



FEDERALISMO, DIREITO À SAÚDE E MUNICIPALIDADE

FEDERALISM, RIGHT TO HEALTH AND MUNICIPALITY

Jaqueline Prazeres de Sena¹,
Maria Rafaela Alves Vitorino²

RESUMO: O artigo tem como objetivo a análise constitucional do federalismo e o do direito à saúde, com base na descentralização das políticas públicas, visando à efetividade do programa atenção à saúde da família no Município. A universalização do acesso à saúde é tão importante quanto criação de medidas e ações que visam à prevenção e os riscos de doenças. Desse modo, a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) acertadamente trouxe inúmeros benefícios para garantia do direito a saúde e a descentralização do sistema possibilitou atender todas as esferas, de modo especial, no âmbito municipal. A importância do atendimento de demandas locais de competência dos municípios tem primordial função, uma vez que previne e acompanha as famílias nos casos pontuais, a título de exemplo, tem-se as doenças emergentes e reemergentes. A atenção básica da vigilância à saúde com projetos estratégicos para atender necessidades básicas tem como objetivo reduzir doenças e criar um planejamento de prevenção, permitindo ao indivíduo melhoria na qualidade de vida e assegurando um direito essencial que é a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Federalismo. Direito Fundamental à Saúde. Município.

ABSTRACT: The purpose of the article is the constitutional analysis of federalism and the right to health, based on the decentralization of public policies, aiming at the effectiveness of the family health care program in the Municipality. The universalization of access to health is

¹ Orientadora. Doutoranda em Filosofia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Mestre em Direito pela Universidade Federal de Minas (2005). Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Maranhão. Professora assistente da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Maranhão, da Universidade Ceuma e do Instituto Maranhense de Ensino e Cultura (IMEC). Participa como Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário. Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Filosofia do Direito e Teoria do Direito, atuando principalmente nos seguintes temas: decisão judicial, fundamento, nova retórica, teoria do discurso, teoria da interpretação e direito sanitário. Coordenadora do Núcleo de Atividades Complementares. Endereço eletrônico: jaquesena@gmail.com.

² Discente do 4º ano do curso de Direito da Universidade Ceuma. Egressa do Núcleo de Estudos em Municipalidades e Direito (NEMUD/CEUMA). Endereço eletrônico: mrafaela.vitorino@hotmail.com.



as important as the creation of measures and actions aimed at prevention and the risks of diseases. Thus, the institution of the Unified Health System (SUS) has rightly brought numerous benefits to the realization of the right to health and decentralization of the system made it possible to effectively address all spheres, especially at the municipal level. The importance of meeting the local demands of the municipalities has a primordial function, since it prevents and accompanies the families in the specific cases, for example, there are emerging and reemerging diseases. The basic attention of health surveillance with strategic projects to meet basic needs aims to reduce diseases and create prevention planning, allowing the individual to improve the quality of life and assuring a fundamental right that is health.

KEYWORDS: Federalism. Fundamental Right to health. County.

1. INTRODUÇÃO

Com a promulgação da Constituição da República Federativa de 1988 estabeleceu-se que a forma de organização do Estado observaria o sistema federalista. É a forma de Estado na qual existe a descentralização no exercício do poder estatal pulverizado em mais de uma entidade política. Todos os entes federativos funcionariam como centros emanadores de comandos normativos e decisórios (MASSON, 2017, p.564). Assim, o novo traçado configurou o Município como ente federativo, que na visão de alguns constitucionalistas, passou a ter autonomia político-constitucional, denominado também de federalismo de terceiro grau.

A descentralização da atividade política, fundamenta-se na autonomia, que ao definir competências, viabiliza atribuições e possibilita, deste modo, o pacto federativo. Conquanto, o federalismo torna-se um remédio para a sociedade contemporânea, registra-se que a sua natureza é complexa e devido à sua flexibilização ocorre, por consequência, a descentralização das políticas públicas.

Em relação às conduções de políticas de saúde vale ressaltar a importância que o Município possui ao consagrar-se como ente federado, prevalecendo a responsabilidade de matérias de interesse local, observando a especificidade de cada área para realmente haver uma igualdade e garantia de direitos sociais. A Constituição Federal tem como parâmetro assegurar políticas públicas efetivas para a manutenção de direitos básicos, tais como o direito



à saúde, direito à educação, direito à alimentação, dentre outros. A universalização do direito ao acesso a saúde representa um direito de todos e é garantido por meio de ações e políticas sociais que refletem na prestação de serviços, buscando à proteção e à recuperação da saúde.

