

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ– CAMPUS DE FOZ DO IGUAÇU-PR - PROGRAMA DE PÓS GRADUACAO EM SOCIEDADE, CULTURA E FRONTEIRA- NÍVEL MESTRADO.

ANA FLÁVIA MACHADO DE OLIVEIRA

DIREITO E SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA: O MUNÍCIPIO DE FOZ DO IGUAÇU, ANALISADO A PARTIR DAS RELAÇÕES ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA PÚBLICA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

FOZ DO IGUAÇU - PR

2021

ANA FLÁVIA MACHADO DE OLIVEIRA

DIREITO E SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA: O MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, ANALISADO A PARTIR DAS RELAÇÕES ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA PÚBLICA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
Stricto Sensu em Sociedade, Cultura e Fronteira- Nível
Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-
UNIOESTE.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Andressa Fracaro Cavalheiro.

FOZ DO IGUAÇU - PR

2021

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Od Oliveira, Ana Flávia Machado
DIREITO E SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA: O
MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, ANALISADO A PARTIR DAS
RELAÇÕES ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA PÚBLICA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. / Ana Flávia Machado
Oliveira; orientador Andressa Fracaro Cavalheiro. --
Foz do Iguaçu, 2021.
116 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz
do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do
Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas,
Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e
Fronteiras, 2021.

1. Direito. 2. Saúde. 3. Políticas públicas. 4.
Estratégia Saúde da Família. I. Cavalheiro, Andressa
Fracaro, orient. II. Título.

ANA FLÁVIA MACHADO DE OLIVEIRA

DIREITO E SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA: O MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU, ANALISADO A PARTIR DAS RELAÇÕES ENTRE O DIREITO E A POLÍTICA PÚBLICA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras em cumprimento aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Sociedade, Cultura e Fronteiras, área de concentração Sociedade, Cultura e Fronteiras, linha de pesquisa: Território, História e Memória, APROVADA pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Antônio Evangelista de Souza Netto
Centro Universitário Curitiba - UNICURITIBA
Membro efetivo (Convidado)

Prof. Dr. Oscar Kenji Nihei
Membro Efetivo (da Instituição)

Profa. Dra Andressa Fracaro Cavalhero (UNIOESTE)
Orientadora

Foz do Iguaçu, 11 de junho de 2021

AGRADECIMENTOS

Precipuamente, agradeço a Deus por me trazer e me sustentar até aqui.

Aos meus pais, por serem os meus primeiros e maiores acreditadores: a vocês todo agradecimento soa como insuficiente.

Ao meu querido irmão, que me contempla desde o início da minha vida com sua amizade e lealdade.

À minha sobrinha, Fernanda, que é calma em dias turbulentos e que enche minha vida de alegria.

Ao meu amado Vagner, que acreditou em mim até quando eu mesma não acreditava, que embarcou nessa comigo e não me deixou esmorecer um momento sequer, você é meu porto seguro.

Aos meus velhos amigos, que suportaram a distância e a ausência que a correria desta caminhada nos impôs.

E aos novos amigos, que tive a alegria de fazer neste percurso, em especial as minhas companheiras de mestrado Paola e Viviane, vocês tornaram tudo mais fácil.

Aos ilustres membros da banca: querido Prof. Oscar que desde o início me acolheu e somou tanto a este trabalho e ao Prof. Antônio que desde o primeiro contato, abraçou meu projeto e contribuiu para chegarmos até aqui. Vocês se tornaram exemplos para mim.

E por fim, à minha orientadora Profa. Andressa, que me escolheu quando eu ainda pouca sabia, me moldou e me acompanhou com maestria nesta jornada, levarei seus ensinamentos por toda minha vida.

Gratitud!

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo. ”

Paulo Freire

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo principal analisar as peculiaridades da saúde pública na região de Foz do Iguaçu – PR, cidade que integra a tríplice fronteira Brasil – Argentina - Paraguai. Para tanto, o ponto de partida foi o conceito de saúde e sua evolução no Brasil, percorrendo o caminho histórico até a promulgação da Constituição Federal da República de 1988, na qual por meio do artigo 196, determinou que a saúde passaria a ser um 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A diante, analisou-se o principal meio de efetivação deste direito: as políticas públicas. Para em seguida, esmiuçar a política pública sanitária escolhida: a Estratégia Saúde da Família - ESF (antigo Programa Saúde da Família – PSF), analisando suas particularidades, em especial as que impactam diretamente sua efetividade na região analisada. Os resultados deste estudo, foram obtidos por meio de pesquisa bibliográfica, consulta a dados públicos em plataformas estatais, além de questionário enviado a Secretária Estadual de Saúde do Paraná e a Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Tais resultados apontaram para a carência de um olhar minucioso para as condicionantes locais e a falta de enfrentamento coordenado e eficaz dos problemas locais por parte do poder público central, que por muitas vezes, ao elaborar leis e políticas públicas sanitárias não observam a multifacetada realidade brasileira. Espera-se por meio deste estudo, trazer à tona a necessidade latente de observar as peculiaridades locais na formulação e concretização das políticas públicas sanitárias, sob pena de comprometer o efetivo acesso ao direito fundamental à saúde.

PALAVRAS CHAVES: Direito à saúde. Políticas Públicas. Estratégia Saúde da Família. Saúde na região de fronteira.

ABSTRACT

The main objective of this study was to analyze the peculiarities of public health in the region of Foz do Iguacu – PR, a city that integrates the triple border Brazil – Argentina – Paraguay. Therefore, the starting point was the concept of health and its evolution in Brazil, following the historical path until the promulgation of the Federal Constitution of the Republic of 1988, in which, through article 196, it determined that health would become a right of all and the State's duty, guaranteed through social and economic policies aimed at reducing the risk of illness and other diseases and at universal and equal access to actions and services for its promotion, protection and recovery. Afterwards, the main means of effecting this right was analyzed: public policies. Then, to detail the chosen public health policy: The Family Health Strategy - ESF (formerly the Family Health Program - PSF), analyzing its particularities, especially those that directly impact its effectiveness in the analyzed region. The results of this study were obtained through bibliographic research, consultation of public data on state platforms, in addition to a questionnaire sent to the State Health Department of Paraná and the Municipal Health Department of Foz do Iguacu. These results pointed to the lack of a thorough look at local conditions and the lack of coordinated and effective confrontation of local problems by the central government, which often, when elaborating public health laws and policies, do not observe the multifaceted Brazilian reality. It is hoped through this study, to bring to light the latent need to observe local peculiarities in the formulation and implementation of public health policies, under penalty of compromising the effective access to the fundamental right to health.

KEYWORDS: Right to health. Public Policy. Family Health Strategy. Health in border region.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Determinantes sociais de saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	09
Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist.....	09
Figura 3 - Processo de formação das políticas públicas.....	40
Figura 4 - Processos de saúde em primeira instância.....	58
Figura 5 - Processos de saúde em segunda instância.....	58
Figura 6 - Principais objetos de demanda judicial.....	59
Figura 7 - Custo da judicialização para o governo federal.....	59
Figura 8 - Mapa da tríplice fronteira.....	63
Figura 9 - Mapa das fronteiras brasileiras.....	65
Figura 10 - Divisão dos estados fronteiriços.....	66
Figura 11 - Mapa da 09ª Regional de Saúde.....	71
Figura 12 - Distribuição dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguacu.....	72
Figura 13 - Despesa no atendimento dos habitantes no quadriênio 2012-2016.....	73
Figura 14 - Cobertura da atenção básica.....	81
Figura 15 - Perfil sanitário do município.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC - Antes de Cristo.

ACP - Ação Civil Pública.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária a Saúde.

AR- Argentina.

BR - Brasil.

CFRB - Constituição Federal da República do Brasil.

CMS - Conselho Municipal de Saúde.

CNS - Conselho Nacional de Saúde.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

DF – Distrito Federal.

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos.

EAB - Equipe Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família.

FNS - Fundo Nacional de Saúde.

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MPS – Ministério Público Federal.

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde.

OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

PAB - Piso da Atenção Básica.

PIDES - Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.

PR - Paraná.

PSF - Programa Saúde da Família.

PY- Paraguai.

RAS - Rede de Atenção à Saúde.

SESA - Secretaria de Estado da Saúde.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde.

STF - Supremo Tribunal Federal.

STJ- Superior Tribunal de Justiça.

SUS - Sistema Único de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL.....	07
2.1 Conceitos e evolução histórica da saúde pública no Brasil.....	07
2.2 Fundamentos Legais.....	16
2.2.1 Constituição Federal da República de 1988.....	18
2.2.2 Tratados internacionais.....	21
2.2.3 Leis Orgânicas de Saúde.....	24
2.2.4 Constituição Estadual e Código de Saúde do Estado do Paraná.....	28
2.3 Os princípios norteadores do direito à saúde.....	30
3 POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	36
3.1 Políticas públicas.....	36
3.2 Políticas públicas de saúde.....	42
3.3 SUS: a principal política de estado para a saúde pública no Brasil.....	45
3.3.1 Estratégia de Saúde da Família.....	48
3.4 O Judiciário brasileiro e as políticas públicas de saúde.....	56
4 PECULIARIDADES DA SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	61
4.1 Fronteiras.....	61
4.1.2 Foz do Iguaçu: município da tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai) ...	63
4.2 As peculiaridades da tríplice fronteira paranaense e suas políticas públicas de saúde.....	67
4.3 Análise da política pública de Estratégia de Saúde da Família na região da tríplice fronteira.....	79
4.4 Da impossibilidade da concretização da política pública de saúde sem levar em conta as peculiaridades locais.....	85

5 CONCLUSÃO.....	89
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS.....	103
Anexo I – Autorização para coleta de dados concedida pela SMS de Foz do Iguaçu...	103
Anexo II - Questionamentos enviados e respostas da Sanitarista do Município.....	104
Anexo III- Questionamentos enviados a Diretoria da 09ª Regional de Saúde (SES-PR).....	106

1 INTRODUÇÃO

Saúde é democracia. Esta é a expressão que melhor resume o ponto de partida para o processo conhecido como Reforma Sanitária, movimento que ocorreu no período de redemocratização brasileira, após o fim da ditadura militar (1964-1985), e foi considerado o embrião do modelo de saúde pública adotado no país atualmente.

Até o ano de 1988 - a saúde não era dever do Estado, o acesso a seus produtos e serviços se dava apenas àqueles que trabalhavam formalmente e contribuíam para o sistema previdenciário vigente (celetistas e servidores públicos), e a quem possuía poderio econômico para pagar pelos serviços médicos/hospitalares. Aos demais nada restava além da caridade e filantropia.

Com a promulgação da Constituição Federal da República de 1988, o acesso a saúde no Brasil, passou a ser dever precípua do Estado, em seus três níveis de governo: federal, estadual e municipal; devendo ser efetivado mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, conforme determinado no artigo 196 da CF/88. Cumpre ressaltar que o dever do Estado não exclui a responsabilidade da família, das empresas e da sociedade.

O presente trabalho tem por objetivo ressaltar a importância da tutela do direito à saúde e analisar as principais políticas públicas sanitárias, especialmente a política Estratégia Saúde da Família (ESF), perscrutando sobre sua efetividade. Notadamente no contexto peculiar das cidades fronteiriças, em especial a tríplice fronteira: Foz do Iguaçu (Brasil), Ciudad Del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina). De sua análise espera-se contribuir com eventuais alternativas que tornem tais políticas cada vez mais amplas e efetivas.

A pesquisa foi realizada na cidade de Foz do Iguaçu, localizada na região Oeste do estado do Paraná (Brasil), cidade integrante da tríplice fronteira paranaense com os países: Paraguai e Argentina.

A escolha do local se justifica uma vez que, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui 588 (quinhentos e oitenta e oito) municípios localizados na faixa de fronteira, conquanto apenas 09 (nove) integram tríplices fronteiras. E a cidade de Foz do Iguaçu -PR além de contar com o fator da tríplice fronteira, tem ainda a

peculiaridade de ser uma das cidades mais turísticas do país, fator que também impacta diretamente a saúde local.

Para tal desiderato, optou-se por dividir o trabalho em três capítulos. O primeiro, intitulado “a saúde como direito fundamental social”, foi subdividido em três itens, que têm por função introduzir o tema, além de apresentar conceitos de saúde e percorrer a evolução histórica da saúde pública no Brasil até a promulgação da CFRB/88. Além disso, apresentará os principais fundamentos legais que regem a temática, dentre eles normas nacionais, estaduais, municipais e tratados internacionais. Além disso, serão abordados os princípios considerados relevantes para sua consecução. Desta feita, o objetivo deste capítulo é traçar um panorama geral a fim de fixar conceitos que sirvam de embasamento teórico para as próximas etapas do trabalho.

O segundo capítulo, denominado “políticas públicas de saúde”, está subdividido em quatro itens. Nele pretende-se trabalhar as políticas públicas em todos os seus aspectos, ou seja, todas suas fases desde a elaboração até sua execução. A partir disto, serão analisadas as principais políticas públicas de saúde existentes no Brasil. Dando o devido enfoque a nossa principal política de estado para a saúde pública: o Sistema Único de Saúde –SUS. Também neste capítulo, pretende-se explorar as maneiras pelas quais as políticas públicas existentes estão sendo efetivadas, inclusive que tal efetivação pode partir de uma ação interventiva do Poder Judiciário. E ainda, analisar a política pública escolhida, qual seja a “Estratégia Saúde da Família”. O objetivo deste capítulo, portanto, não é outro senão possibilitar a efetiva análise das políticas pública, especialmente as sanitárias.

Cumpre destacar que a escolha da política Estratégia Saúde da Família (antigo Programa Saúde da Família –PSF) se deu por esta ser a principal porta de entrada nas redes de atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que esta estratégia seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar, social, econômico e cultural. Essa mudança no modelo assistencial foi e ainda é responsável por contribuir de forma positiva, na efetivação do direito constitucional à saúde. Além de apresentar um indicativo da realidade de muitas famílias. Ao realizar a análise de tal política pública, foi possível alcançar respostas mais claras de onde estão alguns dos problemas da saúde pública brasileira.

Em seguida, o último capítulo intitulado “peculiaridades da saúde na tríplice fronteira: uma análise a partir das políticas públicas de saúde”, está subdividido em quatro itens e pretende esmerilar, primeiro os aspectos relativos às fronteiras, depois esmiuçar suas peculiaridades e, por fim, analisar se a política pública escolhida para análise é de fato efetiva na região e, se não, os motivos pelos quais isto ocorre. Daí a pretensão é sugerir alternativas de formulação, execução e avaliação da política pública “Estratégia Saúde da Família”, quiçá identificando a necessidade de se levar em conta as peculiaridades das regiões fronteiriças, a partir do caso concreto da tríplice fronteira paranaense.

Tendo em vista que os problemas da saúde pública brasileira, dispensam -infelizmente- exaustão argumentativa. Avalia-se que a importância deste estudo se ampara no propósito de, vislumbradas as dificuldades e peculiaridades da região fronteiriça, escudar para que as políticas públicas de saúde encontrem sua real concretização, garantindo da melhor forma possível o acesso aos produtos e serviços de saúde para a população, de modo que o direito à saúde, garantido constitucionalmente, se torne uma realidade para todos (nacionais e estrangeiros) que aqui habitam, independentemente de qual região do Brasil vivem.

Para construção deste trabalho, foram coletados dados através de extensa pesquisa bibliográfica, consulta pública em plataformas como E-GESTOR e o site do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), além de envio de um questionário à Secretária Estadual de Saúde do Paraná e a Secretária Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Cumpre destacar que tal coleta respeitou as disposições da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina as diretrizes éticas específicas para as pesquisas nas áreas das ciências humanas e sociais.

2 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL

2.1 Conceitos e evolução histórica da saúde pública no Brasil

A palavra saúde vem do latim *saluus*, que tem o significado de inteiro, intacto, ou de *salus, utis*, com o significado de estar são, ou salvação, o verbo *salueo, es, ere*, significa estar são (MARTINS, 2010, p. 499). A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) conceitua saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades”.

Todavia, somam-se críticas a este conceito, inicialmente pela ideia utópica de “completo bem-estar”. Freud (1908 p. 203) já procurava mostrar que a perfeita felicidade de um indivíduo dentro da civilização constitui algo impossível e que esta é algo essencialmente subjetivo. Para tanto, questiona-se o que constituiria este pleno bem-estar?

Não se pode olvidar, que bem-estar, saúde e doença se tratam de conceitos mutáveis e subjetivos, que não representam definições universais e atemporais. Estes conceitos variam de acordo com a época, o local, os valores individuais, religiosos, da classe social, dentre outras variantes. A título de exemplo, a doença já foi concebida como consequência da desobediência a um mandamento divino. A diversidade de explicações sobre a saúde e a doença parte das formações sociais e econômicas, dos significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época (BATISTELLA, 2007, p.28). Assim a discussão deste conceito vem sendo transformado a partir do momento histórico vivenciado; para pensar saúde é necessário compreender a evolução desse conceito, que ainda hoje é confundido com medicina (ALVES, DELDUQUE, NETO, 2013 p. 21).

Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), conhecido como o pai da medicina, foi um dos responsáveis pelo início da desvinculação da saúde e da doença das causas místicas e religiosas. Hipócrates dizia que “ o corpo humano é unidade organizada e a doença é a desorganização desse estado que é causado tanto pela desorganização dos fluídos corpóreos (Teoria Humoral de Hipócrates), quanto por fatores ambientais” (ARAÚJO, XAVIER, 2014, p. 4). A saúde não é o oposto lógico da doença e, por isso, não poderá de modo algum ser definida como ausência de doença, os estados individuais de saúde não são excludentes vis à vis à ocorrência da doença (BATISTELLA, 2007, p.55).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília - DF, no ano de 1986, trouxe em seu Relatório Final um conceito mais abrangente de saúde, vejamos:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população, em suas lutas cotidianas. A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (VIII CNS, 1986, p.1).

