

A tensão entre regulação e descentralização na vigilância sanitária: uma questão de estado¹

The tension between regulation and decentralization in health surveillance: a state's question

La tensión entre regulación y descentralización en la vigilancia sanitaria: una cuestión de Estado

Regina Lucena²

RESUMO:

Este estudo tem por objetivo analisar aspectos centrais do papel da estrutura regulatória da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) em dois ambientes interarticulados: o sistema regulatório e o Sistema Único de Saúde. Para isso, foram analisadas as premissas e modelo institucional definidos para a Anvisa, em relação à sua trajetória no exercício das duas macrofunções relacionadas aos referidos ambientes: regulação e descentralização. A análise conceitual dessas macrofunções revela estarem vinculadas a projetos político-ideológicos distintos, em confronto no setor saúde: o de reforma sanitária e o projeto privatista. A tensão resultante desse confronto marcou negativamente o percurso da vigilância sanitária, resultando em repercussões como fragilidades nos mecanismos de participação

¹ O texto é inédito, não foi financiado e é um produto do Doutorado em Política Social/ Departamento de Serviço Social/ Instituto de Ciências Humanas/ Universidade de Brasília.

² Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária na Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Doutoranda em Política Social na Universidade de Brasília. reginalucena@unb.br

da sociedade e um processo de descentralização tardia. Conclui-se que a vigilância sanitária deve aprofundar o seu compromisso com a melhoria do quadro de saúde da população, aqui entendido como resultados do processo de acumulação capitalista, suas características e conseqüências.

Palavras chave: Vigilância sanitária; Descentralização; Regulação e fiscalização em saúde; Estado.

ABSTRACT:

This study aims to examine key aspects of the regulatory role of the Brazilian Health Surveillance Agency (Anvisa) in two environments: the regulatory system and the Unified Health System. For this, we analyzed the model assumptions and institutional set for Anvisa in relation to the performance of these macrofunctions related to these two environments: regulation and decentralization. The conceptual analysis of these macrofunctions reveals that these projects are linked to different political and ideological projects, in confrontation in the health sector: the health reform and privatizing project. The tension resulting from this confrontation marked

negatively the path of the health surveillance, resulting in effects such as fragilities in the mechanisms of social participation and a later process of decentralization. It is concluded that health surveillance should deepen its commitment to improving the health of the population, defined here as a result of the process of capitalist accumulation, its characteristics and consequences.

Keywords: Health surveillance; Decentralization; Health Care Coordination and Monitoring; State.

RESUMEN:

Este estudio tiene como objetivo examinar los aspectos centrales de la función de la reglamentación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria en dos ambientes interarticulados: el sistema regulatorio y el Sistema Único de Salud. Se analizaron los supuestos y modelos institucionales en relación con el desempeño de sus funciones: la regulación y la descentralización. El análisis conceptual de estas funciones revela que están vinculadas a proyectos políticos e ideológicos, en confrontación: la reforma de la salud y la privatización. La tensión resultante marcó el camino de la vigilancia de la salud de forma negativa, resultando en efectos tales como las deficiencias en los mecanismos de participación social y un proceso de descentralización lento. Se concluye que la vigilancia debe profundizar su compromiso con la mejora de la salud de la población, que se define aquí como un resultado del proceso de acumulación capitalista, sus características y consecuencias.

Palabras clave: Vigilancia de la Salud, la descentralización de la salud en la regulación

y supervisión; Estado.

INTRODUÇÃO

No capitalismo, o grau de intervenção do Estado está sujeito às variações cíclicas nas relações próprias do modo de acumulação capitalista, ou seja, as relações entre proprietários do capital e proprietários da força de trabalho. Nos momentos de desequilíbrio da relação capital-trabalho, é o próprio capitalismo que fica comprometido. Nesse sentido, a redução do trabalho gratuito e outros “benefícios” no capitalismo só podem ser oferecidos até o limite em que não ameacem o próprio sistema¹. É quando o Estado atua de forma marcante, não apenas para salvaguardar os interesses do capital, mas também em prol da manutenção da ordem econômica e social necessária à sobrevivência do próprio capitalismo². Nesse sentido, o Estado foi um fenômeno político marcante no Século XX, quando exerceu funções tradicionalmente não sujeitas ao controle estatal, tais como a educação, a serviço da manutenção das relações capitalistas em seu conjunto³⁻⁴.

