevando os valores per capita e instituindo pisos a fim de elevar o montante de recursos repassados aos entes que possuíam baixa densidade populacional. O financiamento do período assumiu para a alocação de recursos, essencialmente, o critério de base populacional e geográfica, ou seja, a distribuição per capita (salvas as exceções dos incentivos aos laboratórios, que tinha por critério o porte e nível do laboratório, e o incentivo às ações de gestão de pessoas, cujo critério é o número de trabalhadores de Visa por estado).

A princípio, não há no marco normativo qualquer fator que justifique as variações negativas identificadas nos repasses efetuados pela esfera federal aos estados, municípios e Distrito Federal. Tendo por base a análise dos relatórios de gestão da Anvisa e das normas do financiamento da Visa neste período, estas variações podem ser explicadas essencialmente pelas dificuldades de pactuação do governo federal com as demais esferas de governo (as transferências de recursos para

financiamento das ações de Visa é decorrente de pactuações). Em alguns momentos, pelas dificuldades para operacionalização de mudanças nos critérios de repasse e, até mesmo, pelos bloqueios de repasse por saldo livre em conta corrente acima do permitido pela legislação. Estas situações acabaram por contribuir para uma menor execução do orçamento federal destinado à execução das ações de Visa nos entes subnacionais.

De toda forma, observando o gráfico abaixo, pode-se afirmar que apesar dos momentos de retrocesso acima mencionados, percebe-se que o período avaliado apresentou uma tendência de crescimento no repasse efetuado pelo ente federal a estados, municípios e Distrito Federal. Impossível avaliar, porém, é se este crescimento foi suficiente para suprir a carência de recursos do sistema.

Gráfico 1 – Evolução do Repasse Federal para Financiamento das Ações de VISA.



Fonte: SIGA BRASIL, Senado

4.2. Foco de Análise 2 – Comparação entre o montante global de recursos repassados e a modalidade de aplicação

Neste item, o foco da análise é a evolução no montante de recursos transferidos por modalidade de aplicação (estados e Distrito Federal *versus* municípios) de forma a se evidenciar se o comportamento do repasse foi similar para as duas modalidades de aplicação. O primeiro aspecto percebido na tabela abaixo se refere à total ausência registros de repasse de recursos para estados e Distrito Federal no ano de 1998 no banco de dados consultado, bem como o surgimento de alguns registros de repasse no ano de 1999 e o elevado incremento ocorrido no ano 2000.

Com um repasse que totalizava R\$ 582.772,80 em 1999, no ano seguinte, com a regulamentação do MAC-Visa e as pactuações do TAM, a União passa a transferir fundo a fundo para estados e Distrito Federal o montante de R\$ 56.344.306,87, o que representa um incremento da ordem de 9.568,31% em um ano. É importante lembrar que os regulamentos até então vigente só previam transferências de recursos do PAB para estados para dar cobertura à população dos municípios não habilitados nas condições de gestão da NOB/96.

Quadro 4 – Repasses Federais destinados às ações de Visa por modalidade de aplicação

	Estados e DF	Var %	Municípios	Var %
1998	0,00	-	70.873.271,74	-
1999	582.772,80	-	66.755.284,05	-5,81%
2000	56.344.306,87	9568,31%	63.844.702,22	-4,36%
2001	49.447.168,21	-12,24%	64.829.755,59	1,54%
2002	65.334.531,78	32,13%	59.439.188,02	-8,31%
2003	45.144.533,34	-30,90%	56.252.287,34	-5,36%
2004	49.861.162,75	10,45%	56.060.300,86	-0,34%
2005	50.260.887,22	0,80%	63.820.548,80	13,84%
2006	60.209.800,50	19,79%	87.881.804,54	37,70%
2007	51.206.457,63	-14,95%	85.477.086,56	-2,74%
2008	77.242.372,00	50,84%	102.670.817,00	20,12%
Total	505.633.993,10	-	777.905.046,71	-

Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Obs 1: Variação % com relação ao ano imediatamente anterior.

Obs 2: Valores atualizados para dezembro de 2008 através do IPCA/IBGE.

Após este período, apesar dos três momentos de queda no repasse, nota-se entre 2000 a 2008 um crescimento no montante de recursos transferidos da ordem de 37,08%, passando de R\$ 56.344.306,87 em 2000 para R\$ 77.242.372,00 em 2008. Em 2008, se identifica o maior percentual de aumento (50,84%), quando o repasse atinge R\$ 77.242.32,00 contra R\$ 51.206.457,63 do ano anterior. Esse aumento do repasse decorreu do aumento do valor per capita a ser transferido, bem como a instituição do piso estratégico em Visa para aqueles estados com baixa densidade demográfica.

Em 2002, identifica-se o segundo momento de maior incremento no repasse, quando o montante passa de R\$ 49.447.168,21 para 65.334.531,78, o que representa um acréscimo de 32,13% no repasse. O terceiro maior incremento ocorre em 2006, quando o repasse cresce 19,79% em relação ao ocorrido no ano anterior (de R\$ 50.260.887,22 para R\$ 60.209.800,50).

As reduções nos repasses ocorrem em três momentos 2001, 2003 e 2007. A mais significativa destas reduções ocorre em 2003 (30,90%) quando o repasse cai de R\$ 65.334.531,78 para R\$ 45.144.533,34. Em 2001 e 2007, as reduções são de respectivamente 12,24% e 14,95%. Aqui também não se vê no marco normativo federal qualquer mudança no financiamento que justifique esta redução.

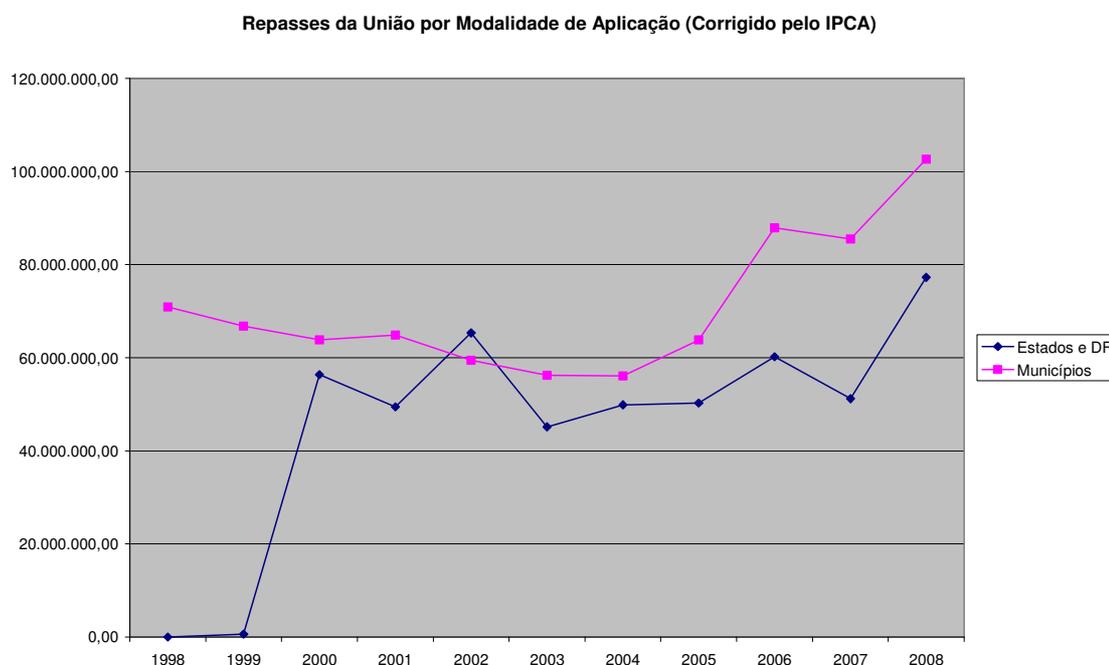
No que se refere aos repasses efetuados para os municípios, até o ano de 2004 é clara a tendência de queda no repasse, o que denota uma priorização do governo federal em fortalecer o financiamento da esfera estadual. Esta tendência inicial de queda é revertida a partir de 2005, provavelmente decorrente da inclusão dos municípios no TAM no ano anterior. De toda forma, no período de 1998 a 2008, os recursos repassados aos municípios passaram de R\$ 70.873.271,74 para R\$102.670.817,00, o que significa um crescimento de 44,87% no repasse para esta esfera de governo.

