

A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999)

Health surveillance in the Brazilian health policies and the constructions of the identity of the health workers (1976-1999)

Ediná Alves Costa ¹
Tania Maria Fernandes ²
Tânia Salgado Pimenta ²

Abstract *In this article, we analyze the structure of health surveillance in the country between 1976 – when the National Secretariat of Health Surveillance was created – and 1999 – the year of the implementation of an independently administered, financially autonomous regulatory agency linked to the Ministry of Health, the National Health Surveillance Agency. The study focuses mainly on how the field of health surveillance fits into the health policies, and on the changes in its conception passing from the connotation of “inspection” to “surveillance”. The recognition of the importance of health surveillance in the broader field of Community Health as well as the specificity of its professionals are central points of reflection. Recent studies on this topic are beginning to reveal a complex field of knowledge and practices, almost invisible in health policies and rarely addressed amidst the new topics of Community Health, thus opening new perspectives for this area.*

Key words *History of health surveillance, Community health, Health workers*

Resumo *Neste artigo, pretendemos analisar o processo de conformação da Vigilância Sanitária no país entre 1976, quando foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, e 1999, ano de implantação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O foco central do estudo é direcionado à inserção da área nas políticas de saúde e as alterações na concepção dos serviços que assume nova conotação e passa de “fiscalização” para “vigilância”. O reconhecimento da importância da vigilância sanitária no campo mais amplo da Saúde Coletiva, assim como a especificidade de seus trabalhadores, constituem pontos de destaque nesta reflexão. Estudos mais recentes acerca do tema começam a desvendar um campo complexo de saberes e práticas, quase invisível nas políticas de saúde e raramente abordado entre as temáticas da Saúde Coletiva, propiciando novas perspectivas para a área.*

Palavras-chave *História da vigilância sanitária, Saúde coletiva, Trabalhadores em saúde*

¹ Centro Colaborador em Vigilância Sanitária, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA. Rua Basílio da Gama s/n, Campus Universitário Canela. 40110-040 Salvador BA. edina@ufba.br

² Departamento de Pesquisa, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz.

Introdução

As ações voltadas ao controle sanitário do exercício da medicina e da farmácia, da produção, circulação e venda de produtos de interesse da saúde, assim como da circulação de pessoas apresentam, no Brasil, uma trajetória vinculada à constituição dos serviços sanitários iniciada no começo do século XIX, com a instalação da Corte portuguesa, em 1808¹. Desde então, foram criados um imenso edifício normativo e vários órgãos públicos destinados a esses serviços, em resposta às características de ordem econômica e política, institucional, sociosanitária e técnico-científica, nos diversos contextos². A singularidade destes serviços, no entanto, somente se consolidou como um saber específico na área da Saúde Coletiva, no final do século XX, requerendo para tanto trabalhadores com formação especializada.

A análise empreendida neste estudo apresenta uma abordagem histórica do “espaço” de intervenção do setor saúde nas relações sociais produção-consumo, que adquiriu, no país, a denominação de vigilância sanitária. Busca-se, em especial, compreender o processo de conformação da vigilância sanitária (Visa) no Brasil, sua inserção nas políticas de saúde e as alterações na concepção dos serviços que assume nova conotação e passa de “fiscalização” para “vigilância” e, assim também, a construção da identidade dos seus trabalhadores.

O período de estudo se estende da criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS, em 1976 (Decreto nº 79.056), que teve a sua denominação alterada para Secretaria de Vigilância Sanitária em 1992 (Lei nº 8.490) até a implantação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em 1999 (Lei nº 9.782), uma autarquia especial independente administrativamente, mas vinculada a este ministério. À Anvisa foi atribuída a competência para coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), um subsistema do Sistema Único de Saúde (SUS), ambos ainda em construção, nas três esferas de governo. Este estudo se centra no componente federal do SNVS.

Por muito tempo, a vigilância sanitária permaneceu à margem das políticas de saúde, com pouca apreensão social de sua importância, sob o ângulo sanitário e econômico. Os estudos acerca do tema, no país, vêm se consolidando mais recentemente, a partir da realização dos primeiros trabalhos acadêmicos, no início dos anos 1990. Algumas pesquisas começam a desvendar um campo complexo de saberes e práticas – quase

invisível nas políticas de saúde e raramente abordado entre as temáticas da Saúde Coletiva – e contribuem para preencher as imensas lacunas no conhecimento a respeito do tema regulação e vigilância sanitária. Entre esses estudos, destacam-se Costa², Costa e Rozenfeld³, Duarte⁴, Fernandes⁵, Henriques⁶, Lucchese⁷, Moreira⁸, Barbosa⁹, Piovesan¹⁰, Souto¹¹, Souza GS¹² Souza MCD¹³.

Anos 1970: a emergência de uma nova concepção para a vigilância sanitária

Até meados da década de 1970, a área de vigilância sanitária apresentava escassa visibilidade no setor saúde, com suas atividades desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, criado em 1957, a partir da ampliação do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, que havia sido criado em 1941. No âmbito estadual, estas ações ficavam sob a responsabilidade de órgãos congêneres, apesar de suas atribuições não se restringirem somente à fiscalização do exercício profissional. Na esfera federal, as atividades voltavam-se sobretudo para a regulamentação e registro de medicamentos, assim como para o controle de importação e circulação de produtos farmacêuticos e correlatos. Além disso, até a criação dos conselhos profissionais, o órgão federal se responsabilizava pelo registro dos diplomas referentes aos cursos da área da saúde. Ao longo de sua existência, o órgão federal também incorporou o Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos (LCCDMA) e passou a efetuar registro e controle sanitário de alimentos, exceto daqueles de origem animal, que até hoje se mantêm sob o controle da Agricultura.