O objetivo deste artigo é promover uma análise da importância do federalismo para a efetivação do direito à saúde e repensar as implicações de um sistema federal brasileiro na política municipal de saúde.

No trabalho, discorre-se sobre a relação entre federalismo e saúde, colocando em destaque, a descentralização e o Sistema Único de Saúde, visando uma efetividade do direito à saúde no âmbito do Município. Ademais, pensa-se, neste momento, nas implicações da Política Municipal de Saúde, conforme prevê o Pacto Federativo dada a importância da participação dos municípios na efetivação do direito à saúde, mas por outro lado, deve-se constatar se existe uma eficiência da administração pública municipal na realização de algumas medidas no sentido de promover uma política de assistência à saúde mais condizente com as necessidades locais.

O ponto de partida para essa discussão é a convicção de que a compreensão da política de saúde exige colocá-la no âmbito do federalismo, tendo em vista as implicações das relações que os entes federados estabelecem entre si na repartição de competências, na coordenação e no financiamento das políticas públicas de saúde.

Por essa razão, o presente estudo utiliza o método explicativo, buscando não apenas registrar os fenômenos e fatos relativos ao federalismo e a sua implicação na política municipal de saúde, mas também analisar, interpretar e identificar as problemáticas inerentes a esta relação. Assim a pesquisa exigiu um grande investimento em síntese e reflexão do objeto estudado, com a identificação dos fatores que contribuíram para o aprofundamento crítico da temática. Como procedimentos técnicos metodológicos utilizou-se levantamento bibliográfico e documental.

2. FEDERALISMO E O DIREITO À SAÚDE

O termo federal surge do latim *foedus*, quer dizer pacto ou aliança. Diante desta concepção, o Estado Federal é entendido, em termos amplos, como uma união de Estados. Segundo Montesquieu (1996) essa forma de governo é uma convenção segundo a qual vários corpos políticos consentem em se tornar cidadãos de um Estado maior que pretendem formar.



É uma sociedade de sociedades, que formam uma nova sociedade, que pode crescer com novos associados que se unirem a ela.

No entanto, no decorrer da história, chega-se a uma definição contemporânea de federalismo, apresentando-o como um sistema de governo no qual o poder é dividido entre o governo central (a União) e os governos regionais. É oportuno esclarecer, deste modo, que um Estado se encontra voltado para questões internas e não, necessariamente, externas, buscando alcançar a convivência entre as unidades políticas.

Há mais de cem anos, o Brasil adotou a forma federativa de divisão territorial de governo. Ao longo desse tempo, o país conviveu com grande variedade de arranjos federativos durante os regimes autoritários e democráticos, comprovando que, no Brasil, a conversão do Estado unitário em Estado federado foi um processo lento e gradual. Por outro lado, a descentralização política e financeira veio acompanhada do processo de redemocratização dos anos 80, provocando uma mudança nos papéis a serem exercidos pelos entes federativos. (SOUZA, 2001). A luta pela redemocratização confundia-se, em parte, com a luta pela descentralização fiscal e administrativa, uma demanda não só da população, mas também dos Estados e Municípios. Sem embargo, o federalismo brasileiro incorporou não somente um apelo dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada em torno da nova Constituição Federal, como também representou um avanço significativo no debate sobre a democratização.

Abruccio e Soares (2001) consideram que no contexto federativo brasileiro, a descentralização possui algumas características próprias, advindas da demanda dos governos locais no processo de democratização, pós-Constituição de 1988, a qual acabou por atender igualmente aos anseios da União em transferir algumas funções para os Estados e Municípios.

No Brasil uma das características essenciais ao modelo constitucional federalista, inclusive adotado pelo Brasil, é a presença da repartição de competências, no que diz respeito à divisão de comandos e organização do Estado. Desse modo, são politicamente capazes de ser responsáveis ao que lhes compete, Uniões, Estados-membros, Municípios e Distrito Federal, garantindo-lhes a autonomia sem hierarquia entre eles. Sendo assim, a atuação da estruturação Federal na saúde também foi dividida em campos, conforme afirma Machado (2013, p. 38):

No Brasil, as regras constitucionais e legais definem que a responsabilidade pela condução da política de saúde no âmbito federal cabe ao Ministério da Saúde, que é a autoridade sanitária nacional e o gestor federal do SUS. A formulação de políticas nacionais, no entanto, deve ser compartilhada com outros atores sociais nos canais



institucionais formalmente definidos, em consonância com as diretrizes relativas à coordenação federativa e à participação social na saúde.