Neste sentido, nas palavras de Sepilli (1988, p. 34) saúde é “a condição harmoniosa do equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo integrado dinamicamente no seu ambiente natural e social” Ainda complementa Rey (2000 p. 750) que a saúde é caracterizada pela habilidade em tratar com tensões físicas, biológicas, psicológicas ou sociais com um sentimento de bem-estar.

Para pensarmos em um conceito macro de saúde, que extrapola o viés biologicista e considera também o viés social, é necessária uma análise holística, isto é, olhar para a saúde como um todo. Neste sentido, vale destacar dois modelos de “Determinantes Sociais de Saúde” (DSS). O modelo de Dahlgren e Whitehead - que foi adotado pelo conselho nacional de determinantes sociais de saúde e denominado de “influências em camadas” (CNDSS, 2005, 2008) e o modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001).

O modelo de Dahlgren e Whitehead inclui os determinantes sociais da saúde organizados em diferentes camadas, sendo que estes podem influenciar de maneira positiva ou negativa a saúde. Os indivíduos estão na base deste modelo, com suas características pessoais, como faixa etária, sexo e fatores hereditários e são expostos as determinantes que exercem influência sobre suas condições de saúde. Vejamos a Figura 1 a seguir:



Figura 1. Determinantes sociais de saúde: modelo de Dahlgren e Whitehead.

Já o modelo de Diderichsen e Hallqvist, analisa a estratificação social gerada pelo contexto social, e considera que cada indivíduo, uma vez tendo sido exposto, possui uma vulnerabilidade e uma reação específica aos riscos, sendo que as consequências sociais e físicas serão diferentes ao se contrair uma doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p 78). Para este modelo, a posição social determina as oportunidades de saúde, conforme ilustrado pela figura 2.

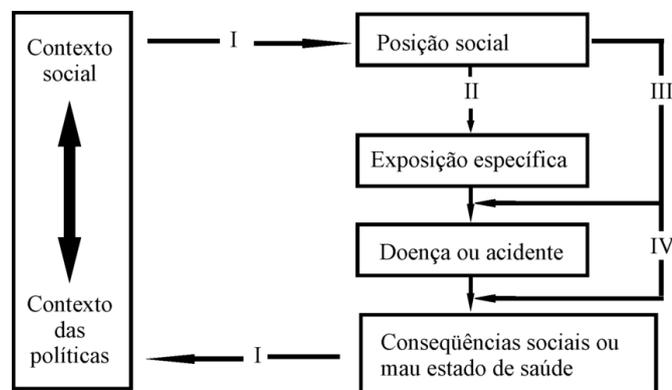


Figura 2 - Determinantes sociais: modelo de Diderichsen e Hallqvist

Ao analisarmos a estratificação social não se pode desconsiderar que com o desenvolvimento do capitalismo, final do século XVIII e início do século XIX, o corpo passou a ser objeto de força de produção e de fonte de lucro. Neste sentido, Bezerra e Sorpreso discorrem:

As transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuida como para quem é cuidado, pois se constituiu em uma força de trabalho. Esta realidade, onde o controle a esta força aparece como necessário, utiliza-se da saúde como um dos mecanismos

capazes de possibilitar essa tarefa. Em consequência a essas transformações, ressalta-se o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e fazer sanitário, emergindo propostas de mudanças nos modelos assistenciais em saúde. (BEZZERA, SORPRESO, 2016, p. 12)

Assim em sociedades capitalistas, a saúde pode ser pensada também como forma de poder, uma vez que o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica (FOUCAULT, 1989, p. 82).

Cretella Júnior (1989), confirma a relevância da saúde como componente indispensável e integrante do meio moral e político:

Nenhum bem da vida apresenta tão claramente unidos o interesse individual e o interesse social, como o da saúde, ou seja, do bem-estar físico que provém da perfeita harmonia de todos os elementos que constituem o seu organismo e de seu perfeito funcionamento. Para o indivíduo saúde é pressuposto e condição indispensável de toda atividade econômica e especulativa, de todo prazer material ou intelectual. O estado de doença não só constitui a negação de todos estes bens, como também representa perigo, mais ou menos próximo, para a própria existência do indivíduo e, nos casos mais graves, a causa determinante da morte. Para o corpo social a saúde de seus componentes é condição indispensável de sua conservação, da defesa interna e externa, do bem-estar geral, de todo progresso material, moral e político (CRETELLA JUNIOR, 1989, p. 4331).

No Brasil a saúde pública desde os primórdios de sua história até o século XX, esteve substancialmente atrelada a filantropia para aqueles que não possuíam condições financeiras de arcar com tratamentos médicos, não tendo o Estado até então, a obrigação de oferta-la a seus cidadãos, como veremos a diante.

Desde a chegada dos portugueses em 1.500 até a instalação do império (1.822), o Brasil não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde e nem mesmo interesse por parte do governo colonizador (Portugal) em criar um sistema de atenção à saúde que atendesse aos colonos. Quando necessário os atendimentos aos enfermos eram realizados por boticários, curandeiros e pajés, que utilizavam os recursos da terra (ervas e plantas medicinais) e de conhecimentos empíricos.

Em 1808, com a vinda da família real ao Brasil, criou-se a necessidade de uma estrutura sanitária mínima para receber os membros da realeza. Segundo dados da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), naquele ano fora criada por Dom João VI: o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador- Bahia e em novembro do mesmo ano, a Escola

de Cirurgia do Rio de Janeiro, que se tornaram as primeiras faculdades de medicina do país. Antes disso era vedado por Alvará Régio¹ a criação de cursos superiores na colônia.

No mesmo ano fundou-se ainda a primeira Organização Nacional de Saúde Pública no Brasil. Além da criação do cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos.

Nos anos que se passaram após a independência brasileira (07 de setembro de 1822), pouco se fez pela saúde coletiva, houveram algumas iniciativas mas sem grandes impactos, como a Lei de 30 agosto de 1828², conhecida como a Lei de Municipalização dos Serviços de Saúde e a imunização compulsória das crianças contra a varíola (1837).

Paralelamente a estes acontecimentos, estava ocorrendo a Revolução Industrial (1820-1840), responsável pela transição nos métodos de produção anteriormente artesanais (manufaturas) para métodos industriais. E uma de suas principais consequências foi o deslocamento das populações de pequenas comunidades rurais para grandes centros urbanos; que se estabeleceram em condições precárias: sujeira nas ruas, animais transmissores de doenças, falta de água para higiene pessoal, aglomerações de pessoas, ambientes escuros e úmidos. O que estabeleceu um cenário favorável para doenças epidêmicas, como: malária, tuberculose, cólera, varíola e febre amarela.

Corroborando a urbanização como um dos elementos que primeiro reconheceram o dever do Estado em relação à saúde pública, Dallari (1988) leciona:

A urbanização, consequência imediata da industrialização no século dezenove, foi, juntamente com o próprio desenvolvimento do processo industrial, causa da assunção pelo Estado da responsabilidade pela saúde do povo. De fato, é inestimável o papel da proximidade espacial na organização das reivindicações operárias. Vivendo nas cidades, relativamente próximos, portanto, dos industriais, os operários passam a almejar padrão de vida semelhante. Conscientes de sua força devida à quantidade deles, organizam-se para reivindicar tal padrão. Entretanto, cedo o empresariado percebeu que precisava manter os operários saudáveis para que sua linha de montagem não sofresse interrupção. Percebeu também que, devido à proximidade espacial das habitações operárias, ele poderia ser contaminado pelas doenças de seus empregados. Tais conclusões induziram outra: o Estado deve se responsabilizar pela saúde do povo (DALLARI, 1988, p. 329).

¹ O Alvará Régio é um termo jurídico usado para designar um edito real. Podendo ser uma licença real ou decreto régio, de um estado tipicamente absolutista, de uma monarquia ou de um império.

² Extingue os lugares de Provedor-mór, Physico-mor e Cirurgião-mór do Imperio, passando para as Camaras Municipaes e Justiças ordinarias as attribuições que lhes competiam.

Instituída a República do Brasil, em 15 de novembro de 1889, o então presidente Rodrigues Alves nomeou como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o sanitarista Oswaldo Cruz. O departamento era subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores³ e tinha entre suas atribuições a coordenação dos serviços sanitários dos portos e a realização de estudos sobre as doenças infecciosas; a nomeação iniciou uma fase de mudanças na saúde pública brasileira, visando combater as epidemias que assolavam a população.

Dentre as medidas adotadas a mais conhecida delas foi a Lei Federal nº 1.261⁴, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola como obrigatória em todo território nacional, culminando o movimento intitulado “Revolta da Vacina”, que foi um movimento popular ocorrido na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904. Acarretando vários conflitos violentos entre populares que se negavam a receber a vacina e forças do governo. Vários prédios públicos e lojas foram depredados, trilhos foram retirados e bondes foram virados. O governo federal suspendeu temporariamente a vacinação obrigatória e decretou estado de sítio na cidade; com uso da força policial, a revolta foi controlada resultando em várias pessoas presas e deportadas para o estado do Acre. Uma vez, controlada a situação, retomaram a campanha de vacinação obrigatória e a varíola foi erradicada da cidade do Rio de Janeiro.

Após a saída de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas o sucedeu, mas o modelo sanitarista adotado se manteve, como pontua de Mendes:

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, acentuada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (MENDES, 1992).

Anos depois, no governo de Getúlio Vargas, em 25 de julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, órgão do governo responsável pela administração da Saúde Pública em nível federal, criado pela Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953⁵ e regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953⁶.

³ Decreto n. 4.728, de 2 de janeiro de 1903. Altera o regulamento da Secretaria de Estado da Justiça e Negócios Interiores.

⁴ Torna obrigatória, em toda a República, a vacinação e a revacinação contra a varíola.

⁵ Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências.

⁶ Aprova o Regulamento do Ministério da Saúde, criado pela Lei de nº 1.920, de 25 de julho de 1953, e dá outras providências.

Na década seguinte, em 31 de março de 1964, o presidente João Goulart foi deposto e estabeleceu-se a ditadura militar no Brasil e o conseqüente cerceamento de alguns direitos sociais. Assim a insatisfação popular com o cenário de falta de assistência estatal cresce e a sociedade começa a se mobilizar na luta pelo processo de redemocratização e de busca por melhorias nas condições de vida.

Em 1984, ocorre o movimento político suprapartidário em defesa do retorno das eleições diretas para presidente da República que ficou conhecido como “Movimento das Diretas Já” que nas palavras de Delgado (2007, p. 413) “a campanha pelas Diretas Já foi o maior movimento cívico-popular da história republicana do Brasil. O fervilhar das ruas traduziu uma forte simbiose entre bandeira política democrática e aspiração coletiva”.

Em 15 de janeiro de 1985, ocorreu a eleição de Tancredo Neves para Presidente da República, findando o período de 20 (vinte) anos do regime militar. Momento considerado o embrião do movimento pela reforma sanitária e da constituinte que embasou a elaboração da Constituição Federal de 1988.

Como pontua Rocha (2013, p.14) “Iniciou-se no Brasil, no começo da década de 1980, com a instalação do governo de transição democrática, um movimento político e social em prol de mudanças na configuração do Sistema de Saúde Pública.” Com o fim do período da ditadura militar (1964-1985) cresce a luta pela redemocratização e por um sistema de saúde descentralizado. Iniciando o movimento da reforma sanitária, que pretendia dentre outras mudanças que a saúde não fosse mais tratada como meramente mercadoria, tendo o Estado a obrigação positiva de assegurar sua prestação.

Mendes (1995, p. 42) conceitua a Reforma Sanitária como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetive a eficiência, eficácia e equidade, que se construa permanentemente através do incremento e sua base social, da ampliação consciência sanitária dos cidadãos, criando um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e de criação de mecanismos de gestão e controle populares sobre o sistema.

Vale lembrar que até então, o acesso à saúde se dava apenas a aqueles que trabalhavam formalmente e contribuía para o sistema previdenciário (celetistas e servidores públicos) e para quem possuía poderio econômico e podia pagar pelos serviços médicos/hospitalares. Aos demais nada restava além da caridade e filantropia. Não sendo dever do Estado garanti-lo.

A ascensão de direitos é fruto de lutas e os direitos são conquistados, às vezes, com barricadas, em um processo histórico cheio de vicissitudes, por meio do qual as necessidades e as aspirações se articulam em reivindicações e em estandartes de luta antes de serem reconhecidos como direitos (SACHS, 1998, p. 156). Nas palavras de Silva (2006, p. 234) “quanto mais o processo de democratização avança, mais o homem vai se libertando dos obstáculos que o constroem e mais liberdade conquista. ”

Destacada menção merecem a VIII e a IX Conferências Nacional de Saúde pelas suas respectivas repercussões na instauração do regime democrático e pela guinada social e política que implicou a conceituação doutrinária da saúde como direito civil, ou seja, como dever do Estado e como uma conquista da cidadania (ALVES, DELDUQUE, NETO, 2013, p.33).

No ano de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo ministro Carlos Santanna (decreto n. 91.466⁷, de 1985), tendo a comissão organizadora sido presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Foi a primeira Conferência aberta a sociedade e o texto de seu relatório final foi a base para a seção “Da Saúde” (artigo 196 a 200) da Constituição Brasileira promulgada em 1988.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal da República do Brasil (CFRB), que foi considerada como uma mudança de paradigmas em vários aspectos, dentre eles como marco histórico para se pensar na saúde como um direito social no Brasil. A CFRB/88, dispôs em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que o devem garantir por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e garantam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A saúde passou a integrar um dos pilares da seguridade social, juntamente com a previdência e assistência social (artigo 194⁸ CFRB/88), previstos no Capítulo VIII, intitulado “Da Ordem Social”. A ordem social tem como base a primazia do trabalho, e o duplo objetivo do bem-estar e a justiça social. Tal capítulo pode ser analisado como uma extensão do artigo 6º, que prevê os direitos sociais e somado aos direitos fundamentais previstos no artigo 5º integram o que ficou conhecido como “núcleo substancial do Estado Democrático de Direito”.

⁷ “Convoca a VIII Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. ”

⁸ Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Nos artigos seguintes, a CFRB/88 definiu a responsabilidade do financiamento da seguridade social, que conforme a o disposto no texto constitucional é responsabilidade de toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais⁹: do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada; do trabalhador e dos demais segurados da previdência social (não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social); sobre a receita de concursos de prognósticos e do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

Dessa forma, com fulcro na Constituição de 1988, a saúde alcançou o posto de bem jurídico constitucionalmente tutelado, tornando imperativa a prestação positiva do Estado e passou a ser reconhecido como um direito humano fundamental de segunda geração, que são aqueles ligados ao conceito de igualdade, a garantia dos direitos sociais, culturais e econômicos; cujo sujeito passivo é o Estado, que tem o dever de presta-los aos cidadãos.

Em consonância com este entendimento, ainda durante a primeira década da atual constituição, afirmou o Supremo Tribunal Federal, por voto do Sr. Ministro Celso de Mello:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar. O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro – não pode converter-se em promessa institucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever por um gesto de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.(RE 267.612 – RS, DJU 23.08.2000, Rel. Min. CELSO DE MELLO).

Neste interim, não há como deixar de mencionar a mais recente pandemia que assolou a população mundial. Em dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi notificada da ocorrência de um conjunto de casos de pneumonia com causa até então desconhecida, na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. No mês seguinte (janeiro de 2020) as autoridades chinesas identificaram como causa da enfermidade o vírus SARSCoV-2, conhecido como novo “Coronavírus”. A partir de então, a OMS e seus Estados Partes, incluindo

⁹ Artigo 195 da Constituição Federal.

o Brasil, passaram a monitorar o surgimento de novos casos, o comportamento da doença e as orientações quanto às medidas para minimizar a propagação da doença no mundo.

Em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou, que o surto da doença causada pelo novo Coronavírus (Sars-CoV-2), conhecida como COVID-19), constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. E em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (enfermidade epidêmica amplamente disseminada).

Desde então os números são assustadores e dramáticos, segundo dados da Organização Pan –Americana de Saúde¹⁰ (OPAS), até meados do mês de 2021 (dados de 16-05-2021), estimam-se que no mundo hajam 162 588 032 (cento e sessenta e dois milhões quinhentos e oitenta mil e trinta dois) casos confirmados e 3 368 023 (três milhões trezentos e sessenta e oito mil e vinte e três) óbitos decorrentes de complicações oriundas da contaminação pelo Coronavírus (OPAS,2021). O Brasil devido a uma série de fatores como: extensão territorial, desigualdade entre as regiões, a má-gestão do poder público, carências orçamentárias, corrupção das verbas direcionadas a saúde, negacionismo de parte dos membros do governo e da população; alcançou o triste posto de segundo¹¹ país que mais perdeu vidas para o Coronavírus.

Entretanto, neste cenário é indiscutível que o Sistema Único de Saúde teve papel primordial nesta luta, evitando que tais números fossem ainda piores. Uma expressiva parte dos brasileiros só tiveram acesso a serviços médicos/hospitalares e posteriormente a imunização (vacina) por força do disposto no artigo 196, que impõe ao Estado tal obrigação.

2.2 Fundamentos legais

Ao analisarmos o ordenamento jurídico pátrio é possível verificar a existência de duas espécies de normas: os princípios e as regras. Para a teoria dos direitos fundamentais a distinção entre elas é a chave para a solução de problemas centrais da dogmática dos direitos

¹⁰Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Disponível em: www.paho.org/pt/covid19.

¹¹ Os cinco países com mais mortes causadas pelo Coronavírus até maio de 2021, são: 1º Estados Unidos, 2º Brasil, 3º México, 4º Índia, 5º Reino Unido. Dados disponíveis em: covid.saude.gov.br

fundamentais. Nesse sentido, a distinção entre regras e princípios é uma das colunas-mestras do edifício da teoria dos direitos fundamentais (ALEXY, 2008, p. 85).