O desenvolvimento econômico do período pós-1968, resultado do projeto político do governo militar, conhecido como o “milagre econômico”, com ampliação da produção industrial e das exportações, impôs novas demandas ao Estado, como regulamentações para adaptação da produção brasileira às exigências internacionais de qualidade de produtos. Além disso, questões sociais que emergiram requeriam reestruturas nas políticas de saúde, impulsionando a reforma do setor saúde e dos respectivos serviços. As reformas abarcaram a vigilância sanitária, como parte de um projeto mais amplo que pretendia consolidar uma “sociedade industrial moderna e um modelo de economia competitiva”, nos marcos do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND).

Identifica-se, também, como uma questão importante na década de 1970, a incorporação do termo “vigilância” em substituição à “fiscalização”, o que aponta para a construção de um novo conceito para essas ações. A adoção do termo vigilância sanitária na legislação e na denominação do espaço institucional remete às ações voltadas para precaução, cuidado e prevenção e constitui uma noção mais abrangente do que apenas a de controle e punição, antes atribuída a estes serviços, rotulados com o termo “fiscalização”².

A mudança de terminologia, inicialmente institucionalizada com a criação da SNVS, em 1976, ocorrida no âmbito de uma reformulação do Ministério da Saúde, não proporcionou, no entanto, uma definição que orientasse as políticas de saúde no componente vigilância sanitária, naquele momento, evidenciando a “falta de clareza conceitual” dos formuladores de tais políticas². Assim, as mudanças mais significativas na área concentraram-se na legislação sanitária, especialmente a de medicamentos, em resposta a reclamos internos e em sintonia com o movimento mundial.

Neste período, estava em curso a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Consumidor, instalada em 1975, que teve como principal objetivo investigar as práticas comerciais abusivas por parte das indústrias farmacêuticas e suas políticas de introdução de novos produtos no mercado. Tiveram peso, também, as reclamações formuladas pelo segmento produtivo diante das limitações na capacidade técnico-administrativa do órgão federal de vigilância sanitária em dar respostas às suas demandas. A repercussão dos trabalhos dessa CPI foi considerável e, provavelmente, como uma tentativa de minimizar suas consequências, o governo propôs uma nova legislação, apresentando ao Congresso Nacional um anteprojeto de lei que veio a constituir a Lei nº 6.360. Promulgada em setembro de 1976, a chamada Lei de Vigilância Sanitária continua em vigência, com várias reformulações incorporadas ao seu texto, em resposta a necessidades que vão surgindo ao longo do tempo².

A Lei nº 6.360 representou um marco importante no processo de conformação da vigilância sanitária, como parte de um conjunto de medidas de modernização da legislação de saúde implementadas sob influência da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde. Constituiu um grande instrumento regulatório das atividades que envolvem produtos sob controle sanitário, a partir de uma concepção mais abrangente de vigilância sanitária, para além do conceito de fiscalização. A vigilância sanitária foi

estabelecida nesta lei como ação permanente e rotineira dos órgãos de saúde, num conjunto integrado com as demais esferas de gestão. Esta lei se diferenciou dos regulamentos anteriores ao incorporar a preocupação com o produto, atentando para qualidade, eficácia e segurança.

Até meados da década de 1970, foram colocadas em vigência diversas leis e decretos, configurando um novo arcabouço legal da vigilância sanitária no Brasil, ainda vigente. As principais normas jurídicas são: a Lei nº 5.991/73 voltada à comercialização dos produtos da área farmacêutica e similares; o Decreto-Lei nº 986/69, que estabelece as normas básicas de alimentos; a 6.368/76, que trata dos medicamentos psicoativos e entorpecentes, e a 6.437/76, que dispõe sobre as infrações sanitárias, as penalidades e os ritos do processo administrativo-sanitário. É importante destacar que a Lei nº 6.437/76 distingue o trabalhador de vigilância sanitária e impede que tenha vínculo com os segmentos regulados, devido à função que ele exerce como agente do Estado. Ademais, estabeleceu que as afirmativas deste trabalhador têm fé pública e também que está sujeito a sanções administrativas, civis e penais no caso de eventuais desvios em suas afirmativas e ações.

Esses avanços, com relevantes reformulações legislativas e institucionais, não tiveram correspondência com os processos direcionados à formação e qualificação dos recursos humanos para operar a vigilância sanitária.

Subseqüente à edição da nova legislação de vigilância sanitária, um novo *status* institucional é conferido à área, quando o Serviço de Fiscalização da Medicina e Farmácia é elevado a secretaria ministerial.