Com o avanço da industrialização, constituiu-se o que Castel⁵ denomina de sociedade salarial, expressão da complexificação da relação entre condição operária e sociedade. Na sociedade salarial, três aspectos marcantes pontuam a mudança na relação salarial: (i) o salário assegura direitos e benefícios; (ii) participação ampliada na vida social (por meio do consumo, por exemplo); e (iii) estratificação mais complexa da sociedade e conseqüente dispersão da consciência de classe. E é no cerne da sociedade salarial, no pós Segunda Guerra Mundial, que se instala o Estado Social, ou Estado de Bem Estar Social.

Segundo Wieczynski⁶, “o Welfare State é uma transformação do próprio Estado a partir das suas estruturas, funções e legitimidade.”

O novo paradigma instaurado com o Estado de Bem Estar Social pode ser analisado não apenas sob o ponto de vista de garantias e direitos sociais, mas também pela aplicação de políticas econômicas de inspiração keynesiana, a partir de diretrizes como redistribuição e interação de rendas e pleno emprego⁷. Arretche⁸ apresenta as teorias explicativas sobre a emergência e desenvolvimento do Estado de Bem Estar Social sob dois recortes: o econômico e o político. Nas argumentações de natureza econômica, o Estado de Bem Estar é, para alguns, o desdobramento das mudanças decorrentes da industrialização, a partir da tendência padrões mínimos de proteção social oferecida pelos governos, ao lado das mudanças nos padrões de saúde e vida da população; para outros, é uma resposta às necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista. Quanto ao recorte econômico, de um modo geral, as teorias explicam os condicionantes do Estado de Bem Estar Social ou como acordo entre capital e trabalho organizado, ou como resultado do poder de mobilização da classe trabalhadora.

O fato é que entre a sua consolidação, após 1945, e o seu declínio, na metade dos anos 1970, três estratégias assentaram o papel central do Estado nacional na mudança social reformista: acumulação, que garantiu a estabilidade da produção capitalista; confiança dos cidadãos quanto à proteção contra os riscos de externalidades decorrentes da acumulação capitalista; e legitimação ou hegemonia, que garantiu ao Estado a lealdade das diferentes classes sociais à gestão estatal

das oportunidades e dos riscos e, portanto, a sua própria estabilidade, Estado⁹. Na década de 1980, período em que se instalou decisivamente a chamada “crise” do Estado de Bem Estar Social, revelam-se as tensões estruturais embutidas no interior do capitalismo, no que Draibe e Henrique¹⁰ chamam de “enfrentamento teórico, mas sobretudo político-ideológico”, que culminou com o desmantelamento, conduzido pelos neoliberais, dos mecanismos compensatórios e redistributivos.

Ainda segundo as autoras, um dos principais argumentos utilizados pelos conservadores para explicar a “crise” do Estado de Bem Estar Social é de que se trata de uma crise produzida pela expansão do aparelho social do Estado, com centralização dos processos decisórios e burocratização excessivas, favorecendo o corporativismo e outros males da administração pública. É nesse contexto que as idéias neoliberais ganham força, contrárias a qualquer limitação dos mecanismos de mercado pelo Estado, que deveria ser escasso tanto na intervenção social, quanto na econômica – o Estado mínimo. Nos anos 1980, foi a Inglaterra, no governo Margareth Thatcher, o primeiro país de capitalismo avançado a implantar as diretrizes neoliberais. A partir daí, o movimento crescente de neoliberalismo radical passou a avançar por todo o mundo, ao lado de acontecimentos como o desmoronamento dos regimes de socialismo e real e a unipolaridade da economia norte-americana enquanto superpotência, a “nova ordem mundial”.

