

A nálise dos gastos da Coordenadoria em Vigilância em Saúde de São Paulo no período de 2009 a 2019¹

*Analysis of the expenses of Coordination in Surveillance
in Health of São Paulo in the period from 2009 to 2019*

Rafaella Alves de Oliveira

Farmacêutica formada pela Universidade São Judas
Tadeu. Atua como analista de Saúde na Coordenadoria de
Vigilância em Saúde (Covisa) no município de São Paulo.
E-mail: rafaelladeoliveira@prefeitura.sp.gov.br

Resumo: A vigilância sanitária tem papel importante no Sistema Único de Saúde ao atuar na fiscalização de produtos e serviços de interesse da saúde cuja implementação depende do financiamento de suas ações. Na cidade de São Paulo, o órgão responsável por coordenar as ações de vigilância sanitária é a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa). O presente trabalho tem por objetivo esclarecer onde foram alocados os recursos destinados à Covisa, em especial aqueles destinados à vigilância sanitária, nos anos de 2009 a 2019. Para isso, foram coletados dados da execução orçamentária do Quadro Detalhado de Despesas (QDD) disponíveis no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo. Entre os resultados encontrados estão o fato de que o orçamento da Covisa não chega a 1% do orçamento da SMS. Em 2009, não foi destinada verba à subfunção vigilância sanitária. De 2010 a 2013, os valores direcionados para a vigilância sanitária foram gastos com o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). Em 2014, os gastos passaram a ser identificados genericamente como Vigilância em Saúde. Naquele momento, houve um pico de gastos e, desde então, os valores foram reduzindo ano a ano. Os resultados indicam que a vigilância sanitária ocupa papel marginalizado nas políticas de saúde da cidade de São Paulo. Em que pese aos avanços na alocação de recursos de 2014 em diante, destaca-se a necessidade da construção de uma política de financiamento e ampliação da discussão sobre financiamento com recursos próprios.

¹ Recebido em: 23 ago. 2022 – Aprovado em: 10 out. 2022

Palavras-chave: Vigilância sanitária. Financiamento da saúde. Sistema Único de Saúde. Gastos em vigilância sanitária.

Abstract: Sanitary Surveillance has an important role in the Brazilian Unified Health System (SUS) by acting in the inspection of products and services of health interest whose implementation depends on the funding of their actions. In the city of São Paulo, the public agency responsible for coordinating sanitary surveillance is the Health Surveillance Coordination (Covisa). The present paper aims to clarify where the resources allocated to Covisa, especially those relating to the sanitary surveillance from 2009 to 2019 were allocated. For this, data were collected from the budget execution of the Detailed Table of Expenses (QDD) available on the website of São Paulo City Government. Among the results found is the fact that Covisa's budget does not represent 1% of the Municipal Health Office (SMS) budget. In 2009, no funds were allocated to the sub-function sanitary surveillance. From 2010 to 2013, the resources directed to sanitary surveillance were spent on the Zoonoses Control Center (CCZ). As of 2014 the expenditures were generically labeled as Health Surveillance. By that time, there was an increase of expenses and, since then, funds have been decreasing year by year. The results indicate that sanitary surveillance is underrated within the health policies in the city of São Paulo. Despite advances in the allocations of resources from 2014 onwards, there is a clear need for policies aimed at funding these services and it is important to broaden the discussion on funding them with their own resources.

Keywords: Sanitary surveillance. Health funding. Brazilian Unified Health System. Expenditures on sanitary surveillance.

1 Introdução

O advento da pandemia de covid-19, no Brasil, trouxe à tona a importância de uma gestão responsável dos recursos destinados à saúde pública. O Estado teve e tem papel importante na condução do enfrentamento da pandemia, principalmente por meio do sistema público de saúde (CENSON; BARCELOS, 2020). Este agrega diversas responsabilidades, seja no atendimento da população, seja na fiscalização das ações relacionadas a produtos e serviços de interesse da saúde, dentre elas, garantir a qualidade, a segurança e a eficácia de medicamentos, alimentos e serviços de saúde. Em um cenário de cortes de orçamento neste setor (PORTAL G1, 2021) é de suma importância que a alocação de recursos se dê de modo a garantir que a população tenha acesso à saúde de maneira igualitária e universal, conforme preconizado no artigo 196 da Constituição Federal.

Dessa maneira, tem especial importância a discussão sobre o financiamento das ações

e dos serviços de saúde, em especial o financiamento da vigilância sanitária, tema do presente trabalho, que objetiva compreender como foram alocados, num determinado período, os recursos destinados à Vigilância Sanitária (Visa) no município de São Paulo.

Na cidade de São Paulo, a Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa) é o órgão responsável por coordenar as ações de vigilância em saúde e, consequentemente, também pela gestão dos recursos destinados a esta área. A verba enviada para a saúde pela União deverá ser gasta em ações e serviços por meio dos blocos de financiamento, sendo estes: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Em um orçamento com tantas atribuições, é possível que o bloco da Vigilância em Saúde, especialmente a vigilância sanitária, receba menos financiamento.

O presente artigo tem como objetivo esclarecer onde os recursos destinados à Covisa foram alocados. O objeto de estudo é análise da distribuição das verbas destinadas ao órgão de vigilância em saúde da cidade de São Paulo, em especial àqueles da Vigilância Sanitária (Visa), nos anos de 2009 a 2019. A técnica de pesquisa baseou-se em pesquisa descritiva e utilização de dados secundários, como os oriundos da execução orçamentária municipal disponíveis no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de São Paulo. O instrumento para execução da técnica de pesquisa será a análise orçamentária do quadro de detalhamento de despesas (QDD) do município no período de estudo.

Além de demonstrar como a distribuição dos recursos ocorreu entre 2009 e 2019, os dados deste estudo podem ser relevantes para a produção de futuras análises da área de vigilância sanitária, uma vez que há escassez de produção sobre o financiamento desse setor e os estudos se concentram em análises qualitativas (BATTESTINI; ANDRADE; DE SETA, 2017, p. 3296)

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece as ações e os serviços de saúde no Brasil. Em seu campo de atuação incluem-se as ações executadas em vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, da saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral (BRASIL, 1990). A execução e o financiamento das ações são de responsabilidade compartilhada entre os três entes federativos.

Como apontado, as ações do SUS abrangem diversas áreas, dentre elas, as relacionadas às vigilâncias no campo da saúde: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância ambiental. A vigilância sanitária é definida pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como:

Art. 6º [...] § 1º [...] 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.

Dessa forma, o campo de atuação da Visa é vasto e se insere nas relações de produção, consumo e serviços, atendendo as áreas de alimentos (controle de qualidade de alimentos produzidos e consumidos, aditivos alimentares etc.), medicamentos de uso humano, cosméticos, produtos para saúde (equipamentos e materiais médico-hospitalares, kits diagnósticos etc.), saneantes domissanitários e serviços de interesse da saúde (creches, asilos, hospitais, bancos de sangue, entre outros).

No tocante ao compartilhamento das responsabilidades entre os entes federativos, a lei federal 8.080/1990 determina que a direção do SUS é única em cada esfera do governo, sendo exercida pelo Ministério da Saúde, no âmbito federal, e pelas secretarias de saúde, nos estados e municípios. O papel dos municípios na execução das ações é amplo, uma vez que deverá “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do estado, serviços de atendimento à saúde da população” (CF, art. 30, 1988).