Tanto as regras como os princípios no âmbito deôntico estatuem *dever-ser*, “há [...] distintos graus de cumprimento. Se exige a maior medida possível de cumprimento em relação as possibilidades jurídicas e fáticas, se trata (sic) de um princípio. Se tão-somente se exige uma determinada medida de cumprimento, se trata (sic) de uma regra.” (ALEXY, 2008, p.144). Assim sendo, regras são normas e devem ser cumpridas e princípios são normas que devem ser cumpridos na maior medida possível dentro das possibilidades jurídicas e reais existentes.

Vejamos outra diferenciação, nas palavras de Amaral Júnior:

Princípios são pautas genéricas, não aplicáveis à maneira de “tudo ou nada”, que estabelecem verdadeiros programas de ação para o legislador e para o intérprete. Já as regras são prescrições específicas que estabelecem pressupostos e consequências determinadas. A regra é formulada para ser aplicada a uma situação especificada, o que significa em outras palavras, que ela é elaborada para um determinado número de atos ou fatos. O princípio é mais geral que a regra porque comporta uma série indeterminada de aplicações. Os princípios permitem avaliações flexíveis, não necessariamente excludentes, enquanto as regras embora admitindo exceções, quando contraditadas provocam a exclusão do dispositivo colidente (JUNIOR, 1993, p. 27).

Outra importante diferenciação é entre princípios e diretrizes. As diretrizes podem ser pensadas como normas de procedimento, um trajeto para se alcançar um objetivo. Nas palavras de Houaiss & Villar (2001, p.1.050) diretriz é o esboço, em linhas gerais, de um plano, projeto; uma norma de procedimento, conduta, uma diretiva; enquanto os princípios são pautas genéricas que inspiram e instruem a criação e aplicação das normas. Oportunamente trataremos das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Logo a seguir serão analisados os princípios basilares da administração pública e do direito sanitário, por ora, trataremos do arcabouço legislativo que regulamenta a saúde pública no Brasil. Considerando a infinidade de texto legais existentes acerca do tema, destaca-se que os escolhidos não constituem um rol exaustivo, buscou-se trazer à tona algumas das principais legislações que tratam sobre da temática, sem prejuízo das demais.

A escolha se deu inicialmente pela Constituição da República por ser a lei suprema do país e os tratados internacionais, que versem sobre Direitos Humanos, que uma vez aprovados em cada casa do Congresso Nacional, em dois turnos por três quintos (3/5) dos votos, dos respectivos membros, serão hierarquicamente equivalentes às emendas constitucionais. A diante será analisada a Lei Orgânica de Saúde, constituída por duas leis federais que compõe

o organismo do Sistema Único de Saúde. Para então passarmos para análise das legislações locais: o Código de Saúde do Estado do Paraná e a Constituição Estadual.

2.2.1 Constituição Federal da República de 1988

Como demonstrado, o texto constitucional vigente, significou uma ruptura de paradigmas e trouxe importantes determinações a respeito dos direitos fundamentais. No artigo 6^a a constituição elenca como direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, à infância e a assistência aos desamparados.

O objetivo dos direitos sociais adquiriu um novo sentido, estes não visam mais apenas a redução das diferenças de classe. Hodiernamente, os direitos sociais não são mais a mera tentativa de eliminar o ônus evidente que representa a pobreza nos níveis mais baixos da sociedade, mas assumem o aspecto de ação, modificando o padrão total da desigualdade social. Já não se contenta mais em elevar o nível do piso do porão do edifício social, deixando a superestrutura como se encontrava antes (MARSHALL, 2002, p. 40). Há uma busca constante de maior igualdade e justiça social.

Ao analisar os direitos sociais, notadamente o direito a saúde, Silva (2012) ressalta:

Como ocorre com os direitos sociais em geral, o direito à saúde comporta duas vertentes, conforme anotam Gomes Canotilho e Vital Moreira: uma, de natureza negativa, que consiste no direito a exigir do Estado (ou de terceiros) que se abstenha de qualquer ato que prejudique à saúde; outra de natureza positiva, que significa o direito às medidas e prestações estaduais visando a prevenção das doenças e o tratamento delas (SILVA, 2012, p.308).

Especialmente ao tratar do direito à saúde, no artigo 196 a Constituição dispôs 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 e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. A saúde é, senão o primeiro, um dos principais componentes da vida, seja como pressuposto indispensável para a sua existência, seja como elemento agregado à sua qualidade. Assim a saúde se conecta ao direito à vida (SCHAWARTZ, 2001, p.52).

As jurisprudências do Supremo Tribunal Federal explicitam esta previsão constitucional:

O direito a saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço. (AI 734.487-AgR, Rel. Min. Ellen Gracie, julgamento em 3-8-2010, Segunda Turma, *DJE* de 20-8-2010.) Vide: RE 436.996-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 22-11-2005, Segunda Turma, *DJ* de 3-2-2006; RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-9-2000, Segunda Turma, *DJ* de 24-11-2000.

Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo (AI 550.530-AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, julgamento em 26-6-2012, Segunda Turma, *DJE* de 16-8-2012).

Nota-se que embora haja uma diferença de quase 12 anos de uma decisão para outra, o entendimento jurisprudencial de que a saúde é um direito de todos e deve ser assegurado pelo Estado se mantêm de forma pacífica, sendo confirmado pelo guardião da constituição (STF).

Ao afirmar que o artigo 196 possui caráter programático, significa dizer que “tais normas estabelecem apenas uma finalidade, um princípio, mas não impõe propriamente ao legislador a tarefa de atuá-la, mas requer uma política pertinente à satisfação dos fins positivos nela indicados” (SILVA, 2012, p.64). Apesar da característica programática insculpida no referido preceito constitucional o entendimento acerca deste artigo evoluiu e atualmente é reconhecido como uma norma de aplicabilidade imediata e eficácia plena, caráter este reconhecido pelo órgão máximo do Poder Judiciário Brasileiro – o Supremo Tribunal Federal (STF) - a quem cabe a guarda precípua da Constituição (SCHWARTZ, 2001, p. 63).

São de relevância pública as ações e serviços de saúde e cabe ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado¹².

No artigo 198 e seguintes, a Constituição cria a principal política pública de estado em saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece suas principais diretrizes¹³, competências¹⁴ e parâmetros de financiamento¹⁵, dentre outras previsões gerais; que serão posteriormente

¹² Artigo 197 CFRB/88.

¹³ Artigo 198, I, II, III CFRB/88.

¹⁴ Artigo 200 CFRB/88.

¹⁵ Artigo 198 §1 e §3º CFRB/88.

complementadas pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal 8.080 e Lei Federal 8.142 ambas de 1990), como será analisado a diante.

Vejamos o disposto no artigo 198, *in literis*:

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.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

No artigo 199, a CFRB/88, prevê ainda que a assistência à saúde embora seja dever do Estado é livre à iniciativa privada, podendo as instituições privadas participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo as diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. E sendo uma instituição com fins lucrativos fica vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções. Vedada também a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

Por fim, o artigo 199, determina que as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização serão tratados em lei específica. A lei que disciplina o assunto é a Lei Federal nº 9.434¹⁶, de 4 de fevereiro de 1997.

No artigo seguinte (art.200) a CFRB/88, define algumas das competências do SUS:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

¹⁶ Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências.

- III - Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - Incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

2.2.2 Tratados Internacionais

Os tratados internacionais¹⁷ são uma fonte do Direito Internacional, e podem ser conceituados como o consentimento recíproco de duas ou mais nações para constituir ou modificar direitos de seus cidadãos, tendo por finalidade a produção de efeitos jurídicos em ambos os países signatários.

Com o advento da Emenda Constitucional número 45¹⁸, de 30 de dezembro de 2004, os tratados e convenções internacionais que versem sobre Direitos Humanos e que forem aprovados, em cada casa do Congresso Nacional (Senado Federal e Câmara dos Deputados), em dois turnos por três quintos (3/5) dos votos, dos respectivos membros, serão hierarquicamente equivalentes às emendas constitucionais. Face a este dispositivo, é inegável a importância de analisar os principais tratados e convenções internacionais que tratam da matéria.

Em 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi assinada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, considerada um marco histórico na garantia dos direitos humanos. Nas palavras de Bobbio (1988, p.30) “os direitos humanos não nascem todos de uma vez e nem de uma vez por todas”. Em seu artigo 25, ficou assegurado que:

¹⁷ A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 21 ao disciplinar sobre as competências da União, dispõe que compete a ela, na qualidade de representante da República Federativa do Brasil, manter relações com Estados estrangeiros e participar de organizações internacionais. Assim cabe exclusivamente ao governo federal a competência em matéria de política externa, sendo ele o único sujeito de Direito Internacional capaz de representar o país perante Estados Estrangeiros e firmar tratados internacionais.

¹⁸ Altera dispositivos dos arts. 5º, 36, 52, 92, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 107, 109, 111, 112, 114, 115, 125, 126, 127, 128, 129, 134 e 168 da Constituição Federal, e acrescenta os arts. 103-A, 103B, 111-A e 130-A, e dá outras providências.

Toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e a sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários; e tem direito a segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Este avanço pode ser considerado como um fenômeno do pós-guerra mundial e seu desenvolvimento pode ser atribuído às monstruosas violações de direitos humanos da era nazista liderada por Adolf Hitler e à crença de que parte destas violações poderia ser prevenida se um efetivo sistema de proteção internacional de Direitos Humanos existisse (BUERGENTHAL, 2009, p. 17).

Nos anos seguintes, fora firmado o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966, assegurou em seu artigo 12 que "Os Estados-partes no Presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental". O Brasil ratificou este pacto em 24 de janeiro de 1992, por meio do Decreto nº 591¹⁹, de 6 de julho de 1992.

O PIDESC atribui três responsabilidades aos Estados para a proteção dos direitos neles contidos: a de respeitar, isto é, os Estados devem abster-se de interferir direta ou indiretamente nesses direitos; a de proteger, vale dizer, os Estados devem tomar medidas para assegurar que outros, como os empresários, grupos políticos ou qualquer pessoa possa interferir nesses direitos; e, a de desfrutar, ou seja, os Estados devem tomar medidas para a realização desses direitos (LEÃO, 2019, p.177).

O uso do direito à vida para proteger interesses amparados por direitos sociais é uma estratégia de proteção indireta de direitos econômicos, sociais e culturais, adotada no nível doméstico, mas que poderia ser aplicada também aos mecanismos de proteção internacional de direitos humanos. No sistema europeu, por exemplo, o direito à vida tem sido utilizado como forma de proteger interesses vinculados ao direito à saúde e de exigir, do Estado, obrigações positivas de proteção (ABRAMOVICH, 2005, p.193).

Em seguida no ano de 1969, a Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica, ratificada pelo Brasil em 25 de setembro de 1992, reafirma em seus artigos que:

¹⁹ Atos Internacionais. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Promulgação.

Artigo 4º 1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei e, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.

Artigo 5º 1. Toda pessoa tem direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.

Além destes artigos, para Bernardes e Ventura (2013, p. 107-128) a temática de saúde encontra na Convenção Americana sobre Direitos Humanos forte respaldo para análise das obrigações do Estado de respeitar os direitos (artigo 1º); o dever de adotar disposições de direito interno (artigo 2º); o direito à vida (artigo 4º); o direito à integridade pessoal (artigo 5º); as garantias judiciais (artigo 8º); o direito à indenização (artigo 10).

Assim, as recomendações da Comissão e as sentenças da Corte Interamericana em matéria da proteção ao direito à saúde compõem, um corpus juris interamericano. Ao endossar a responsabilidade internacional do Estado na necessária observância de parâmetros protetivos mínimos em matéria de direito à saúde, destaca-se o dever do Estado em adotar relevantes medidas para a plena implementação do direito à saúde (PIOVESAN, 2018).

Por fim, outro importante evento internacional, foi a Conferência de Alma-Ata, realizada na antiga União Soviética - URSS (hoje, Cazaquistão), que ocorreu dos dias 6 a 12 de setembro de 1978. E foi o primeiro instrumento internacional a reconhecer a Atenção Primária à Saúde (APS), como a “chave para alcançar em todo o mundo em um futuro previsível um nível aceitável de saúde, que fizesse parte do desenvolvimento social e se inspirasse em um espírito de justiça” (ANDRADE, 2006, p.784).

A Declaração de Alma-Ata, desenvolveu uma abordagem de atenção primária integral (em contraposição a uma atenção primitiva) com componentes de: garantia de acesso universal a cuidados de saúde de qualidade, primeiro ponto de contato de uma rede integral de atenção à saúde; a indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico-social, o que implica na cooperação de outros setores para enfrentar determinantes sociais e promover a saúde; e de participação social para gerar autonomia e ampliar direitos sociais (GIOVANELLA, ALMEIDA, 2017, p.3).

2.2.3 Lei Orgânica da Saúde

As Leis federais 8.080 de 19 de setembro de 1990²⁰ e 8.142 de 28 de dezembro de 1990²¹, ficaram conhecidas como “Lei Orgânica da Saúde²²”, uma vez que são elas que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS). Em suma, dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e ainda sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Na lei 8.080/90, destaca-se o artigo 2º, que reproduz o artigo 196 da CF/88 e confirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, e reconhece o dever do Estado em garantir a saúde por meio de formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e que também estabeleçam condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; compartilhando o dever do Estado com o das pessoas, da família.

Também por meio do artigo 2º definiu-se os objetivos do Sistema Único de Saúde, que são: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O amplo campo de atuação do SUS, conforme determina o art. 6º desta Lei, se estende à: a) a execução de ações: de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica; b) a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico, c) a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, d) a vigilância nutricional e a orientação alimentar, e) a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, f)

²⁰ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

²¹ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

²² A lei orgânica de saúde teve que ser separada, uma vez que lei 8.080/90 foi iniciativa legislativa do Congresso Nacional e a competência legislativa para tratar sobre financiamento é do Presidente da República; tendo assim que promulgar nova lei para tratar o assunto, a lei 8.142/90.

a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção, g) o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, h) a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano, i) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, j) o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico, k) a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

O orçamento da seguridade social destina ao Sistema Único de Saúde (SUS) os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, além de fontes de recursos provenientes de: serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuições, doações e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

Em 16 de janeiro de 2012, foi promulgada a Lei Complementar 141²³, que disciplinou aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde. Cabendo a União aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, 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) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (artigo 5^a). Aos Estados e Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios (artigo 6^o). E os municípios aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3^o do art. 159, todos da Constituição Federal.

²³ Regulamenta o § 3^o 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 n^{os} 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Entretanto no ano de 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95/ PEC 241, conhecida como a “PEC do teto dos gastos”, na qual foi instituído um Novo Regime Fiscal. Determinando que no ano de 2017, as despesas primárias teriam como limite a despesa executada em 2016, corrigida em 7,2%. E a partir de 2018, vigoraria o limite do exercício anterior, atualizado pela inflação de doze meses. Assim a EC/ 95 congela as despesas primárias, reduzindo-as em relação ao produto interno bruto (PIB) ou em termos *per capita* por duas décadas.

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei²⁴.

Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão cofinanciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

Ao analisar o teor da Lei 8.142 de 1990, podemos destacar o previsto no artigo 1º, que dispõe que o Sistema Único de Saúde (SUS), contará em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde deverá reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo

²⁴ Art.33 §4 da lei 8.080/90

ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde; enquanto o Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) serão representados no Conselho Nacional de Saúde, tendo também a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências, sendo esta representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho. No Paraná, a Lei Estadual nº. 10.913, de 4 de outubro de 1994, regulamenta o Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR), que é composto por 36 (trinta e seis) membros distribuídos de forma paritária da seguinte forma: 50% (cinquenta por cento) representantes de usuários de serviços de saúde; 25% (vinte e cinco por cento) de gestores de órgãos públicos e prestadores de serviços de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes de profissionais de saúde pertencentes ao SUS/PR. Já em na esfera municipal, a Lei nº 1.507, de 2 de outubro de 1990, determina que em Foz do Iguaçu, o controle social da saúde é exercido pelo Conselho Municipal de saúde - COMUS.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como: despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (que serão destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde – inciso IV).

De acordo com o previsto no art. 3º, os recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e para receberem estes recursos os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o

Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

2.2.4 Constituição Estadual e Código de Saúde do Estado do Paraná

O Código de Saúde do Estado do Paraná, é um arcabouço legal constituído pela Lei Estadual n° 13.331²⁵ de 2001 e pelo Decreto Estadual 5.711²⁶ de 2002. Além do Código, o Estado conta ainda com a Constituição Estadual²⁷, publicada no Diário Oficial n°. 3116 de 5 de Outubro de 1989.

Com fulcro no princípio da Hierarquia das Leis e Supremacia da Constituição, por ambas tratarem de leis estaduais hierarquicamente inferiores as anteriormente mencionadas, estas trazem disposições consoantes as normas constitucionais e a Lei Orgânica da Saúde, como confirmado no artigo 1° do referido decreto, vejamos em sua transcrição *ipsis litteris*:

Art. 1°. O presente decreto regulamenta a Lei Estadual n.º 13.331, de 23 de novembro de 2001, e atende aos princípios expressos na Constituição Federal e Estadual, na Lei Orgânica de Saúde, Leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990, no Código de Defesa do Consumidor, Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990, e observando o disposto na Lei Estadual n.º 10.913 de 04 de outubro de 1994, estabelecendo normas, em todo o território do Estado, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e dispondo sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal.

²⁵ Dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Estado do Paraná.

²⁶ Regula a organização, e o funcionamento do Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado do Paraná, estabelece normas de promoção, proteção e recuperação da saúde e dispõe sobre as infrações sanitárias e respectivo processo administrativo.

²⁷ Nós, representantes do povo paranaense, reunidos em Assembleia Constituinte para instituir o ordenamento básico do Estado, em consonância com os fundamentos, objetivos e princípios expressos na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição do Estado do Paraná.