A descentralização das políticas de saúde presente no federalismo se traduz na Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada com ênfase no papel dos Municípios (VIANA; MACHADO, 2009, p.4). O federalismo e a descentralização tornaram-se alvos de um debate iniciado com a abertura democrática e foram efetivados pela Constituição de 1988. Considerados como avanços, ambos se tornaram elementos essenciais para a República Federativa, em seu formato de organização social, política e administrativa. Mais do que isso foram considerados instrumentos necessários e que culminaram, por excelência, no Pacto Federativo, que serviu como elemento balizador das políticas públicas que existem atualmente no país, merecendo, aqui, um destaque maior o direito à saúde.

O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado de bem-estar tanto físico como social e mental não tratando apenas sobre a inexistência de doença. No entanto, a Constituição Federal Brasileira de 1988, prevê em seu art.196 de forma ainda genérica que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A universalização em que pese tratar a todos sem distinção por conta de princípios como a dignidade da pessoa humana e o direito à vida e tratados internacionais firmados, e, portanto a prestação de saúde assegura tratamento tanto a brasileiros ou estrangeiros, a Constituição Brasileira pretende de forma abrangente garantir a reserva do mínimo existencial e possível com base em matéria orçamentária dos estados e municípios relativizando assim a efetividade em arcar com a política social no que tange a saúde o que remete as situações de cunho emergencial.

A saúde é um direito fundamental, como aduz a CFRB/88, e tem uma seção específica que trata do assunto em seus artigos 196 a 200, e não somente tem esse caráter de necessidade primária como também é um dever do Estado restando a este a obrigação primordial de executar políticas públicas que atendam a efetividade do direito à saúde.



A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080/1990, regulamenta em todo o território nacional, as ações do SUS, ao estabelecer diretrizes e gerenciar a descentralização das competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, para os municípios (BRASIL, 2009, p. 11).

No que diz respeito a participação da comunidade na gestão do SUS condizentes aos repasses financeiros está previsto na Lei nº 8142/1990 que possibilita a transferência de recursos entre União, estados, DF e municípios na área da saúde. Para que seja feito o recebimento de recursos financeiros pelo município deve existir um Conselho Municipal de Saúde, em funcionamento de acordo com a lei (BRASIL, 2009, p. 11).

No que tange a conjuntura federativa e os repasses de recursos, têm-se a problemática coordenativa; da falta de autonomia entre governo central e os subnacionais. Logo,

A União, com seu destacado papel de formuladora, coordenadora e supervisora do processo das políticas sociais, concentrando, ademais, as receitas públicas nesse sentido, tem poderes normativos diferenciados que afetam a transferência de recursos e responsabilidades entre as esferas de governo, o que lhe permite controlar, auditar e, em muitos casos, punir os desvios do padrão estabelecido nacionalmente ou o uso inadequado de recursos. Esses elementos até podem existir no federalismo cooperativo, mas certamente indicam sua conversão ao federalismo centralizado, uma vez que o poder regulador da União é utilizado para induzir governos subnacionais a se comportarem como “agentes administrativos (MACHADO; PALOTTI, 2015, p.77).

Com a respectiva integração tripartite entre competências da União, estados e municípios o Sistema Único de Saúde visando à eficácia e a efetiva aplicabilidade das políticas públicas que garantem o direito social à saúde requer as adaptações necessárias a fim de atender as demandas da sociedade e expandir atendimentos em um contexto garantidor a todos, indistintamente.

A responsabilização sanitária é devida, ao estabelecer as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, bem como as ações e serviços que compõem o SUS, possibilitando um melhor planejamento e acompanhamento. Nesse sentido, a administração pública deve coordenar e fazer cumprir a lei para atingir a finalidade da norma:



Vem sendo construído ao mesmo tempo em que se conforma um pacto federativo no campo da saúde para organizar e fazer funcionar um sistema de saúde unificado, descentralizado e regionalizado em um Estado federado com as peculiaridades do Estado brasileiro, no qual, ao lado da direção única em cada esfera de governo, a responsabilidade com a efetivação do direito à saúde é compartilhada entre os três entes federados (ROMERO; DELDUQUE, 2013, p. 1169).