Assim como as responsabilidades são compartilhadas, o financiamento também o é, sendo a lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a que definiu as ações de saúde e a vinculação de recursos da União, Estados e Municípios. Segundo Barbosa (2013, p. 3), foi atribuída aos três entes a responsabilidade pelo alcance de percentuais de gasto por esfera de governo, bem como “[...] o escopo das ações e serviços de saúde com as quais esses gastos seriam realizados”.

Os recursos financeiros são de máxima importância para a implementação de políticas públicas, assim como a forma como esses recursos são alocados. O financiamento é uma das funções do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido nos artigos 31 a 35 da lei federal 8.080 de 1990.

Para Barbosa (2013, p. 4), maior gasto pode não significar menor desigualdade, ainda que, potencialmente, uma maior arrecadação, com consequente maior destinação de recursos para políticas públicas, deveria promover uma proteção social mais ampla. Segundo Scatenna, Viana e Tanaka (2009, p. 2435),

embora se reconheça a enorme heterogeneidade de estados e municípios brasileiros e a particularidade dos gastos com saúde nestas unidades, ainda são poucos os estudos que abordam este tema em contextos regionais ou de estados/municípios específicos.

Diante da hipótese de que a Vigilância Sanitária recebe pouco investimento e que o financiamento para as ações a serem desenvolvidas é insuficiente, faz-se necessário compreender como ocorre a gestão dos recursos de vigilância em saúde no âmbito municipal, em especial aqueles destinados à Vigilância Sanitária. O presente estudo se organizará em introdução, breve histórico e organização do sistema nacional de vigilância sanitária, vigilância sanitária no município de São Paulo,

financiamento da vigilância sanitária, método, resultados, discussão e considerações finais.

2 Breve histórico e organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária brasileiro (SNVS)

A Visa faz parte de um campo mais abrangente denominado vigilância em saúde, que engloba ações de promoção da saúde voltadas para toda a população, incluindo ainda a vigilância epidemiológica, da saúde do trabalhador e ambiental em saúde. Segundo as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (Brasil, 2010), estas são ações que devem se organizar em “espaço de articulação de conhecimentos e técnicas”. Dessa maneira, a Visa é um campo na Saúde Pública que perpassa diferentes áreas, segundo Costa e Rozenfeld (2000, p. 15):

Os saberes e práticas da Vigilância Sanitária se situam num campo de convergência de várias disciplinas e áreas do conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, sociologia, política, direito, economia política, administração pública [...].

As origens históricas da vigilância em saúde remontam à Antiguidade, pois ações visando o controle de medicamentos, alimentos e doenças existiam desde tempos antigos (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 19). Entretanto, foi a partir da segunda metade do século XIX, com a ampliação da produção industrial de alimentos e medicamentos, que começaram a surgir denúncias de falsificação e adulteração de produtos, resultando na criação de regulamentação para produção, comércio e consumo de produtos relacionados a saúde (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 22).

No Brasil, os marcos históricos relacionados à vigilância sanitária chegam ao século XVI, com questões relativas a controle de alimentos, abate de animais, legitimação de ofícios (físico, cirurgião e boticário), bem como controle dos portos. A partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, surgiram diversas instituições, dentre elas escolas de cirurgias, bem como a necessidade de maior controle sanitário devido à abertura dos portos. No final do século XIX, com a Proclamação da República, foram criadas administrações sanitárias estaduais e órgãos de vigilância sanitária nas unidades da Federação (COSTA; ROZENFELD, 2000, p. 25).

O século XX trouxe diversos avanços. Em 1904 foi publicado o decreto nº 5.156, o Regulamento dos Serviços Sanitários da União. Na década de 1920 instaurou-se o decreto 3.987/1920, que reorganizava os serviços de saúde pública, criando a polícia sanitária, e o decreto 16.300/1923, que tinha por objetivo aprovar o regulamento do Departamento de Saúde Pública (Regulamento Sanitário Federal). Em 1931 foi publicado o decreto nº 19.604, que punia as falsificações e fraudes de gêneros alimentícios. Ao fim do Estado Novo,

veio o decreto nº 20.397, o Regulamento da Indústria Farmacêutica no Brasil (1946). Em 1950 foi publicada a lei nº 1.283, que trata de inspeção industrial e sanitária dos produtos de origem animal. Já na década de 1960 ocorreram diversos escândalos, no Brasil e no mundo, relacionados ao uso de alimentos e medicamentos (Talidomida, consumo de peixes contaminados com mercúrio etc.). Nos anos 1970 foram publicadas diversas legislações sanitárias, bases para o trabalho de Visa até os dias atuais, a saber: leis nº 5.991/1973 (controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos), nº 6.360/1976 (dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos) e nº 6.437/1977 (infrações à legislação sanitária federal).

A redemocratização, nos anos 1980, viu surgir eventos importantes para a saúde, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual os artigos 196 a 200 tratam do tema da saúde, sendo esta um direito de todos e dever do Estado. Por fim, em 1990 foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde – lei nº 8.080. Nos anos seguintes ocorreram diversos fatos significativos, tais como a publicação da portaria ministerial nº 1.565/1994, que criou o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, e escândalos relacionados a produtos falsificados e defeituosos, devido à falta de cumprimento das boas práticas de fabricação (pílulas anticoncepcionais de “farinha” e as das pílulas falsificadas para tratamento de câncer), o que culminou com a publicação da lei federal nº 9.782/1999, a qual criava a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Com a criação da Anvisa, em 1999, um novo momento para a Visa se iniciou com a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). O SNVS engloba os três níveis de governo (federal, estadual e municipal), com responsabilidades compartilhadas e interdependentes. Para Lucchese (2001, p. 30):

a interdependência existe não somente em sua dimensão horizontal, entre as unidades federadas ou entre os municípios, mas também em sua dimensão vertical, entre as três esferas de governo que compõem, com autonomia, as instâncias gestoras do modelo.

O âmbito federal é formado pela Anvisa e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde Pública (INCQS); no nível estadual encontram-se os 27 órgãos de vigilância sanitárias estaduais e Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen); e a esfera municipal é formada pelas vigilâncias sanitárias municipais. Importante ressaltar que, ainda que a coordenação das ações de Visa seja de responsabilidade da Anvisa, esta ocorre a partir de um processo de pactuação entre os integrantes do sistema, não havendo relação de subordinação entre os entes federativos. Ressalta-se que aos órgãos que formam o SNVS, em cada esfera de governo, cabe elaborar normas que regulamentam o funcionamento dos

estabelecimentos de interesse da saúde, sejam aqueles que desenvolvem processos produtivos, sejam os prestadores de serviços de saúde, de acordo com sua abrangência.

3 Vigilância sanitária no município de São Paulo

Segundo Neves e Alves (2005), na década de 1990, em São Paulo, as ações de vigilância em saúde ficaram restritas àquelas do Centro de Controle de Zoonoses, à vigilância epidemiológica, à prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho e ao comércio varejista de alimentos.

A partir do início dos anos 2000, o município de São Paulo iniciou o processo de estruturação do sistema municipal de vigilância em saúde, que culminou com a criação da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (Covisa) em 2003 (FRACOLLI *et al.*, 2008) e a aprovação do Código Sanitário do Município de São Paulo em 2004.