No período avaliado identificam-se três momentos mais significativos para incremento do repasse efetuado, sendo que o principal destes é no ano de 2006, cujo repasse de R\$ 87.881.804,54 foi 37,7% maior com relação aos recursos transferidos no ano anterior (R\$ 63.820.54,80). O segundo momento de maior

crescimento no repasse aos municípios ocorre em 2008, quando da instituição dos pisos estruturante e estratégico o montante de R\$ 102.670.817,00 constituiu-se 20,12% maior que o ocorrido em 2007 (R\$ 85.477.086,56).

No tocante às reduções nos repasse, frise-se que a queda mais significativa ocorre em 2002 (com uma redução de 8,31%), ficando os demais períodos (1999, 2000 e 2003) com redução em torno dos 5,0%.

Gráfico 2 – Evolução do repasse federal para financiar as ações de Visa por modalidade de aplicação.



Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Analisando o gráfico 2 acima, nota-se que as variações mais acentuadas ocorreram nos repasses efetuados para estados e Distrito Federal (positiva e negativamente), sendo que os repasses destinados aos municípios apresentaram mais variações negativas, mas mesmo assim menos significativas. Ambas as séries apresentaram uma tendência de crescimento. Descartando os anos de 1998 e 1999 da série (em virtude da brusca variação ocorrida no período para os repasses destinados a estados e Distrito Federal), verifica-se que o crescimento no repasse destinado aos

municípios (60,81%) foi superior ao realizado para estados e Distrito Federal (37,08%), provavelmente em função da inclusão dele no TAM/MAC-VISA.

Nota-se na série um aumento no repasse para os estados no período de 1998 a 2000, acompanhada de uma variação negativa nos repasses para os municípios. Quando da criação da Anvisa, percebe-se uma priorização por parte da agência em promover a regulamentação do financiamento e o repasse para as ações de média e alta complexidade para a esfera estadual mediante pactuação o que explica a evolução favorável para estados e a variação negativa dos municípios uma vez que não houve nova fonte de recursos, nem reajuste significativo de valores para estes últimos.

4.3. Foco de Análise 3 – Evolução do repasse por unidade orçamentária.

No quadro abaixo são apresentados os montantes de recursos transferidos pela União para financiar as ações de Visa nos estados, municípios e Distrito Federal por unidade orçamentária, ou seja, são detalhados os recursos transferidos cuja origem é o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e aqueles que têm por origem a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Inicialmente analisamos os recursos financeiros transferidos pela Anvisa. Nota-se que o quadro abaixo apresenta um valor zero de repasse para os entes subnacionais no ano de 1998, pois a agência foi criada apenas em 1999. Contudo, já em 1999, apesar da baixa execução, é efetuado o primeiro repasse da nova agência para os demais integrantes do SNVS.

Quadro 5 – Repasses federais destinados às ações de Visa por unidade orçamentária.

	Anvisa	Var %	FNS	Var %
1998	0,00	-	70.873.271,74	-
1999	582.772,80	-	66.755.284,05	-5,81%
2000	55.503.692,38	9424,07%	64.685.316,71	-3,10%
2001	18.192.948,98	-67,22%	96.083.978,03	48,54%
2002	21.880.672,98	20,27%	102.893.046,83	7,09%
2003	2.448.267,62	-88,81%	98.948.553,06	-3,83%
2004	15.755.312,86	543,53%	90.166.150,75	-8,88%
2005	35.461.716,74	125,08%	78.619.719,28	-12,81%
2006	37.302.571,33	5,19%	110.789.033,71	40,92%
2007	29.473.637,41	-20,99%	107.209.906,77	-3,23%
2008	56.028.691,00	90,10%	123.884.498,00	15,55%
Total	272.630.284,10	-	1.010.908.758,93	-

Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Obs 1: Variação % com relação ao ano imediatamente anterior.

Obs 2: Valores atualizados para dezembro de 2008 através do IPCA/IBGE.

O valor inicialmente transferido pela Anvisa foi de pouco mais de R\$ 500 mil, já em 2000 o repasse teve um crescimento de 9.424,07%, passando para R\$ 55.503.692,38, já que as taxas por ela arrecadadas passam a ser transferidas para os demais entes do SNVS via TAM/MAC-VISA. A partir deste momento, ocorrem duas grandes oscilações negativas. A primeira delas logo em 2001, quando o repasse cai para R\$ 18.192.948,98, ou seja, uma queda de 67,22% com relação ao montante repassado no ano anterior. A segunda ocorre em 2003, quando o repasse atinge o surpreendente valor de R\$ 2.448.267,62, 88,81% inferior ao realizado em 2002 que totalizou um montante de R\$ 21.880.672,62. Em 2007, também nota-se uma variação negativa no repasse na ordem de 20,99%.

Contudo, o período também foi marcado por variações positivas bastante relevantes para o financiamento da Visa, além da ocorrida em 2000. A mais significativa ocorre em 2004, com um crescimento de 543,53% com relação ao repasse do ano anterior que havia sofrido uma queda de 88,81%. Isso implicou em uma recuperação no repasse efetuado em 2003 que havia sofrido uma grande redução com relação ao

ano de 2002. Em 2005, há também um aumento no repasse da ordem de 125,08% e um outro de 90,10% em 2008.

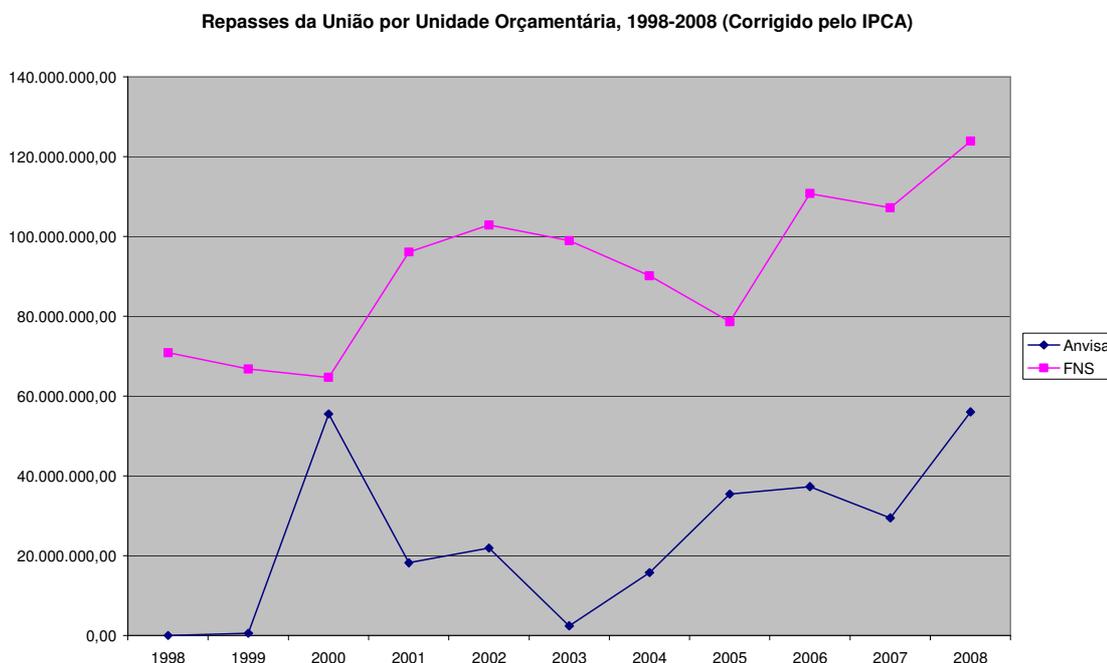
Apesar das muitas e significativas variações negativas dos repasses efetuados pela Anvisa, houve crescimento no repasse. Se considerarmos o período de 2000 a 2008, as transferências cresceram apenas 0,95%, mas se avaliarmos essa evolução a partir de 2001, quando há a primeira queda após o significativo crescimento identificado no ano de 2000, este percentual sobe para 207,97%.