Todavia, o Código de Saúde traz algumas especificidades locais como política estadual de saúde, sistema estadual de informação em saúde, competência do estado e dos municípios, dentre outras peculiaridades que merecem destaque, vejamos:

Conforme previsto no artigo 2º, é dever do Estado, através da Política Estadual de Saúde, e dentro de suas competências, prover as condições indispensáveis ao exercício do direito à saúde, garantido a todo cidadão; o dever do Estado de prover as condições e as garantias para o exercício do direito à saúde, não exclui o dos municípios, das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Cumprir registrar que a CFRB/88, ao disciplinar sobre competência dos entes federativos nos artigos 21 a 23, dispõe a cerca das competências da União de forma privativa, concorrente com os Estados e Distrito Federal, e comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Sendo nos termos do artigo 23, II, competência comum dos entes cuidar da saúde, da assistência pública e da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

As competências são responsabilidades e encargos atribuídos a cada esfera governamental para realizar sua gestão. São definidas na Constituição Federal e, no caso dos municípios, detalhadas nas Leis Orgânicas. Com a Constituição de 1988, os municípios adquiriram autonomia política, através da elaboração de sua própria lei orgânica e demais leis e da escolha direta de seus governantes, ampliando sua competência em importantes áreas (TEIXEIRA,2002, p.6).

A Secretaria de Estado da Saúde - SESA, gestora Estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do artigo 7º. da Lei Estadual n.º 13.331/01, incumbe, através do Instituto de Saúde do Paraná -ISEP-, pesquisar, planejar, orientar, coordenar e executar as medidas que visem a promoção, preservação e recuperação da saúde, bem como promover e incentivar na esfera pública ou privada, estudos e programas sobre problemas médico-sanitários do Estado. Art. 5º. A Política Estadual de Saúde, estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde/Instituto de Saúde do Paraná, deverá basear-se nos princípios e diretrizes da Constituição Federal, Constituição Estadual e Lei Orgânica da Saúde, obedecidas as diretrizes estabelecidas na Lei Estadual n.º 13.331/01.

Além do previsto na Lei Orgânica da Saúde e na Lei Estadual n.º 13.331/01, ao Estado cabe regular as ações relativas em todo o território do Estado, para a promoção, proteção e recuperação da saúde, dispondo sobre a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal, no exercício de suas atribuições e competência privativa e suplementar.

Nos termos do artigo 27 o Estado do Paraná organizará, em articulação com os municípios, o Sistema Estadual de Informações em Saúde, abrangendo dados epidemiológicos, de gerenciamento, de prestação e de avaliação de serviços. Os órgãos e entidades públicas e privadas, de qualquer natureza, participantes ou não do SUS, deverão fornecer dados e informações à direção do SUS, na forma por esta solicitada, para fins de planejamento, de correção finalística de atividades e de elaboração de informações de saúde; como declaração de nascimento, certidão de óbito.

Compete à direção do SUS, em cada esfera de governo, informar, através dos meios de comunicação, os serviços, as empresas e os produtos irregulares, fraudulentos ou os que exponham a risco a saúde da população.

Uma vez analisados os principais diplomas legais que regulam a temática, passemos a análise complementar dos princípios basilares do direito sanitário.

2.3 Os princípios norteadores do direito à saúde

O vocábulo princípio, oriundo do latim *principium*, significa “origem, causa próxima, início”, de *primus*, “o que vem antes”.²⁸ Assim Alexandrino e Paulo (2011, p. 183), definem princípios como ideias centrais de um sistema, que determinam o alcance e o sentido das regras de um dado subsistema do ordenamento jurídico, balizando a interpretação e a própria produção normativa.

Neste mesmo sentido, aduz Reale (2003) que:

Princípios são enunciações normativas de valor genérico, que condicionam e orientam a compreensão do ordenamento jurídico, a aplicação e integração ou mesmo para a elaboração de novas normas. São verdades fundantes de um sistema de conhecimento, como tais admitidas, por serem evidentes ou por terem sido comprovadas, mas também por motivos de ordem prática de caráter operacional, isto é, como pressupostos exigidos pelas necessidades da pesquisa e das práticas (REALE, 2003, p 37).

Desta forma, resta indispensável à análise de alguns princípios balizadores do Direito Sanitário e da Administração Pública, uma vez que estes devem ser norteadores na atuação dos gestores públicos e fundantes na criação e efetivação das políticas públicas de saúde.

²⁸ De acordo com o Dicionário Origem da Palavra. Disponível em www.origemdapalavra.com.br

Ressalta-se que o SUS possui algumas diretrizes e princípios próprios que serão analisados oportunamente; o objetivo por ora, é focar nos princípios que devem permear as condutas dos agentes públicos em prol do interesse público.

Na definição de Meirelles (2005, p.83) a Administração Pública é a atividade do Estado “in concreto para a satisfação de seus fins de conservação, de bem-estar individual do cidadão e de progresso social”. Para tanto, a Constituição Federal dispôs em seu art. 37, *caput* os princípios básicos da Administração Pública, que nas palavras de Alexy (2015, p. 81): “controlam o poder discricionário do administrador”.

Vejamos o disposto no artigo 37, *in litteris*: “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. ” (CFRB/88) A diante discorreremos acerca dos princípios mencionados.

A legalidade, como princípio de administração, significa que o administrador público está, em toda sua atividade funcional, sujeito aos mandamentos da lei, e às exigências do bem comum, e deles não se pode afastar ou desviar, sob pena de praticar ato inválido e expor-se à responsabilidade disciplinar, civil e criminal, conforme o caso (MEIRELLES, 2005, p.52). Assim, a Administração Pública, por intermédio de seus agentes, além de não poder agir contra a lei (*contra legem*), deve pautar suas condutas nos estritos limites da lei (*secundum legem*), competindo ainda a revisão de seus atos, de acordo o teor da Súmula 346, do STF, que determina que “a Administração Pública pode declarar a nulidade dos seus próprios atos.” Assim ao reconhecer a prática de ato eivado de ilegalidade, a própria Administração Pública poderá declarar a nulidade de seus atos e o consequente desfazimento do erro, sob pena de afrontamento ao princípio da legalidade.

O Princípio da impessoalidade, determina que os atos administrativos devem ser executados visando sempre uma finalidade pública, sem deixar-se contaminar por interesses pessoais. Para Mello (1992, p. 60), impessoalidade “traduz a ideia de que a Administração tem que tratar a todos os administrados sem discriminações, benéficas ou peculiares. O princípio em causa não é senão o próprio princípio da legalidade ou isonomia”

A Constituição ao determinar que o ato obedecerá ao princípio da moralidade, crava nas palavras de Gandra que: “é irresponsável aquele que macula, tisona, fere, atinge, agride a moralidade pública, sendo ímprobo administrador, favorecendo terceiros, praticando a concussão ou sendo instrumento de corrupção” (GANDRA, 2011, p. 123). Cumpre ressaltar, que ainda que um ato administrativo seja legal, se for imoral, é passível de anulação.

Para tanto, existem diversos meios legais para controle e efetivação da moralidade administrativa, como: a ação de improbidade administrativa (art. 37, § 4.º, da CRFB c/c Lei 8.429/1992); as hipóteses de inelegibilidade previstas no art. 1.º da LC 64/1990, alterada pela LC 135/2010 (“Lei da Ficha Limpa”); as sanções administrativas e judiciais previstas na Lei 12.846/2013 (Lei Anticorrupção); a ação popular (art. 5.º, LXXIII, da CRFB e Lei 4.717/1965); a ação civil pública (art. 129, III, da CRFB e Lei 7.347/1985) dentre outros.

Neste sentido, Meirelles declara que:

O agente administrativo, como ser humano dotado de capacidade de atuar, deve, necessariamente, distinguir o Bem do Mal, o Honesto do Desonesto. E ao atuar, não poderá desprezar o elemento ético da sua conduta. Assim, não terá que decidir somente entre o legal e o ilegal, o justo do injusto, o conveniente e o inconveniente, o oportuno e o inoportuno, mas também entre o honesto e o desonesto (MEIRELLES, 2005, pág. 90).

Como visto as condutas dos agentes públicos devem pautar-se também pelo princípio da publicidade. O Poder Público, por ser público, deve agir com a maior transparência possível, a fim de que os administrados tenham, a toda hora, conhecimento do que os administradores estão fazendo (SILVA, 2000, p. 653). A Constituição Federal nas palavras de Pietro (2011, p.72) “exige a ampla divulgação dos atos praticados pela Administração Pública, ressalvados as hipóteses de sigilo previstas em lei”.

Por fim, o princípio da eficiência, previsto ao final do artigo 37 da Constituição Federal, que foi inserido ao texto constitucional posteriormente, através da Emenda Constitucional 19/98²⁹. O Princípio da eficiência é o que impõe à administração pública direta e indireta e a seus agentes a persecução do bem comum, por meio do exercício de suas competências de forma imparcial, neutra, transparente, participativa, eficaz, sem burocracia e sempre em busca da qualidade, rimando pela adoção dos critérios legais e morais necessários para melhor utilização possível dos recursos públicos, de maneira a evitarem-se desperdícios e garantir-se maior rentabilidade social (MORAES, 2002, p. 317).

Assim cabe ao agente público exercer suas funções com zelo e presteza funcional visando sempre o alcançar os objetivos de sua função o mais rápido possível e gastando o

²⁹ Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências.

mínimo de recursos públicos. Considera-se ainda eficientes iniciativas públicas que dentro da legalidade de sua função visem desburocratizar e agilizar a prestação do serviço.

Além dos princípios supracitados previstos no artigo 37 da CF/88, o ordenamento jurídico pátrio prevê diversas previsões de caráter principiológico e norteadores. Como o artigo 5º, caput, que prevê o princípio constitucional da igualdade, que assegura que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Vale ressaltar, que além da igualdade formal prevista em lei, não se pode olvidar da busca pela igualdade material, que assegura que devem ser tratadas de forma desigual, pessoas que se encontram em situações desiguais. Neste sentido, Santos (2003) pontua:

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (SANTOS, 2003. p.56).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) reforça a importância do princípio da igualdade ao afirmar em seu artigo primeiro, que todos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Nesse sentido, afirma Miranda:

O art. 1º da Declaração Universal precisa e explicita a concepção de pessoa da Constituição, recolhendo as inspirações de diversas filosofias e, particularmente, de diversas correntes jusnaturalistas: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade (MIRANDA, 1998, p.89).

Em decorrência do princípio da Igualdade, a CF/88 em seu artigo 194, § único, I traz o princípio da universalidade que dispõe que “compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento. ” Ficando a Administração Pública obrigada a permitir o mais amplo e abrangente acesso à saúde para todos os cidadãos, uma vez que como frisado anteriormente, a saúde é um direito de todos.

Importante destacar também o princípio da Proporcionalidade, também conhecido como razoabilidade, que deve ser utilizado quando há colisão entre os direitos e interesses legalmente protegidos, afim de se chegar à justa medida entre direitos individuais e sociais. Nas palavras de Guerra Filho (1997. p. 75) uma medida será adequada quando “se atinge o fim almejado, exigível, por causar o menor prejuízo possível e finalmente, proporcional em sentido

estrito, se as vantagens que trará superarem as desvantagens” Assim, tal premissa deve servir como critério de aferição de validade e imposição de limitações aos direitos fundamentais.

Ao analisarmos as políticas públicas, há que se levar em consideração o princípio da Reserva do Possível, que pode ser concebido partindo do pressuposto que “a efetividade dos direitos sociais e as prestações materiais estaria sob a reserva das capacidades financeiras do Estado, uma vez que seriam direitos fundamentais dependentes de prestações financiadas pelos cofres públicos. ” (SARLET; FIGUEIREDO, 2008, p.14). Assim não se pode olvidar que os direitos condicionados a prestação pelo Estado encontram limites nos recursos públicos disponíveis. Sendo assim ao pleitear o acesso à saúde (em seu sentido amplo) não se pode desconsiderar o erário.

Entretanto, não se pode banalizar tal princípio, uma vez que este não tem a finalidade de exonerar o Estado de suas obrigações amparados pelo argumento de falta de recursos. Nesta perspectiva, Portela explana:

É preciso ponderar, no entanto, que o princípio da reserva do possível não se reveste do caráter absoluto que alguns juristas pretendem atribuir-lhe, à consideração principal de que, sendo a saúde um direito que se relaciona com a garantia da vida e da dignidade humana, pertence ao Judiciário, no âmbito do controle do devido processo legal, de cunho substantivo, impedir que seja violado por meio de qualquer processo, por mais razoável que seja, e que fique à mercê dos poderes Legislativo e Executivo. Caso contrário, a reserva do possível significaria: a) a total desvinculação jurídica do legislador quanto à dinamização dos direitos sociais constitucionalmente consagrados; b) a ‘tendência para o zero’ da eficácia jurídica das normas constitucionais consagradoras dos direitos sociais; c) a gradualidade com dimensão lógica e necessária da concretização dos direitos sociais, tendo sobretudo em conta os limites financeiros; d) a insindicabilidade jurisdicional das opções legislativas quanto à densificação legislativa das normas constitucionais reconhecedoras de direitos sociais (PORTELA, 2010, p. 750-751).

Existe uma corrente doutrinária e jurisprudencial, que defende que o Estado deve garantir o "mínimo existencial", ou seja, os direitos básicos dos cidadãos, considerando sempre o binômio necessidade x possibilidade, tanto do Estado, quanto daquele que pleiteia a prestação estatal. É possível constatar que a efetivação do direito à saúde encontra diversos obstáculos, quais sejam: a ausência de recursos, bem como de ausência de políticas públicas ou de descumprimento das existentes (SILVA, 2006, p. 24).

Importante conquista a ser registrada é o princípio da proibição do retrocesso social (ou da irreversibilidade dos direitos fundamentais), que embora não esteja de forma explícita na Constituição Federal de 1988 já é reconhecido como uma vedação à supressão ou a redução de direitos fundamentais sociais a níveis inferiores aos já alcançados.

Tal princípio é reconhecido não apenas pelo ordenamento jurídica pátrio, o autor português Canotilho acresce:

Os direitos sociais e econômicos (ex.: direito dos trabalhadores, direito à assistência, direito à educação), uma vez obtido um determinado grau de realização, passam a constituir, simultaneamente, uma garantia institucional e um direito subjetivo. A proibição de retrocesso social nada pode fazer contra as recessões e crises econômicas (reversibilidade factiva), mas o princípio em análise limita a reversibilidade dos direitos adquiridos (ex. segurança social, subsídio de desemprego, prestações de saúde), em clara violação do princípio da proteção da confiança e da segurança dos cidadãos no âmbito econômico, social e cultural, e do núcleo essencial da existência mínima inerente ao respeito pela dignidade humana (CANOTILHO, 1998).

Desta forma, este princípio, pode ser entendido, como a resistência à reversibilidade de leis ou medidas do poder público que concederam benesses sociais e que posteriormente visem suprimir ou reduzi-las.

Ao percorrermos a evolução histórica da saúde pública no Brasil notam-se relevantes avanços, todavia ainda é latente a necessidade de democratizar o acesso integral à saúde, em todos as esferas e níveis de complexidade, independente de regionalismos e condições socioeconômicas, para a tutela real do direito fundamental à saúde. Para tanto, a saúde precisa ser pensada para além do aspecto meramente biológico, devendo ser vista também como um conjunto de fatores físicos, sociais, psíquicos que somam-se e estão intimamente atrelados a dignidade da pessoa humana e outros direitos fundamentais; devendo o Estado pautar suas condutas na legislação vigente e nos princípios norteadores, a fim de garantir o acesso de forma universal e igualitária à sua população.

3 POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

3.1 Políticas públicas

A palavra cidadania tem origem etimológica no latim *civitas*³⁰, que significa cidade, relacionando o indivíduo a ideia de pertencimento à uma comunidade politicamente articulada, assim a cidadania pressupõe a existência de uma comunidade política. Para Thomas Humphrey Marshall, sociólogo britânico, autor do clássico *Cidadania, Classe Social e Status* (1967), a cidadania é um status concedido a todos os membros integrantes de uma comunidade política. Contudo, sua concretização como condição real e status efetivo não se realiza apenas pela presença de um ente (Estado) que tem em seu aparato a materialização do poder centralizado e que, fazendo uso deste, contribuiu para fomentar os vínculos entre indivíduos e a construção da nação. Sendo assim Estado e cidadania são contra faces da mesma moeda, não existindo um sem o outro (FLEURY, 2008, p. 3).

A Constituição da República de 1988, é considerada por muitos a “Constituição Cidadã”, e um dos motivos para isto é o cenário de sua elaboração, o país passava por um processo de redemocratização pós ditadura militar e colhia os frutos do movimento da Reforma Sanitária. A atuação da sociedade civil e dos movimentos sociais tiveram impacto na formulação do texto constitucional. Especificamente no artigo 204³¹, inciso II, ficou determinado que nas ações governamentais da área da assistência social, será obrigatória a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. Permitir que a população possa participar do controle das políticas públicas é uma proteção social do exercício da cidadania.

Ao se pensar em política pública não se pode desconsiderar a função precípua da política que é “a de resolver conflitos entre indivíduos e grupos, sem que este conflito destrua um dos partidos em conflito” (SCHMITTER, 1979, p. 38) Assim o termo política pública é descrito por Secchi (2010, p. 124) como a “diretriz elaborada para enfrentar um problema público”. Mas

³⁰ De acordo com o Dicionário Origem da Palavra, disponível em www.origemdapalavra.com.br

³¹ Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:
II - Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

ao restringir o papel da política pública na solução de problemas, superestimam-se os aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas, uma vez que ignoram sua essência que é o embate em torno de ideias e interesses, além de excluir as possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre governo e outras instituições e grupos sociais (SOUZA, 2006, p 26)

Somam-se conceitos na tentativa de definir o que é política pública. Para muitos autores, a definição clássica e mais aceita é atribuída ao cientista político americano Theodore Lowi, (1972, p. 298) que entende a política pública como “regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas”.