A política de saúde então configurada pela redistribuição de competências pelo pacto federativo permite a atenção especial à figura de rede de vigilância epidemiológica e sanitária, dando reforço ao papel dos estados com a participação dos municípios. A novidade é que devido à preocupação em redistribuir corretamente os repasses a comunidade local passou a ter um acompanhamento por conta do Programa de Saúde da Família para efetivar a atenção básica à saúde.

3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO

Após a Declaração dos Direitos Humanos em 1948 o Brasil passou a receber forte influência em razão dos direitos previstos na declaração e o que ocorreu foi a inserção da saúde como um direito especial aos trabalhadores formais e era tido como um privilégio condizente com a previdência social e não beneficiava o restante da população. Destarte, a população que não era assistida a gratuidade e acesso à saúde passou a exigir do Estado providências a respeito de uma reforma na área sanitária que veio ocorrer na década de setenta e consolidou-se no ano de 1986 com a Conferência Nacional de Saúde.

A federação brasileira no decorrer do século XX passou de centralizada e descentralizada a cada regime adotado em variantes de ditatorial e democrático, a governabilidade interferia diretamente no modo em que as políticas atuavam na administração econômica e social, vindo a ser precárias no âmbito da saúde. E na década de oitenta, a associação entre a democracia e descentralização de políticas ganha força (VIANA; MACHADO, 2009, p.4).

O fundamento em razão da necessidade da descentralização³ da saúde decorreu do fato de que o Brasil de vinte anos atrás tinha uma política de saúde precária caracterizada por

³ [...] capaz de gerir as relações institucionais entre as três esferas federativas, que deveriam se articular para garantir o funcionamento do Sistema Único de Saúde, uma vez que a própria Constituição elenca a questão de saúde como sendo de competência administrativa comum e de competência legislativa concorrente entre os entes



ser fragmentada. E, portanto, foi necessária uma reforma em sua estrutura institucional no quesito saúde e a base foi implantar um Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi um projeto inovador que trouxe inúmeros benefícios e ao longo desses anos foi sendo modificado para atender as necessidades atuais. Cabe destacar a descentralização⁴ e áreas delimitadas que o modelo institucional alcançou, inclusive no âmbito municipal.

No ano de 1988 ao ser promulgada Constituição Federativa Brasileira os direitos sociais e, dentre eles o direito à saúde previsto no seu art. 6º, e como um dever do Estado, foi confirmado a partir da Conferência Nacional de Saúde. Para fazer da saúde um direito social de todos, cuidando, protegendo, defendendo e atendendo-a, a Constituição reconheceu a relevância pública das ações e serviços de saúde definindo um sistema único (DALLARI,1991, p.404). E o dispositivo da Carta Magna ratifica:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a instituição criada pelo Poder Constituinte a fim de assegurar os meios necessários à efetivação do direito à saúde no país. Concebido como entidade federativa, o SUS reproduz a disposição tríplice característica do Estado federal brasileiro, legitimando a autonomia dos três níveis de governo – federal, estadual e municipal – na gestão das ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO; DALLARI; ELIAS, 2012, pág 11). Por outro lado, a instituição do SUS propôs uma ruptura com o modelo de proteção social em saúde vigente até então, principalmente, por meio do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser assegurado por políticas econômicas e sociais abrangentes (VIANA; MACHADO, 2009, p. 6).

federados e estabelece que o SUS deve ser um sistema de caráter regionalizado e descentralizado (RAMOS; NETTO, 2017, p. 326).

⁴ O princípio de descentralização que norteia o SUS ocorre, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização (BRASIL, 2009, p.21).



A determinação da CFRB/88 delimita as funções e competências da União, Estados e Municípios de modo a inseri-los conjuntamente e de caráter participativo na criação de medidas e organização de políticas de saúde. No sentido de fundamentar a criação do SUS a Lei 8.080/90 define os princípios em integralidade de atenção; universalidade de acesso e equidade em razão da igualdade social.