No tocante aos repasses realizados pelo FNS, há claramente uma tendência de crescimento no período, mas com maior estabilidade nas transferências do que o ocorrido com os repasses realizados pela Anvisa. De 1998 a 2008, o crescimento no repasse foi 74,80%. Neste período o maior crescimento ocorre em 2001, ocasião em que o repasse atinge R\$ 96.083.978,03, valor este 48,54% maior que o ocorrido no ano 2000 (R\$ 64.685.316,71). O segundo maior incremento ocorre em 2006, quando o repasse atinge R\$ 110.789.033,71, um valor 40,92% superior ao realizado em 2005. O ano de 2008 também foi marcado por um crescimento da ordem de 15,55% com relação a 2007.

As variações negativas foram bem menos expressivas que no caso da Anvisa. Ocorridas nos anos de 1999, 2000, 2003, 2004, 2005 e 2007, a maior queda no repasse se deu em 2005, com 12,81%. A causa provável destas variações foi um reajuste no repasse em percentual inferior à inflação do período.

Analisando o gráfico abaixo, percebe-se que tanto os repasses efetuados pela Anvisa quanto os efetuados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde apresentaram tendência de crescimento. Excluindo da análise os anos de 1998 e 1999, tendo em vista que a agência surgiu em 1999 e neste ano ainda se organizava, no período de 2000 a 2008 o repasse cresceu apenas 0,95% no caso da Anvisa e 91,51 no caso das transferências realizadas diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde.

Gráfico 3 – Evolução do repasse federal para financiar as ações de Visa por unidade orçamentária



Fonte: SIGA BRASIL, Senado

4.4. Foco de Análise 4 – Repasse por unidade orçamentária e modalidade de aplicação

Aqui a análise enfocará a comparação dos repasses efetuados pela Anvisa e FNS por modalidade de aplicação.

Nestes últimos onze anos o governo federal repassou para estados, municípios e Distrito Federal o montante de R\$ 1.283.535.582,81. Deste valor, a Anvisa foi responsável por R\$ 272.630.354,10, sendo R\$ 221.775.088,40 repassados para estados e Distrito Federal e R\$ 50.855.265,70 destinados aos municípios. Já o FNS repassou R\$ 1.010.905.368,72, sendo R\$ 283.858.964,70 destinados a estados e Distrito Federal e R\$ 727.046.404,01 aos municípios.

Estes números demonstram que 81,35% dos repasses efetuados pela Anvisa foram destinados aos estados e Distrito Federal. No caso do FNS, a maior concentração ocorre nos repasses para municípios, que totalizam 71,92% dos recursos transferidos.

Ao analisarmos o quadro 6 abaixo, no qual é apresentada a evolução dos repasses da Anvisa por modalidade de aplicação, notamos que os repasses para municípios são menos expressivos, contudo apresentam poucas variações negativas e têm uma tendência de crescimento.

No caso dos repasses para estados e Distrito Federal, há um expressivo crescimento no repasse no ano de 2000 com a regulamentação do financiamento das ações de média e alta complexidade em Visa, ocasião em que a transferência atinge R\$ 55.500.800,60, ou seja, um aumento de 9.423,57% com relação à realizada no ano anterior.

Quadro 6 – Repasses efetuados pela Anvisa, por modalidade de aplicação, para financiar as ações de Visa.

	Estados e DF	Var %	Municípios	Var %
1998	0,00	-	0,00	-
1999	582.772,80	-	0,00	-
2000	55.500.800,60	9423,57%	2.891,78	-
2001	16.077.912,89	-71,03%	2.115.036,09	73039,58%
2002	21.793.792,98	35,55%	86.880,00	-95,89%
2003	2.448.267,62	-88,77%	0,00	-100,00%
2004	12.621.626,59	415,53%	3.133.686,27	-
2005	27.709.337,06	119,54%	7.752.379,67	147,39%
2006	29.058.784,79	4,87%	8.243.786,54	6,34%
2007	16.448.872,07	-43,39%	13.024.765,34	57,99%
2008	39.532.891,00	140,34%	16.495.800,00	26,65%
Total	221.775.088,40	-	50.855.265,70	-

Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Obs 1: Variação % com relação ao ano imediatamente anterior.

Obs 2: Valores atualizados para dezembro de 2008 através do IPCA/IBGE.

Contudo, no decorrer dos anos, o repasse para estados e Distrito Federal vai sofrendo variações negativas que, apesar dos momentos de recuperação (2002, 2004 e 2005 e 2008), não permitem o retorno ao patamar de repasse ocorrido em 2000. Note-se que repasse sofre uma redução de 71,03% em 2001 atingindo um montante um pouco acima de 16 milhões de reais. No ano seguinte há uma recuperação de 35,55% e o repasse fica um pouco abaixo de 22 milhões. Em 2003 ocorre uma nova queda no repasse, desta vez da ordem de 88,77%, o que fez com que o recurso destinado às ações de Visa nos Estados e Distrito Federal atingisse uma quantia em torno de 2,5 milhões.

A partir de 2004, os repasses passam a evoluir de forma positiva, à exceção de nova redução no ano de 2007 da ordem de 43,39%, com crescimentos de 415,53%, 119,54%, 4,87% e 140,34% respectivamente nos anos de 2004, 2005, 2006 e 2008.

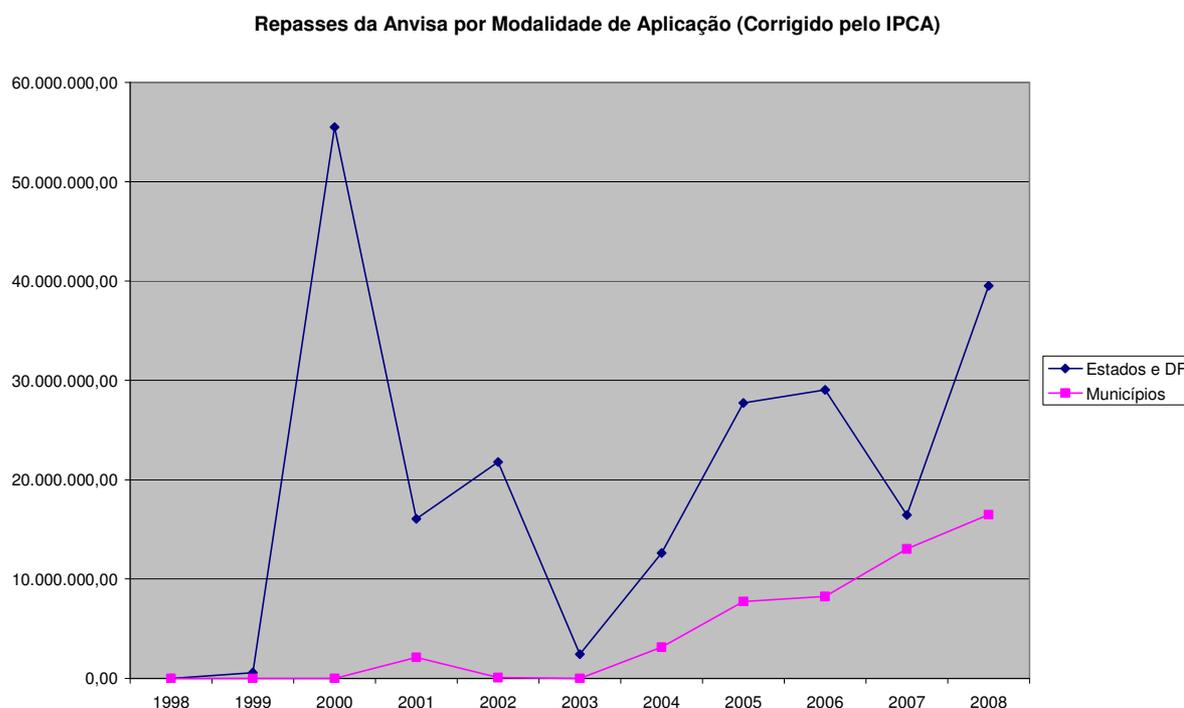
Houve na fase final do período de análise uma considerável recuperação nos valores de repasse para as ações de Visa nos estados e Distrito Federal, entretanto, sem atingir um valor próximo ao ocorrido no ano de 2000. Aqui não existe do ponto de vista normativo, justificativa para a redução apresentada, uma vez que o orçamento neste período evoluiu com crescimento. A causa, portanto, pode ser creditada às dificuldades de operacionalização das pactuações do TAM.