Atualmente a Covisa se organiza em cinco divisões técnicas, a saber: Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde; Divisão de Vigilância Epidemiológica; Divisão de Vigilância em Saúde Ambiental; Divisão de Vigilância de Zoonoses; Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Cabem às divisões a coordenação e o planejamento de projetos, programas e ações a serem executadas no município, bem como elaborar normas e regulamentos técnicos. As ações de fiscalização nos territórios são realizadas pelas 28 unidades descentralizadas sob coordenação da Covisa – Unidades de Vigilância em Saúde (Uvis) –, assim como os Centros de Referência do Trabalhador. As Uvis estão localizadas nas seis regiões da cidade (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro e Sudeste) e desenvolvem atividades de orientação e fiscalização de estabelecimentos que comercializem produtos e prestam serviços de interesse da saúde, bem como atividades educativas e preventivas e a realização de campanhas de vacinação e imunização. Os estabelecimentos de interesse da saúde que estão sujeitos à licença sanitária deverão solicitar Cadastro Municipal de Vigilância em Saúde (CMVS) junto à Covisa para realizar suas atividades.

4 Financiamento da vigilância sanitária

A Constituição Federal, em seu artigo 198, estabeleceu as bases para o financiamento do Sistema Único de Saúde, sendo os recursos oriundos do orçamento da seguridade social, da União, de estados e municípios. O financiamento da saúde é complexo, com fontes de recursos diversas e que implicam na definição das necessidades/prioridades a serem financiados (DAIN, 2007).

O financiamento da saúde é de responsabilidade dos três entes federativos, conforme estabelecido na Constituição Federal, segundo emenda constitucional (EC) 29/2000, sendo que a lei complementar 141/2012 definiu os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde pelos entes federados.

Pela lei 141/2012, cabe à União aplicar o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do produto interno bruto (PIB) em relação ao da lei orçamentária anual do ano anterior; os Estados devem aplicar 12%, no mínimo, da arrecadação dos impostos e tributos que recebem, deduzidas as parcelas transferidas aos municípios e, por fim, os municípios devem aplicar anualmente 15% da arrecadação dos seus impostos e tributos.

Segundo a lei complementar, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, dentre elas, a vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária.

O financiamento da Visa nos entes municipais é dependente, em grande parte, dos repasses federais para realização de suas ações (BATTESINI; ANDRADE; DE SETA, 2017). Assim, faz-se necessário compreender o processo de transferência de recursos estabelecidos para a saúde, em especial, para o bloco da vigilância sanitária. A lei federal 8.080/1990 tem como um de seus princípios a descentralização das ações de saúde. Para operacionalizar a organização do SUS, o Ministério da Saúde utilizou como instrumento normativo as Normas Operacionais Básicas (NOBs) (LUCCHESI, 2000, p. 99). De 1991 a 1998, foram publicadas quatro NOBs: 01/91, 01/92, 01/93 e a 01/96. Ressalta-se que, apenas na NOB 01/96, a vigilância sanitária foi incluída na discussão da descentralização das ações em saúde (COVEN, 2010), bem como foi instituído incentivo financeiro para os municípios para tal ação. Segundo a NOB, os recursos oriundos do ente federal destinado à Visa configuravam o teto financeiro de vigilância sanitária (TFVS); além disso, definiu como seria a composição dos recursos financeiros destinados a cada unidade federada e que os repasses seriam de forma automática e regular de fundo a fundo (AQUINO, 2014). Ainda que a norma determinasse a remuneração pelo Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PADVS) e Ações de Média e Alta Complexidade (MAC/Visa) e pelo piso básico de vigilância sanitária (PAB/Visa), somente este foi implantado. Ressalta-se que os valores determinados pelo PAB/Visa estavam atrelados a um valor *per capita* por habitante/ano. Conforme De Seta e Silva (2006), até 1998, ano em que NOB 01/96 foi de fato implantada, os repasses federais para as ações de Visa eram realizados através de convênios. Dessa maneira, essa norma inovou ao propor mecanismos de financiamento para a Visa, com vistas a custear suas ações (COHEN; LIMA; PEREIRA., 2006).

Para viabilizar a transferências de recursos, em 2000 foi implantado o Termo de Ajuste e Metas (TAM), uma forma de contrato firmado entre a Anvisa e os órgãos estaduais de Visa (AQUINO, 2014), que determinava que os estados receberiam os recursos e então o repassariam para os municípios. Esse mecanismo não foi suficiente e apresentou diversas dificuldades (DE SETA; SILVA, 2006), sendo então publicada a Portaria GM/MS 2.473/2003, a qual possibilitou aos municípios a adesão para execução das ações de média

e alta complexidade (MAC/Visa), bem como repassando diretamente os recursos para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) (AQUINO, 2014).

Outro marco importante veio com o Pacto pela Saúde, de 2006, o qual alterou as diretrizes para organização e financiamento da saúde, bem como a constituição do bloco de financiamento da vigilância em saúde (DE SETA; DAIN, 2010). Segundo Lucena (2015), a principal mudança se relaciona com a instituição do teto financeiro de vigilância sanitária, composto por dois pisos: piso estruturante, destinado à estruturação e ao fortalecimento da gestão, e piso estratégico, composto por ações estratégicas de gerenciamento do risco sanitário.

A portaria GM/MS 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência de recursos federais na forma de blocos de financiamento, sendo estes atenção básica, de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimento. A portaria determinava que os recursos deveriam ser aplicados em ações e serviços do próprio bloco, sendo vedado seu uso para outros fins. O bloco de financiamento de vigilância em saúde passou a ser composto por vigilância epidemiológica e ambiental e vigilância sanitária.

Em 28 de setembro de 2017, foi publicada a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, a qual trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde do SUS, e que contemplava diversas portarias, dentre as quais, a portaria GM/MS nº 204/2007, portaria GM/MS nº 1.378/2013 (regulamenta as responsabilidades e diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios) e portaria GM/MS 475/2014 (estabelece critérios para repasse e monitoramento dos recursos financeiros federais do componente Vigilância Sanitária). O artigo 457 da portaria nº 6/2017, estabelece que o componente de vigilância sanitária se refere aos recursos federais destinados às ações de Visa e constituído pelo piso fixo de vigilância sanitária (PFVISA) e piso variável de vigilância sanitária (PVVISA), conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1 – Organização do Componente de Vigilância Sanitária

COMPONENTE DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
Piso fixo de vigilância sanitária (PFVISA)	Piso variável de vigilância sanitária (PVVISA)
Quem recebe: estados, Distrito Federal e municípios. Objetivo: fortalecimento do processo de descentralização, execução das ações de vigilância sanitária e qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária.	Quem recebe: estados, Distrito Federal e municípios. Objetivo: incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas para a vigilância sanitária.

Fonte: Elaboração própria com base no artigo 457 da Portaria de Consolidação nº 6/2017.

Os artigos 459 a 461 da portaria de consolidação nº 6/GM/MS estabelece que os valores para o PFVISA são calculados com base na população (*per capita*) do território, sendo distribuídos pelos critérios informados no Quadro 2.

Quadro 2 – Critérios para Cálculo do Piso Fixo – Visa

CRITÉRIOS PARA CÁLCULO DO PFVISA		
ESTADO	MUNICÍPIO	DISTRITO FEDERAL
R\$ 0,30 (trinta centavos) por habitante/ano	R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante/ano	R\$ 0,90 (noventa centavos) por habitante/ano
Estado terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R\$ 630.000,00/ano	Município terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R\$ 12.000,00/ano	Distrito Federal terá uma suplementação de forma que não receba menos do que R\$ 630.000,00 no ano

Fonte: Elaboração própria com base nos artigos 459 a 461 da portaria de consolidação nº 6/2017

Em dezembro de 2017, a portaria GM nº 3992 alterou a portaria de consolidação nº 6/GM/MS, extinguindo os blocos de financiamento e unindo as transferências de recursos em dois blocos: bloco de custeio das ações e serviços públicos de saúde e bloco de investimento na rede de serviços públicos de saúde, sendo os recursos transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática.