No Brasil, esse receituário foi implantado por meio da Reforma do Aparelho do Estado conduzida mais consistentemente a partir dos anos 1990 e definida por quatro processos principais, segundo Pereira¹¹: (i) redução do

tamanho e funções do Estado, principalmente por meio de privatização, terceirização e transferência dos serviços sociais e científicos para o setor público não-estatal; (ii) redução do grau de interferência do Estado sobre o mercado (desregulação); (iii) ajuste fiscal e reforma administrativa para a implementação da chamada administração pública gerencial; e (iv) aperfeiçoamento da democracia representativa e dos espaços para o controle social ou democracia direta.

Onovomodeloproposto,deEstadoregulador, tem como características a privatização dos serviços públicos, a liberalização da economia, as reformas (redutoras) dos programas sociais e desregulação. Quanto à última característica, Majone¹² aponta uma paradoxal combinação entre regulação e desregulação, que se expressa por meio de limitações regulatórias dos governos em determinadas situações, ou por meio de regulação menos rígida. Embora a atividade regulatória seja inerente às funções do Estado, a diferença é que a partir de então ela passou a ser exercida não mais diretamente, por meio do provimento de bens e serviços públicos pelo próprio Estado, mas indiretamente, a partir de sua estrutura tradicional, como ministérios ou órgãos a eles subordinados¹³.

No mundo inteiro se adotou indiscriminadamente os modelos de origem anglo-americana, segundo os quais “o Estado deveria delegar a gestão de serviços públicos e coletivos a empresas privadas, com a condição de instituir agências administrativas independentes, denominadas agências reguladoras¹³”. A motivação principal para regular se refere à correção das falhas de mercado, cujos tipos mais comuns são assimetria de informações e ocorrência de externalidades.

Entre as premissas adotadas para a criação de agências reguladoras, destacam-se: (i) expertise dos técnicos das agências, de forma a responder de forma consistente e independente por determinado setor; (ii) flexibilidade das decisões regulatórias; (iii) compromisso com credibilidade, por estarem insuladas das influências políticas e das pressões eleitorais; (iv) estabilidade do ambiente regulatório; (v) eficácia e eficiência do resultado regulatório e, conseqüentemente, melhor desempenho dos mercados; (vi) participação pública e transparência aos interesses sociais difusos, como os dos consumidores.; (vii) redução de custos da tomada de decisão; (viii) transferência de responsabilidades, dos políticos para as agências reguladoras, para evitar o ônus de determinadas decisões; e (ix) redução das incertezas políticas¹³.

O redesenho institucional a partir da criação de agências reguladoras teve seu início em 1996. Desde então, dez agências reguladoras foram criadas, nas seguintes áreas: energia elétrica; telecomunicações; petróleo; vigilância sanitária; assistência suplementar à saúde; água; portos; transportes terrestres; indústria cinematográfica; e aviação civil. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), objeto deste trabalho, foi criada em janeiro de 1999, como autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde e com a incumbência de regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

No campo da regulação dos bens e serviços de interesse para a saúde, enquanto intervenção no domínio econômico de produção capitalista, a criação da Agência foi parte da agenda neoliberal, visando atender interesses de

redução da intervenção do Estado. Por outro lado, a Agência integra o Sistema Único de Saúde, sistema público de saúde instituído pela Constituição de 1988, como resultado de intensa mobilização no interior da sociedade civil, na luta pela democratização da saúde. O SUS é configurado como uma política social de cunho universal, que tem como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade. É, portanto, uma política de caráter público que apresenta princípios e diretrizes conflituosos com o ideário neoliberal¹⁴, o mesmo que alavancou a criação de agências reguladoras. Este estudo tem por objetivo analisar aspectos centrais do papel da estrutura regulatória da Anvisa nesses dois ambientes distintos, embora articulados: o sistema regulatório e o Sistema Único de Saúde.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária no sistema regulatório brasileiro

Segundo a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico¹⁵, “a regulação se refere ao conjunto diverso de instrumentos por meio dos quais os governos estabelecem exigências às empresas e aos cidadãos.” Entretanto, esse é um conceito de múltiplas dimensões, sendo mais tradicional a de regulação econômica, como ação do Estado para limitar os graus de liberdade dos agentes econômicos. Outras dimensões são igualmente importantes e menos priorizadas, como a política, que considera a regulação como uma mediação em busca do equilíbrio entre os diferentes atores¹⁶.