Já em um contexto de Estado contemporâneo, Bucci (2006, p. 39) conceitua as políticas públicas como programas de ação governamental formulados com o objetivo de coordenar os meios disponíveis ao Estado e as atividades de ordem privada, voltadas ao atendimento das necessidades socialmente relevantes e politicamente determinadas. A fim de que sejam alcançados os direitos sociais declarados e garantidos em lei; é mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta às demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual (CUNHA; CUNHA, 2002, p. 12).

A atuação estatal é essencial e indispensável na elaboração e no planejamento das políticas públicas, uma vez que o Estado é o sujeito ativo das políticas públicas, seja através da Administração Direta, seja através da Administração Indireta (Autarquias, Empresas Públicas, Sociedades de Economia Mista ou Fundações) ou ainda através dos demais poderes estatais constituídos (legislativo e judiciário). É o Estado, através dos seus Poderes constituídos, que tem a competência constitucional para dar o impulso oficial para elaboração das políticas públicas. O próprio termo “políticas públicas” pressupõe a participação estatal voltada ao interesse público (AITH, 2006, p. 418). Assim as políticas públicas podem ser vistas como uma das formas contemporâneas de poder estatal (DI GIOVANNI, 2009, p.2).

O objetivo das políticas públicas é dar uma resposta às demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil através da pressão e mobilização social. Visam ampliar e efetivar direitos de cidadania, também gestados nas lutas sociais e que passam a ser reconhecidos institucionalmente. Outras políticas objetivam promover o desenvolvimento, criando alternativas de geração de emprego e renda como forma compensatória dos ajustes criados por

outras políticas de cunho mais estratégico (econômicas). Ainda outras são necessárias para regular conflitos entre os diversos atores sociais que, mesmo hegemônicos, têm contradições de interesses que não se resolvem por si mesmas ou pelo mercado e necessitam de mediação. (TEIXEIRA, 2002, p. 3)

Importante destacar que as políticas públicas também podem ser executadas em conjunto e parceria com a sociedade civil organizada, ou seja o governo federal, estadual e municipal podem desenvolver suas políticas de forma autônoma ou através de parcerias firmadas com a sociedade civil.

Uma das mais conhecidas tipologias sobre política pública, foi desenvolvida por Lowi e elaborada através da máxima: “a política pública faz a política”. Com isto Lowi quis dizer que cada tipo de política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas (SOUZA, 2006, p.28).

Seguindo a definição de Lowi, existem quatro tipos de políticas públicas: o primeiro é o das políticas distributivas cuja função é distribuir certos serviços, bens ou quantias a uma parcela da população, gerando impactos mais individuais do que universais, de acordo com a necessidade deste público alvo. O segundo é o das políticas redistributivas, que são políticas sociais universais, que visam redistribuir bens, serviços ou recursos para uma parcela da população, retirando o dinheiro do orçamento de todos, como por exemplo o sistema tributário e o previdenciário. O terceiro é o sistema das políticas regulatórias, que estabelecem regras para padrões de comportamento. E por fim o das políticas constitutivas, que lidam com procedimentos, definem competências, regras de disputa política e da elaboração de políticas públicas, que para Secchi (2012, p.18): São as chamadas *meta-polícies*, porque se encontram acima dos outros três tipos de políticas e comumente moldam a dinâmica política nessas outras arenas.

A política pública tem como fundamento basilar a supremacia do interesse público, isto é, o interesse social, o bem de todos, devendo ser instrumento para a consecução dos direitos sociais. Neste sentido Pereira (2009, p. 95-96), destaca algumas características das políticas públicas:

- a) Constitui um marco ou linha de orientação para a ação pública, sob a responsabilidade de uma autoridade também pública [...] sob o controle da sociedade.
- b) Visa concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis. Ou melhor, os direitos sociais declarados e garantidos nas leis [...] só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas, as quais, por sua vez, operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços.
- c) Guia-se pelo princípio do interesse comum, ou público, e da soberania popular, e não do interesse particular e da soberania dos governantes.
- d) Deve visar à satisfação das

necessidades sociais e não da rentabilidade econômica privada, ou, [...] das necessidades do capital. (PEREIRA, 2009, p. 95-96)

O dever do estado de assegurar aos cidadãos direitos como: educação, segurança pública, esporte, cultura, saúde é efetivado por meio da implementação das políticas públicas; são elas que operacionalizam e permitem a efetivação do direito tutelado. Dito de outra maneira, as Políticas Públicas são a totalidade de ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público (CALDAS, 2008, p.5).

A política pública, devidamente recortada em relação ao entorno institucional e social, como tipo ideal, deve ser considerada o arranjo institucional hábil a produzir um encadeamento de ações, organizado em função de um regime de efeitos. Em outras palavras, ações que produzem diretamente efeitos sobre outras relações jurídicas ou que geram os pressupostos para a produção dessas novas relações, conexas com as primeiras, de modo que a direção estratégica possa desenrolar-se ao longo de uma cadeia jurídica extensa, que crie uma teia de vinculações ordenadas entre diversos atores sociais ao longo de um período de tempo abrangente o suficiente para a percepção social (mais do que jurídica) de seus efeitos (BUCCI, 2014, p.257).

Para a elaboração de uma política pública, uma das abordagens é a Teoria dos Sistemas Políticos, que norteia o agente desde a identificação do problema até à formulação e implementação de uma política com vista a solucioná-lo. Este modelo de análise das políticas públicas foi criado e desenvolvido por Harold Lasswell (1951). Apesar de receber algumas críticas, o modelo continua a ser muito utilizado no estudo do *policy-making*³² (HILL, 2009, p. 143).

Esta abordagem propõe em suma que o processo de formação das políticas públicas obedeça as seguintes fases: (1) identificação do problema, (2) agendamento, (3) formulação, (4) implementação e; (5) avaliação da política, como demonstrado na figura 3 a seguir:

³² Elaboração de políticas.

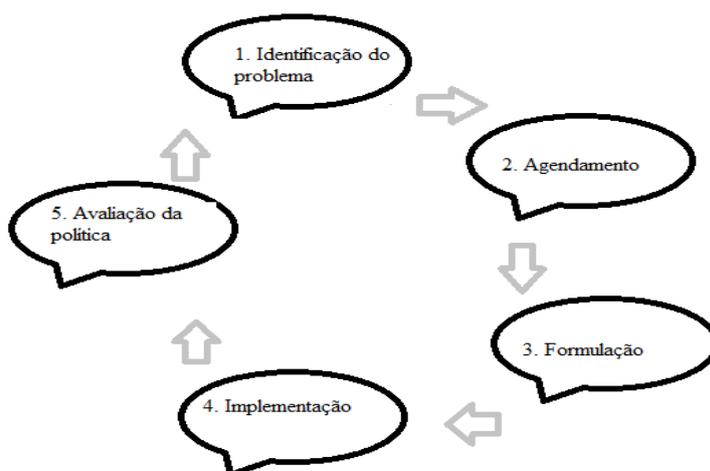


Figura 3 - Processo de formação das políticas públicas. Fonte: Compilação dos dados pela autora.

A fase inicial da formulação das políticas públicas é o momento de “identificação do problema” pelo poder público; após tomar ciência este realiza o diagnóstico e avalia a necessidade de agir. Como vimos, a competência constitucional para dar o impulso oficial para elaboração das políticas públicas é do ente público. Todavia devido a restrições orçamentárias é necessário analisar a viabilidade financeira e legal da elaboração da política em questão.

Identificado o problema, a fase do agendamento, mostrará qual é a percepção dos poderes públicos, num momento concreto, sobre o que deve ser resolvido. Na formação do programa ou agenda de ação dos poderes públicos num determinado momento se concentra toda a complexa problemática de definição dos problemas, agregação de interesses e sua representação e organização (SUBIRATS, 2007, p. 199). O agendamento de uma política é o momento onde são listados os problemas e questões a serem consideradas pelo governo ou outros atores relevantes no processo de decisão. O governo não pode prestar atenção e considerar todos os problemas de determinada sociedade, por outro lado, nem todas as ideias ou questões entram na agenda e nem todos os temas da agenda se convertem em medidas de política (PARADA, 2004; SUBIRATS, 2007, p.67).

Uma vez identificado o problema e desenvolvidas alternativas de resolução do mesmo, passa-se para a terceira fase - a da formulação da política - que é a fase final do processo decisório. Projetar as alternativas que os decisores irão considerar irá influenciar diretamente a política final escolhida (SIDNEY, 2007, p.79).

A fase da implementação representa a concretização prática das decisões nas fases precedentes. A implementação de uma política pública consiste em planejar, estruturar a

máquina pública e provisionar todos os insumos necessários a execução (RONCARATTI, 2008, p.38).

Por fim, a última fase, será a avaliação dos efeitos produzidos pelas políticas públicas, através dos indicadores de eficiência, eficácia e efetividade. Segundo Roncaratti (2008, p. 42) esta fase é momento de realizar: “o exame objetivo, sistemático empírico dos efeitos da política pública sobre suas metas em termos de objetivos que pretendiam alcançar. ” Ante a avaliação, o gestor público pode optar pela continuidade da política pública, pela sua reestruturação ou por sua extinção.

Formular e implementar políticas é a essência da atividade do Estado. A formulação de uma política é uma operação abstrata: implica em definir o sentido que deverá ter a ação. Contém, desse modo, elementos normativos e prescritivos dos quais resulta uma visão sobre um futuro desejável. Entre a formulação e a ação situa-se a distância entre o abstrato e o concreto. O processo de concretização da política implica, entretanto, na intervenção de uma cadeia de atores cujo comportamento vai desagregando - e, em seguida, materializando - a política. Estabelecer se esta foi implementada - isto é, se a cadeia de comportamentos conduz a resultados previstos - requer a reagregação das ações atomizadas para recuperar seu sentido, para restabelecer o vínculo entre a práxis e a norma, entre a ação e a formulação (OSZLAK, 1982, p.27).

As políticas públicas podem ser vistas um processo dinâmico, de negociações, pressões, mobilizações, alianças ou coalizões de interesses; que compreende a formação de uma agenda que pode refletir ou não os interesses dos setores majoritários da população, a depender do grau de mobilização da sociedade civil para se fazer ouvir e do grau de institucionalização de mecanismos que viabilizem sua participação. É preciso entender composição de classe, mecanismos internos de decisão dos diversos aparelhos, seus conflitos e alianças internas da estrutura de poder, que não é monolítica ou impermeável às pressões sociais, já que nela se refletem os conflitos da sociedade (TEIXEIRA, 2002, p.5).

As políticas públicas devem sempre voltar-se às obrigações primárias do Estado, e serão sempre elaboradas e planejadas dentro dos critérios definidos pelo ordenamento jurídico. Tal formatação das políticas públicas é fundamental para que seja possível um controle jurídico-social das políticas públicas que vierem a ser implementadas (AITH, 2006, p. 418).

3.2 Políticas públicas de saúde

Umbilicalmente ligado à noção de dignidade da pessoa humana está o direito à vida. A vida enquanto direito fundamental básico não deve ser analisada apenas pela ótica biológica. Daí a concepção de que o direito à vida deve ser analisado sob um duplo enfoque, qual seja: o direito à vida em si mesma (direito de estar vivo) e o direito à vida digna (com condições mínimas de existências) (FERNANDES, 2013, p.181).

E não há dissociar a manutenção da vida humana com condições mínimas de existência sem o direito à saúde. E como visto, a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve garanti-la por meio de políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Entende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (*politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). Enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas (PAIM, TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Para Organização Mundial de Saúde (OMS) política de saúde, pode ser conceituado como:

Um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. [...] Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um sistemático processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (OMS, 1998, p.10).

Segundo dados da OMS os gastos *per capita* com saúde pública no Brasil são consideravelmente inferiores, quando comparado aos outros países. Os Estados Unidos da América, por exemplo, em 2011, gastaram \$3.954,20 dólares internacionais per capita em saúde pública, enquanto o Brasil gastou apenas \$477,00. Outros países como Canadá, Japão e

Argentina gastaram, no mesmo ano, respectivamente \$3.182,60, \$2.539,60 e \$869,40 dólares internacionais per capita (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Neste ponto, vale diferenciar a forma de prestação dos serviços de saúde de acordo com o modelo adotado pelo país. Nos países onde a concepção de Estado mínimo foi assimilada, a saúde é vista como uma mercadoria e o usuário como consumidor. Nestes, o acesso aos serviços se dá pelo asseguramento ou desembolso direto, nos moldes do que vigora nos Estados Unidos da América (EUA). Nos países onde se manteve o princípio da solidariedade e o conceito de cidadania, foram estruturados modelos, como o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, que garantem o acesso universal e a assistência integral. Entre os dois extremos formaram-se modelos intermediários, que variam no nível de acesso e na amplitude da cobertura, assim como nas modalidades de afiliação aos seguros e no grau de integração entre o setor público e o setor privado para a prestação de serviços (LEVINO, CARVALHO, 2011, p.493).

No Brasil, o dever de proteção à saúde é prioritariamente do Estado, aqui compreendido em sentido amplo, abrangendo todos os seus níveis, isto é, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cada um na medida de suas atribuições e competências legais. E o artifício institucional para que o direito social saia do mero plano de intenções e seja efetivado são as políticas públicas.

Na área da saúde, são inúmeros exemplos de políticas públicas, a fim de aclarar a discussão podemos listar algumas como: o programa federal Mais Médicos, lançado em 2013, com o objetivo de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades brasileiras, vindo a ser substituído em 2019 pelo programa Médicos pelo Brasil. As campanhas preventivas do Ministério da Saúde, como o setembro amarelo de prevenção ao suicídio, o outubro rosa de prevenção ao câncer de mama e o novembro azul visando a prevenção do câncer de próstata. Os programas de combate as drogas e uso excessivo de álcool. As campanhas de vacinação para erradicar ou preservar uma erradicação de uma doença em determinado grupo populacional. O Instituto Trata Brasil, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), formado por empresas com interesse nos avanços do saneamento básico e na proteção dos recursos hídricos do país. O programa Saúde da Família que passou a ser intitulado Estratégia de Saúde da Família, o qual será esmiuçado posteriormente.

A cerca deste tema, explana AITH:

No Brasil, podemos afirmar que as atividades de elaboração, planejamento, execução e financiamento das políticas públicas realizam-se, em geral, através de instrumentos normativos, tais como Leis, Decretos, Portarias, Resoluções das Agências Reguladoras, dentre outros existentes no ordenamento jurídico. São exemplos desse fenômeno de normatização das políticas públicas na área da saúde a Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Medicamentos ou a Política Nacional de Vigilância Sanitária. Compete portanto, ao Estado, elaborar e planejar as políticas públicas de acordo com as diretrizes da Constituição Federal e dentro dos critérios definidos pelas suas normas (AITH, 2006, p.418).

Em se tratando de direitos sociais, a prestação estatal representa verdadeiramente a substância, o núcleo, o conteúdo essencial do direito. Em casos como o direito à assistência gratuita para a saúde, a intervenção estatal acontece todas as vezes que o direito é exercido e a não prestação desse serviço pelo Estado pressupõe automaticamente a denegação do direito (PELÁEZ,1981, p.21). Santos complementa ainda que:

O fortalecimento do poder local e a participação política dos coletivos sociais na promoção da saúde encontra-se presente como ideário a alcançar nos projetos apresentados pelos movimentos sociais e as práticas que se verificam no nível local, integrando o cotidiano das pessoas, organizações e movimentos sociais definem o contexto no qual são construídos o significado e o sentido da promoção da saúde (SANTOS, 2012, p. 32).

Cumprir destacar, que as políticas públicas sanitárias, estão elencadas não apenas na Constituição Federal e na lei *stricto sensu*, mas também em um arcabouço legislativo infra legal que operacionalizam os resultados almejados pela política pública, que devem ser elaboradas sob as perspectivas tanto preventiva quanto assistencial.

Tradicionalmente, as políticas sociais abrangem as áreas da saúde, previdência e assistência social, que são os campos clássicos do bem-estar social, além de outros campos como a educação e habitação. Cada uma delas está voltada para a proteção coletiva contra riscos específicos e, portanto, possuem aspectos singulares de elaboração, organização e implantação, assim como diferem em termos de técnicas, estratégias, instrumentos e objetivos específicos almejados. Esses aspectos da dinâmica de cada uma das áreas da política social são complexos e de extrema importância no desenvolvimento dos sistemas de proteção social, uma vez que são nesses aspectos que os sistemas adquirem forma concreta e agem diretamente sobre a realidade social (FLEURY, 2008, p. 16).

3.3 SUS: a principal política de estado para a saúde pública no Brasil

A priori, torna-se importante destacar que ao afirmar que o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de estado de saúde pública, isto quer dizer que diferentemente das políticas de governo, o SUS independe de agenda política e de alternância de poder, sua manutenção está ligada ao Estado e não ao governo (político-partidário). Assim sendo, independentemente do representante que esteja à frente do Poder Executivo sua independência e atuação devem ser assegurados.

Conceito que se extrai da concepção de AITH (2006, p.235), que a fim de diferenciar uma política de Estado de uma política de governo, entende como necessário a conjugação dos seguintes fatores: I) objetivos da política pública. II) a forma de elaboração, planejamento e execução dessa política pública; e por fim, III) a forma de financiamento da política pública. A política de Estado deve ser analisada a partir do enfoque dos fins do Estado, ou seja, da organização política e social. Por sua vez, as políticas de governo são pontuais, voltadas à promoção e proteção dos direitos humanos, são dotadas de uma maior flexibilização e de maior especificidade em seus objetivos e utilizam a estrutura estatal já existente para serem desenvolvidas e podem ser delegadas, interrompidas e sofrer variação de governo para governo.

No Brasil, a proteção sanitária foi instaurada como política de governo e hierarquizadas de três formas – hoje clássicas – de prevenção: a primária, que se preocupa com a eliminação das causas e condições de aparecimento das doenças, agindo sobre o ambiente (segurança nas estradas, saneamento básico, por exemplo) ou sobre o comportamento individual (exercício e dieta, por exemplo); a secundária ou prevenção específica, que busca impedir o aparecimento de doença determinada, por meio da vacinação, dos controles de saúde, da despistagem; e a terciária, que visa limitar a prevalência de incapacidades crônicas ou de recidivas (DALLARI, 2003, p.39).