Outra mudança ocorrida foi em relação à condição para manutenção dos repasses: a portaria GM/MS nº 1.751/2018 retirou a obrigatoriedade do preenchimento mensal dos procedimentos de vigilância sanitária no SIA/SUS, estabelecida pela portaria GM/MS 475/2014.

Em 24 de abril de 2020 foi publicada portaria GM/MS nº 828, que alterou a portaria GM/MS 6/2017, a qual contemplava a portaria nº 3992/2017, acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais aos entes subnacionais para execução de ações e serviços de saúde. A nova normativa estabeleceu novos grupos de identificação de transferências federais de recursos da saúde, bem como alterou a nomenclatura dos blocos de financiamento. Os recursos federais a serem enviados a estados, Distrito Federal e municípios passaram a ser organizados e transferidos nos seguintes blocos: bloco de manutenção das ações e serviços públicos de saúde e bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde (BRASIL, 2020).

Segundo Fraga (2018, p. 29), “a trajetória aponta que o financiamento das ações de Visa, no Brasil, tem sido marcado pelo grande volume de publicação de normativas”. Estas alteram apenas denominações, sem modificar os critérios para repasses dos recursos, de deixam prevalecer a sistemática de cálculos de recursos baseados em critérios populacionais (FRAGA, 2018).

Para Battestini, Andrade e De Seta (2017, p. 3302) os recursos para vigilância sanitária são escassos e representam os menores valores *per capita* estabelecidos para o campo da saúde.

Posto isso, apesar do financiamento pelo SUS, a Visa é atividade inerente ao Estado e pode gerar recursos sobressalentes oriundos de taxas públicas ou pela cobrança de multas, contudo este ponto não “exime o Estado de prover seu financiamento, com vistas a garantir a proteção da coletividade” (BARBOSA, 2013, p. 47).

4 Método

Realizou-se estudo descritivo e de enfoque quantitativo, utilizando dados secundários e de acesso livre, com informações da execução orçamentária do município de São Paulo entre os anos de 2009 a 2019. Escolheu-se o período de dez anos para observar a trajetória do orçamento da Covisa em um período significativo. A análise se encerra em 2019, pois a pandemia de covid-19 e a reorganização da Covisa, ocorridas em 2020, poderiam apresentar distorções nos dados de orçamento.

Caracteriza-se pelo estudo da trajetória da alocação dos recursos em Vigilância em Saúde na cidade de São Paulo no período indicado, por meio de análise das despesas da Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa) informadas no Quadro Detalhado das Despesas (QDD). Ressalta-se que o órgão alterou sua denominação, passando de “coordenação” para “coordenadoria”; entretanto, tal fato não foi modificado nos QDD pesquisados.

A escolha pela cidade de São Paulo e consequentemente pela Covisa ocorreu por conta de o município ser não apenas de grande porte, mas também o mais populoso do país (SÃO PAULO, 2021). Os serviços de vigilância sanitária atendidos pelo órgão alcançam de baixa a alta complexidade de ações (TORRES, 2019).

As bases de dados da execução orçamentária foram retiradas do sítio eletrônico da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) na área de prestação de contas públicas/orçamento, na qual constam dados do orçamento de 2003 em diante. Os dados de QDD são disponibilizados em formato PDF, XLS e ODS. Para este trabalho foram utilizadas planilhas em formato xls.

As análises quantitativas dos valores financeiros constantes nas planilhas do período de 2009 a 2019 foram unificadas em arquivo único, de forma a facilitar a visualização dos resultados. As planilhas apresentam diversos dados, dentre eles os relativos ao ano de execução orçamentária, exercício, administração (direta/indireta), órgão, unidade, função, código da subfunção, subfunção, programa, projeto, despesa, fonte, dotação (orçado, atualizado, empenhado e liquidado). Para este trabalho foram utilizados dados da despesa empenhada, uma vez que estas representam os valores comprometidos para pagamento, além de constituírem “o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente” (BRASIL, 1964). Dessa forma, a execução orçamentária acontece no momento do empenho.

Por fim, calcularam-se os valores de despesa empenhada, em reais, por ano, para o

órgão Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde (SMS/FMS) e as unidades relacionadas, focando nos valores gastos pela unidade da Covisa. Em relação a esta, outros dados foram analisados, a saber, subfunção e projeto/atividade. Os valores em reais foram reajustados pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) mediante a multiplicação por um fator de correção anual, atualizado até outubro de 2021.

5 Resultados

Foram coletados e analisados dados anuais (2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019) a partir das informações presentes nas planilhas do QDD referente ao período escolhido. Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas de forma a representar a informação processada e sistematizada dos dados coletados.

Entre 2009 a 2019 foram destinados R\$ 100.983.797.901,53 para a SMS/FMS. Em contrapartida, no mesmo período, foram repassados R\$ 283.611.839,53 para a Covisa, conforme observado na Tabela 1.

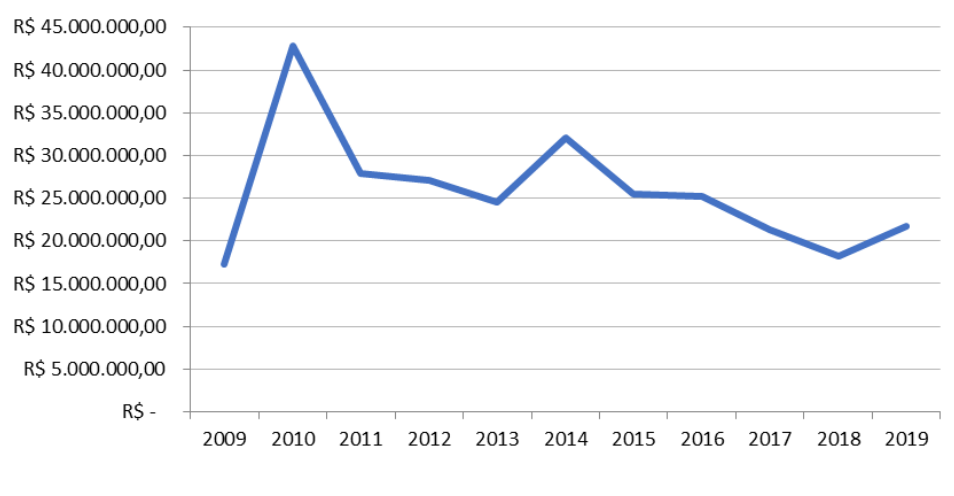
Tabela 1 – Recursos destinados à SMS e à Covisa entre 2009 a 2019 e porcentagem no orçamento da SMS, valores atualizados até 10/2021

Ano	Recurso destinado a SMS	Repasse à Covisa	Proporção em relação ao total de repasses para a SMS (%)
2009	R\$ 7.613.884.077,75	R\$ 17.298.786,43	0,23
2010	R\$ 8.031.713.356,98	R\$ 42.777.725,94	0,53
2011	R\$ 8.586.095.741,67	R\$ 27.841.369,09	0,32
2012	R\$ 8.754.839.825,51	R\$ 27.067.499,85	0,31
2013	R\$ 9.205.637.299,89	R\$ 24.494.141,75	0,27
2014	R\$ 9.256.700.225,92	R\$ 32.053.616,51	0,35
2015	R\$ 9.769.343.609,57	R\$ 25.536.436,62	0,26
2016	R\$ 9.927.911.208,66	R\$ 25.176.600,62	0,25
2017	R\$ 10.006.688.241,87	R\$ 21.352.424,99	0,21
2018	R\$ 9.651.121.384,93	R\$ 18.282.450,18	0,19
2019	R\$ 10.179.862.928,78	R\$ 21.730.787,38	0,21

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do QDD no período estudado.