No caso dos repasses aos municípios, há um grande incremento no repasse no ano de 2001 quando se atinge a cifra de R\$ 2.115.036,09, ou seja, um aumento de 73039,58% com relação ao repasse do ano anterior que foi de R\$ 2.891,78. Logo em seguida o repasse tem uma queda de 95,89%, totalizando em 2002 uma transferência de R\$ 86.880,00. No ano seguinte, não houve registros de qualquer repasse.

Em 2004, o repasse atinge o montante de R\$ 3.133.686,27 e a partir daí passa por um crescimento sucessivo até o ano de 2008 (147,39%, 6,34%, 57,99% e 26,65%) quando foram repassados R\$ 16.495.800,00. Este período coincide com a inserção dos municípios ao Termo de Ajuste de Metas.

Na análise, fica evidente que o foco de repasse da agência neste período tem sido os estados, face às dificuldades de pactuação com os mais de cinco mil municípios brasileiros. Percebe-se ainda o estabelecimento de normas que implicam na necessidade de que o ente estadual descentralize parte dos recursos recebidos do ente federal para os municípios, o que de certa forma reforça o SUS como sistema hierarquizado, mas fragiliza os municípios do ponto de vista do financiamento federal.

Gráfico 4 – Evolução dos Repasses efetuados pela Anvisa, por modalidade de aplicação, para financiar as ações de Visa.



Fonte: SIGA BRASIL, Senado

No tocante aos repasses efetuados pelo FNS para estados e Distrito Federal, conforme pode ser evidenciado no gráfico e no quadro abaixo há um grande crescimento no repasse no ano de 2001 quando se atinge um montante de R\$ 33.369.255,32, valor 3.856,02% superior ao realizado em 2000 que foi de R\$ 843.506,27.

Quadro 7 – Repasses efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde, por modalidade de aplicação, para financiar as ações de Visa.

	Estados e DF	Var %	Municípios	Var %
1998	0,00	-	70.873.271,74	-
1999	0,00	-	66.755.284,05	-5,81%
2000	843.506,27	-	63.838.353,44	-4,37%
2001	33.369.255,32	3856,02%	62.714.719,50	-1,76%
2002	43.540.738,81	30,48%	59.352.308,02	-5,36%
2003	42.696.265,72	-1,94%	56.252.287,34	-5,22%
2004	37.239.536,16	-12,78%	52.926.614,59	-5,91%
2005	22.551.550,16	-39,44%	56.068.169,12	5,94%
2006	31.151.015,71	38,13%	79.638.018,00	42,04%
2007	34.757.585,56	11,58%	72.452.321,21	-9,02%
2008	37.709.481,00	8,49%	86.175.017,00	18,94%
Total	283.858.964,70	-	727.046.404,01	-

Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Obs 1: Variação % com relação ao ano imediatamente anterior.

Obs 2: Valores atualizados para dezembro de 2008 através do IPCA/IBGE.

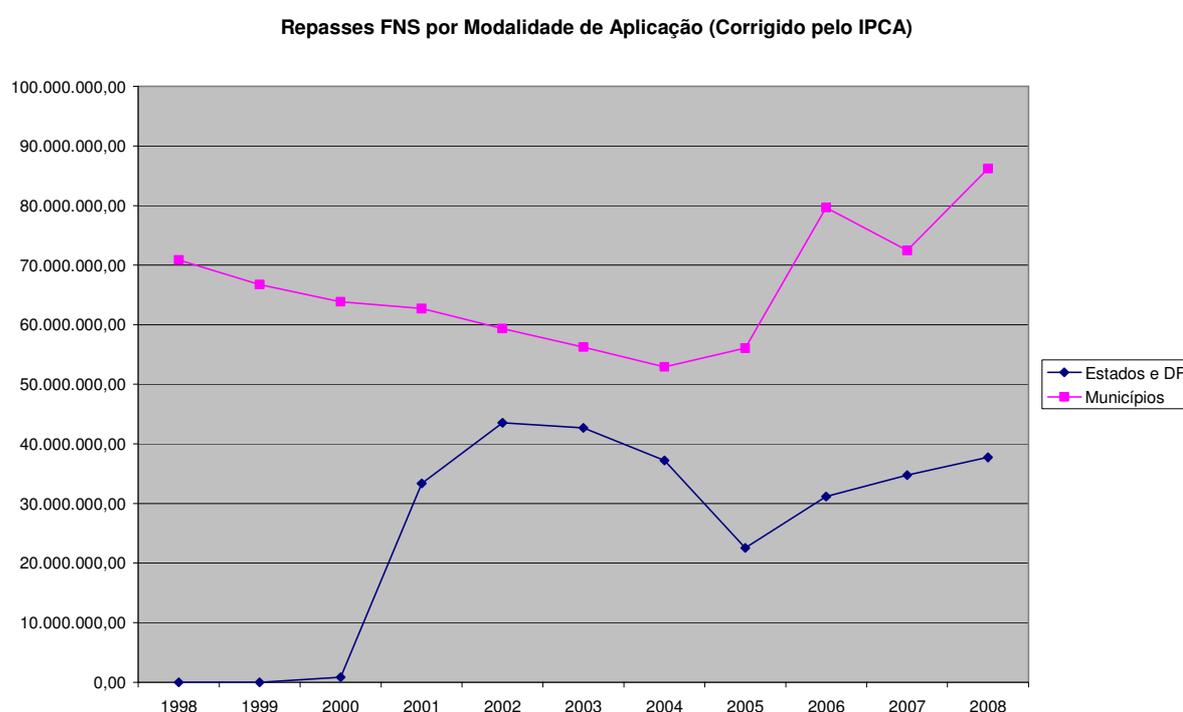
Esta tendência de crescimento é mantida até o ano seguinte, com um repasse de R\$43.540.738,81, valor 30,48% superior ao realizado em 2001. A partir daí durante três anos ocorrem reduções sucessivas, sendo a maior delas em 2005, quando o valor repassado foi de R\$ 22.551.550,16.

Nos anos seguintes a tendência de crescimento é retomada, e em 2008, o repasse atinge R\$ 37.709.481,00, este 13% superior ao grande pico ocorrido no ano de 2001.

No caso dos repasses efetuados para os municípios, é perceptível uma maior regularidade na transferência do recurso. No período de 1999 a 2004 há uma variação negativa na transferência em torno de 5% ao ano, tendo como causa provável a correção dos valores de repasse em índice abaixo da variação da inflação.

A análise do gráfico abaixo nos leva a conclusão de que, apesar dos momentos de retrocesso, há uma tendência de crescimento no repasse efetuado pelo FNS tanto para estados e Distrito Federal como para municípios. Se considerarmos o período de 2001 a 2008, o incremento para os estados e o Distrito Federal, foi de 13% e para os municípios foi de 37,41%.

Gráfico 5 – Evolução dos repasses efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde, por modalidade de aplicação, para financiar as ações de Visa.