No setor saúde, esse conceito adquire um sentido mais amplo, para além da regulação de mercado, e considerando o sistema de

saúde em geral, inclusive setores públicos. Conseqüentemente, a função desempenhada pela regulação no setor saúde extrapola a clássica correção das falhas de mercado e adquire um caráter polissêmico¹⁷. Na visão ampliada adotada na gestão do SUS, a regulação social de caráter público conforma um modelo conceitual que visa preservar o interesse público diante da perspectiva de recursos limitados¹⁸.

A vigilância sanitária opera com a regulação de risco sanitário. No campo da saúde, o conceito de risco recebeu sistematização teórica consistente na Epidemiologia, sendo mensurado por meio da distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros¹⁹. Para Lucchese²⁰, a regulação de risco trata das ameaças à saúde decorrentes do modo de vida contemporâneo – hábitos e formas de vida coletivas – decorrentes do consumo. De um modo geral, entretanto, o risco sanitário é um conceito que carece ainda de maior delimitação, que permita a sua utilização de forma consistente e crítica, que permita a sua operacionalização nas ações de saúde e, ao mesmo tempo, uma maior penetração nos seus determinantes.

Embora tendo sido criadas sob o mesmo modelo institucional e premissas, as agências reguladoras tiveram desenvolvimento e resultados diferentes²¹. De um modo geral, entretanto, alguns amplos desafios da política de regulação foram apontados pela OCDE¹⁵, tais como a necessidade de melhoria das ferramentas de qualidade regulatória e de ampliação da transparência e participação social. Esse é também um dos desafios para a regulação, apontados pelo Governo Brasileiro: a ampliação da transparência e participação da

sociedade civil, inclusive por meio da criação e aperfeiçoamento de espaços institucionais para esse fim.

A despeito das premissas para a sua criação, as agências estão expostas a riscos reais de falhas institucionais, entre os quais a apropriação da coisa pública por setores privados, quando grupos de interesse se envolvem nas decisões, sobrepujando o interesse público. Além disso, a captura dos próprios organismos regulatórios pelo setor privado é outra forma de interferência de interesses particulares sobre decisões que deveriam ter caráter público¹³. Portanto, o limite da regulação pelas agências está vinculado ao interesse dos setores por ela regulados, o que resulta numa relação complexa que, em situações concretas, expressam o tipo de relação entre Estado, capital e sociedade.

Outra restrição apontada para o atual desenho institucional das agências é relativa à adoção, quando de sua criação, do mesmo modelo para as áreas de infra-estrutura e social. Segundo Pacheco²², a finalidade da regulação por agência na área de infra-estrutura se justifica pela necessidade de universalizar o serviço frente à competição em áreas de monopólios naturais. Na área social, entretanto, a regulação abrange direitos de usuários e qualidade dos serviços, aspectos que podem ser abordados por meio de atuação fiscalizadora do Estado, não necessariamente por meio de agência reguladora. Nogueira defende que o modelo de análise centrado na regulação econômica adotado pelas agências não se aplica corretamente às duas agências de saúde, cujas funções primordiais estão ligadas ao campo das políticas sociais.

A criação da Anvisa, no contexto da

Reforma do Estado, pretendia atribuir uma maior racionalidade ao processo gerencial. Esperava-se que esse processo fosse orientado por resultados, na perspectiva de responder à questão social em saúde, por meio do seu papel regulador das atividades e relações de produção e consumo no setor saúde²³⁻²⁴. Entretanto, as fragilidades até agora apontadas na conformação do novo modelo institucional para a vigilância sanitária permanecem impactando negativamente sobre a saúde da população²⁵⁻²⁷. Sobre o tema, Lucchese²⁰ destaca que o impacto negativo da insuficiente atuação do SNVS [Sistema Nacional de Vigilância Sanitária] compromete não apenas a eliminação de risco sanitário, mas também “a ação regulatória do governo tanto no plano interno quanto no externo, com repercussões negativas mesmo na área econômica.”

A coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma difícil construção

O conjunto de atividades regulatórias de normalização, regulação e fiscalização de produtos e serviços de interesse para a saúde é desenvolvido no Sistema Único de Saúde, cujo campo de atuação inclui a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral. No arcabouço jurídico do SUS²⁸, a vigilância sanitária é definida como

(...) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Lei de criação da Anvisa definiu como primeira competência da Agência a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS²⁹. Esse Sistema inclui as instituições da administração pública que exerçam atividades na área de vigilância sanitária. Atualmente, o SNVS inclui, além das três esferas de gestão em saúde, os laboratórios centrais de saúde, instâncias de controle social em saúde, instâncias de gestão colegiada do SUS e o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz.

A descentralização, um dos princípios organizativos do SUS, marcou a mudança de gestão na saúde, historicamente centralizada na esfera federal. A descentralização dos serviços e ações de saúde, coerente com os princípios do federalismo, buscou uma maior proximidade e, portanto, priorização e reorganização, das demandas locais de saúde, além de abertura à participação social nesse processo²⁹. Durante os anos 1990, foram estabelecidos mecanismos legais para o fortalecimento da gestão descentralizada, as normas operacionais básicas. Com o aprofundamento da descentralização, esse modelo normativo passou por mudança, migrando da descentralização tutelada ao pacto de gestão. Assim é que a divisão decisória

ficou patente por meio dos pactos de gestão estabelecidos a partir da metade dos anos 2000, uma estrutura de distribuição de poder que incentiva a responsabilidade compartilhada entre as instâncias do Estado e a instância comunitária³⁰.

Entretanto, o que se observou ao longo desse tempo é que a descentralização das ações de vigilância sanitária para estados e municípios vem se desenvolvendo de forma tardia com relação às demais áreas da saúde (Brito, 2007). Assim, Lucchese²⁰ destaca a dificuldade de articulação das três esferas, expressa na desarticulação na execução de ações e, portanto, nas dificuldades de se alcançar um arranjo que se pretende sistêmico, que se configura mais como uma estrutura do tipo “colcha de retalhos”.

As razões para as dificuldades de descentralização das ações de vigilância sanitária estão relacionadas com a assimetria de poder nas relações entre os três entes, especialmente por sua desigualdade quanto às capacidades financeiras. Com a instituição do modelo institucional de Agência, houve um acréscimo substancial da dotação orçamentária para a vigilância sanitária na esfera federal. Isso não se refletiu, entretanto, em mecanismos adequados de financiamento do setor, especialmente na esfera municipal, o que levou a um modelo de privilegiamento da esfera estadual, em mais uma expressão do descompasso com o processo de descentralização³¹.

Outro ponto destacado na explicação das dificuldades de descentralização da vigilância sanitária remontam à criação da Anvisa, a partir da antiga Secretaria Nacional de Vigilância

Sanitária. A Secretaria se tornou, ao longo, uma arena onde prevalecia interesses do setor produtivo e político-partidários. Na década de 1990, isso resultou em “escassa autonomia dos dirigentes, descontinuidade administrativa, deficiente capacidade técnica e captura do regulador pelo regulado, traduzindo-se em baixa capacidade governativa sobre o setor”²⁴. Apenas a partir da constituição da Agência, em 1999, é que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária se efetivou enquanto estrutura, embora persistam graves problemas no seu arranjo. A própria gênese institucional da Anvisa, portanto, concorreu para a fragilidade da esfera federal na coordenação do Sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, duas macrofunções podem ser definidas para a atuação da vigilância sanitária: a regulação de bens e serviços de interesse para a saúde e a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Embora essas macrofunções estejam imbricadas na execução das ações, elas podem ser estabelecidas conceitualmente, em função de estarem vinculadas a projetos político-ideológicos distintos.

A tensão entre interesses diversos, por vezes opostos, permeou a própria implantação do SUS na década de 1990: por um lado, a necessidade de concretização de uma agenda progressista e estabelecida constitucionalmente para a Política Nacional de Saúde; por outro, a conjuntura de Reforma de Estado baseada no ideário neoliberal, da qual fazia parte, entre outras medidas, a redução da intervenção do Estado, inclusive nos sistemas de proteção social.