Em relação aos recursos repassados para Covisa ao longo dos anos, observa-se variação com um pico em 2010, conforme Figura 1.

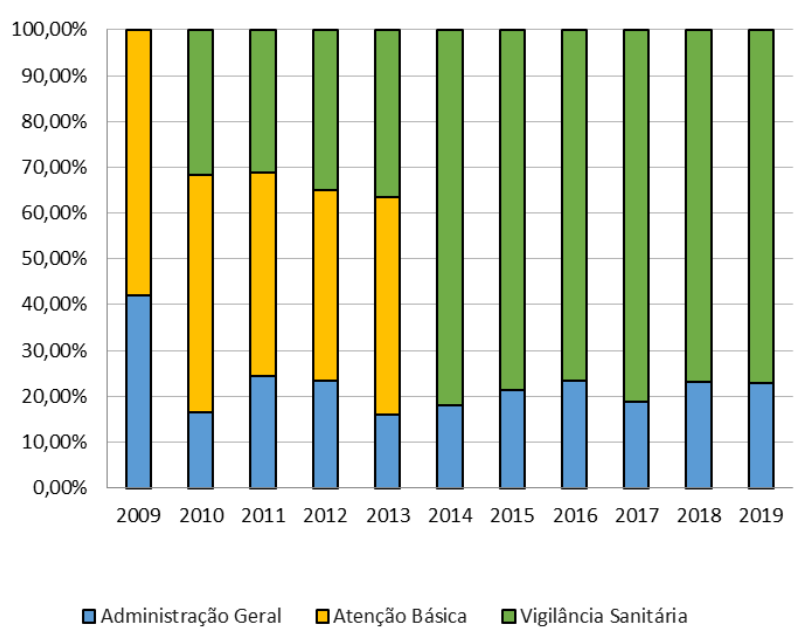
Figura 1 – Recursos destinados à Covisa 2009-2019, valores atualizados até 10/2021



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do QDD no período estudado.

Os montantes destinados à Covisa foram divididos em três subfunções: administração geral, atenção básica e vigilância sanitária. Para administração geral, os projetos relacionados estão identificados em Administração Geral e Coordenação e Administração Geral. Em atenção básica, os projetos descritos foram: Operação e Manutenção de Unidades de Saúde e Operação e Manutenção de Unidades de Saúde. Por fim, vigilância sanitária tem os seguintes projetos relacionados: Aquisição de Viaturas e Equipamentos para o Centro de Controle de Zoonoses, Campanha de Vacinação de Cães, Cria a Campanha de Prevenção a Dengue, Implantação de Unidades Móveis de Esterilização e Educação em Saúde no Centro de Controle de Zoonoses, Manutenção e Operação de Vigilância em Saúde, Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde, Operação e Manutenção do Centro de Controle de Zoonoses, Programa de Controle de Reprodução Animal, Reforma e Ampliação do Centro de Controle de Zoonoses. Nem todos os projetos relacionados receberam verbas no período estudado, entretanto constavam no QDD. Desses valores, foram analisados o percentual destinado a cada subfunção (Figura 2).

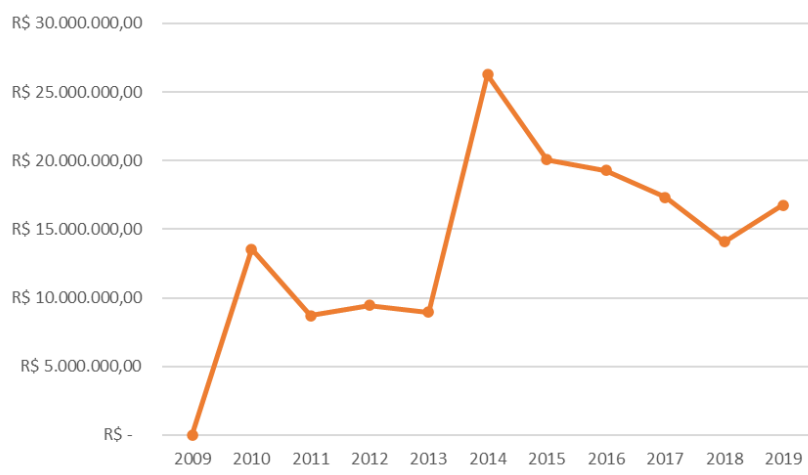
Figura 2 – Percentual de recursos destinados à Covisa por subfunção



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do QDD no período estudado.

Na Figura 3, apresentam-se os repasses destinados à subfunção Vigilância Sanitária. Em 2009, não houve repasses para essa subfunção, sendo que a área de atenção básica recebeu o maior montante: R\$ 10.037.405,06, contra R\$ 7.261.381,36 destinados à administração geral. Quando se verifica o projeto relacionado para atenção básica encontra-se Operação e Manutenção de Unidades de Saúde.

Figura 3 – Alocação dos recursos na subfunção vigilância sanitária, valores atualizados até 10/2021



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do QDD no período estudado.

Quando se analisam detalhadamente os projetos nos quais foram alocados os recursos relacionados à vigilância sanitária (Tabela 2), observa-se um predomínio, de 2010 a 2013, de projetos relativos ao Controle de Zoonoses e, a partir de 2014, de projetos identificados como Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde ou Manutenção e Operação de Vigilância em Saúde (ambas denominações estão presentes no QDD). Se aprofundarmos, ainda, no campo despesa, podemos encontrar nesse projeto descrição de gastos pertinentes a equipamentos e material permanente, locação de mão de obra, outros serviços de terceiros (pessoa jurídica), entre outras.

Tabela 2 – Recursos destinados à subfunção Vigilância Sanitária (por projeto), valores atualizados até 10/2021

Ano	Projeto	Repasse
2010	Operação e Manutenção do Centro de Controle de Zoonoses	R\$ 7.930.861,56
	Reforma e Ampliação do Centro de Controle de Zoonoses	R\$ 5.619.202,89
2011	Operação e Manutenção do Centro de Controle de Zoonoses	R\$ 8.696.540,93
2012	Operação e Manutenção do Centro de Controle de Zoonoses	R\$ 9.447.332,42
2013	Operação e Manutenção do Centro de Controle de Zoonoses	R\$ 8.955.886,86
2014	Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde	R\$ 26.282.012,98
2015	Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde	R\$ 20.081.191,29
2016	Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde	R\$ 19.273.862,16
2017	Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde	R\$ 17.339.568,39
2018	Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde	R\$ 14.079.429,10
2019	Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde	R\$ 16.764.532,65

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do QDD no período estudado.