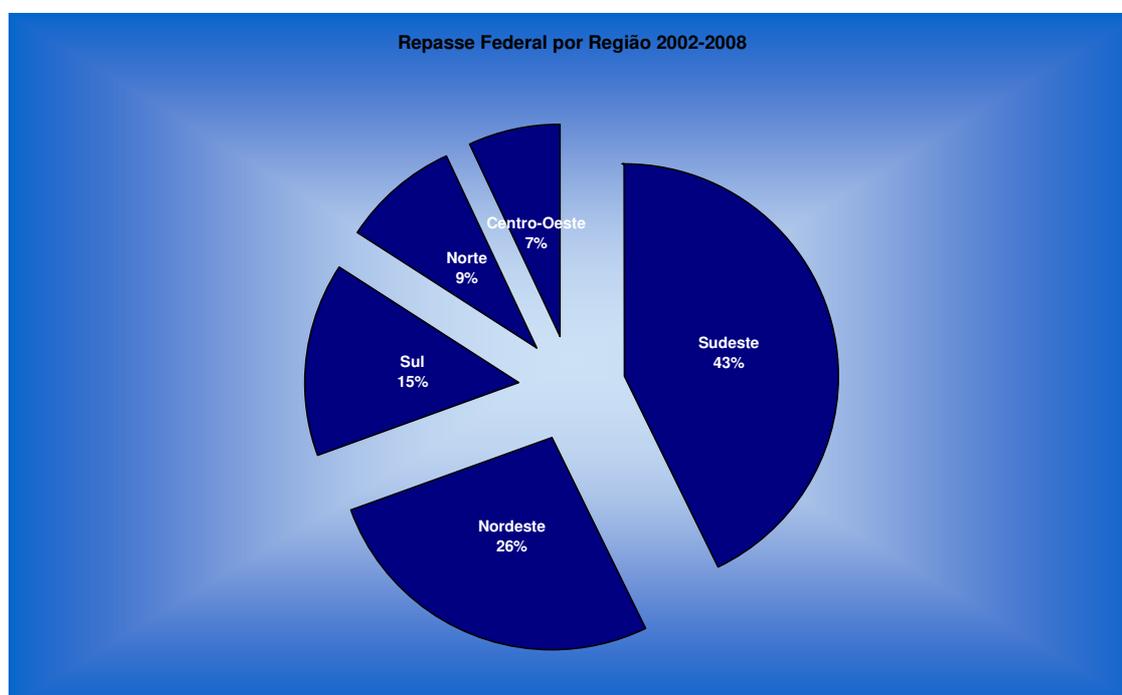
Fonte: SIGA BRASIL, Senado

4.5. Foco de Análise 5 – Repasse global por região

Diferentemente das outras análises, quando foi possível avaliar o intervalo de tempo compreendido entre 1998 a 2008, a análise do repasse global por região limita-se ao período de 2002 a 2008, tendo em vista que os bancos de dados oficiais acerca do repasse só apresentam valores completos por região para esse período.

Tendo em vista que o critério de repasse utilizado é essencialmente o per capita, a análise dos dados, conforme indica a figura 1 abaixo, demonstra que as regiões mais populosas obtiveram os maiores repasses no período. A região Sudeste ficou com 43% da fatia de recursos transferidos nestes seis anos e o Nordeste, com 26%. Em seqüência, aparecem as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste com respectivamente 15%, 9% e 7%.

Figura 1 – Repasses federais por região (2002-2008)



Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Como pode ser percebido no quadro 8 abaixo, a região Norte apresentou um crescimento do montante de recursos transferidos no período da ordem de 6,16%, passando de R\$10.204.123,19 em 2002 para R\$ 10.832.513,31 em 2008. Neste intervalo, ocorreram duas reduções nas transferências, nos anos de 2003 e 2004, sendo elas de respectivamente 12,09% e 29,09%. Em seguida, mantém-se uma tendência de crescimento, excetuado pelo ano de 2007, quando há uma queda de 3,60% no repasse.

Para a região Nordeste o período registra um crescimento no repasse da ordem de 27,15% no período de 2002 a 2008, passando de R\$ 26.845.656,06 para R\$ 34.134.549,35. Por dois anos consecutivos, são registradas duas variações negativas no repasse: 5,71% em 2003 e 16,34% em 2004. A partir do ano seguinte, mantém-se a tendência de crescimento observada para a região norte, com uma redução de 3,38% também no ano de 2007.

O incremento no repasse registrado no período para a região centro-oeste foi de 34,29%. As transferências passaram de R\$ 6.819.612,67 em 2002 para R\$ 9.158.297,86 em 2008. Entre 2003 e 2005, são registradas três reduções no repasse, sendo elas de 2,24%, 10,50% e 8,37%. O repasse só vem a se recuperar em 2006 e 2008, quando há um crescimento de 42,82% e 18,04%, motivo pelo qual o período avaliado apresentou uma variação positiva.

Na região Sudeste, o repasse efetuado em 2008 foi 17,57% maior que o realizado em 2002. O montante transferido passou de R\$ 42.264.862,32 para R\$ 49.691.969,83. Em 2004 e 2005 são verificadas duas reduções da ordem de 2,49% e 24,87%. A partir de 2006 é estabelecida uma tendência de crescimento, 44,9% em 2006 e 11,08% em 2008, tendência esta que só é um pouco prejudicada no ano de 2007, quando há uma queda no repasse na ordem de 4,98%.

Quadro 8 – Repasses da União pra financiar as ações de Visa por região (2002-2008)

Repasso Global por Região - Com correção IPCA										
	Norte	Var %	Nordeste	Var %	Centro-Oeste	Var %	Sudeste	Var %	Sul	Var %
2002	10.204.123,19	-	26.845.656,06	-	5.406.763,89	-	42.264.862,32	-	14.361.654,71	-
2003	8.970.902,31	-12,09%	25.312.999,69	-5,71%	5.456.364,87	0,92%	44.446.082,97	5,16%	13.551.736,35	-5,64%
2004	6.352.420,86	-29,19%	21.176.693,44	-16,34%	4.999.777,14	-8,37%	43.337.649,94	-2,49%	13.332.866,29	-1,62%
2005	7.516.105,82	18,32%	21.782.885,91	2,86%	4.451.594,47	-10,96%	32.561.383,96	-24,87%	11.292.190,80	-15,31%
2006	9.735.797,35	29,53%	29.920.623,80	37,36%	6.420.964,98	44,24%	47.080.801,49	44,59%	16.243.921,48	43,85%
2007	9.384.838,17	-3,60%	28.909.638,35	-3,38%	6.538.471,32	1,83%	44.736.375,45	-4,98%	16.420.571,19	1,09%
2008	10.832.513,31	15,43%	34.134.549,35	18,07%	7.862.256,33	20,25%	49.691.969,83	11,08%	20.067.168,58	22,21%
Total	62.996.701,01	-	188.083.046,60	-	41.136.193,00	-	304.119.125,97	-	105.270.109,40	-

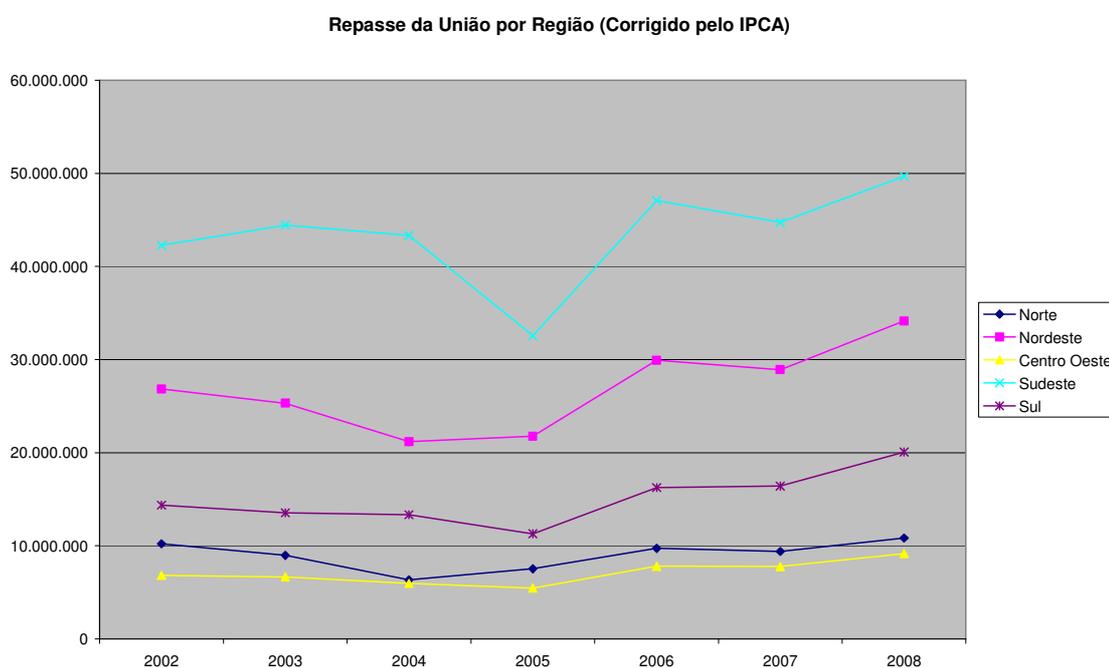
Fonte: SIGA BRASIL, Senado.