Na vigilância sanitária, essa tensão foi reforçada pela adoção, na esfera federal, de um modelo institucional paradigmático dessa Reforma, o de agência reguladora. Esse modelo permitiu que a vigilância sanitária federal se reorganizasse institucionalmente, com maior aporte de recursos e, posteriormente, criação de quadro próprio de pessoal. Ao mesmo tempo, trouxe as motivações e características do modelo regulador, que por vezes não dialoga de maneira efetiva com a Política Nacional de Saúde. Destacamos os seguintes pontos que despertam ou aprofundam esse descompasso:

- Em sua origem, o modelo de agência reguladora estava atrelado à noção de redução do grau de intervenção do Estado, inclusive nas políticas sociais, o Estado mínimo. O SUS, por sua vez, de caráter público e universal, requer uma forte intervenção do Estado, tanto na formulação quanto na execução dos programas de saúde;
- A diretriz de descentralização do SUS requer, além da proximidade com os problemas locais, mecanismos de participação popular que permitam a definição conjunta de prioridades e a fiscalização dos recursos investidos. As agências apresentam fragilidades nos seus mecanismos de participação social³² e a questão da transparência é ainda um desafio a ser enfrentado por essas instituições.
- A vigilância sanitária vive um processo de descentralização tardia, decorrente das dificuldades de exercer a sua competência de coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

As diferenças – por exemplo, na gestão e no aporte de recursos financeiros – entre os modelos institucionais nas esferas federal e estadual/municipal criaram dificuldades nas relações, expressas por meio das deficiências do monitoramento e inadequação dos mecanismos de financiamento.

A vigilância sanitária, na história do país, caminhou num terreno movediço, dividida entre a função estatal de controle do risco à saúde e a necessidade de atender interesses múltiplos, presentes no interior do próprio Estado. A sua configuração sócio-histórica resulta numa tradição de controle, normatização e centralização, com pouca capacidade de se articular às políticas de saúde e baixa permeabilidade ao controle democrático da população. A trajetória da vigilância sanitária se inicia alternando elementos da medicina urbana e da medicina de Estado, seja para controlar a ocorrência de surtos, seja para favorecer a circulação de mercadorias. Posteriormente, é marcada por avanços e retrocessos, mudanças institucionais, muitas vezes conturbadas, e por soluções guiadas mais por determinações econômicas que de saúde.

A criação de uma agência reguladora nesse campo resultou no aprofundamento dessas características. Embora criada sob o discurso da modernidade e administração gerencial, presente no processo de Reforma do Aparelho do Estado na década de 1990, a Anvisa enfrenta velhos desafios para a sua atuação. Esses desafios esbarram nas próprias contradições do Estado capitalista, cujas políticas públicas pretendem atender, ao mesmo tempo, interesses do capital e necessidades da população, muitas vezes (na

maior parte delas) inconciliáveis. Portanto, para além das dificuldades técnicas para o exercício de suas atribuições, a vigilância sanitária transita por entre esses interesses e necessidades, que se concretizam na forma de dois projetos em confronto no setor saúde³³: o de reforma sanitária, que persiste no processo de implementação do SUS; e o projeto de saúde privatista, consonante com o ideário neoliberal e voltado para o mercado.

Assim, é fundamental que, para além do seu papel de regulação do mercado de bens e serviços de interesse para a saúde, a vigilância sanitária possa reconhecer o seu compromisso com a melhoria do quadro de saúde da população. Para isso, o quadro de saúde da população deve ser visto como resultado das necessidades de acumulação capitalista que, desde a sua fundação e em seu curso, tem entre os seus pilares a exploração da força de trabalho. Melhorar esse quadro, portanto, implica em melhorar as condições de vida e de trabalho que o determinam, tarefa que requer uma atuação que transcende tanto a própria regulação quanto a simples descentralização das ações.