De 2010 a 2013 foram destinados R\$ 40.649.824,66 à subfunção Vigilância Sanitária para projetos relativos ao Centro de Controle de Zoonoses. De 2014 a 2019, foram repassados R\$ 113.820.596,27 para o projeto Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde, sendo que o ano de 2014 recebeu o maior montante (R\$ 26.282.012,98), e 2018, o menor (R\$ 14.079.429,10). Além disso, observou-se uma queda dos valores recebidos por essa subfunção a partir de 2015.

6 Discussão

O presente estudo buscou esclarecer a questão sobre como os recursos repassados para a Covisa foram alocados ao longo de uma década, bem como quanto foi destinado a esse órgão no período.

Os resultados encontrados sinalizam que a Visa, na cidade de São Paulo, tem papel periférico nas políticas de saúde da SMS, corroborando Costa, Fernandes e Pimenta (2008), para as quais a vigilância sanitária “permaneceu à margem das políticas de saúde, com pouca apreensão social de sua importância”.

Historicamente, a Visa foi marcada pelo baixo volume de recursos orçamentários para seu custeio (DE SETA; SILVA, 2006). Os mesmos autores afirmam que a alocação de recursos próprios para Visa, estaduais e municipais, é inferior ao necessário (2006). Na cidade de São Paulo, observou-se que os valores destinados à Covisa em dez anos não alcançaram 1% do orçamento da SMS no mesmo período. Vieira (2020), por meio de levantamento de dados da execução orçamentária do Ministério da Saúde de 2010 a 2018, observou perdas financeiras da vigilância em saúde, beneficiando a atenção básica e a assistência farmacêutica. Em análise de Lessa (2011), os recursos destinados à Visa, quando comparados à Atenção Básica e à Atenção Hospitalar e Ambulatorial, são ínfimos. Ainda que este trabalho não tenha analisado o valor destinado para cada subfunção no orçamento da SMS, é possível avaliar que os valores destinados à Covisa são escassos, uma vez que, no período estudado, não chegam a 1% (Tabela 1) do repassado para a Secretaria Municipal de Saúde. Em levantamento realizado por Pereira (2016), a execução orçamentária do município de São Paulo, em 2015, para a área da saúde oscilou entre 18% a 19% dos recursos tributários do município, mais transferências oriundas do SUS. Ainda assim, a Covisa recebeu 0,26% do valor total destinado à SMS.

Ainda que este estudo não tenha focado na origem dos recursos (federal, estadual ou municipal), a União é um ente importante e responsável por grande parte dos recursos destinados à saúde (BRASIL, 2021). Estudo conduzido por Torres (2019), que analisou os serviços de Visa nas capitais do sudeste brasileiro entre 2014 a 2017, observou que as transferências federais também responderam pela maior parte dos recursos destinados à Visa neste período. Dessa maneira, a redução de transferências federais também impactou nos repasses à Covisa a partir de 2015, sendo que no ano de 2018 recebeu o menor valor desde que os recursos passaram a ser direcionados ao projeto Operação e Manutenção de Vigilância em Saúde.

Quando se analisam os percentuais destinados à Covisa por subfunção, observa-se que, no ano de 2009, a Atenção Básica recebeu a maior parte dos recursos, quando ocorria a pandemia de H1N1, o que pode ser uma hipótese para a não alocação de recursos em Visa. Não foram avaliados os anos anteriores para evidenciar se também não houve repasse para

a subfunção vigilância sanitária. Outro ponto interessante é que a partir de 2014 não foram observados percentuais para essa subfunção no orçamento da Covisa.

Em 2010, a Câmara Municipal de São Paulo instaurou Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para apurar deficiências no desempenho da Covisa. O relatório final (SÃO PAULO, 2010, p. 718) apontou diversos problemas, entre os quais estrutura material e funcional deficitária em relação ao orçamento. Quanto ao tema orçamento, a CPI trouxe relatos interessantes:

Em resposta ao ofício 20/10 desta CPI, a Covisa informa que “Em 2010 foram congelados recursos no valor de R\$ 11.115.000,00. Segundo informações da Coordenadoria de Finanças e Orçamento da Secretaria Municipal da Saúde o motivo do congelamento é contingenciamento anual de rotina. Os recursos serão descongelados à medida da necessidade da Unidade Orçamentária”. [...] De acordo com a Sra. Lan Hee Suh, gerente de administração em contas da Covisa, o orçamento de 2010 aprovado é de 90 milhões entre tesouro municipal e fonte federal (dados confirmados na resposta ao ofício enviado pela Covisa). Segundo ela o recurso oriundo do Ministério da Saúde vai direto para o Fundo Municipal. [...] Segundo a gerente de administração em contas da Covisa cerca de 43 % do orçamento não é executado. Em 2009 foi orçado: 16,8 milhões do município e 50,7 milhões do Governo Federal e foi Liquidado: 39,620 milhões. Apontou como muito grave o desvio dos valores destinados ao Centro de Controle de Zoonoses – as verbas do custeio foram destinadas para projetos, construção e acabou paralisando as atividades do CCZ. (pp. 719-20).

A destinação de verbas para o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) foi observada em 2010, 2011, 2012 e 2013, perfazendo R\$ 40.649.824,66. O relatado em 2010 foi corroborado por este trabalho.

Referente à dotação orçamentária de 2011, o relatório da CPI aponta que “na peça orçamentária 2011 [...] os recursos são destinados ao gabinete e não mais especificamente à vigilância e com sensível redução. Em 2010 foram destinados R\$ 35.917.500,00 e em 2011 apenas R\$ 24,4 milhões, ou seja, 47% inferior a 2010” (p. 720). Segundo o relatório (p. 720), o projeto Operação e Manutenção da Vigilância em Saúde foi criado em 2010, como “atividade específica para a vigilância”, sendo verba criada no gabinete da SMS. Dessa forma, teoricamente, haveria recursos específicos da Covisa além daqueles oriundos do gabinete, referentes à atividade Operação e Manutenção da Vigilância em Saúde.

Ainda sobre utilização de recursos em Visa, Juliano e Assis (2004) observaram que o incentivo financeiro recebido pelo município não é utilizado exclusivamente para custeio de ações de vigilância sanitária. Marangon, Scatena e Costa (2009) observaram que

os repasses de recursos para Visa (PAB e licenças) foram pouco investidos no custeio das ações desta, visto que eles ficam diluídos entre outros.

A dotação para o projeto Operação e Manutenção da Vigilância em Saúde é genérica, não sendo possível avaliar se os recursos foram utilizados em vigilância sanitária, como tampouco é possível saber o valor real gasto na prática, ainda que os repasses para Visa de 2014 em diante tenham sido para este projeto. Uma possível explicação para a mudança na alocação entre os projetos é apresentada por Peres e Santos (2018), que sugerem que a variação na alocação de recursos pode expressar a mudança de orientação de políticas públicas para a gestão no período. Ressalta-se que 2014 foi o primeiro ano do plano plurianual (PPA) da gestão municipal iniciada em 2013. A elevação dos gastos em Visa em 2014 também pode ser explicada pelo fato de São Paulo ser uma das cidades sedes dos jogos da Copa do Mundo Fifa de 2014, mobilizando ações na área de alimentos e serviços de saúde.