A reorganização administrativa do Ministério da Saúde, ocorrida no final de 1976, abrangeu a criação de um novo espaço institucional para a vigilância sanitária, que agregou vários campos de risco – produtos, serviços de saúde e portos, aeroportos e fronteiras – e formalizou um novo *status* para a área que assumiu a categoria de secretaria ministerial. A SNVS foi organizada em divisões de: alimentos; medicamentos; cosméticos; saneantes; portos, aeroportos e fronteiras e outra, administrativa, atendendo a diversas áreas de atuação. A constituição desse órgão central e específico estava alinhada com a tendência mundial e em consonância com as necessidades de modernização do aparelho de Estado, diante do crescimento da demanda do setor industrial por um conjunto de atividades do âmbito das competências da regulação e vigilância sanitária, num contexto de internacionalização da economia brasileira².

A criação da secretaria e a determinação de suas competências significaram, por um lado, o reconhecimento da importância da vigilância sanitária no âmbito da Saúde Pública, mas, por outro, estabeleceram uma cisão entre a vigilância sanitária e a vigilância epidemiológica como se fossem “duas vigilâncias”, posto que foram localizadas em espaços institucionais distintos. Reafirmou-se, ainda, a configuração de um profissional específico, o técnico de vigilância sanitária, construindo-se assim, uma identidade própria desse trabalhador de saúde que requer um conjunto de saberes de natureza multidisciplinar e também um saber específico para a realização das tarefas e responsabilidades próprias da área. E isto implica que, diferentemente dos demais trabalhadores de saúde, como agente do Estado, o trabalhador de Visa detém poder de polícia e não pode inserir-se como trabalhador nos segmentos regulados pela vigilância sanitária.

As mudanças institucionais e legislativas, contudo, não significaram transformações efetivas no cotidiano do serviço de vigilância sanitária, que se mantinha separado e isolado das demais ações de saúde, distanciado da população e ainda marcado, no plano federal, por centralização e autoritarismo perante os serviços congêneres estaduais². Acrescente-se que, além disso, na condição de secretaria ministerial, a vigilância sanitária ficou mais suscetível às mudanças conjunturais, sobretudo de ordem política, situação percebida pela grande rotatividade no cargo de secretário nacional de vigilância sanitária, o que, sem dúvida, implicava descontinuidade de ações^{2, 14}.

A partir da segunda metade dos anos 1970, num contexto marcado por resistência social e política ao regime militar, foi-se consolidando a organização de um expressivo movimento no campo da saúde que propunha a reformulação do setor e se constituía como um dos pontos centrais da luta pela redemocratização do país. Identifica-se, nesse mesmo período, a constituição de organizações sociais que pressionavam o governo para que assumisse, através de ações mais concretas, o papel de proteger a população dos excessos relacionados aos interesses da produção e comércio de mercadorias e serviços. Na década de 1980, vários órgãos estatais e da sociedade civil começaram a se estruturar, como o Conselho Nacional de Defesa do Consumidor, os Programas de Defesa do Consumidor (PROCON) e, mais tarde, o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC).

No contexto das discussões pela Reforma Sanitária, na década de 1980, emergiram preocupa-

ções, tanto com a integração entre as ações de vigilância sanitária nas esferas federal, estadual e municipal, quanto com a capacitação de seus trabalhadores. Além de alguns cursos de atualização dos trabalhadores de estados e municípios, a realização de visitas técnicas do nível central aos serviços locais permitia que se traçasse um quadro das dificuldades enfrentadas na área, nas diversas regiões. Em sua maior parte, o problema de carência de pessoal especializado estava presente¹⁴.

O expressivo número de empresas que deveriam se adequar às normas sanitárias, por um lado, e a pressão da sociedade civil – por meio da imprensa – e de organizações de consumidores para conter os abusos da indústria e do comércio, por outro lado, criavam uma demanda cada vez maior por respostas da Vigilância Sanitária. Contudo, a despeito da necessidade de pessoal, o quadro de funcionários da Secretaria sofreu uma redução de 20% entre 1979 e 1983, devido à diminuição dos recursos orçamentários direcionados para a Vigilância Sanitária. Em 1985, segundo estudo realizado por Zanini e Paulo, o orçamento destinado para a SNVS foi reduzido a quase metade do que recebia em 1980, em contraposição ao aumento de 290% no montante destinado ao Ministério da Saúde no período¹⁵.

Anos 1980: afirmação da vigilância sanitária na Saúde Coletiva

Num contexto de aproximação da vigilância sanitária com outros segmentos da área da saúde e com os órgãos representantes dos consumidores, em meados da década de 1980, vários profissionais com formação acadêmica em Saúde Pública assumiram postos dirigentes da vigilância sanitária no plano federal e em alguns estados. A visão mais abrangente desses técnicos quanto à questão da saúde e dos problemas sanitários sem dúvida contribuiu para o reconhecimento da importância das ações de vigilância sanitária, reforçada no contexto de consolidação do Movimento da Reforma Sanitária.

Este contexto é relatado por alguns dirigentes que relacionam o período de redemocratização do país às suas atividades no movimento sanitário da década, no qual inserem as discussões acerca da vigilância sanitária, retratando o compromisso e esforço assumido pelo grupo com as mudanças requeridas na Saúde Pública brasileira. A relação estabelecida a partir da idéia de articulação entre a vigilância sanitária e a área mais ampla da Saúde Pública é apontada por um

dos ex-dirigentes da SNVS, que ocupou o cargo no começo da década de 1990, quando afirma que “ela é o próprio exercício de Saúde Pública. A ação e a implementação da Saúde Pública é a vigilância sanitária”¹⁶.