REFERÊNCIAS

1. Marx K. O Capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2009. Capítulo XXIII – A lei geral da acumulação capitalista, p. 715 – 823.
2. Reale M. Crise do capitalismo e crise do Estado. São Paulo: ed. Senac. 2000.
3. Hofling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. Cadernos Cedes. 2001; 55: 30-41.

4. Muller P, Surel Y. A análise das políticas públicas. Pelotas: Editora da Universidade Católica de Pelotas. 2002.
5. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes. 2008.
6. Wieczynski, M. Considerações teóricas sobre o surgimento do Welfare State suas implicações nas políticas sociais: uma versão preliminar. Portal Social UFSC. 2003. [acesso em 2012 Ago]; Disponível em: <<http://www.portalsocial.ufsc.br/publicação/considerações.pdf>>.
7. Fiori J L. Estado do Bem Estar Social: Padrões e Crises. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. 1997; 7:129-147.
8. Arretche MTS. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. Boletim Informativo Bibliográfico. 1995; 39: 03-40.
9. Pereira LCL, Wilhelm J, Sola L (Orgs.). Sociedade e Estado em transformação. São Paulo: UNESP. 1999.
10. Draibe S, Henrique W. 'Welfare state', crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1994; 6: 53-78.
11. Pereira LCB. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. Cadernos Mare da Reforma do Estado. 1997; 1: 7-57.
12. Majone G. Do estado positivo ao estado regulador: causas e conseqüências de mudanças no modo de governança. Revista do Serviço Público. 1999; 1: 5-36.
13. Cruz V. Estado e regulação: fundamentos teóricos. In: Ramalho PIS. Regulação e Agências Reguladoras: governança e análise de impacto regulatório. Brasília: Anvisa. 2009.
14. Couto ALS. Ideologia Neoliberal e Política Social: a construção da resistência do SUS [trabalho de conclusão de curso]. 2009. Brasília: Universidade de Brasília. Curso de Serviço Social. Departamento de Serviço Social, 2009.
15. Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico – OCDE. Relatório sobre a Reforma Regulatória: Brasil, fortalecendo a governança para o crescimento. Brasília: Casa Civil da Presidência da República. 2007.
16. Peci A, Cavalcanti BS. Reflexões sobre a autonomia do órgão regulador: análise das agências reguladoras estaduais. Revista de Administração Pública. 2000; 34: 99-118.
17. Santos FP, Merhy EEA. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2006; 9: 25-41.
18. Magalhães Júnior HM. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese de doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Doutorado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, 2006.
19. Freitas CM. Riscos e processos decisórios: implicações para a vigilância

sanitária. In: Costa EA. (Org). Vigilância sanitária: desvendando o enigma. Salvador: EDUFBA. 2008.

20. Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Doutorado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

21. Pó MV, Abrucio FL. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. Revista de Administração Pública. 2006; 40: 679-698.

22. Pacheco RS. Regulação no Brasil: desenho das agências e formas de controle. Revista de Administração Pública. 2006; 40: 523-43.

23. Costa EA, Fernandes TM, Pimenta TS. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976–1999). Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13: 995-1004.

24. Piovesan MF. Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Mestrado em Ciências. Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

25. Brito RL. Análise da Política de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária [dissertação de mestrado]. Recife: Fundação Oswaldo

Cruz. Mestrado em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2007.

26. Nascimento AC. Propaganda de Medicamentos: É possível regular? [tese de doutorado]. 2007. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, 2007.

28. O’Dwyer G, Tavares MFL, De Seta MH. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2007; 23: 467-84.

29. Brasil. Poder Executivo. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1990 set. 20; Seção 1. p. 18055.

30. Brasil. Poder Executivo. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1999 fev. 11; Seção 1. p. 1.

31. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12: 893-902.

32. De Seta MHA. Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise

das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo [tese de doutorado]. 2007. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutorado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, 2007.

33. Santos LA. Desafios da governança regulatória no Brasil. In: Proença JD, Costa PV, Montagner P. Desafios da regulação no Brasil. Brasília: Enap. 2009.

34. Bravo MIS, Pereira PAP (Orgs.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ. 2001.

Recebido em: 28/09/2011
Aprovado em: 12/12/2012
Publicado em: 31/12/2012