Obs 1: Variação % com relação ao ano imediatamente anterior.

Obs 2: Valores atualizados para dezembro de 2008 através do IPCA/IBGE.

Por fim, a região Sul teve um crescimento de 39,72% no período, atingindo em 2008 um montante de R\$ 20.067.168,58 quando o repasse realizado em 2002 foi de R\$ 14.361.654,71. À semelhança do que ocorreu com a região centro-oeste, os anos de 2003 a 2005 foram marcados pela redução no repasse para as ações de Visa, quedas de 5,64%, 1,62% e 15,31%. O repasse veio se a recuperar a partir de 2006 com aumentos sucessivos, sendo o maior deles de 43,85% ainda em 2006.

Gráfico 6 – Evolução no repasse global federal por região (2002-2008)



Fonte: SIGA BRASIL, Senado

Analisando o gráfico 6 acima, percebe-se que a tendência de crescimento ocorreu para todas as regiões, sendo que os maiores incrementos se deram nas regiões com a menor participação no repasse efetuado nestes anos: região Sul (39,72%) e região Centro-Oeste (34,29%). A região Nordeste, região com a segunda maior participação no repasse, obteve um crescimento de 27,15%. Adicionalmente, percebe-se que as curvas são semelhantes para todas as regiões, sendo que no caso do Sudeste as variações se mostram mais acentuadas e o volume de recursos recebidos é bem superior aos das regiões Centro Oeste, Norte e Sul.

CAPÍTULO 5

CONCLUSÕES POSSÍVEIS A RESPEITO DO FINANCIAMENTO DA VISA

A análise dos documentos e normas federais regulamentadoras do financiamento da saúde e da vigilância sanitária, nos leva ao entendimento de que muitos foram (sob o ponto de vista legal) os avanços no financiamento da vigilância sanitária.

Percebe-se claramente o esforço do ente federal de ampliar as fontes e o volume de recursos destinados à execução das ações de vigilância sanitária no país, bem como de adotar as transferências fundo a fundo como a modalidade preferencial de repasse para o SNVS.

A regulamentação do processo de descentralização das ações de saúde promovidas pelas normas operacionais, detalhando os procedimentos e critérios para o financiamento e as responsabilidades de cada um dos entes da federação, apesar das críticas quanto a um eventual desrespeito à autonomia dos gestores estaduais e municipais, induzidos a aceitar a liderança do governo federal na definição de prioridades em saúde, representou uma evolução significativa para o processo de construção e financiamento do Sistema Único de Saúde

Entre as normas operacionais, a que representou maior avanço para o financiamento da vigilância sanitária foi a NOB/96. Nesta ocasião foi instituído o Piso da Assistência Básica, posteriormente convertido em Piso da Atenção Básica (PAB), no qual foi previsto recurso per capita para a Visa a ser transferido direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais.

Apesar das críticas por tratar-se de um critério de alocação de recursos que não prezava pela equidade e, conforme afirma Brito (2007), que ainda tinha um baixo valor e previsão de recursos apenas para as ações básicas, a NOB/96 constitui-se um importante momento para o financiamento da saúde e, mais especificamente, da Visa, ao diminuir a remuneração contra a prestação de serviços e representar um marco inicial para a consolidação das transferências fundo a fundo no âmbito do

SUS que até então era essencialmente marcado por transferências mediante convênios.

O PAB possibilitou uma maior previsibilidade de receitas por parte dos gestores municipais do sistema, sendo um ponto importante até mesmo para o planejamento de ações do setor, afinal, não se pode conceber o planejamento sem a correspondente previsão financeira para execução das ações.

A criação da Anvisa também merece ser destacada uma vez que o setor passa a ter um órgão federal com atribuição de prestar colaboração técnica e financeira, assim como de conduzir o processo de discussão da descentralização e do financiamento da vigilância sanitária.

Neste contexto ainda destacam-se o Termo de Ajuste de Metas e a regulamentação do financiamento para as ações de média e alta complexidade (MAC) em vigilância sanitária para os estados, posteriormente ampliado para os municípios. Este pode ser identificado como um dos momentos normativos mais importantes para a garantia da manutenção de um fluxo de recursos financeiros para execução das ações de Visa, bem como para o seu incremento uma vez que implicou no surgimento de mais uma fonte de recursos para os entes subnacionais. Tal regulamentação ganha maior significado se considerarmos que a Anvisa, coordenadora do sistema, também começa a distribuir os recursos por ela arrecadados em cada esfera de governo.

Mesmo com os avanços, alguns percalços tiveram que ser superados no contexto de implantação do TAM. O primeiro deles refere-se ao fato da regulamentação ter inicialmente previsto transferências diretas apenas para os estados e Distrito Federal. Esta esfera ficou dependendo de transferências de parte dos recursos repassados aos estados. O financiamento para municipalização das ações de média e alta complexidade em Visa, então, ficou à cargo da esfera estadual. Os municípios só foram inseridos neste marco normativo, para percepção de transferências diretas do ente federal, em 2004.

O segundo percalço, conforme pode ser aferido pela análise dos relatórios de gestão da Anvisa neste período, refere-se às dificuldades do gestor federal em formalizar as pactuações que promoveriam o repasse dos recursos. Se considerarmos as dimensões do país, a organização federativa do estado brasileiro com um número muito elevado de entes para pactuação, as limitações de pessoal para envolver todo o sistema e, principalmente, o descompasso entre as ações que deveriam ser executadas a partir da pactuação e o montante de recursos a ser recebido ficam claras as dificuldades do gestor federal de realizar estas pactuações. Quando confrontamos os dados do repasse com os marcos legais, esta situação é facilmente identificada.

Este entendimento está de acordo com as considerações levantadas por Brito (2007). Ele adicionalmente ainda credita a dificuldade de pactuação ao fato desta ocorrer sem respeitar as diferenças entre as diversas regiões do país.

O Pacto pela Saúde também traz avanços para o financiamento. Os repasses deixam de ocorrer mediante habilitação a condições de gestão para relacionar-se com o cumprimento de metas e compromissos de melhoria da situação de saúde. Nele, os repasses são integrados em blocos de financiamento com a finalidade de simplificar as transferências e tentar viabilizar maior flexibilidade e autonomia ao gestor estadual e municipal na execução do orçamento.

Aqui foram instituídos o piso estratégico e o piso estruturante, decorrentes da regulamentação do componente vigilância sanitária do bloco da vigilância em saúde previsto no Pacto pela Saúde, e elevados os valores per capita, o que contribuiu para uma elevação no montante de recursos recebidos. São avanços, mesmo que o montante de recursos ainda não seja o ideal na visão de alguns gestores e que o critério de repasse não contribua para a redução das iniquidades macrorregionais, regionais e estaduais, como previsto no Pacto.