O mesmo dirigente reforça ainda mais esta articulação, ao defender o papel do profissional e seu comprometimento político-ideológico numa área de atuação ainda quase desconhecida no setor saúde. Neste sentido, afirma que: ***Esta área pra quem tem compromisso social, é a vocação, porque nesse trabalho você antecede a doença e o doente e é por aí que é diferente, essa ação de Saúde Pública que a gente da esquerda sempre defendeu e não faz porque desconhece***⁷.

A perspectiva de discussão e organização de novas propostas para a área propiciou a realização de alguns eventos que se caracterizavam como espaço de debates, articulações e decisões políticas. Em abril de 1985, realizou-se o Encontro de Vigilância Sanitária de Goiânia, promovido pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, que resultou no documento denominado “Carta de Goiânia”. Este documento expunha um conjunto de problemas específicos da área e reivindicava a definição de uma Política Nacional de Vigilância Sanitária como parte da Política Nacional de Saúde. Apesar de aprovado pelo então secretário nacional e da oferta de apoio por parte de algumas secretarias estaduais, a realização deste evento não contou com o empenho da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária².

Este momento é marcado por uma mudança na direção da Secretaria, o que pode justificar a não participação da instituição federal no Encontro de Goiânia. A nova equipe dirigente organizou, no final do mesmo ano, o Seminário Nacional de Vigilância Sanitária, que contou com a participação de representantes de todos os órgãos estaduais e alguns municipais, além de várias instituições de áreas afins. O tema central postulou a definição de uma “Política Nacional de Vigilância Sanitária homogênea, democrática e flexível, de acordo com a conjuntura e situação de cada Unidade Federada”¹⁷. As discussões travadas ao longo do seminário ressaltam algumas questões vinculadas diretamente à problemática dos recursos humanos e abrangem a definição de cargos e carreiras, assim como a inserção da vigilância sanitária no campo mais amplo da Saúde Pública/Saúde Coletiva. O relatório do seminário afirma a necessidade de incluir a vigilância sanitária na temática da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) – a ser realizada no período de 17 a 21 de março de 1986 – e nos mecanis-

mos de planejamento, programação e financiamento das Ações Integradas de Saúde (AIS)¹⁸.

A partir do seminário, elaborou-se o Documento Básico sobre uma Política Democrática e Nacional de Vigilância Sanitária, no qual o objeto essencial da área foi definido como a proteção da saúde da população. Enfatizou-se entre os princípios básicos dessa política o direito de todas as pessoas à saúde e a obrigação do Estado na garantia desse direito, indo ao encontro das idéias mais amplas do Movimento da Reforma Sanitária, debatidas na 8ª CNS – cujo tema principal era “Democracia é Saúde”¹⁸ – encaminhadas à formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os debates em torno das propostas do Movimento Sanitário foram ampliados durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, na qual se definiram princípios e linhas de atuação para o projeto da Reforma Sanitária.

Postulava-se a superação do modelo dicotomizado do setor saúde com ações distribuídas entre dois ministérios, um encarregado da assistência médica individual e outro responsável por ações de natureza coletiva. Grande parte das proposições da 8ª CNS foi incorporada à Constituição de 1988 que proclamou a saúde como um direito social de todos e um dever do Estado^{19,20}, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) e conferiu destaque às ações de vigilância sanitária que integram, em grande parte, o atual conceito jurídico de saúde.

Os debates sobre as questões de vigilância sanitária foram aprofundados na conferência temática específica, a Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, realizada ainda no mesmo ano de 1986, como um desdobramento da 8ª CNS. No mais importante fórum sobre o tema da vigilância sanitária até então realizado, variadas estratégias do segmento produtivo, nocivas ao consumidor, as omissões do Estado e as propostas para mudar a situação constituíram a tônica das discussões, acirradas pelo agravamento das questões no contexto de vigência de um Plano de Estabilização Econômica, o chamado Plano Cruzado²¹.

Em pronunciamento na Conferência Nacional de Saúde do Consumidor, a então diretora da Divisão de Medicamentos da SNVS, Suely Rozenfeld, identifica várias dificuldades enfrentadas pela área de vigilância, inclusive na questão de seus trabalhadores, a despeito de todas as mudanças legislativas e organizacionais. Nesse sentido, questiona: ***Se um órgão de tal relevância, deve se manter na atual situação de indigência administrativa, sem pessoal em quantidade suficiente,***

sem recursos materiais, como biblioteca ou recursos para consultoria especializada, com instalações e equipamentos precários [...]²².

Como proposta para a situação por ela criticada, em especial as questões orçamentária, administrativa e de atuação dos funcionários, acrescenta que: ***É preciso que se saiba que não devemos permanecer tão vulneráveis assim. É preciso remunerar adequadamente os profissionais para poder exigir. É preciso ter autonomia financeira e administrativa para criar quadros de ascensão funcional por merecimento e não por tempo de serviço. É preciso criar formas para recompensar os funcionários operosos e conscientes dos seus deveres, e punir os maus servidores. Se os tradicionais vícios e ranços do funcionalismo público do nosso país comprometem o papel do Estado perante a opinião pública, que dirá de um órgão cuja matéria-prima deve ser a imparcialidade e a justiça das medidas. É preciso introduzir no pensamento e na ação dos trabalhadores do setor e das áreas afins, o instrumental e a perspectiva de análise da saúde pública***²³.