O Sistema Único de Saúde (SUS) decorrente da reforma sanitária passou por diversas transformações para se adequar as demandas da sociedade, conceituando um novo processo aos fatores: doença e saúde. Dessa forma, enseja a saúde como qualidade de vida e um produto social. Foi estruturado em três níveis de atenção: básica, media e de alta complexidade. Dentro dessa organização a Atenção Básica foi definida como a porta de entrada preferencial do sistema e centro das redes de atenção com vistas ao melhoramento das ações e serviços do sistema. Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 preceitua:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Há utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012). É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), um órgão vinculado ao Ministério da Saúde e tem como missão institucional a operacionalização da política de



Atenção à Saúde no âmbito da gestão federal do SUS, o processo de expansão e de qualificação da atenção básica produzido pela Estratégia Saúde da Família constitui uma das prioridades políticas do Ministério da Saúde já aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A nova concepção de prevenção, proposta pela ESF, baseada em práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, desenvolvida no formato de trabalho em equipes que assumem responsabilidades sobre uma população de territórios delimitados, supera o antigo modelo, de caráter curativo, centrado na doença. Afirma, ainda, o Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2012) que a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção.

A Atenção Básica no Brasil tem como princípios fundamentais a integralidade, a equidade, a qualidade e a participação social. E, baseados nesses princípios, é importante ressaltar que as equipes de Saúde da Família estabeleçam um vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a divisão de responsabilidades com os usuários e com a comunidade. Situação que pode ser visualizada a partir de dados do DAD, que demonstram uma necessidade da ampliação no atendimento dos serviços relacionados à saúde.

As modificações em relação à proposta de atendimento são primordiais para o acesso de assistência básica ao especializado, pois proporciona a otimização dos recursos. A atenção básica a saúde é um dispositivo relevante e garantidor, pois dá um suporte desde a família até a comunidade e de certa forma torna-se o primeiro contato com a população a fim de definir quais as necessidades primárias do serviço público de saúde.

Deste modo, é possível percebermos que a necessidade de efetivar as políticas públicas de saúde decorre de um plano governamental que é a redistribuição das competências - federalismo cooperativo. Neste caso, observa-se a descentralização dos entes federativos e a delegação das responsabilidades em relação à saúde a partir de um modelo de regionalização. Como já dito, no Município por ter como princípio norteador de competência o atendimento a demandas locais, prioriza o atendimento básico de saúde, precisamente com a prevenção pelos núcleos assistenciais. Desenvolve-se por meio de:

[...] práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da



coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2009, p. 32).

Ainda nesse sentido a Atenção Básica à Saúde propiciou:

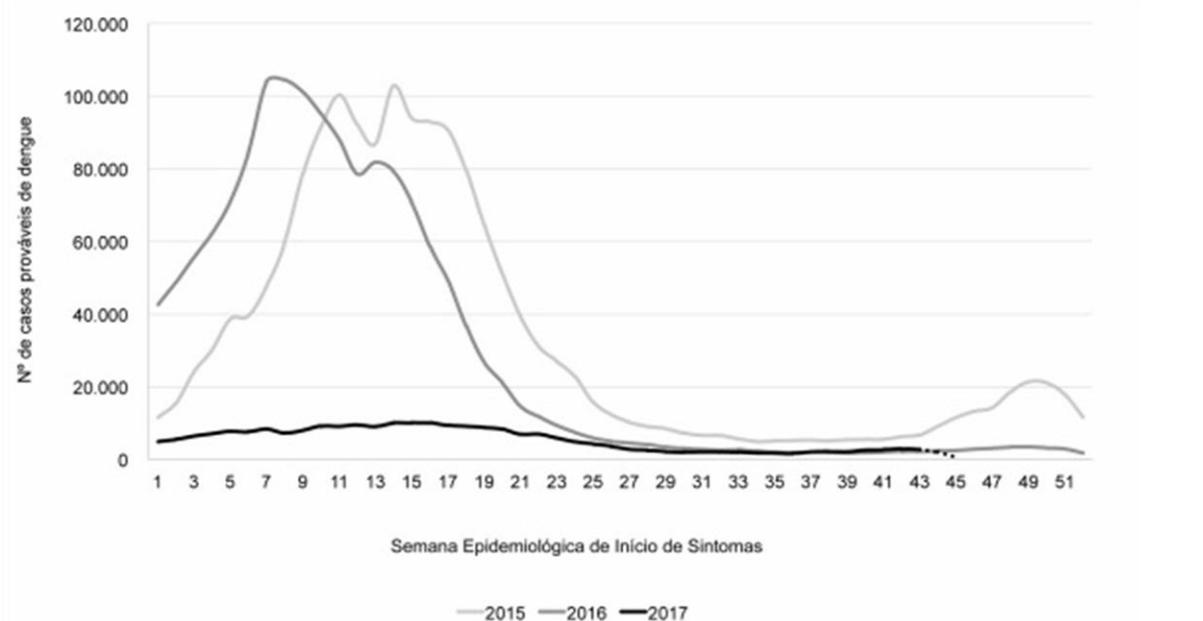
Com o tempo, o envolvimento e o respeito às necessidades sentidas pela população possibilitaram a construção de laços, ampliaram o conceito de saúde e de doença para todos os envolvidos e fortaleceram o papel da equipe na comunidade, permitindo que os problemas considerados prioritários pela equipe também fossem finalmente trabalhados. Esse movimento implica também o respeito ao direito de escolha e decisão da população quanto as suas necessidades e prioridades de atenção, desafiando um papel participativo-propositivo e não só executivo das ações de saúde. Nesse contexto, a epidemiologia, ferramenta útil para perceber a rede de causalidades e determinantes do processo saúde-doença, é utilizada, mas sem deixar de observar a subjetividade e a individualidade dos usuários como valores na percepção dos problemas de saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009, p.1680).