Também se percebe que parte das “novas” fontes de recursos para a vigilância sanitária (vide o incentivo financeiro destinado aos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e o recurso repassado para execução da ação gestão de pessoas em vigilância sanitária), representa repasses pontuais do órgão federal para os entes

subnacionais. Como parte dos repasses depende de pactuações firmadas entre União, estados, municípios e Distrito Federal, e considerando as dificuldades envolvidas no processo de pactuação, em muitas situações percebe-se a não execução dos recursos orçamentários previstos em lei e a correspondente criação de uma “nova” fonte para viabilizar repasses de recursos “antigos”. Em consequência, o crescimento do financiamento se dá de forma mais lenta e com momentos de retrocesso e há a dificuldade de previsão por parte do gestor estadual e municipal quanto aos recursos disponíveis para execução de suas ações, tendo em vista que o fluxo de recursos pode não assumir um caráter regular.

Contraditoriamente à normatização geral do SUS, nota-se em alguns momentos da regulamentação do financiamento para as ações da Visa, tentativas, de vinculação de recursos que acabariam por implicar no engessamento dos gestores em âmbito municipal e estadual. É evidente que se mostra razoável que a agência federal, coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, tente encontrar mecanismos para garantir que os recursos por ela repassados sejam efetivamente aplicados nas ações às quais se destina. Contudo, devemos avaliar esta relação com a necessidade de se garantir aos gestores a autonomia necessária para que estes recursos sejam aplicados de acordo com as necessidades de saúde da população, afinal a complexidade da ação da vigilância sanitária não permite que ela se desenvolva isoladamente das ações das demais áreas da saúde.

De modo geral, a análise dos dados financeiros realizada neste estudo demonstra claramente que as transferências federais assumiram uma tendência de crescimento no repasse, principalmente quando da regulamentação das ações de média e alta complexidade em Visa no ano de 2000, da inclusão dos municípios no TAM em 2004 e da regulamentação do componente Visa do bloco de vigilância em saúde no ano de 2008.

Desconsiderando os anos de 1998 e 1999 tendo em vista a instabilidade das transferências no período avaliado, os repasses destinados aos municípios tiveram um crescimento maior do que aqueles efetuados para estados e Distrito Federal. Apesar da concentração inicial no estabelecimento de fontes de recursos para financiamento destinado a estados e Distrito Federal, nota-se a preocupação de se

reforçar o financiamento municipal para as ações de Visa (inclusão destes no MAC e a instituição do piso municipal) uma vez que os recursos recebidos pelos municípios pouco populosos eram insignificantes para execução de qualquer ação de vigilância.

Na análise do repasse por região, pela característica do critério de alocação de recursos utilizado no sistema de saúde brasileiro, fica evidente que recebem maiores repasses aquelas regiões com maior população. Entretanto, a tendência de crescimento é mantida para todas as regiões.

Além do incremento no repasse, identifica-se que na série ocorreram retrocessos que não podem ser explicados apenas através da análise de normas já que esta apenas demonstra uma evolução sempre positiva no repasse. A explicação é de que as dificuldades de pactuação entre os entes do SNVS têm sido um dos principais entraves para o crescimento do repasse ou até mesmo para a integralização do repasse conforme previsão orçamentária.

O crescimento do repasse é um fato. Contudo, o percentual de 153,85% de incremento atingido no período de onze anos pode ser considerado ínfimo, se comparado com a complexidade, a quantidade e o custo das ações de vigilância sanitária a serem desempenhadas. Além disso, o aumento do repasse não significa necessariamente que os estados, municípios e Distrito Federal tenham recursos suficientes para a execução das ações de vigilância sanitária.

Enfim, com a análise realizada neste estudo percebe-se que a regulamentação do MAC-VISA, a elevação do valor per capita percebido pelos demais entes do sistema, a instituição dos pisos de vigilância sanitária municipal, o surgimento de fontes adicionais de financiamento e o esforço do ente federal para repassar aqueles recursos não executados constituem avanços inegáveis. Contudo, continua aberta a questão se os recursos hoje disponibilizados para o financiamento das ações de Visa pelas várias esferas de governo são suficientes para a garantia da segurança sanitária da população e se os recursos repassados vêm sendo efetivamente aplicados no financiamento das ações de Visa.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve por objetivo efetuar uma análise da evolução histórica do financiamento federal para as ações de vigilância sanitária no período de 1998 a 2008. Para isso, foram descritos os marcos normativos relativos ao financiamento federal, apresentada a série histórica dos repasses efetuados pela união, ajustando os valores para preços de 2008, de forma a viabilizar a discussão de se houve variação deste recurso e as influências do marco normativo em uma eventual modificação no montante de recursos transferidos à estados, municípios e Distrito Federal.

Os resultados obtidos desta análise revelam que as normas regulamentadoras do financiamento da saúde e, mais especificamente, da vigilância sanitária foram favoráveis a uma evolução positiva no montante de recursos federais destinados ao financiamento das ações de vigilância sanitária no âmbito dos estados, municípios e Distrito Federal.

Contudo também indicaram variações negativas que não poderiam ser explicadas apenas pelas mudanças ocorridas nas normas uma vez que nestas sempre surgiram fatores favoráveis a uma maior alocação de recursos na Visa. Portanto, se foram regulamentadas novas fontes de recursos (MAC-VISA/TAM), ampliados os entes contemplados por estes (inclusão dos municípios no MAC-VISA/TAM), elevados os valores per capita e instituídos pisos mínimos de transferência para unidades federadas pouco populosas (que conseqüentemente recebiam pouco recurso), não haveria por que se identificar nas séries variações negativas no repasse.

A análise ainda permite creditar estas variações negativas às dificuldades de pactuação entre os gestores do SNVS uma vez que se percebe que boa parte do recurso repassado depende de pactos formalizados entre as esferas. Esta dificuldade tem gerado prejuízos ao financiamento uma vez que se percebe que a execução dos recursos orçamentários previstos nas normas não ocorre em sua integralidade.

Se considerarmos que, apesar do SUS ser um sistema descentralizado, boa parte dos recursos destinados ao financiamento da saúde e da própria Visa ainda continuam sendo arrecadados pelo ente federal, o completo entendimento de como se dá as transferências é essencial para que se possa garantir que as ações de Visa sejam plenamente realizadas uma vez que as mudanças nos critérios de repasses da união podem impactar positiva ou negativamente nos orçamentos estaduais e municipais.

Esta análise do financiamento federal para as ações de Visa contribui para que os gestores possam conhecer as mudanças ocorridas nos últimos anos, identificando-se os acertos do governo federal no tocante à política de financiamento adotada e seus retrocessos a fim de que se possam corrigir os rumos para o futuro e assegurar o cumprimento da missão para o qual a vigilância sanitária foi constituída.

É importante destacar que por se caracterizar como um estudo descritivo esta dissertação apresenta algumas limitações que acabam por levantar novas questões a serem investigadas. Aponta-se a necessidade de se analisar a execução dos recursos repassados pela União por parte dos entes subnacionais de forma a se evidenciar se eles estão sendo efetivamente aplicados nas ações de Visa, a qualidade destes gastos e se estes são suficientes para a execução das ações pactuadas de forma a se obter um real cenário do financiamento do setor.

Mesmo entendendo-se a importância dos gestores de saúde ter liberdade para aplicar recursos de acordo com as necessidades de saúde da população e considerando o avanço proporcionado pelo Pacto pela Saúde neste sentido, não se pode desconsiderar a relevância de se conhecer como vem ocorrendo a aplicação destes recursos até mesmo para se verificar se a política de incentivos financeiros do governo federal tem logrado êxito e de fato induzido os entes subnacionais a aplicarem recursos na execução de ações de vigilância sanitária.

Em se mantendo os repasses mediante pactuação, também se faz extremamente relevante pesquisar como têm se dado este processo entre as esferas de governo, identificando seus gargalos de forma a evitar que as dificuldades inerentes a este

processo prejudiquem o financiamento das ações de Visa e a manutenção de um fluxo regular de recursos para as esferas subnacionais.

Considerando-se que a responsabilidade pelo financiamento da saúde é das três esferas de governo, faz-se imperativo ainda ampliar o escopo deste trabalho para englobar os recursos aplicados por estados, municípios e Distrito Federal, bem como relacionar estes repasses às necessidades de saúde a fim de se obter um cenário mais amplo para a situação da vigilância no país.