Esse entendimento pouco difere das análises formuladas por outros dirigentes da SNVS contidas nas entrevistas concedidas a Ana Cristina Souto em seu estudo acerca do tema¹¹ e que constituem importante material para essa análise. A opção pelo anonimato estabelecido entre Ana Souto e os entrevistados mantém a importância das entrevistas como documento, porém os atores sociais perdem a individualidade e sua participação política dilui-se no papel institucional que ocupam. A narrativa dos dirigentes, ao mesmo tempo em que explicita a complexidade das relações institucionais e das posturas políticas, possibilita a elaboração do próprio perfil biográfico por parte do entrevistado, o que se perde diante do anonimato. Como ressalta Alessandro Portelli, as narrativas, em geral, tecem uma rede de relações interpessoais que permitem construir uma memória coletiva de saberes e de atuação institucional. A fala expressa no anonimato possibilita a percepção da memória coletiva, mas não a participação individual, que passa a constituir-se como uma instituição e não como um indivíduo. Os discursos elaborados por estes atores sociais retratam discursos institucionais e trajetórias e sugerem um debate político sobre múltiplas questões acerca do tema, inclusive sobre o papel dos gestores e dirigentes como trabalhadores de vigilância sanitária²³.

Anos 1990: críticas, crises e reforma. A afirmação da identidade dos trabalhadores de vigilância sanitária

Ao longo da década de 1990, as questões presentes nos debates da década anterior permaneciam em pauta, enfatizando-se que os maiores problemas referiam-se ao reduzido número de técnicos, principalmente os qualificados, além da falta de um projeto nacional de vigilância sanitária. Outros pontos relevantes diziam respeito à necessidade de fortalecer os serviços de vigilância dos estados e municípios e à importância de se socializar as informações, a fim de ampliar o conhecimento e a participação da população nas questões de vigilância sanitária.

Ao enfatizarem a relevância das ações da área, os dirigentes entrevistados por Ana Souto percebem e relatam a falta de prioridade e ausência de articulação da vigilância sanitária com as demais políticas e práticas de saúde. Os comentários dos ex-dirigentes da SNVS, na década de 1990, identificam a problemática da área com questões mais gerais que ultrapassam inclusive o âmbito técnico e se colocam em espaços de interesses políticos, propondo estratégias para romper com o isolamento. Um dos dirigentes da secretaria no início deste período ao destacar a falta de prestígio da área, questiona: ***Qual é o sentido da vigilância sanitária? Ela é proteção à saúde das pessoas. É isso que se deve ter em mente e a partir daí se organizar e aí conseguiremos ter prestígio porque senão, ela vai ser sempre uma atividade marginal na área da saúde***²⁴.

Complementando esse questionamento acerca da falta de espaço e de reconhecimento da importância da área frente à Saúde Pública como um todo, outro ex-dirigente afirma que: ***Era uma área desorganizada e desarticulada com a Saúde Pública. A vigilância sanitária era uma área praticamente desconhecida dentro do Ministério da Saúde. Ninguém sabia exatamente o que era aquilo e como se articulava***²⁴.

Nesse sentido, o mesmo depoente, identifica o (des)interesse político-eleitoreiro relacionado à área e aponta para a necessidade de envolver a sociedade em tais questões: ***Essa área não dá voto, é ela que proíbe a barraquinha do pipoqueiro, da carne da feira; eu tô dando exemplos bem prosaicos, ela não facilita, por isso ela não encanta as autoridades, não aloca recursos porque é uma área de conflito, então, o que você precisa fazer é levar a discussão para a sociedade***²⁷.

Levar a discussão para a sociedade, como propõe o depoente, contribuiria para romper com o

modelo cartorial-autoritário da vigilância sanitária e impulsionaria as mudanças necessárias. Na primeira metade da década de 1990, a ênfase nas ações repressivas ainda era evidente e considerada um desvio do objetivo principal da vigilância.

Em meados da década, o então secretário da SNVS ressalta que: ***A vigilância sanitária é muito vista pelo seu lado policaresco, de chegar fechar, interditar; mas o sentido dela não é esse não, a ação fundamental dela é sinalizar no sentido de melhorar cada vez mais a qualidade de todos esses produtos, e isso ela não faz; quer dizer, ela não atua, ela está sempre a reboque***⁵.

A avaliação das diversas gestões formulada pelos próprios ex-secretários que partilham, ou não, as mesmas idéias, estabelece-se, em geral, por meio da comparação entre uma gestão e outra. Ressaltam também as ações que conseguiram implementar apesar de todas as dificuldades e do pouco tempo que cada um permaneceu na direção institucional, por tratar-se de um cargo eminentemente político e de uma área permeada por conflitos de interesse e suspeita de corrupção¹⁶.