De antemão, podemos destacar os três princípios que compõe a base cognitiva da nossa principal política sanitária, o SUS: a *universalidade do acesso*, intimamente ligada ao princípio da igualdade, que nos dizeres do artigo 196, assegura que saúde é um direito de todos, não possuindo caráter contributivo e sendo vedada discriminação de qualquer natureza.

A *integralidade*³³ da assistência, também prevista no texto constitucional supracitado, que assegura que o SUS deve englobar diversas dimensões de cuidado, incluindo ações e

³³ Originalmente, a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*.

serviços articulados para promoção, proteção e recuperação da saúde, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema. O sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados. O caráter sistêmico e integral do conjunto das intervenções contribui para assegurar maior efetividade, pois atua sobre as manifestações fenomênicas (nós críticos e acumulações), assim como sobre as regras básicas (PAIM, SILVA, 2010, p.2).

E por fim o princípio da *equidade no atendimento* que no acesso as ações e aos serviços de saúde traduz o debate relativo à igualdade e a justiça, e justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (VASCONCELOS, PASCHE, 2006, p. 535). Assim a equidade implica na tentativa de diminuição das diferenças socioeconômicas ao mínimo possível.

A reforma sanitária brasileira, que teve início na década de 1980, como desdobramento de um debate amplo que envolveu a sociedade civil organizada, a comunidade técnico-científica e a esfera governamental, resultando na proposta do SUS incorporada à plataforma política do movimento que defendia a redemocratização do país. Contrariando a tendência neoliberal, os preceitos do novo sistema de saúde foram introduzidos na constituição promulgada em 1988, passando a ser reconhecidos como um direito de todos: a universalidade do acesso, a equidade no atendimento e a integralidade da assistência (LEVINO, CARVALHO, 2011, p.493).

Além dos três princípios norteadores o SUS possui três diretrizes, que visam definir rumos e estratégias de organização para o Sistema, para que seja possível alcançar seus objetivos. As diretrizes são: a *descentralização com direção única em cada esfera de governo*, o que permite a distribuição das responsabilidades quanto as ações e serviços de saúde entre os entes federativos, assim cada esfera governamental conta com comando único correspondente: a) no âmbito da União, o Ministério da Saúde, b) no âmbito estadual e no Distrito Federal, à Secretaria Estadual / Distrital de Saúde e c) no âmbito municipal, à Secretaria Municipal de Saúde. O *atendimento integral* com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a *participação da comunidade*, que permite uma gestão democrática e participativa.

Dessa forma, para que seja assegurado o direito constitucional à saúde, o Estado deve formular e implementar políticas públicas e prestar serviços contínuos e articulados, que garantam o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade e de acordo com estas diretrizes. No Brasil o principal instrumento de

operacionalização do direito à saúde é o Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas leis federais 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que disciplinam o disposto no artigo 198³⁴ da Constituição Federal.

A Lei 8.080/90 conceitua o Sistema Único de Saúde em seu artigo 4º, como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). O parágrafo primeiro, do mesmo artigo prevê que estão incluídas no disposto deste artigo, as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

O Sistema Único de Saúde é a instituição jurídica mais importante do Direito Sanitário. Podemos conceituá-lo como a instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil. (AITH,2006, p.381) O SUS integrado de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, constitui o meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde que tem no polo ativo qualquer pessoa e comunidade, já que o direito à promoção e à proteção da saúde é também um direito coletivo (SILVA, 2012, p.831).

Após a promulgação das Leis Orgânica da Saúde, foram editados outros diplomas normativos afins de regular e operacionalizar o SUS. Em 1996 foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (NOB/SUS 01/1996), todavia sem muitas disposições práticas. Em, 1998, a Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, do Ministério da Saúde, trouxe um manual de organização da atenção básica do Sistema Único de Saúde, que a definiu como um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 1998).

Em 2002 o Ministério da Saúde considerando que a área de Urgência e Emergência constitui importante componente da assistência à saúde promulgou a Portaria nº 2048, que

³⁴ 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.

propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a triagem classificatória de risco. De acordo com esta Portaria, este processo deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento (BRASIL, 2002). Importante destacar que tal classificação não pressupõe exclusão do paciente menos grave e sim a estratificação do atendimento, a fim de garantir um atendimento mais rápido, efetivo e humanizado.

Posteriormente o Decreto nº 7.508³⁵, de 28 de junho de 2011, estabeleceu em seu artigo 5º, a criação das Regiões de Saúde, que para ser instituída deve conter no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011). Veremos a diante que o município de Foz do Iguaçu -PR, é sede da 9ª Regional de Saúde, abrangendo mais oito municípios paranaenses.

Conclui-se que o Estado desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema, que destina recursos importantes do orçamento público para a manutenção das políticas sociais. Os recursos do sistema são repartidos na medida em que as despesas são cobertas com recursos que são arrecadados periodicamente (FLEURY, 2008, p.13). E no Brasil, o principal instrumento responsável por operacionalizar as políticas de saúde é o SUS.

3.3.1 Estratégia de Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. (BRASIL, 2010, p.22) Assim o PSF surge no Brasil como um artifício de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o

³⁵ Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresentou como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA, LABATE, 2005, p.1.028).

No ano de 2006, por meio da Portaria nº 648, o PSF deixou de ser um programa e passou a ser uma estratégia permanente na atenção básica em saúde, uma vez que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser intitulado como: Estratégia Saúde da Família - ESF.

O PSF, hoje “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), foi oficializado pelo Ministério da Saúde (na época Fundação Nacional de Saúde) em março de 1994, após todo um processo de discussão iniciado em reunião realizada em dezembro de 1993 em Brasília, motivada pelo Sr. Luiz Odorico Monteiro, então secretário municipal de Saúde da cidade de Quixadá, estado do Ceará. Nesta ocasião o Ministério institucionalizou as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já se vinham desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país, com destaque para o estado do Ceará onde essa prática foi transformada em uma política estadual. O Ministério da Saúde percebeu a partir da experiência acumulada nesse estado que os Agentes Comunitários de Saúde poderiam ser peça importante para a organização da atenção básica nos municípios (ANDRADE, 2007, p. 88-89).

Os problemas da saúde pública brasileira, dispensam -infelizmente- exaustão argumentativa. A fim de modificar tal realidade o Ministério da Saúde definiu a Estratégia da Saúde da Família, como um meio que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Sob essa ótica, a ESF objetiva a reversão do modelo assistencial vigente. Só sendo possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios (BRASIL,1997, p. 8).

Como se pode ver a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país. Junior et al. (2013 p. 434) complementa a definição da Atenção Primária à Saúde (APS), segundo ele é:

Um conjunto de ações em saúde desempenhadas para a promoção da saúde da família, é algo complexo e que demanda intervenções amplas em múltiplas facetas da realidade, para que se possa obter efeito positivo sobre a saúde e a qualidade de vida da população, o que é comprovado por meio de evidências em diversos países do mundo (JUNIOR et al., 2013, p.434).

Esse movimento de “olhar a família” se deu em muitos países e a formulação do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. Embora tenha sido rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, já fugia à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (ROSA, LABATE, 2005, p.1.030).

Lembrando que o instituto “família”, deve ser analisada com fulcro na concepção moderna e pluralista do termo; que contempla todos os modelos de família existentes, tendo como elemento basilar o *afectio*. Nas palavras de Dias:

É necessário ter uma visão pluralista da família que abrigue os mais diversos arranjos familiares, devendo-se buscar o elemento que permite enlaçar no conceito de entidade familiar todos os relacionamentos que têm origem em um elo de afetividade, independentemente de sua conformação. Esse referencial só pode ser identificado no vínculo que une seus integrantes. É o envolvimento emocional que leva a subtrair um relacionamento do âmbito do direito obrigacional - cujo núcleo é a vontade - para inseri-lo no direito das famílias, que tem como elemento estruturante o sentimento do amor que funde as almas e confunde patrimônios, gera responsabilidades e comprometimentos mútuos. Esse é o divisor entre o direito obrigacional e o familiar: os negócios têm por substrato exclusivamente à vontade, enquanto o traço diferenciador do direito da família é o afeto. A família é um grupo social fundado essencialmente nos laços de afetividade após o desaparecimento da família patriarcal, que desempenhava funções procriativas, econômicas, religiosas e políticas (DIAS, 2015, p.133)

A Atenção Primária, especialmente na figura da Estratégia Saúde da Família, oferta o cuidado longitudinal às populações e é a porta de entrada preferencial nas redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar, social, econômico e cultural.

A Portaria nº 2.436³⁶, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde – RAS. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Por meio desta portaria ficou definido os três tipos de equipe que irão atuar na Atenção Básica: Equipe de Saúde da Família (ESF): como sendo a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A Equipe da Atenção Básica (EAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (EAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (EAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário. E equipe de Saúde Bucal (ESB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal (BRASIL, 2017).

As equipes da ESF são compostas no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo (artigo 7º): apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica; garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS; contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica; assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e

³⁶ Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ordenado às ações e serviços de saúde do SUS; estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica; desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais; garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo; desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes; planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios; estimular a participação popular e o controle social; adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade; dentre outras atribuições.

A portaria define ainda os princípios e diretrizes que deverão orientar a Atenção Básica. São eles: o princípio da Universalidade que possibilitam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

O princípio da Equidade: que objetiva ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

E o princípio da Integralidade: que pode ser definido como o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adstrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

E como diretrizes: a Regionalização e Hierarquização que considera as regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

A Territorialização e Adstrição: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e inter-setoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adstritos a ele. O cuidado Centrado na Pessoa: apontando para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

A Resolutividade: reforça a importância de a Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

De acordo com PNAB/2017 o financiamento da Atenção Básica, seria feito através do repasse do governo federal aos municípios, por meio de dois tipos de recursos: o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável. Assim era composto pelo componente fixo, calculado pelo número de habitantes de um município, e outro componente variável associado ao incentivo de políticas prioritárias. O PAB modifica a lógica de pagamento, que até então era baseado no número de procedimentos realizados (MASSUDA,2020). Todavia no ano de 2019, houve uma nova mudança no modelo de financiamento da Atenção Primária, instituída pela Portaria nº 2.979³⁷, de 12 de novembro de 2019.

³⁷ Instituiu o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária /à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Assim até 31 de dezembro de 2019, o PAB Fixo era obtido multiplicando a população residente do município pelo valor per capita que varia entre R\$ 23 e R\$ 28. Para esse cálculo, é usada a estimativa populacional de 2016 do IBGE e a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com os seguintes indicadores: PIB per capita, percentual da população com plano de saúde, percentual da população com Bolsa Família, percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica. O PAB Variável dependia de credenciamento e implantação de estratégias e programas, tais como Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Resumidamente, o financiamento do PAB era baseado na lógica per capita populacional e por adesão de estratégias.

Já o novo modelo de financiamento de custeio da APS, é um modelo misto de pagamento que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Sendo a capitação ponderada um tipo de repasse calculado com base no número de pessoas cadastradas e sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária credenciadas, que considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município. Para o pagamento por desempenho, serão considerados os resultados dos indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES, que deverão registrar e enviar seus dados e informações de produção. E o incentivo para Ações Estratégicas, que para fins de cálculo para a definição dos recursos financeiros para incentivo para ações estratégicas deverá considerar: as especificidades e prioridades em saúde; os aspectos estruturais das equipes; e a produção em ações estratégicas em saúde (BRASIL,2019).

Segundo dados³⁸ oferecidos pelo município de Foz do Iguaçu, uma vez que a mudança na forma de financiamento da APS, por meio do PAB, ocorreu durante a pandemia do novo Coronavírus (Sars-CoV-2), não é possível afirmar que tal mudança tornou a ESF mais ou menos eficiente.

E que caso o estrangeiro tenha cartão SUS, seu atendimento é contabilizado para fins do cumprimento das metas e é levado em consideração na projeção orçamentaria anual.

³⁸ Os questionamentos enviados à Diretoria de Atenção Primária à Saúde, encontram-se anexos ao texto (ANEXO II).

Não é novidade a utilização de capitação e avaliação de desempenho para remuneração de serviços nos sistemas públicos de saúde no mundo. Entre os países, a Inglaterra se destacou por ter realizado uma ampla reforma no Sistema Nacional de Saúde, adotando esses instrumentos para o pagamento de serviços de APS. O modelo inglês foi citado como referência para a elaboração da nova política de financiamento da APS no Brasil. No entanto, existe uma diferença fundamental. Ao invés de utilizar a capitação e a avaliação de desempenho para remuneração de serviços, esses instrumentos passaram a ser critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, que tem por finalidade subsidiar o financiamento de sistemas locais de saúde – dado que o SUS é descentralizado e quem paga pelos serviços de APS são os municípios (MASSUDA, 2020, p.1.185).

Além do instituído pela PNAB, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da portaria nº 154³⁹ de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família. Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família – ESF (BRASIL, 2008).

Os NASF podem ser classificados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal. O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. E o NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008).

³⁹ Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a implantação da ESF propiciou avanços consistentes no aumento da cobertura de serviços de APS no Brasil. Do ano de 1998 a 2018, a ESF foi adotada por mais de 95% (noventa e cinco por cento) dos municípios brasileiros e o número de equipes cresceu de 2 mil para 43 mil, passando a cobrir cerca de 130 milhões de pessoas, o equivalente a 62,5% da população brasileira (BRASIL, 2015).

3.4 O Judiciário brasileiro e as políticas públicas de saúde

Não se pode olvidar que a mudança no modelo assistencial passa por um processo de ruptura com o modelo Tecnicista e Hospitalocêntrico. O modelo anterior tinha ênfase no biologismo, ou seja, a assistência à saúde e a doença era analisado por aspectos individuais e biológicos, tendo o foco centrado na figura do médico. Diferentemente do que ocorre no modelo sanitário, atualmente adotado, que não trata mais a saúde como uma mercadoria e foca nas ações preventivas. Todavia é inerente a processos de ruptura de modelos vigentes a resistência de alguma parte envolvida. Para tanto, a fim de evitar que as políticas públicas de saúde não sejam efetivamente cumpridas o Poder Judiciário é habitualmente acionado.

A CF/88 traz o princípio da separação de poderes logo em seu artigo 2º, *in literis* “são poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.” E reforça sua importância no artigo 60, §4º ao incluir a separação dos poderes no rol das cláusulas pétreas, isto é, não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir a separação dos poderes. Nas palavras de Canotilho (1988, p.244) o princípio da separação dos poderes “apresenta uma dupla dimensão se por um lado traça a ordenação e a organização dos poderes constituídos – dimensão positiva; por outro fixa limites e controles – dimensão negativa- em sua dinâmica com os demais.”

Não obstante, a separação e autonomia dos poderes não pode ser concebida como supremacia absoluta dos poderes; para tanto existe o controle recíproco entre eles – o mecanismo de freios e contrapesos (*checks and balances*). Isto é, cabe a cada um o dever de fiscalizar e controlar os demais poderes a fim de evitar abusos e ilegalidades.

Assim é oportuno ressaltar a bem constante discussão sobre o controle de políticas públicas, como resultado do desenvolvimento das ideias de “judicialização da política” (ou politização da justiça), segundo as quais se admite o que se tem denominado “ativismo judicial”, propiciando a intervenção do Judiciário em áreas típicas de gestão administrativa, em virtude da reconhecida ineficiência da Administração. (CARVALHO FILHO, 2010). É indubitável que

há limitações orçamentárias do Estado em relação ao espectro de necessidades de toda a população brasileira. Esta realidade não é exclusiva do nosso país, segundo a OMS⁴⁰ o aumento dos gastos em saúde tem ocorrido num patamar superior ao crescimento do produto interno bruto dos países.

A cerca deste tema, pontua Abramovich:

Além das múltiplas dificuldades teóricas e práticas que se apresentam para a articulação de ações coletivas, muitas vezes o descumprimento do Estado pode se reformular, mesmo em um contexto processual tradicional, em termos de violação individualizada e concreta, e não de forma genérica. A violação geral do direito à saúde pode se reconduzir, ou se reformular, mediante a articulação de uma ação particular liderada por um titular individual que alegue uma violação ocasionada pela falta de produção de uma vacina; pela negação de um serviço médico do qual dependa sua vida ou sua saúde; pelo estabelecimento de condições discriminatórias no acesso à educação ou à moradia; ou ainda por pautas não-razoáveis ou discriminatórias no acesso a benefícios de assistência social (por exemplo, a proibição de estender a imigrantes ilegais os benefícios de um programa de medicamentos para tratamento da aids). A habilidade do questionamento fundamentar-se-á na descrição inteligente das violações de obrigações positivas e negativas, ou então na demonstração concreta das consequências da violação e uma obrigação positiva baseada em um direito econômico, social e cultural, sobre o gozo de um direito civil e político. (ABRAMOVICH, 2005, p.202)

Outra importante garantia constitucional é a do acesso à justiça, prevista no artigo 5, inciso XXV, da Constituição Federal, que assegura que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito”. Somado tais fatores, o Poder Judiciário vem se deparando com o constante aumento das ações judiciais que pleiteiam do poder público a efetivação do direito à saúde, tendo como objeto destas ações o pleito por vagas em hospitais, leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), fornecimento de medicamentos, insumos, tratamentos médicos, dentre outras demandas.