Uma vez que esta pesquisa utilizou como fonte principal os dados oriundos do QDD, há limitações quanto à qualidade dos dados obtidos, visto que não costumam passar, usualmente, por avaliação/validação de modo a garantir sua fidedignidade (TORRES, 2019; FRAGA, 2018). Torres (2019) aponta, ainda, que essa possível baixa qualidade dos dados é mais aparente no caso da cidade de São Paulo. Fraga (2018) aponta o registro das informações apenas para garantir transferência de recursos, sem preocupação com a veracidade destas. Um ponto relevante quanto a esse aspecto é a não inclusão da vigilância epidemiológica no orçamento da Covisa, o que causa estranhamento, uma vez que essa ação se inclui no âmbito da Vigilância em Saúde.

No que se refere ao financiamento das ações de saúde, até dezembro de 2017 os repasses de recursos eram realizados por meio de seis blocos, essenciais para a estruturação do SUS. A portaria nº 3.992/2017 unificou os blocos em outros dois grandes (custeio e investimento), e a portaria nº 828/2020 modificou a denominação dos blocos para bloco de manutenção das ações e serviços públicos e bloco de estruturação da rede de serviços públicos de saúde. A perda de um bloco específico pode aprofundar a discrepância de alocação de recursos para a Visa. Na ocasião da publicação da portaria nº 3992/2017, sanitaristas de diversas áreas (FIOCRUZ, 2018) alertaram que a unificação dos blocos poderia fragilizar e comprometer as ações de vigilância em saúde, entre outras. De Seta, Oliveira e Pepe (2017) alertam para que os poucos recursos destinados à vigilância sanitária não sejam consumidos pela assistência à saúde, numa conjuntura com extinção de blocos de financiamento e subfinanciamento público.

Uma possibilidade para incremento dos recursos de vigilância sanitária seria a implementação de taxa de fiscalização, conforme artigo 145 da Constituição Federal, inciso II, segundo o qual União, estados, DF e municípios poderão instituir “taxas, em razão do exercício do poder de polícia ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos

específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte”. O município de São Paulo não cobra nenhuma taxa para concessão, renovação, ampliação ou cancelamento do CMVS. Discussão realizada por Oliveira (2005) sobre fonte de recursos para vigilância sanitária, em especial aquelas enfocadas nos modelos de arrecadação de taxas, propõe um modelo de cobrança de taxas que reconheça a variabilidade dos custos de fiscalização, bem como leve em consideração as atividades de maior risco.

A escassez de recursos destinados à Visa – uma vez que esta recebe os menores valores *per capita* do campo da saúde (BATTESTINI; ANDRADE; DE SETA, 2017) – revela a urgência da estruturação do financiamento e da ampliação da dotação orçamentária para essa área.

A vigilância sanitária tem papel fundamental na promoção da saúde. Silva, Costa e Lucchese (2018) apontam que esta, além de desenvolver ações estratégicas no sistema de saúde, realiza a regulação sanitária das atividades relacionadas ao ciclo de produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, das esferas privada e pública. Portanto, é fundamental que a Visa saia da posição de marginalidade em que se encontra e, assim, garanta ao cidadão acesso a produtos e serviços seguros.

7 Considerações finais

A realização deste estudo possibilitou esclarecer os gastos realizados pela Covisa, em especial aqueles relacionados à vigilância sanitária, na cidade mais populosa do Brasil. Ante os resultados encontrados, percebe-se de modo geral que em 2014 houve um pico dos gastos em Visa e que, depois disso, os gastos declarados sofreram uma redução.

Tal achado pode ser justificado pela crise financeira ocorrida a partir de 2014 e como reflexo dos cortes de gastos na área da saúde, intensificados pela EC nº 95/2016. Scatena, Viana e Tanaka (2009) mencionam que o comportamento da economia nacional repercute nos entes federativos devido às características do sistema de arrecadação e redistribuição tributária vigente.

Observou-se que os aportes financeiros em Covisa são pequenos ante a execução orçamentária da SMS, em que pese à realização de uma CPI, que constatou as deficiências da Covisa, sua estrutura deficitária e as falhas na execução do orçamento destinado a esse órgão. Não foi possível avaliar se os gastos declarados como vigilância sanitária foram, de fato, destinados a esse fim, uma vez que a qualidade dos dados foi uma das limitações deste estudo, pois a denominação do projeto Operação e Manutenção da Vigilância em Saúde é genérica e não esclarece totalmente o gasto realizado.

Um ponto para ampliação do debate sobre financiamento da Visa é a possibilidade de cobrança de taxas pelas ações de vigilância sanitária, que pode constituir uma oportunidade de fonte própria de recursos. Os trabalhos nessa área ainda são latentes, mas cabe aqui a sugestão para a produção de estudos nessa linha.

Outro ponto relevante é a escassez de estudos relacionados ao financiamento da Visa. Conforme apontado por Battestini, Andrade e De Seta (2017), os estudos são focados na abordagem qualitativa e direcionados às questões de organização, política e gestão do SNVS. O orçamento público é arena de disputas e debates, e a pouca disponibilidade de receitas para a quantidade de demandas, principalmente na saúde, pode gerar discrepâncias e marginalizar uma área tão importante quanto a Visa.

Outras limitações deste estudo estão relacionadas a seu foco, restrito aos dados das despesas da Covisa. Também não foram analisadas se outras unidades (o gabinete da SMS, por exemplo) indicaram gastos na subfunção vigilância sanitária. Além disso, não foi possível investigar mais a fundo em que foram realizadas as despesas, o que impossibilitou a avaliação do emprego prático e real dos montantes investidos.

Apesar dessas ressalvas, é relevante a contribuição desta pesquisa para o tema do financiamento em Visa no que concerne aos gastos municipais nessa subfunção. Ainda que alguns estudos tratem dos gastos municipais em Visa, observa-se uma escassez de trabalhos sobre o tema. Diante disso, acredita-se que os dados apresentados podem vir a contribuir para pesquisas futuras mais aprofundadas, visando ampliar a discussão sobre os critérios para alocação de recursos, se estes são suficientes para realização das ações de vigilância sanitária no território, entre outros.

Por fim, é fundamental ressaltar que a Vigilância Sanitária tem o papel de zelar pela saúde da população ao garantir a segurança sanitária no cotidiano dos cidadãos, perpassando pelas áreas de alimentação, serviços de saúde, medicamentos, cosméticos, saneantes e produtos médicos. Assim, é urgente que a Visa saia da posição periférica à qual vem sendo relegada nas políticas de saúde tanto no Brasil como especificamente no município de São Paulo. Ademais, considerando o Plano Municipal de Saúde 2022-2025, essa situação tende a permanecer, uma vez que, em um documento com dezenas de metas, apenas uma trata especificamente da vigilância sanitária.

Referências

AQUINO, Simone. Dez anos de Vigilância em Saúde: Desafios no repasse financeiro para as ações sanitárias sob o ponto de vista de quatro gestores municipais. **Revista da Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 3, n. 2, pp. 114-24, 2014. Disponível em: <http://www.revistar-gss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/131>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BARBOSA, Ludmila Gonçalves. **Análise dos gastos em saúde com as vigilâncias do campo da saúde nos municípios de Minas Gerais: 2005 a 2011**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: [http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/barbosalgm%20\(1\).pdf](http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/barbosalgm%20(1).pdf). Acesso em: 26 jun. 2021.

BATTESINI, Marcelo; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de; DE SETA, Marismar Horsth. Financiamento federal da Vigilância Sanitária no Brasil de 2005 a 2012: análise da distribuição dos recursos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, pp. 3295-306, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LpBNvLK7kSBdQy5zZsQGD5P/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2021.