É incontestável a importância da ação sanitária para a saúde e segurança da população. Em um sistema de saúde que, apesar de descentralizado, ainda depende de repasses federais, viabilizar um fluxo de recursos suficiente e constante para que os gestores de saúde possam executar estas ações é condição imprescindível para que o Sistema Único de Saúde funcione de forma plena e garanta o direito à saúde previsto no texto constitucional.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA FILHO, N. de; ROUQUAYROL; M. Z. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: ROUQUAYROL; M. Z; FILHO, N. de A. **Epidemiologia & Saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 149-177.
2. ARAÚJO JR., J. L do A. C. de. **Decentralization in the health sector: the brazilian process, issues and problems, 1988-1994**. Dissertação de Mestrado. Nuffield Institute for Health. University of Leeds, 1994.80p.
3. BARROS, E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: **Organização Pan-Americana da Saúde. Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**, v. 4. Brasília: OPAS, 2003. p. 17-70.
4. BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 05 de outubro de 1988.
5. _____. Congresso Nacional. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de setembro de 1990. (1990a)
6. _____. Congresso Nacional. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. 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. Ministério da Saúde, Brasília. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de dezembro de 1990 (1990b).
7. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 234**, de 07 de fevereiro de 1992. Edita a norma operacional básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no anexo I da presente portaria. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 10 de fevereiro de 1992.

8. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através na Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 24 de maio de 1993.
9. _____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **O novo pacto federativo**. In: Coleção Subsídios para a reforma do estado, v. 1. Rio de Janeiro: IBAM/ENAP, 1994. 125p.
10. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.203**, de 05 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 06 de novembro de 1996.
11. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.882/GM**, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB e sua Composição. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 22 de dezembro de 1997;
12. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.283**, de 10 de março de 1998. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios ao incentivo as ações básicas de vigilância sanitária. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 11 de março de 1998.
13. _____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 18**, de 21 de janeiro de 1999. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, de 28 de janeiro de 1999 (1999a);
14. _____. Congresso Nacional. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 27 de janeiro de 1999. (1999b).
15. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.008/GM**, de 8 de setembro de 2000. 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. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 11 de setembro de 2000.
16. _____. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 01 de fevereiro de 2001. (2001a)
 17. _____. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 151**, de 24 de setembro de 2001. Aprova as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, distrito federal e municípios, na área de vigilância sanitária. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 26 de setembro de 2001. (2001b)
 18. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão e Avaliação de Desempenho: Exercício 2004**. Brasília, 2005. 84 p.
 19. _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (2006a)
 20. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 23 de fevereiro de 2006. (2006b)
 21. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Núcleo de Assessoramento à Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária. **Novas Perspectivas para Pactuação e Financiamento da Vigilância Sanitária em 2007**. Nota Técnica. Brasília, 27/10/2006. (2006c)
 22. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Gestão e Avaliação de Desempenho: Exercício 2005**. Brasília, 2006. 156 p. (2006d)
 23. _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de janeiro de 2007. (2007a)
 24. _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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 vigilância sanitária do bloco de financiamento de vigilância em saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 22 de agosto de 2007. (2007b)
- 25._____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária**. 1.ed. Brasília: Anvisa, 2007. 56 p. (2007c)
- 26._____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Atividades NADAV 2007**. Brasília: Núcleo de Assessoramento em Descentralização das ações de VISA, 2008. 37 p. (2007d)
- 27._____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O financiamento da saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2007. 164p. (Coleção Progestores). (2007e)
- 28._____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia de orientações para a elaboração do plano de ação em vigilância sanitária: planejamento, programação, pactuação e monitoramento das ações de Visa**. V. 1.2. Brasília: ANVISA, 2007. 17 p. (2007f)
- 29._____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Reflexão sobre a portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007 – financiamento das ações de saúde**. Brasília: Núcleo de Assessoramento em Descentralização das ações de VISA, 2007. 14 p. (2007g)
- 30._____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.202**, de 18 de dezembro de 2007, Regulamenta o incentivo financeiro destinados aos laboratórios centrais de saúde pública – LACEN, para a execução das ações de vigilância sanitária, na forma do bloco de financiamento da vigilância em saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 10 de dezembro de 2007. (2007h);
- 31._____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.271**, de 27 de dezembro de 2007, Regulamenta o repasse de recursos financeiros destinados aos laboratórios de saúde pública para execução das ações de vigilância sanitária, na forma do bloco de financiamento de vigilância em saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 28 de dezembro de 2007. (2007i)
32. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.996**, de 20 de agosto de 2007, Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 22 de agosto de 2007. (2007j)

33. _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 133**, de 21 de janeiro de 2008, Atualiza a regulamentação do repasse de recursos financeiros federais do componente vigilância sanitária do bloco de financiamento de vigilância em saúde, destinado à execução das ações de vigilância sanitária. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 23 de janeiro de 2008. (2008a)
34. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2008. 150p. (CONASS Documenta; 14). (2008b)
35. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 3**, de 28 de janeiro de 2008, Estabelece normas sobre aplicação, controle e acompanhamento dos recursos federais transferidos fundo a fundo para Estados, Distrito Federal e Municípios e da execução das ações de Vigilância Sanitária, na forma do Componente de Vigilância Sanitária, do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 29 de março de 2008. (2008c)
36. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.080**, de 23 de dezembro de 2008, Regulamenta o repasse de recursos financeiros como incentivo à execução das ações de gestão de pessoas em vigilância sanitária na forma do componente de vigilância sanitária do bloco de financiamento de vigilância em saúde. Brasília: Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 24 de dezembro de 2008. (2008d)
37. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica ANVISA/CONASS/CONASEMS**. Brasília: Núcleo de Assessoramento em Descentralização das ações de VISA, n.d. 5p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/nota_tecnica. Acesso em 13 jan.2009.
38. BRITO, R.L.de. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária**. Recife, 2007. 175 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz.
39. CARVALHO, G. C. O. **Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde, 1988-2001**. São Paulo: PaperCrom Editora e Gráfica, 2002.
40. CONFERÊNCIA Nacional de Vigilância Sanitária, 1., 2001, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001. 159 p.

41. COSTA, L. R. L da. **Os critérios de alocação de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde: uma visão a partir das Normas Operacionais, 1991 a 2002**. São Paulo, 2003. 121 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.
42. COSTA, E. A; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004. p. 15-40.
43. COUTTOLENC, B. F; ZUCCHI, P. **Série Saúde & Cidadania - Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
44. DE SETA, M. H. **A construção do sistema nacional de vigilância sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo**. [tese]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007.
45. LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.
46. LUCHESE, P. A vigilância sanitária segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 99-112.
47. LUCHESE, P. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 439-448, 2003.
48. LUCHESE, P. A vigilância sanitária segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, Suely. **Fundamentos da vigilância sanitária**. 20. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 99-112.
49. MALIK, A. M. Planejamento, financiamento e orçamento da saúde: alterações no Sistema Único de Saúde nos anos 90 (a reforma da reforma). In: **Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal**. Brasília: Unb/FIOCRUZ, 2002, p. 513-528.
50. MARQUES, M. C. da C. A prática da vigilância sanitária e a ética. In: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA. CENTRO COLABORADOR EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Vigilância Sanitária: textos e contextos**. São Paulo: CECOVisa – USP, 2004, p. 28-34.

51. MELAMED, C; COSTA, N. R. Inovações no Financiamento Federal à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.8, n. 2, p. 393-401, 2003.
52. MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade. Editora, 2001. 176p.
53. MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248. 1993.
54. OLIVEIRA JUNIOR, M. de. O financiamento das ações de vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde**, Belo Horizonte, n. 4, 79-88, 2001.
55. SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M de. **SUS: Espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos – Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. São Paulo: Idisa, 2007.
56. SOLLA, J. J. S. P; COSTA, E. A. **Evolução das transferências financeiras no processo de descentralização da vigilância sanitária no SUS**. Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v. 31, n. 1, p. 161-177, jan./jun. 2007.
57. UGÁ, M. A. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.