



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Parada, Roberto

O limite da ação setorial: federalismo, saúde e vigilância sanitária

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 3, noviembre, 2010, pp. 3322-3324

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017302005>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

na etc.) representava apenas o cumprimento formal de certas exigências, sem correspondência com as responsabilidades realmente assumidas. Acrescente-se que as normas, sendo de abrangência nacional, frequentemente atropelavam características regionais ou locais particulares. Além disso, só tratavam dos recursos federais transferidos aos entes subnacionais e não estimulavam a discussão conjunta da aplicação dos recursos de estados e municípios.

A ideia do Pacto surgiu, assim, da tentativa de superar tais limites. Mais importante que estabelecer, burocraticamente, as atribuições que todo e qualquer município ou estado brasileiro deveria cumprir, o Pacto buscou estimular um processo de negociação em que cada gestor assumiria compromissos de acordo com as necessidades e as possibilidades de seu município e de seu estado. Não identifico melhor maneira de respeitar a heterogeneidade da federação brasileira.

Obviamente, sabia-se, desde o início, que se trataria de um processo complexo de negociação, permeado por disputas políticas de toda ordem. Algumas experiências práticas, todavia, têm indicado – Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Sergipe, por exemplo – que onde as secretarias estaduais assumem efetivamente a coordenação do processo o Pacto de Gestão contribui para melhorar a coordenação federativa.

Enfim, não é pelo reforço da separação institucional que passa a consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária na realidade complexa e heterogênea do Brasil, mas sim pelo oposto, ou seja, pela articulação das ações de vigilância sanitária ao conjunto de estratégias que visam à mudança do modelo de atenção, em prol da integralidade: a universalização e a qualificação da atenção básica, a política de promoção da saúde, a reforma psiquiátrica, a reorganização da média e alta complexidade etc. A estratégia própria para o fortalecimento da área da vigilância sanitária é, portanto, a da sua inserção no processo tentativo de construção das redes e dos sistemas integrados de serviços de saúde.

De um ponto de vista operativo e considerando a necessidade de fortalecer os mecanismos de coordenação federativa, a tática mais promissora parece-me ser aprofundar a implantação do Pacto de Gestão, avançando, entre outras coisas, para uma única PPI, que articule ações de assistência e de vigilância.

Assim, o fortalecimento da vigilância sanitária, com o reconhecimento de suas especificidades, será consequência da sua integração ao esforço de construção de um sistema de serviços

de saúde capaz de impactar positivamente as condições de saúde e de vida das pessoas.

Referências

1. Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: Mendes EV, organizador. *A vigilância à saúde no distrito sanitário*. Brasília: Opas/OMS; 1992. p. 7-19.
2. Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, organizador. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993. p. 187-220.
3. Teixeira CF. Modelos assistenciais: desatando nós e criando laços. In: Teixeira CF, Solla JP, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: EdUFBA; 2006. p. 19-58.
4. Souza LE. Anvisa: um modelo da nova gestão pública? In: Costa EA, organizadora. *Vigilância sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: EdUFBA; 2008. p. 165-177.

O limite da ação setorial: federalismo, saúde e vigilância sanitária

The limit of sectorial action:
federalism, health and sanitary surveillance

Roberto Parada³

Registro o prazer de debater o artigo de De Seta e Dain sobre temas instigantes e próprios da construção de um sistema de saúde, com todas as suas variáveis assistenciais, sanitárias e de vigilância, em um país federativo.

Decorridos mais de vinte anos de sua instituição no formato atual, tripartite e cooperativo, o regime federativo e o SUS permanecem, como prefiro dizer, em desenvolvimento. Razões têm sido apontadas por autores que analisam quatro campos distintos, inter-relacionados e interdependentes: (1) o das relações entre os entes federados, em que convivem a autonomia – referendada nas suas constituições e nas leis orgânicas municipais – e as competências comuns e concorrentes desses entes; embora com muitos avanços, essas relações possuem limites setoriais

³Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. r.parada@globo.com

e carecem de aperfeiçoamento no âmbito maior das políticas públicas; (2) o da organização das práticas e atividades nas linhas de cuidado das patologias prevalentes para aproximação ao perfil de morbimortalidade, aos avanços tecnológicos, e ao perfil profissional, gerencial ou operacional, necessário para executar essas ações; (3) o do formato jurídico e administrativo para ações e políticas que impactem a saúde e o bem-estar da população; (4) o do financiamento, que englobe os aspectos contidos nos itens anteriores, com destaque para o patamar de recursos rateados entre os entes federados e suas respectivas fontes, bem como o melhor formato de alocação.