BOLSONARO sanciona o Orçamento de 2021 com cortes de quase R\$ 30 bilhões. **Portal G1**, 23 de abr. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2021/04/23/bolsonaro-sanciona-o-orcamento-de-30-bilhoes.ghtml>. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Economia da Saúde**. 2021. Brasília, v. 1, jun. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_economia_saude_jun2021.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. **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 correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 26 set. 2021.

BRASIL. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm. Acesso em: 9 fev. 2022.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 26 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 22 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível

em:https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 15 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 25 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1751, de 14 de junho de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações de vigilância sanitária, relativas ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2018/prt1751_15_06_2018.html. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 828, de 24 de abril de 2020**. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Confederação Nacional de Municípios (CNM). **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018.

CENSON, Dianine; BARCELOS, Marcio. O papel do estado na gestão da crise ocasionada pela Covid-19: visões distintas sobre federalismo e as relações entre união e municípios. **Revista Brasileira De Gestão E Desenvolvimento Regional**, v. 16, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.rbhdr.net/revista/index.php/rbhdr/article/view/5977>. Acesso em: 8 dez. 2021.

COSTA, Ediná Alves; ROZENFELD, Sueli. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Sueli (org). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 15-40. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-04.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

COSTA, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, pp. 995-1004, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fx6ZKzK8nBVLG8LpXxMYyPk/?lang=pt#ModalArticle>. Acesso em: 1º fev. 2022.

COHEN, Miriam Miranda; LIMA, Juliano de Carvalho; PEREIRA, Cláudia Regina de Andrade. Vigilância Sanitária e a regulação do SUS pelas normas operacionais. In: DE SETA, Marismar Horsth; PEPE, Vera Lucia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer (org.). **Gestão e Vigilância Sanitária: novos modos de pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. E-book Kindle.

COVEN, Edna Maria. Descentralização das ações de vigilância sanitária. **Ciência e Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 3, pp. 3324-6, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7nrvLB3j7s5bT9N9N5XByHm/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DAIN, Sulamis. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. pp. 1851-64, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4593TTkQcgwLwqXZzFmZfnJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DE SETA, Marismar Horsth; DAIN, Sulamis. Construção do Sistema Brasileiro de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 3, pp. 3307-17, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZjQPYvr8ttfZT5jbZr3c-qLP/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DE SETA, Marismar Horsth; OLIVEIRA, Catia Veronica dos Santos; PEPE, Vera Lúcia Edais. Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, pp. 3225-34, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4YsWrRkhDc9vBb959FtxbPd/?lang=pt#>. Acesso em: 3 fev. 2022.

DE SETA, Marismar Horsth; SILVA, José Agenor Álvares da. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, Marismar Horsth; PEPE, Vera Lucia Edais; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer (org.). **Gestão e Vigilância Sanitária**: novos modos de pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. E-book Kindle.

FIOCRUZ. Centro de Estudos Estratégicos. **Análises dos sanitaristas sobre a Portaria 3.992/2017**. Disponível em: <http://cee.fiocruz.br/?q=portaria-do-ministerio-da-saude-queda-autonomia-a-gestores-locais-desestruturacao-o-sus>. Acesso em: 27 jan. 2022

FRACOLLI, Lislaine A. *et al.* Vigilância à Saúde: deve se constituir como política pública?. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, pp. 184-92, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/x54QKx7mwqzRnbpPznRKBPx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2021.

FRAGA, Antonio Carlos Araújo. **Relação entre gastos e ações da Vigilância Sanitária nos municípios do Ceará**. 2018. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/40532>. Acesso em: 15 jan. 2022.

JULIANO, Iraildes Andrade; ASSIS, Marluce Maria Araújo. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, pp. 493-505, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gfc-jSJB8PdTcpYh59Jt9NXG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

LESSA, Tássio de Souza. **Descentralização e financiamento das ações de vigilância sanitária: o caso da Bahia**. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária), Instituto de Saúde Coletiva. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/11792/1/Disserta%3%a7%3%a3o_ICs_T%3%a1sio%20Lessa.pdf. Acesso em: 2 fev. 2022.

LUCCHESE, Geraldo. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4551?locale=en>. Acesso em: 24 set. 2021.

LUCCHESE, Patrícia T.R. A Vigilância Sanitária, segundo as normas operacionais básicas do Ministério da Saúde. In: ROZENFELD, Sueli (org). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 99-112, 2000. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2022.

LUCENA, Regina Célia Borges de. A descentralização na vigilância sanitária: trajetória e descompasso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, pp.1107-20, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/mM9jH56mySPKKVpxw6yj5ZC/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 jan. 2022.

MARANGON, Miriane Silva; SCATENA, João Henrique Gurtler; COSTA, Ediná.Alves. A descentralização da vigilância sanitária no município de Várzea Grande, MT (1998-2005). **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, pp. 457-79, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/T4vB8hDpxXQQMBkkyRrLFw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2022.

NEVES, Hélio; ALVES, Júlio César de Magalhães. **Vigilância em saúde: a experiência de São Paulo. O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 1, pp. 104-11, 2005.

OLIVEIRA, Luis Fernando Lima. Financiamento e Gasto em Vigilância Sanitária. In: PÍOLA, S.F; JORGE, E.A. (org.). **Economia da Saúde: 1º Prêmio Nacional – 2004: coletânea premiada**. Brasília: Ipea, 2005. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/PremioEmEconomiaDaSaude.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2022.

PEREIRA, Fabio. Notas sobre o financiamento das políticas públicas no Brasil e na Cidade de São Paulo. **Revista Parlamento e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 7, 2016. Disponível em: https://www.saopaulo.sp.leg.br/escoladoparlamento/wp-content/uploads/sites/5/2015/05/REVISTA_PARLAMENTO_E_SOCIEDADE_NUMERO7.pdf. Acesso em: 3 fev. 2022.

PERES, Ursula Dias; SANTOS, Fábio Pereira dos. Orçamento-programa: incrementalismo, racionalismo e política. In: PIRES, Valdemir; SATHLER, André Rehbein (org.). **Gestão orçamentária inovadora: desafios e perspectivas no Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2018.

SCATENA, João Henrique Gurtler; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; TANAKA, Oswaldo Yoshi-mi. Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/13.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2021.

SÃO PAULO (Cidade). **Câmara Municipal. Relatório Final CPI – Covisa**. 2010. Disponível em: <https://www.paulofrange.com.br/site/files/cpi/relatorio-cpi-covisa.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2022.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/pms_2022_2025_compressed_17_12_2021.pdf. Acesso em: 3 fev. 2022.

SILVA, José Agenor Alvares da; COSTA, Ediná Alves; LUCCHESI, Geraldo. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, pp. 1953-61, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/99NtcZQQgP48XNK8hfKs77H/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 3 fev. 2022.

TORRES, Fernanda Coelho. **Vigilância sanitária nas capitais do sudeste brasileiro**. 2019. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/48759/2/fernanda_coelho_torres_ensp_mest_2019.pdf. Acesso em: 24 jan. 2022.

VIEIRA, Fabíola Supino. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 127, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kycVfKkCnmzfcPXt8RcYwPS/?format=pdf&lang=pt#:~:text=-CONCLUS%C3%83O%3A%20Caso%20n%C3%A3o%20haja%20mudan%C3%A7a,Agenda%202030%20%C3%A9%20muito%20alto.&text=risco%20de%20insucesso-,Rev%20Saude,2020%3B54%3A127>. Acesso em: 2 fev. 2022.