Quando a Atenção Básica funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde (BRASIL, 2009, p. 32). Ao priorizar a prevenção como função essencial da saúde para combater aos riscos de doenças cumpre observar na prática o papel da vigilância à saúde no combate as endemias na Atenção Básica com medidas satisfativas a erradicar as doenças emergentes e reemergentes infecciosas.

A Figura 1 demonstra o acompanhamento feito pelo Ministério da Saúde no periódico disponibilizado no Sistema online de monitoramento, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde é feita a coleta de dados de doenças transmissíveis pelo vetor *aedes aegypti* e essa medida tem por objetivo o acompanhamento de possíveis casos de dengue, doença essa caracterizada como reemergente, para um atendimento preventivo com política de enfrentamento para evitar a propagação dos casos e prevenir o óbito.



Figura 1: Casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2015, 2016 e 2017.



Fonte: Sinan Online (13/11/2017)

É de fundamental importância que as medidas de prevenção caracterizadas pelo investimento na atenção primária produzam efetivos resultados, visto que as contribuições para os números expostos dos casos endêmicos têm por conseguinte a formação e estruturação de medidas para o combate dessas doenças com base nos dados divulgados, partindo do pressuposto de que a vigilância epidemiológica possui um papel essencial de conscientização da população e de atuar efetivamente na proposta de disseminar a propagação da doença.

Por se tratar de um princípio do SUS a descentralização na área da saúde é essencial e tem transferido aos municípios autonomia no âmbito local para atender a população, visto que dispõe de recursos específicos para políticas públicas voltadas à saúde, aplicando às coordenadas em maior acesso a saúde básica e familiar.

Conforme exposto na Tabela 1 os agravos de doenças e a estimativa populacional no período de 2017 a partir desses dados é possível analisar os casos que podem surgir e a proporcionalidade da disseminação da doença na população e desse modo criar planos e estratégias por meio do Ministério da saúde e das secretarias estaduais e municipais.



Tabela 1: Municípios com as maiores incidências de casos de dengue em outubro, por estrato populacional, até a Semana Epidemiológica 45, Brasil, 2017.