Na segunda metade dos anos 1990, as deficiências dos serviços de vigilância sanitária mostraram-se mais evidentes à sociedade brasileira, quando ocorreram diversos episódios de mortes evitáveis em serviços de saúde e de falsificação e comércio ilegal de medicamentos que impulsionaram mudanças e incitaram a elaboração de um projeto de reforma institucional. No contexto de globalização dos mercados, redução do Estado-Provedor e de reforma do aparelho estatal, o governo buscava implantar uma administração gerencial orientada por resultados, instituindo as agências regulatórias. O modelo de agência, como autarquia especial, foi aplicado em vários setores, inclusive na área da saúde, organizando-se inicialmente a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e logo depois a Agência Nacional de Saúde (ANS).

A criação da Anvisa dinamizou a área de vigilância sanitária, dado que o modelo de agência implica no estabelecimento de um contrato de gestão com metas específicas. Seu cumprimento requer compartilhamento entre as esferas federal e estadual e eventualmente municipal, não apenas na realização de ações como também em termos de recursos financeiros. Esses arranjos se articulam com o processo de implementação do SUS que tem a descentralização entre suas diretrizes²⁶.

Uma das preocupações expressa pelos dirigentes da nova organização diz respeito à mesma questão, anteriormente referida, da qualificação de profissionais de saúde para a área espe-

cífica. Alguns cursos de aperfeiçoamento e de especialização foram oferecidos desde a década de 1980²⁷, porém as necessidades atuais no âmbito da regulação e vigilância sanitária denotam ainda maiores exigências técnico-científicas e políticas no contexto de globalização econômica.

Neste cenário, a Anvisa decidiu promover a formação e qualificação de recursos humanos para compor seus próprios quadros e fomentar o debate a respeito dos requisitos na formação desses profissionais. Assim, a Universidade de Brasília, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz e posteriormente outras instituições formadoras assumiram a tarefa de realizar cursos de especialização em vigilância sanitária. Em seguida, foram organizados cursos de mestrado profissional e mestrado e doutorado acadêmicos no Instituto Nacional de Controle da Qualidade em Saúde (INCQS-Fiocruz) e de mestrado profissional no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Diversos eventos, como seminários e oficinas de trabalho, ampliaram o debate sobre os desafios à formação e qualificação dos recursos humanos, mobilizando um conjunto de saberes e práticas que não estão presentes nos conteúdos da formação em saúde e tampouco na *expertise* acadêmico atual²⁸. Os cursos tiveram grande significado, não só para viabilizar avanços na organização e implementação dos serviços²⁹, como também para afirmar a identidade do profissional de vigilância sanitária.

Em estudo acerca destes cursos, identificou-se um esforço da maioria dos coordenadores para romper com a visão cartorial, fiscalizadora e normativa das práticas de vigilância sanitária, tradicional no Brasil, buscando estimular uma postura mais crítica dos alunos, pautada na mudança da concepção de vigilância sanitária³⁰.

A realização de concurso público, na década de 2000, para incorporar profissionais de Saúde na esfera federal, em estados e municípios, constituiu um novo momento na trajetória de construção da identidade do trabalhador de vigilância sanitária que forma um conjunto importante entre os trabalhadores em saúde.

O I Censo dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, realizado em 2004 e divulgado em 2005, revelou várias características profissionais desses trabalhadores. Sem dúvida ampliou a percepção dos desafios a serem superados no processo de organização dos serviços e de implementação de ações efetivas de vigilância sanitária por todo o país, de modo a contribuir para a integralidade nas ações de saúde.

Os dados do censo revelam um perfil complexo de multiprofissionalidade, com predominância de médicos veterinários, farmacêuticos, enfermeiros, odontólogos, médicos e nutricionistas em relação a diversas outras categorias profissionais que incluem advogados, arquitetos, engenheiros, biólogos, químicos, físicos, etc. Entre os 32.135 trabalhadores, 15,6% estão vinculados ao órgão federal, 17 % aos serviços estaduais e 59,8% aos serviços municipais de vigilância sanitária. Desse total, apenas 10.447 possuem formação de nível superior³¹. Um dado que chama a atenção diz respeito ao tipo de vínculo de trabalho, pois cerca de 28% dos trabalhadores têm contrato do tipo temporário. Tal situação pode ser considerada crítica, pois se a área de Visa está exposta a todo tipo de pressão política, a estabilidade dos recursos humanos é fundamental para a independência na prática técnico-profissional.

Novas perspectivas para a vigilância sanitária no Brasil

A problemática da formação dos trabalhadores da Visa produziu importante efeito no âmbito acadêmico. A demanda por especialização de recursos humanos se defrontava com a incipiente *expertise* acadêmica na área e até mesmo com a falta de sistematização das práticas realizadas no âmbito da vigilância e regulação sanitária. A demanda por cursos somava-se à emergente preocupação em realizar estudos nessas temáticas e confluía para a criação de centros colaboradores em algumas instituições acadêmicas, como uma estratégia de fomento ao desenvolvimento da área³¹. Esse momento propiciou a realização de diversos cursos em nível de pós-graduação *lato sensu*, entre outras modalidades, em distintas instituições públicas e privadas, no país, em resposta, inclusive, à ampliação do mercado de trabalho na área. Assinale-se que os primeiros cursos de especialização em vigilância sanitária só surgiram no final nos anos 1980 e em número restrito.

A criação de centros colaboradores constitui um elemento dinamizador do desenvolvimento da área, beneficiando o âmbito acadêmico e os serviços. Ao tempo em que favorece a integração das temáticas da vigilância sanitária na Saúde Coletiva, também reconhece alguma especificidade da área. A estruturação de cursos, especialmente em nível de pós-graduação, sem dúvida fortalece a construção da identidade do trabalhador de vigilância sanitária.