Vale lembrar que todos os atos administrativos podem submeter-se à apreciação judicial de sua legalidade, e esse é o natural corolário do princípio da legalidade. (CARVALHO FILHO, 2010, p.56). Todavia o controle judicial deve ater-se aos aspectos de legalidade dos atos administrativos, não podendo estender-se a valoração da conduta do administrador público. Neste sentido o STJ ao apreciar a matéria entende que se tratando de ato discricionário, se não houver sob o aspecto formal nenhum defeito que macule o ato, o Judiciário não pode adentrar

⁴⁰ *World Health Organization (WHO). Public spending on health: a closer look at global trends. Geneva: WHO; 2018.*

nos critérios de conveniência e oportunidade que inspiraram a conduta do administrador (RMS nº11.050-RJ⁴¹).

Ao passo que as demandas judiciais representam um importante meio de exercício da cidadania e possibilitam a efetivação do acesso à saúde, por outro lado impactam diretamente na Administração Pública, uma vez para materializar direitos sociais o Estado depende de recursos públicos volumosos e critérios para racionalizar a prestação de acordo com o binômio: necessidade x possibilidade.

Em recente estudo⁴² realizado pelo Instituto de Ensino e Pesquisa (Insper), a pedido do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), verificou-se um pouco da dimensão do quantitativo de ações judiciais no sistema de saúde público e privado do Brasil. De acordo com o Insper, em uma década (de 2008 a 2017) o número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130%, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50% no período. Vejamos os gráficos a seguir (figuras 4 e 5) que demonstram o aumento da quantidade de processos relativos à saúde, em primeira e segunda instância:

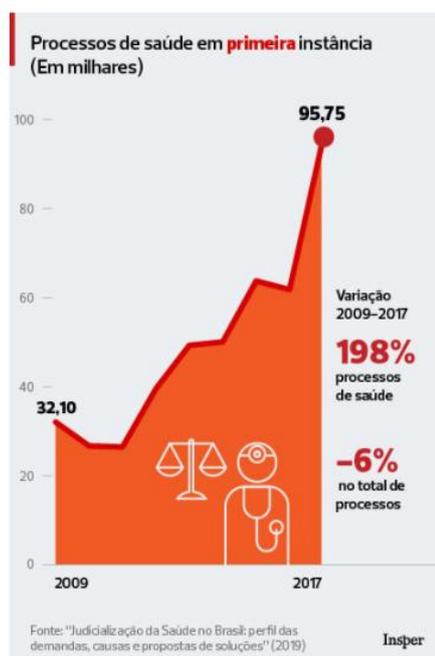


Figura 4. Processos de Saúde em Primeira Instância

Fonte Insper

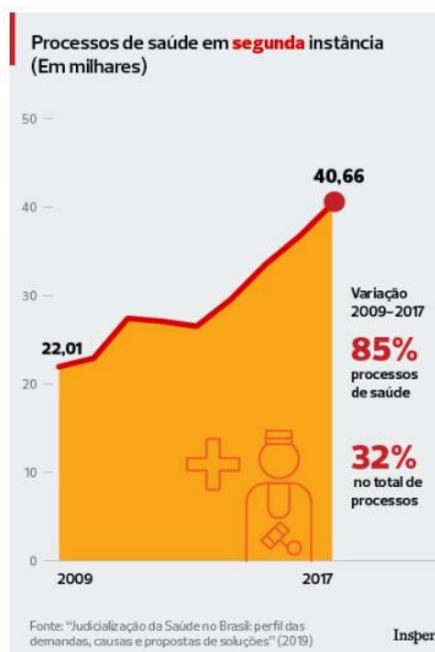


Figura 5. Processos de Saúde em Segunda Instância

Fonte Insper

⁴¹ RMS nº11.050-RJ, 2ª Turma, Rel.Min. Eliana Camon, julgado em 22/02/2000 (Informativo Jurisprudência do STJ, nº48, fev/2000)

⁴² O estudo encontra-se disponível no Site do Conselho Nacional de Justiça, em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>.

O estudo analisou ainda os principais objetos das demandas judiciais e o respectivo impacto orçamentário das decisões no Sistema Único de Saúde, e o resultado pode ser verificado nas figuras 6 e 7 a seguir:

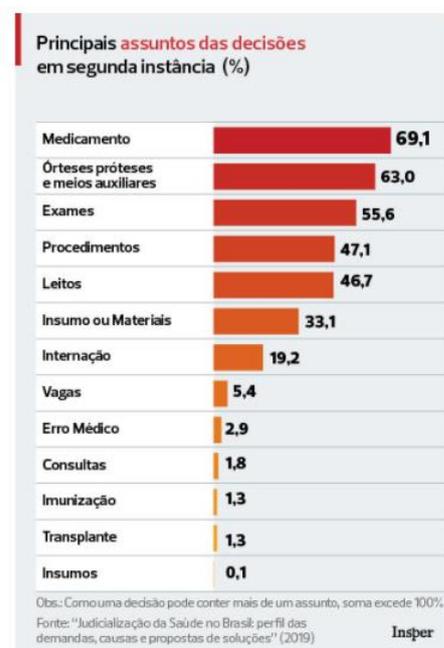


Figura 6. Principais assuntos das demandas judiciais

Fonte Inspêr



Figura 7. Custo da judicialização

Fonte Inspêr

Como apontado no estudo, apenas no ano de 2016 o gasto com demandas judiciais na saúde consumiu R\$ 1,3 bilhões do erário federal, sendo que a lista com os dez medicamentos mais caros é responsável por 90% desse valor. Por consequência o dinheiro está saindo de outros programas da saúde e de outros segmentos do orçamento federal, embora haja pouca clareza e avaliação sobre os impactos mais gerais desse fenômeno. Outro dado importante que a pesquisa traz é a conclusão de que “a judicialização da saúde apresenta diferenças regionais relevantes, que se refletem nos sistemas de assistência à saúde e no sistema de justiça.” (INSPER, 2019)

A seguir destacam-se entendimentos jurisprudenciais, que exemplificam a atuação do Judiciário nas demandas pertinentes as políticas públicas sanitárias:

“ENTE PÚBLICO. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL POR MEIO DE CONVÊNIO COM ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA. NULIDADE. **O Programa de Saúde da Família já se consolidou no conceito de atividade permanente da Administração**, não havendo justificativa para a contratação temporária de profissionais para a sua implementação. Cabe à

entidade municipal, como responsável pelos aspectos operacionais do Programa, observar a regra moralizadora constitucional que lhe impõe contratar pessoal mediante concurso público. No caso, tem-se que a admissão do reclamante ocorreu sem a realização de certame e sob o intermédio de associação comunitária civil, a qual apenas serviu de fachada para o Município reclamado esquivar-se do mandamento previsto no art. 37, inciso II, da Constituição Federal. Impõe-se reconhecer, nesse contexto, que a contratação se deu diretamente com o ente público, sendo nula de pleno direito, de modo que o autor faz jus somente aos depósitos do FGTS, à vista do que foi pleiteado, e nos moldes delineados pela Súmula 363 do TST." (TRT 13ª Região - PROC. NU: 00239.2006.009.13.00-0 - Recurso Ordinário)

"REMESSA EX OFFICIO E RECURSOS ORDINÁRIOS – ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – PSF – MÉDICO – INGRESSO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, APÓS A VIGÊNCIA DA CF/88, SEM PRÉVIA APROVAÇÃO EM CONCURSO PÚBLICO – CONTRATO NULO – Não obstante a irregularidade da contratação, o C. TST já firmou posicionamento sobre a matéria através do Enunciado 363: "Contrato nulo. Efeitos. A contratação de servidor público, após a CF/1988, sem prévia aprovação em concurso público, encontra óbice no respectivo art. 37, II e § 2º, somente lhe conferindo direito ao pagamento da contraprestação pactuada, em relação ao número de horas trabalhadas, respeitado o valor da hora do salário mínimo, e dos valores referentes aos depósitos do FGTS." (TRT 19ª R. – RO 00722.2004.063.19.00-5 – Rel. Juiz João Leite – J. 02.06.2005"

Assim resta demonstrando a necessidade de enfrentar o tema e colocá-lo em debate; posto que de um lado temos o cidadão tendo que recorrer ao Poder Judiciário para ter acesso a um direito básico e vital e de outro o Estado, com seu sistema fragilizado que tem de garantir o acesso integral e universal aos seus cidadãos, mas encontra barreiras nos recursos públicos limitados. Como podemos ver não é tarefa simples, porque a exacerbação ilegítima desse tipo de controle reflete ofensa ao princípio republicano da separação dos poderes, cujo axioma fundamental é o do equilíbrio entre eles ou, como denominam os constitucionalistas em geral, o princípio dos freios e contrapesos (*ckeks and balances*). (CARVALHO FILHO, 2010, p.39)

4 PECULIARIDADES DA SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

4.1 Fronteiras

A zona de fronteira pode ser conceituada como a confluência entre dois territórios nacionais. O conceito primário de território remete ao físico e concreto, compreendendo toda a infraestrutura dos recursos naturais limitados na horizontalidade de suas fronteiras e na verticalidade dos recursos encontrados em seu subsolo. (CURY,2010, p.44). Entretanto, faz-se necessário desmistificar a ideia da fronteira pensada exclusivamente sob a ótica de limite territorial- geográfico. O conceito de zona de fronteira perpassa pelas interações que, embora internacionais, criam um meio geográfico próprio de fronteira, só perceptível na escala local/regional. (FERRARI, 2013, p.87)

Assim as fronteiras não devem ser pensadas apenas como locais que dividem, que separam, como bem pontua Costa:

Essa divisão absoluta entre nós e eles não se sustenta quando analisamos de forma empírica a vida fronteiriça, mais rica e complexa em função dos processos de “hibridização”, de aquisição de dupla nacionalidade e demais direitos de cidadania nos dois lados, além dos fluxos culturais e identitários que aí ocorrem. Há efeitos perversos do discurso que divide as pessoas e grupos sociais por sua origem nacional em um lugar de intenso trânsito binacional. (COSTA, 2013, p.153).

As fronteiras são fenômenos complexos, que não se resumem a limites, divisas, tratados diplomáticos. As fronteiras políticas são criações humanas, delimitadas e demarcadas sucessivamente de acordo com os processos de ocupação militar, demográfica, econômica, política e cultural que ocorrem nos territórios limítrofes. As fronteiras políticas têm variados sentidos construídos pelas populações locais que vivenciam a experiência das travessias e dos controles estatais. Mas do ponto de vista dessas populações fronteiriças, outras fronteiras sociais são construídas através do comércio fronteiriço, das redes de amizades, familiares, de namoros e casamentos que atravessam os limites políticos. Essas fronteiras não são estáticas, mas estão em constante movimento de redefinição e negociação. (ALBUQUERQUE, 2010, p.159).

Complementando a complexidade do conceito Haesbaert (2006, p. 37) explana:

Apesar de ser um conceito central para a Geografia, território e territorialidade, por dizerem respeito à espacialidade humana, têm uma certa tradição também em outras áreas, cada uma com enfoque centrado em uma determinada perspectiva. Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (que deve[ria] incluir a interação sociedade-natureza), a Ciência Política enfatiza sua construção a partir das relações de poder (na maioria das vezes, ligada à concepção de Estado); a Economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases ou como uma das bases para a produção (enquanto “força produtiva”); a Antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais (mas também no tratamento do “neotribalismo” contemporâneo); a Sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais, em sentido amplo, e a Psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando a escala do indivíduo.

Não se pode desconsiderar que com a globalização, ocorreu uma inegável transnacionalização da economia, do consumo, do fluxo de pessoas, dos modos de produção, de cultura, do acesso às informações, trazendo fluidez e ressignificando as concepções mais clássicas de fronteira. Santos (2003, p. 23) defende que “a globalização é, de certa forma, o ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista”. E é inerente à lógica do capitalismo expandir-se tanto em profundidade, reordenando espaços já consolidados (destruindo territórios, ou seja, desterritorializando grupos sociais), quanto em extensão, incorporando constantemente novos territórios, ou seja, se reterritorializando. (HAESBAERT, 2001, p. 13-14)

Embora seja verdade que a soberania se inscreve e funciona essencialmente num território e que, afinal de contas, a ideia de uma soberania sobre um território não povoado é uma ideia jurídica e politicamente não apenas aceitável, mas perfeitamente aceita e primeira, o fato é que o exercício da soberania em seu desenrolar efetivo, real, cotidiano, indica sempre, é claro, uma certa multiplicidade, mas que vai ser tratada justamente seja como uma multiplicidade de sujeitos, seja [como] a multiplicidade de um povo. (FOUCAULT, 2008, p. 15-16)

Especialmente o campo da saúde, se relaciona com a especificidade dos municípios de fronteira, ao considerar que a dimensão internacional da saúde incorpora aspectos de ordem histórica, social, cultural, econômica e política entre as diferentes populações, transcendendo as políticas e fronteiras nacionais. (FAGUNDES, NOGUEIRA, KREUTZ, 2018, p.102)

4.1.2 Foz do Iguaçu: município da tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai)

O presente estudo se deu na cidade de Foz do Iguaçu, extremo oeste do estado do Paraná, cidade fronteiriça integrante da tríplice fronteira Brasil – Paraguai – Argentina. As três cidades limítrofes somam aproximadamente 640 mil habitantes⁴³ e formam um sistema internacional urbano separando geograficamente os municípios de Ciudad del Este pela Ponte da Amizade⁴⁴ e pelo Rio Paraná (divisa com o Paraguai) e Puerto Iguazú pela Ponte Tancredo Neves e Rio Iguaçu (divisa com a Argentina).

Vejamos a figura 8, que representa o mapa da tríplice fronteira:



Figura 8. Mapa da tríplice fronteira paranaense. Fonte: Google Maps.

Foz, segundo a etimologia, origina-se do latim “foxfocis” ou “fauce” e designa ponto onde um rio termina, desaguando em outro rio, desembocadura. Por sua vez, “Iguaçu” é palavra provinda do vocábulo Guarani e significa rio grande ou água grande. Em conjunto, as palavras parecem ser as que melhor definem a localização geográfica do município. (FERREIRA, 2006, p. 121).

A presença dos rios Paraná e Iguaçu delinea a fronteira física entre os países, sem criar obstáculos às intensas relações econômico-sociais, tampouco ao desempenho de papéis

⁴³ População de Foz do Iguaçu – Brasil: 258.248 habitantes, segundo dados do IBGE 2020; População de Ciudad del Este- Paraguai: 301.815 habitantes, segundo dados do DGEEC (*Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos*); e a População de Puerto Iguazú – Argentina: 80.020 habitantes, segundo dados do INDEC (Instituto Nacional de Estadística e Censos da Argentina)

⁴⁴ Está sendo construída uma nova ponte, batizada de Ponte da Integração, que ligará Foz do Iguaçu a cidade paraguaia Presidente Franco. A previsão de finalização da obra é 2022.

específicos dessas cidades que compõem um espaço ocupado em continuidade. Como acontece em regiões de fronteira, a mobilidade humana é traço característico tanto no que se refere aos movimentos cotidianos de trabalhadores e consumidores quanto na diversidade étnica, fazendo com que os próprios limites fronteiriços se esvançam no feixe das relações cotidianas. (IPARDES⁴⁵, 2008. p.131).

Em linhas gerais, a história da cidade pode começar a ser contada no ano de 1881, quando ainda era um vilarejo e tinha como principal fonte de renda a exploração de erva-mate e extração de madeira. Anos depois foi fundada a Colônia Militar para proteger a região da fronteira, considerado marco inicial da ocupação efetiva do lugar que viria a se tornar o município de Foz do Iguaçu. Em 1910, a Colônia Militar passou à condição de “Vila Iguassu”, distrito do Município de Guarapuava. Dois anos depois, o Ministro da Guerra emancipou a Colônia, tornando-a um povoamento civil entregue aos cuidados do governo do Paraná. Em 14 de março de 1914, através da Lei 1.383, foi criado o Município de Vila Iguaçu, instalado efetivamente no dia 10 de junho do mesmo ano, com a posse do primeiro prefeito, Jorge Schimmelpfeng, e da primeira Câmara de Vereadores. O município passou então a chamar-se “Foz do Iguaçu”, em 1918. (Lei Estadual nº 1783⁴⁶, de 05 de abril do mesmo ano).

Nos anos seguintes, mais precisamente a partir dos anos de 1970, fortes transformações afetaram a cidade de Foz do Iguaçu - BR, que teve uma evolução rápida e intensa, mediante a construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu, que afetou não somente a cidade, mas também as cidades fronteiriças de Ciudad Del Este, no Paraguai, e Puerto Iguazú, na Argentina. (CONTE, 2013). Segundo dados do IBGE, neste ano, o município contava com 33.966 (trinta e três mil novecentos e sessenta e seis) habitantes e em 1980 saltou para 136.321 (cento e trinta e seis mil trezentos e vinte um). Comparando a população dos anos de 1960 e a população de 1980, pode-se notar crescimento de 383% (trezentos e oitenta e três por cento) na população do município em apenas 20 (vinte) anos (FOZ DO IGUAÇU, 2020).

Foz do Iguaçu e municípios limítrofes seguem um padrão comum na conformação dos aglomerados, com elevado crescimento da cidade principal, seguido, nos decênios seguintes, pelo incremento ainda mais expressivo de municípios periféricos – que funcionam como

⁴⁵ Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

⁴⁶ Pela Lei Estadual nº 1783, de abril, o Município de Vila Iguaçu passou a denominar-se Município de Foz do Iguaçu.

receptáculos de uma população de menor renda excluída da cidade principal. (IPARDES, 2008, p.34).

É imperioso destacar que de acordo com o disposto no artigo 1º, da Lei Federal 6.634⁴⁷ de 2 de maio 1979, é considerado faixa de fronteira, a faixa interna de 150 (cento e cinquenta) quilômetros de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, e não apenas os municípios limítrofes ao país vizinho.

De acordo com dados do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) - 2010, a faixa de fronteira brasileira corresponde a 27% (vinte e sete por cento) do território nacional com 15.719 (quinze mil setecentos e dezenove) quilômetros de extensão, abrigando cerca de 10 (dez) milhões de pessoas de onze estados brasileiros, sendo o território brasileiro limítrofe com 10 países da América do Sul: Uruguai, Argentina, Paraguai, Bolívia, Peru, Colômbia, Venezuela, Guiana, Guiana Francesa e Suriname. Observemos os pontos de fronteira do Brasil no mapa (figura 9) a seguir:



Figura 9. Fronteiras brasileiras. Fonte: EcoAmazônia.