Estrato populacional	Município/Unidade da Federação	Incidência (/100 mil hab.)							Casos acumulados (SE 1 a 45)
		Janeiro a Março	Abril a Junho	Jul	Ago	Set	Out	Nov	
População < 100 mil hab. (5.261 municípios)	Palestina de Goiás/GO	28,5	171,1	798,4	741,4	1.425,7	1.197,6	313,7	164
	Alvorada do Sul/PR	44,9	260,1	197,3	26,9	287,0	502,3	89,7	157
	Divinópolis de Goiás/GO	99,9	99,9	239,7	59,9	0,0	479,3	0,0	49
	Serra da Saudade/MG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	368,1	0,0	3
	Estrela do Indaiá/MG	0,0	0,0	0,0	83,5	278,3	306,2	83,5	27
População de 100 a 499 mil hab. (268 municípios)	Piracicaba/SP	4,8	1,3	1,5	0,5	5,1	70,2	16,2	393
	Anápolis/GO	27,5	117,3	92,2	24,0	29,9	55,5	11,6	1.328
	Cambé/PR	3,8	1,0	0,0	1,0	23,9	51,6	28,7	115
	Maringá/PR	5,0	6,0	6,9	11,9	20,3	37,7	9,2	391
	Paulínia/SP	4,0	2,0	3,0	13,0	18,0	37,0	8,0	85
População de 500 a 999 mil hab. (24 municípios)	Aparecida de Goiânia/GO	414,4	608,9	584,4	174,6	77,0	91,1	3,0	10.395
	Londrina/PR	3,3	1,8	0,9	0,9	2,5	54,6	17,2	449
	Ribeirão Preto/SP	6,4	4,6	2,1	7,6	12,3	20,3	10,8	432
	João Pessoa/PB	34,1	72,5	64,9	51,9	18,0	17,1	3,2	2.097
	Natal/RN	62,3	134,8	85,3	73,4	27,8	10,6	1,4	3.472
População > 1 milhão hab. (17 municípios)	Campinas/SP	4,3	4,0	7,2	7,4	11,4	22,2	7,3	751
	Belo Horizonte/MG	14,6	13,1	5,3	5,5	11,9	20,9	5,0	1.921
	Goiânia/GO	354,7	698,0	744,3	124,2	15,7	19,3	1,4	28.358
	Manaus/AM	31,9	37,4	18,9	16,2	9,4	6,0	0,6	2.522
	Salvador/BA	10,0	14,9	13,3	14,3	3,4	5,2	1,5	1.836

Fonte: Sinan Online (13/11/2017)

A efetividade do sistema está na atuação da Atenção Básica dos municípios, por ter competência em atuar nas demandas locais acaba por ter um contato mais próximo à população e conseqüentemente sabe das dificuldades vividas na área de abrangência. As doenças infecciosas com foco nas transmissíveis pelo vetor *aedes aegypti* – Dengue e Febre Amarela (consideradas já sanadas) e Zika e Chikungunya (doenças emergentes), a atuação dos agentes de endemias municipais tem função principal em combater-los, prevenindo e atuando de forma ativa para a redução, bem como para a coleta de informações locais. Em números é possível verificar como as medidas e ações devem ser tomadas a partir da estratificação de dados, pelo levantamento feito pelo Boletim Epidemiológico, o Ministério da Saúde, a partir da coleta de dados dos agentes municipais de saúde é possível verificar os índices das doenças endêmicas e com um planejamento adequado prevenir e sanar os possíveis eventos das doenças.

A atenção básica a saúde começou por meio do Programa Saúde da Família e o seu objetivo era trabalhar na prevenção das doenças, ou seja, ir à raiz do problema, mas por ser um programa com excelentes resultados teve de passar por uma reorganização e passou a ser parte permanente da Política Nacional de Atenção Básica, com o nome de Estratégia



Saúde da Família (ESF) que altera o quadro em que o médico fica no hospital e passa a integrar o indivíduo em sua comunidade, cultura e assegura a sua cidadania através de um melhor atendimento mais resolutivo e integrador.

A maioria dos problemas que atingem os municípios são doenças que podem ser prevenidas, não somente, mas também, que precisam de uma atenção em face de tratamentos iniciais de uma prontidão de casos em que não se restrinjam a uma especialidade. O atendimento é feito em Unidades Básicas de Saúde que tem por objetivo o atendimento imediato a aquele indivíduo, no entanto, é possível que o acompanhamento do quadro do paciente possa ser feito pela própria família, por exemplo, o controle dos índices de desnutrição, ou de vacinas para a prevenção de doenças.

A ESF abrange não apenas a unidades de saúde como também o de controle de endemias, objetivando um maior alcance de assistência a comunidade, a fim de proporcionar um amplo atendimento e dessa forma garantir o acesso universal a saúde de modo amplo e resolutivo, princípios esses presentes no Sistema Único de Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se que o federalismo e a sua relação no âmbito das políticas de saúde têm sido tema central e recorrente dos debates políticos e jurídicos, principalmente, no que concerne às mudanças de atitudes dos entes federativos em relação à prestação de assistência à saúde. Vê-se, pois, que de uma maneira ou de outra, essas mudanças foram reflexo de um intenso processo de transformações ocorridas nos textos normativos, principalmente, sobre as políticas de saúde. As modificações afetaram o papel dos entes federativos na formulação, na implementação e no financiamento de políticas, promovendo rearranjos ou mudanças nas regras que regem as relações intergovernamentais (Souza, 2013).