Assim, a partir dos anos 2000, a vigilância

sanitária, enquanto objeto de estudo, campo de saberes e práticas, vem adquirindo maior visibilidade na Saúde Coletiva. Em 2001, ano de realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, foi instituído o Grupo Temático de Vigilância Sanitária (GTVisa) entre as áreas constituintes da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Esta conferência foi precedida de eventos similares por todo o Brasil e constituiu um importante espaço de debates e confluência das mais diversas propostas, entre as quais a defesa da inserção das políticas de vigilância sanitária no conjunto das políticas de saúde e atenção à problemática de seus recursos humanos³².

O GTVisa passou a congregiar docentes, pesquisadores, discentes e profissionais atuantes na área, demonstrando-se relevante para promover a reflexão e estimular a produção e divulgação de trabalhos de natureza científica, iniciando, já em 2002, a realização dos simpósios de vigilância sanitária. Esses eventos têm recebido apoio de diversas instituições, tais como Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outras, favorecendo a articulação entre academia e serviços. Os simpósios têm contado com a participação de outros GTs da Abrasco, de maior afinidade conceitual, especialmente Saúde do Trabalhador, Saúde e Ambiente, Comunicação e Educação Popular.

O I Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária (I Simbravisa), realizado em 2002, em São Paulo, reuniu cerca de 750 participantes e 640 trabalhos foram apresentados. Dois anos depois, em 2004, o segundo evento, realizado em Caldas Novas, Goiás, já contava com 1.200 participantes e 969 trabalhos, representando os diversos ramos do conhecimento e das práticas que compõem a vigilância sanitária. O terceiro evento, realizado em Florianópolis, contou com mais de 2.200 participantes e 1.182 trabalhos. Esses dados expressam o recente dinamismo na área, que passou a contar com uma publicação científica regular – a Revista Brasileira de Vigilância Sanitária.

Esses referenciais, acentuados com a reforma da instituição no âmbito federal, constituíram um divisor de águas, demarcando a reconceitualização da vigilância sanitária como objeto de estudo, campo de práticas e exercício profissi-

onal, integrando a Saúde Coletiva. Os debates atuais de reformulação do modelo de atenção hegemônico³³, com a postulação da proposta da vigilância da saúde, reforçam a importância das ações de vigilância sanitária como campo de práticas sanitárias voltadas ao controle de riscos e, desse modo, fundamentais à proteção da saúde.

Conclusão

A conformação da vigilância sanitária, no Brasil, é demarcada por forte mudança normativa e institucional nos anos 1970, sem que fossem implementadas significativas mudanças em sua capacidade operativa. Nos anos 1980, no movimento da Reforma Sanitária, a vigilância sanitária torna-se mais conhecida e reivindicada como um componente importante das práticas sanitárias. Ampliaram-se os debates a respeito do tema, que ganhou relevância na legislação do SUS, sem receber, contudo, a atenção necessária nas políticas de saúde.

Ao final da década de 1990, evidenciou-se a fragilidade dos serviços de vigilância sanitária no país, num contexto de crise sanitária, marcada por vários escândalos envolvendo medicamentos e mortes em serviços de saúde. A crise funcionou como estímulo à reformulação institucional, há muito reclamada por profissionais e sanitários da área, culminando com a instituição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária..

O novo modelo organizacional surgiu no bojo do projeto de Reforma do Estado que criou várias agências na área econômica, buscando conferir uma nova racionalidade com a proposta da administração gerencial orientada por resultados. No contexto da globalização econômica, a Anvisa deveria estar capacitada para responder, com eficiência, às demandas do segmento produtivo e realizar a tarefa de regulação sanitária em sintonia com o movimento mundial.

A análise do processo de construção da identidade dos trabalhadores da vigilância sanitária diante das políticas de saúde, no Brasil, permite verificar significativa afirmação dessa identidade nos anos últimos dez anos, fortemente associada à redefinição atual da área e sua maior visibilidade no campo da Saúde Coletiva, tanto no referente aos serviços a que corresponde, quanto às reflexões acadêmicas e políticas.

Apesar da problematização da vigilância sanitária no âmbito da Saúde Coletiva ter-se estabelecido mais recentemente, pode-se perceber um consistente amadurecimento nas discussões e no

processo de consolidação da área no meio acadêmico, impulsionado pela ampliação das relações academia-serviço. Esse movimento incluiu a estratégia de convênios de cooperação técnica entre universidade e vigilâncias sanitárias das três esferas de governo, notadamente por meio da institucionalização de centros colaboradores.

A reformulação institucional implementada nos anos de 1970 já apontava para uma mudança de concepção, mais favorável ao entendimento da vigilância sanitária como um conjunto de ações imprescindível à preservação e conquista da saúde. Porém, foi nos anos 90, no processo de construção do SUS e, especialmente num contexto de crise envolvendo a área, de percepção da difusão mundial de riscos à saúde, no processo de globalização, que se aprofundaram os debates e se evidenciou mais claramente a importância da vigilância e regulação sanitária, não apenas para a saúde da população, mas também para a própria dinâmica da economia do país.