O artigo apresenta três pontos para o debate. O primeiro se refere à organização da saúde sob o prisma do estado federativo e nele a vigilância sanitária. O segundo aborda a vigilância sanitária e suas abordagens, definições e limites. O terceiro delineia a gerência das organizações, em que as disputas de poder, de recursos, de projetos e de financiamento precisam ocorrer sob coordenação gerencial para atingir objetivos e metas. Todos merecem ser amplamente debatidos para contribuir para melhoria contínua dos processos de atenção à saúde e de vigilância, no âmbito dos entes federados. Mas buscarei me ater a alguns aspectos do federalismo e do nosso sistema de saúde – imputo como relevante nesse debate abordar a autonomia dos entes *vis-à-vis* à montagem de sistema e/ou de redes – para sinalizar o que parece ser uma tendência ao esgotamento da ação setorial.

É importante ressaltar que o ***status*** do município como ente federado impõe uma terceira autonomia, produzindo necessariamente relação tripartite e limitando análises e estudos comparativos, uma vez que no plano mundial há prevalência da relação bipartite.

Essa autonomia trouxe responsabilidades políticas, organizacionais e gerenciais que nem sempre têm correspondência com a história da maioria dos municípios, até hoje em situação de dependência dos recursos passíveis de partilha. Assim, a possibilidade de cumprimento das competências comuns e concorrentes advindas da Constituição de 1988 carece de tratamento mais amplo para efetiva conformação do nosso peculiar estado federado.

Para transpor essas amarras, no campo da saúde sucederam-se NOB, Noas e Pacto, criaram-se instâncias de pactuação e de controle social, conselhos de secretários de saúde estaduais e municipais. Desenvolveu-se o chamado federalismo cooperativo setorial e, assim, municípios e

estados têm absorvido novas atribuições, distintas de sua cultura, por meio de recursos federais repassados. Mesmo com algumas fragilidades, estabelecem-se metas para enfrentamentos dos principais agravos e a elaboração de indicadores de acompanhamento possibilitando a organização e a reorganização interna de municípios e estados.

Os termos de compromisso, que podem parecer meramente formais, contribuem para a crescente responsabilização pelas ações, embora esta não necessariamente signifique sua execução. Com isso, parece haver um ***continuum*** organizacional, político e gerencial com crescente presença do papel do Estado, a formação dos colegiados de gestão regional, a confecção de consórcios intermunicipais na perspectiva das relações horizontais.

Um nó crítico é a construção de redes assistenciais, os denominados territórios integrados de atenção de saúde. Nesse processo, entram em cena alguns aspectos das autonomias e capacidades municipais em razão da complexidade dos processos do cuidado e das linhas de cuidado, economia de escala, pertinência da complexidade tecnológica, os serviços e seus respectivos profissionais, adequados para execução das ações.

A conformação dessas redes aponta para o crescente esgotamento dos limites da ação setorial pela necessidade de outros setores, tais como educação, ambiente, trabalho e habitação, gerada com a incorporação das ações de promoção e prevenção. Isso implica que o desenvolvimento do federalismo no campo da saúde necessita aumentar seu espectro de atuação, e que as relações intergovernamentais precisam caminhar para uma direção mais abrangente.

A diversidade e a desigualdade dos entes federados – no campo da saúde e das demais políticas públicas – nos remetem à reflexão sobre alguns pressupostos abordados em outras produções^{1,2}, dos quais aqui se destacam três. O primeiro é o da complementaridade. Este conceito significa que as unidades federadas deverão ter competências e capacidades desiguais para que se possam produzir barganha, acordos e pactos viáveis.