A necessidade de melhorias na efetividade de políticas sociais, de modo especial, na área da saúde, é algo urgente e de suma importância. A saúde é um direito essencial e inerente ao ser humano, e possui proteção constitucional para garantia e prestação de serviços, para prevenir as doenças. Dessa forma as ações tomadas pelo Estado visam minimizar as diferenças dos entes federados e assim viabilizar o acesso. É de responsabilidade de todas as



esferas do governo tratar da saúde como inclusão e garantia de um direito fundamental, conforme preceitua a Constituição Federal de 1988. Dessa forma, cumpre destacar a implementação do SUS como política nacional de saúde pública, pautados em diretrizes que garantem a universalização do acesso e a municipalização da gestão de saúde.

A forma federativa perpassa da União para os demais governos subnacionais, com enfoque ao Município que possui além dos interesses locais, o caráter de prevenção primando o atendimento básico. Assim sendo, a descentralização, meio constitucional a fim de permitir a coordenação dos entes federados, requer uma maior atenção e melhoramento nas tratativas com base nas verbas disponibilizadas pelo Estado aos municípios visto que, a atuação da atenção básica de saúde é de fundamental importância ao indivíduo.

Inegavelmente que a realização dos objetivos de uma política de bem-estar, em um ambiente democrático e em um federalismo como as características do brasileiro, parece depender de arranjos institucionais que incentivem a adesão ao sistema de saúde sob alguma forma de cooperação entre estados e municípios, de modo particular, em um sistema de grandes desigualdades entre os entes federativos.

Deste modo, torna-se salutar reforçar estratégias e criar novas para a preservação de conquistas na área sanitária e também para fortalecer o direito universal à saúde. Cabendo a sociedade civil uma parcela importante na participação efetiva das decisões políticas.

REFERÊNCIAS

ABBRUCCIO, Fernando L.; SOARES, Márcia M. **Redes Federativas no Brasil: cooperação intermunicipal no Grande ABC**. São Paulo, SP: Fundação Konrad Adenauer, 2001.

ALMEIDA, Maria Hermínia T. **Federalismo e políticas sociais**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 28, 2000.

BRASIL. Portaria/MS n. 399/2006. Ministério da Saúde, 2006.

_____. Sistema de Informação de Atenção Básica. Datasus 2004. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe? siab/cnv/siabpES.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/siabpES.def)>. Acesso em 20 de novembro de 2015



_____. Sistema de Informação de Atenção Básica. Datasus 2012. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe? siab/cnv/SIABSES.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSES.def)>. Acesso em 20 de novembro de 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, 25(5): 401-5, 1991.

MACHADO, Angêlo José; PALOTTI, Moura Pedro. **Federalismo e Políticas Sociais no Brasil pós- 1988.** RBCS. Vol 30 n° 88 junho/2015.

NETTO, MirandaB. E; RAMOS, Barbosa M. E. **O Federalismo e o Direito à Saúde na Constituição Federal De 1988: Limites e Possibilidades ao Estabelecimento de um Autêntico Federalismo Sanitário Cooperativo no Brasil.** Revista Jurídica vol. 04, n°. 49, Curitiba, 2017. pp.304-330

MOREIRA, Braga Marcelo; RIBEIRO, Mendes José. **A Crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde do Brasil.** Rio de Janeiro. V. 40 N. Especial. P 14-24 Dez de 2016

BRASIL. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.** Departamento de Apoio à Descentralização. -2ed. –Brasília : Ministério da Saúde, 46 p. ano 2009.

ROMERO, Luiz C. Pelizari; DELDUQUE, Maria Célia. **A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil.** Revista Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.4, p.1167-1179, 2013.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. **Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica.** Revista Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.3 Rio de Janeiro May/June 2009.

MACHADO, CV. **O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online].** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70 pp. ISBN 978-85-8110-017-3

RAMOS, Paulo Barbosa Ramos. **Federalismo: condições de possibilidade e características essenciais. Constituição e federalismo no mundo globalizado.** São Luís: EDUFMA, 2011.

SENNA, M. C. M.; COHEN, M. M. **Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência.** Ciência & Saúde Coletiva, 2002.



SOUSA, Celina. Instituições e Mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. Federalismo e Políticas Públicas. org. Gilberto Hochman e Carlos Aurélio Pimenta Farias- Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013.

VIANA, d'AvilaLuiza; MACHADO, Cristiani Vieira. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. 14, nº . 3, Rio de Janeiro, Mai./ Jun. 2009.