Os profissionais que atuam em vigilância sanitária, demarcados na legislação como trabalhadores de saúde específicos, têm experimentado os efeitos da falta de prioridade conferida à área nas políticas de saúde, mas também os avanços recentes que favoreceram o estabelecimento de processos de formação e qualificação que afirmam sua identidade profissional e lhes munificam com conhecimentos técnico-científicos imprescindíveis às práticas regulatórias, especialmente complexas no âmbito das relações sociais produção-consumo, principal espaço de sua atuação.

Agradecimentos

Agradecemos aos pareceristas pelas sugestões enriquecedoras ao artigo.

Colaboradores

EA Costa, TM Fernandes e TS Pimenta responderam igualmente por todas as etapas da pesquisa necessárias a esta publicação, desde o levantamento de dados, leitura de textos, análise de conteúdo e redação do texto.

Referências

- Pimenta TS. Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos. *Hist. cienc. saude* 2004;11(Supl 1):67-92.
- Costa EA. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. 2ª ed. São Paulo: Sobravime; 2004.
- Costa EA e Rozenfeld S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S, organizadora. *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 14-40.
- Duarte IG. *Do Serviço Sanitário do Estado ao Centro de Vigilância Sanitária. Contribuição ao estudo da Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Administração de Empresas de São Paulo/Fundação Getúlio Vargas; 1990.
- Fernandes TM. *Plantas medicinais: memória da ciência no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- Henriques CMP. *A vigilância sanitária dos portos: experiência da prevenção da cólera no porto de Santos* [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/Universidade São Paulo; 1992.
- Lucchese G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2001.
- Moreira EMM. *O modelo de avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária* [dissertação]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2007.
- Barbosa AO. *Risco, vigilância e segurança sanitária: desafios à proteção da saúde* [dissertação]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2006.
- Piovesan ME. *A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2002.
- Souto AC. *Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil*. São Paulo: Sobravime; 2004.
- Souza GS. *Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil* [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2007.
- Souza MCD. *Regulação sanitária de produtos para a saúde no Brasil e no Reino Unido: o caso dos equipamentos eletromédicos* [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2007.
- Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Relatórios de viagens para AL, BA, SE, RS, PB, CE, PI, MA, AC, AM, RO, RJ, RN, AM, PR, PE, MG, PA. Arquivo do Ministério da Saúde /Caixas SVS; 1981 e 1987. [impresso]
- Zanini AC, Paulo LG. O controle no Brasil da dispensação de medicamentos psicoativos. Arquivo do Ministério da Saúde/Caixas SVS; 1985. [impresso]
- Centro Colaborador em Vigilância Sanitária/ISC/UFBA. Banco de dados. [Entrevista concedida a Ana Souto para a pesquisa "Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil" em 17/07/1995].
- Seminário Nacional de Vigilância Sanitária. *Resumo do Relatório Final*. Arquivo do Ministério da Saúde/Caixas SVS; 1985. [impresso]
- Brasil. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986.
- Lima N, Fonseca C, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil. In: Lima N, Gerschman S, Edler FC, Suarez JM, organizadores. *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Gerschman S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
- Constituinte: o que os consumidores querem: Relatório da Conferência Nacional de Saúde do Consumidor. *Saúde em Debate* 1987; 19:20-24.
- Rozenfeld S. Pronunciamento na Conferência Nacional de Saúde do Consumidor. Arquivo do Ministério da Saúde/Caixas SVS; 1986. [impresso]
- Portelli A. A filosofia e os fatos – narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. *Tempo* 1996; 1(2):59-72.
- Centro Colaborador em Vigilância Sanitária/ISC/UFBA. Banco de dados. [Entrevista concedida a Ana Souto para a pesquisa "Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil" em 30/01/1996]
- Centro Colaborador em Vigilância Sanitária/ISC/UFBA. Banco de dados. [Entrevista concedida a Ana Souto para a pesquisa "Saúde e Política: a vigilância sanitária no Brasil", 22/06/1995]
- Costa EA. Políticas de Vigilância Sanitária: balanço e perspectivas. *Conferência Nacional de Vigilância Sanitária: Cadernos de Textos*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2001. p. 37-52.
- Brasil. Ministério da Saúde. Curso de aperfeiçoamento dos profissionais da Divisão de Fiscalização em Saúde do Ceará. 1983. (ofício); Curso de Metodologia da Investigação Científica. Brasília, 1984. (ofício); Programa de treinamento de técnicos dos órgãos de vigilância sanitária dos estados, territórios e distrito federal. Arquivo do Ministério da Saúde / Caixas SVS; s/d. [impresso]
- Costa EA. Conhecimento e formação profissional em vigilância sanitária. *REVISIA* 2005; 1(2):141-146
- Souto AC, Costa EA, Bacelar VM, Dumont MU. Relatório da Oficina de Trabalho "Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária" do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. *Divulgação em Saúde para Debate* 2001; 25:108-120.
- Souto AC, Nunes CA, Costa, EA. Termo de Referência da III Oficina de Trabalho sobre formação especializada de recursos humanos em vigilância sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; 2002.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária*. 2004 [acessado 2007 Fev 26]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>
- Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. *Relatório Final*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2002.
- Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.567-586.

Artigo apresentado em 17/12/2006

Aprovado em 10/09/2007

Versão final apresentada em 04/04/2008