O segundo se refere ao princípio da equidade, não só para os indivíduos como também para as regiões. É um princípio que incorpora a solidariedade nos arranjos federativos, buscando, assim, a redução das desigualdades, e possibilita a existência de mecanismos para compensações dos desequilíbrios agudos.

O terceiro princípio é a flexibilização das regras e instituições, com instrumentos que per-

mitam novos pactos e acordos acompanhados da repartição de recursos e funções, impondo, assim, a necessidade da criação e o permanente aperfeiçoamento de coordenações regionais.

Sem entrarmos no debate conceitual do federalismo e das relações intergovernamentais, bem como dos formatos federativos existentes no mundo e na história da nossa organização federativa, a primeira constatação é a dificuldade da realização da complementaridade, pelas desigualdades regionais e municipais que acarretam muitas vezes a redução de possibilidade de trocas, dificultando a concretização dos pactos e acordos e consequentemente redução e/ou ausência de autonomia real. Exemplos utilizados pelas autoras, São Paulo e Borá... Mas as regiões metropolitanas também poderiam ser aventadas pelas suas características de limites territoriais difusos, fluxo populacional livre e, em alguns casos, predominância, ainda, de cidades-dormitório. Portanto, complementaridade, equidade e flexibilidade não podem se concretizar apenas no âmbito setorial.

Embora tratada em separado, a vigilância vive a mesma complexidade da atenção à saúde, apesar de uma trajetória própria, que passou pelo reforço ao papel do Estado, tanto quanto a vigilância epidemiológica³. Afora a questão da disputa de modelos, qual o papel do município, que ações precisam ser realizadas? A disputa de modelos revela conflitos de poder, conceituais e organizacionais, mas a questão da vigilância sanitária – como a autora apresenta – como um direito de todos?

O entendimento do que é responsabilidade municipal e estadual e o contraponto entre qual ou quais dos entes (e/ou se todos os entes) devem executar as ações estão no centro do debate. As atribuições comuns dadas pela Constituição de 1988, tais como saúde e assistência pública, habitação e saneamento e proteção ao meio ambiente e aos recursos naturais permitiram interpretações diversas.

Considerações finais

O nosso sistema de saúde, com participação tripartite dos entes federados, tem acumulado ganhos em organização, desenvolvimento político e da gestão. O forte papel do ente federal na indução e no financiamento das políticas ainda parece se manter, mas caminha-se para o esgotamento das ações e políticas exclusivamente setoriais, o que se ressalta no artigo de referência e em trabalhos anteriores³.

Estudos têm demonstrado graus variados de dependência e subordinação das políticas emanadas pelo nível central, ainda que pactuadas nas instâncias específicas, gerando redução de autonomia municipal e estadual. Considerando o debate apenas iniciado, se propõe a sua continuidade e se indaga acerca do federalismo setorial da saúde. Ele, com seu histórico e sua trajetória, possibilita ampliar o debate e construir pactuações mais abrangentes entre governos municipais, estaduais e federal que possibilitem um caminhar de políticas facilitadoras da consolidação do nosso federalismo setorial, fugindo assim do mero embate das distribuições e repartições de recursos? E, nisso, a questão da vigilância sanitária?

Para esses e outros pontos, é necessária a construção de uma agenda de pesquisa e debates que, com enfoque no olhar a partir dos estados, possibilite identificação de histórias, políticas, ações próprias na construção, aí sim, de autonomia e pertencimento.

Referências

1. Fiori JL. O federalismo frente ao desafio da globalização. *Série Estudos em Saúde Coletiva* 1995; 115: 1-32.
2. Parada R. *Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.
3. De Seta MH. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo* [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.

Descentralização das ações de vigilância sanitária

Descentralization
of sanitary surveillance actions

Edna Maria Covem⁴

O artigo de De Seta e Dain traça um paralelo da construção do Sistema Nacional de Vigilância

⁴Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.
ednacovem@gmail.com.br