O governo federal com base na Política Nacional de Desenvolvimento Regional (PNDR), dividiu os estados fronteiriços em três arcos de acordo com as faixas de fronteira: Arco Norte, Arco Central e Arco Sul, vejamos a tabela (figura 10) a seguir:

⁴⁷ Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências.

ARCO	ESTADO	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS
Norte	Amapá	08
	Pará	05
	Roraima	15
	Amazonas	21
	Acre	22
	TOTAL	71
Central	Rondônia	27
	Mato Grosso	28
	Mato Grosso do Sul	44
	TOTAL	99
Sul	Paraná	139
	Santa Catarina	82
	Rio Grande do Sul	197
	TOTAL	418

Fonte: CMN 2008

Figura 10. Distribuição dos Estados em Arcos na Faixa de Fronteira. Fonte CMN.

O Arco Sul se caracteriza por espaço com influência socioeconômica e cultural europeia e é o mais intensamente afetado pela dinâmica transfronteiriça decorrente da integração econômica promovida pelo MERCOSUL. As relações transfronteiriças são principalmente do tipo sinapse com interações com o outro lado da fronteira constantes e intensas; e em parte relações capilares com trocas difusas no nível local, entre vizinhos fronteiriços, com limitadas redes de comunicação e baixa presença de infraestrutura de articulação transfronteiriça. (GIOVANELLA,2007, p.253)

O imaginário que permeia acerca da fronteira ainda se distingue da ideia de local de interação, de intercâmbio cultural. Inclusive pelo Estado brasileiro, que trata as cidades fronteiriças como espaços problemáticos, que merecem vigilância redobrada e policiamento ostensivo, como se a única peculiaridade a ser levada em consideração fosse a segurança nacional e o combate a crimes fronteiriços (tráfico de armas e drogas, contrabando, etc.). Sobre este tema, vejamos o que pontua Pujadas e Szekut:

As fronteiras constituem um dos principais dispositivos nos quais o princípio da soberania do Estado é expresso. Estabelecer, guardar, proteger e monitorar as fronteiras nacionais são algumas das funções políticas e administrativas dos estados-nação. Apesar da origem militar-militar de onde vem o termo fronteira, que deriva da frente (dos latinos), as fronteiras não apenas separam os territórios soberanos do estado, mas podem ser concebidas mais como "pontes" do que como "muros". Até que ponto eles geralmente constituem centros nervosos de atividades comerciais e trânsito humano. (PUJADAS E SZEKUT, 2018, p.63)

Desta feita, é imperioso um olhar atento e questionador acerca da concepção de fronteira. Ao pensarmos a região fronteira apenas como um território geograficamente servil para o Estado-Nação não estamos reproduzindo um erro histórico?

4.2 As peculiaridades da tríplice fronteira paranaense e suas políticas públicas de saúde

Em 26 de março de 1991, na cidade de Assunção capital do Paraguai, foi firmado o Acordo Econômico Bilateral do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), com o objetivo de estabelecer uma zona de livre comércio entre os países envolvidos e dentre outras previsões estabeleceu a livre circulação de pessoas entre os países membros (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai). Sendo normatizado através do Acordo de Complementação Econômica (ACE) nº 18 e implementado no Brasil por meio do Decreto⁴⁸ nº 550, de 27 de maio de 1992.

Uma vez que o Brasil perfaz fronteira internacional com estes e outros países, não é rara a entrada no país de estrangeiros que buscam dentre outras coisas, atendimento médico e/ou tratamentos para manutenção de sua saúde. Essa migração ocorre devido à proximidade geográfica, a confiança no atendimento brasileiro e a gratuidade e universalidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por consequência a saúde pública em regiões de fronteira aberta sofre grande influência da mobilidade populacional, o que incrementa o risco da emergência e reemergência de doenças, e das condições de vida de grupos mais vulneráveis. Nessas áreas, a assistência à saúde é sempre complexa, pois mesmo quando a capacidade instalada permite o acolhimento das demandas, a efetividade das ações pode ser comprometida pelo fluxo dos usuários que buscam superar, individualmente, as carências do seu país de origem. (LEVINO, CARVALHO, 2011, p.490)

Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos, sejam nas abordagens organizacionais da assistência, aliados às estratégias individuais para garantia de acesso, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, levam à complexificação de impactos

⁴⁸ Dispõe sobre a execução do Acordo de Alcance Parcial de Complementação Econômica nº 18, entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai.

inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde. (GIOVANELLA, 2007, p.256)

Ao analisarmos a saúde pública na cidade de Foz do Iguaçu -PR, deparamos com uma situação bastante peculiar. A localidade conta com o impacto do atendimento ao público flutuante, ou seja, moradores pendulares, que moram nos países vizinhos (Paraguai e Argentina) e que vem até o Brasil em busca de atendimento médico e hospitalar; amparados pelos princípios da gratuidade e universalidade do SUS. Somado ao fato da cidade ser um grande polo turístico⁴⁹ e receber visitantes de todo o mundo, que durante a sua estada caso precisem de atendimento médico/hospitalar público recorrem ao sistema local.

Paralelamente ao olhar para o modelo de assistência à saúde do sistema público Argentino, é possível verificar que o país oferece serviços de saúde de forma gratuita a todos os cidadãos, incluindo os estrangeiros. Mas diferentemente do Brasil, cada Estado tem autonomia para definir o seu sistema de saúde pública. Sendo característica do sistema de saúde argentino a fragmentação. Ele está subdividido em três grandes subsetores: o subsetor público em níveis: nacional, provincial e municipal; sujeitos a auto-regulamentação. O subsetor da segurança social, subdividido em: obras sociais nacionais, obras sociais provinciais, obras sociais das Forças Armadas e da Segurança e obras sociais de universidades e órgãos legislativos nacionais e judicial. E o subsetor privado, que atende demandas individuais, daqueles que podem arcar financeiramente com os tratamentos médicos/hospitalares.

E quando se reduz a escala de análise para a cidade vizinha de Puerto Iguazú –AR, pertencente a província de Misiones, podemos notar que se trata de uma cidade de pequeno porte e que um dos motores da economia local é o turismo, uma vez que assim como Foz do Iguaçu, a cidade conta com o acesso as Cataratas do Iguaçu, considerada umas das sete maravilhas naturais do mundo. Todavia, a Argentina vem enfrentando uma séria crise econômica desde a década de 90, sofrendo sucessiva desvalorização da sua moeda, uma alta taxa de inflação, crescimento econômico lento, aliado às altas taxas de desemprego; o que por consequência impacta diretamente na economia local e na prestação de direitos sociais por parte do Estado, dentre eles a assistência à saúde.

Quanto ao Sistema de Saúde do Paraguai, este tem como principal característica ser um modelo fragmentado, sendo constituído por instituições públicas, privadas e mistas. O setor público é constituído pelo: Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social; os Serviços de

⁴⁹ Foz do Iguaçu está entre as cinco cidades mais visitadas por turistas no Brasil.

Saúde Militar, Policial e da Marinha; o Instituto de Bem-Estar Social (IPS); o Hospital de Clínicas, que faz parte da Universidade Nacional de Assunção; e o Centro de Saúde Materno-Infantil.

Ainda que para muitos não há como dissociar a imagem do Paraguai, ao comércio de produtos importados, com a alta do dólar e o aumento da fiscalização pela Receita e Polícia Federal Brasileira, a arrecadação diminuiu drasticamente e a condição de vida da população fronteiriça se tornou ainda mais precária. A este respeito, vejamos o que pontua Prado:

Na década de 80 Ciudad del Este chegou a comercializar US\$ 12 bilhões, perdendo apenas para Hong Kong e Miami. Muitas empresas abriram suas portas com o sonho do paraíso dos mercadores e aconteceu uma grande migração de estrangeiros, principalmente oriundos dos países árabes e orientais, onde estas comunidades comandavam e comandam a grande maioria do comércio paraguaio. No início da década de 90, a cidade chegou a receber cerca de 3 milhões de pessoas, mas com a abertura comercial iniciada no Brasil pelo governo Collor, e a partir de 1995 com a redução da isenção de impostos sobre mercadorias estrangeiras homologada pelo governo brasileiro de US\$250 para US\$ 150 dólares e um maior rigor na fiscalização da Receita Federal e Polícia Federal a cidade iniciou sua decadência (PRADO, 2003, p. 22-23).

Assim mesmo contando com um sistema de atendimento gratuito à população, uma queixa muito comum dos usuários da rede pública paraguaia, especialmente da cidade vizinha Ciudad Del Este -PY, pertencente ao estado do Alto Paraná, é a falta de insumos básicos nos pontos de atendimento. Os médicos rotineiramente prescrevem aos pacientes os itens que precisarão para que possam concluir o tratamento e os usuários tem que arcar com a compra destes itens básicos, como: gases, seringas, agulhas, faixa, medicamentos, dentre outros insumos que faltam nas unidades médico-hospitalares da cidade.

Com este cenário de evidente assimetria entre os sistemas de saúde, não é incomum que paraguaios e argentinos procurem atendimento no lado brasileiro da Fronteira. Comparativamente com as cidades vizinhas, Foz do Iguaçu destaca-se pela qualidade de vida, instalação de infraestrutura urbana e atendimento ao turismo, à saúde e educação. (CURY,2010)

Em uma pesquisa realizada por Cury (2010 p. 186), foi constatado que segundo dados do Consulado Geral do Paraguai em Foz do Iguaçu, em média 100.000 (cem mil) paraguaios utilizavam o SUS em Foz do Iguaçu. Além dos estrangeiros, segundo a ex-secretária municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, Sra. Lisete Palma de Lima, o número de consultas de urgência assim como os prontos atendimentos são utilizados com frequência, por brasileiros residentes no Paraguai, devido à oferta de consultas, exames e medicação. O mesmo acontece com a

consulta especializada, uma vez que, via de regra, esse brasileiro já vem com problemas que precisam da intervenção especializada. E as coberturas vacinais também demonstram a presença da população flutuante, a maioria acima do preconizado (CURY,2010, p.187).

A pandemia do novo Coronavírus (Sars-CoV-2), evidenciou a procura de atendimento médico na rede pública brasileira, pelos paraguaios e brasileiros residentes no Paraguai. No início da pandemia (março de 2019) a Ponte Internacional da Amizade que liga os dois países, foi fechada pelos governos federais e se manteve assim por 07 (sete) meses, reabrindo em outubro de 2020. Após a abertura e a retomada do fluxo fronteiriço, os números de casos e internações em Foz do Iguaçu, aumentou significativamente. E de acordo com a Secretária de Saúde do município (gestão 2021), Sra. Rosa Maria Jerônimo⁵⁰, cerca de 30% dos atendimentos de triagem relacionados ao Coronavírus no Hospital Municipal são de moradores do Paraguai.

Diante deste cenário e da iminente possibilidade de um colapso da rede de saúde, foi promulgado o Decreto municipal nº 28.999⁵¹, de 26 de fevereiro de 2021, que estabeleceu dentre outras coisas a limitação de acesso dos pacientes estrangeiros e brasileiros oriundos dos países fronteiriços ao município, nos seguintes termos:

Art. 5o Somente poderão adentrar no Município de Foz do Iguaçu, os estrangeiros e brasileiros oriundos dos países fronteiriços, com a apresentação do comprovante de teste negativo para Covid-19 em exame RTPCR.

§ 1o O exame a que se refere o *caput* deverá ser realizado por instituição ou empresa licenciada pelo país de origem, em até 72 (setenta e duas) horas do ingresso no Município.

§ 2o Os comprovantes dos exames deverão ser apresentados nos postos de fiscalização estabelecidas pelo Município em qualquer ponto da cidade.

§ 3o Para os condutores de veículos de transporte de passageiros (moto-táxi, táxis, vans e veículos por aplicativos) com placas estrangeiras, será exigida a comprovação prevista no *caput* somente para os passageiros.

§ 4o Aos trabalhadores e empresários fronteiriços, em trânsito entre os países para seus locais de trabalho ou residência, não será exigida a comprovação constante no *caput* deste artigo, desde que comprovada residência ou trabalho.

Art. 6o Não será permitido o ingresso de ambulâncias transportando pacientes advindos do exterior, sem a devida comprovação do encaminhamento a uma unidade de atendimento de saúde local, regulado pelo SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Art. 7o Ficam autorizadas a Guarda Municipal, a Coordenadoria Municipal de Defesa Civil, a Vigilância em Saúde e a Diretoria de Fiscalização do Município a empregar todos os meios necessários à adequada fiscalização do disposto neste Decreto, podendo, inclusive, solicitar apoio das autoridades estaduais e federais competentes.

⁵⁰ Entrevista concedida ao g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2021/02/18/covid-19-com-risco-de-colapso-na-saude-foz-do-iguacu-quer-maior-controle-na-fronteira-com-o-paraguai-diz-secretaria.ghtml. Em 18 de fev. de 2021.

⁵¹ Estabelece medidas restritivas de caráter obrigatório no controle e prevenção para o enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente da Pandemia do Novo Coronavírus (Sars-CoV-2) – COVID-19.

§ 1º Os órgãos de que trata o caput deste artigo poderão, conforme a necessidade, solicitar a cooperação da Polícia Militar, por meio da Ação Integrada de Fiscalização Urbana - AIFU.

§ 2º Ficam os órgãos de que trata o caput deste artigo autorizados a realizar bloqueio de locais de circulação pública de pessoas e/ou veículos, a fim de garantir o cumprimento das medidas fixadas neste Decreto (FOZ DO IGUAÇU, 2021).

Como se pode perceber, ainda que ambos os países disponibilizem assistência à saúde de forma gratuita, esta não tem sido suficiente para atender a demanda da sua população. Além do público estrangeiro e dos brasileiros em trânsito (incluindo os turistas) não se pode olvidar, que a rede pública de Foz do Iguaçu atende ainda a população dos municípios brasileiros vizinhos. O município sedia a 9ª Regional de Saúde, que abrange os municípios de: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu, conforme demonstrado no mapa (figura 11) abaixo:



Figura 11. Mapa da 9ª Regional de Saúde. Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná.

De acordo com a figura 12, retirada do plano municipal de saúde de Foz do Iguaçu (triênio de 2018-2021), a cidade conta a seguinte distribuição dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde:

Nível de atenção	Pontos de Atenção	Qtd.	Nível de atenção	Pontos de Atenção	Qtd.	
Especializada	CEM - Centro de Especialidades Médicas	1	Básica	JSF - Unidade de Saúde da Família / 35 EQUIPES	19	
	Poliambulatório Nossa Senhora aparecida	1		JBS - Unidade Básicas de Saúde	10	
	CAPS - Centro de Apoio Psicossocial	2		CRF - Centro de Referência da Família	4	
	Ambulatório de Saúde Mental	1		Centro de Atendimento à Gestante	1	
	Laboratório Municipal	1		Consultório Isolado de Odontologia	4	
	CEO - Centro de Especialidades Odontológicas	1		Total	33	
	CEMURA - Centro Municipal de Reabilitação Auditiva	1		Vigilância em Saúde	CCZ - Centro de Controle de Zoonoses	1
	Centro de Reabilitação Física de Foz do Iguaçu	1			Centro de Vigilância Epidemiológica	1
	Total	9			Centro de Vigilância Sanitária	1
Urgência e Emergência	Hospital Municipal	1	Programa Municipal de DST/AIDS		1	
	Pronto Socorro Municipal - 24h	1	Total		4	
	Unidade de Pronto Atendimento 24h Morumbi	1	Hospitalar	Hospital Ministro Costa Cavalcanti	Total de leitos SUS	95
	Unidade de Pronto Atendimento 24h João Samek	1		Leitos UTI SUS	20	
	SIATE - Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergências	1		Leitos UCI SUS	7	
	SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	1		Hospital Municipal	Total de leitos SUS	173
	Total	6		Leitos UTI SUS	11	
Especial	Casa Apoio	1		Hospital Cataratas	Total de leitos SUS	20
	Centro de Nutrição Infantil	1				
	ACDD - Associação Cristã de Deficientes Físicos	1				
	Banco de Leite Humano	1	Total de leitos	326		
	Total	4	Total Geral	61		

Figura 12. Distribuição dos serviços da SMS. Fonte: Plano municipal de saúde 2018-2021.

O Decreto Federal nº 1.232⁵², de 30 de agosto de 1994, estabeleceu em seu artigo 1º, §1º que os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão distribuídos exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

Aí se percebe um dos motivos que gerou escassez de recursos para a saúde. O repasse de recursos disponibilizado para o município quando calculado exclusivamente com base nos valores populacionais, não retratam a realidade da situação vivenciada dos municípios fronteiriços, uma vez que não considera o atendimento à população flutuante existente nestas cidades (SOARES, 2017, p.74), como é o caso de Foz do Iguaçu –PR.

⁵² Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências.

Uma vez que o contingente populacional de cada município é um dos critérios de repasse financeiro do SUS a situação financeira do sistema local se agrava por ser a população estrangeira e os brasileiros residentes no país vizinho, usuários do sistema de saúde brasileiro, mas não serem contabilizados para a base de cálculo dos repasses do Ministério da Saúde. (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015, p.77).

Como visto, especificamente na APS houve uma recente mudança no modelo de financiamento, feita através do programa “Brasil Previne⁵³”, lançado pelo Ministério da Saúde, que introduziu instrumentos de gestão como capitação e avaliação de desempenho, como critérios para o cálculo de transferências intergovernamentais, em substituição ao número de habitantes e de equipes de ESF existentes num município. (MASSUDA, 2020, p.1.182)

Vejamos o quadro (figura 13) a seguir que trata do financiamento dos serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu e indica o aumento da despesa no atendimento dos habitantes no quadriênio 2012-2016:

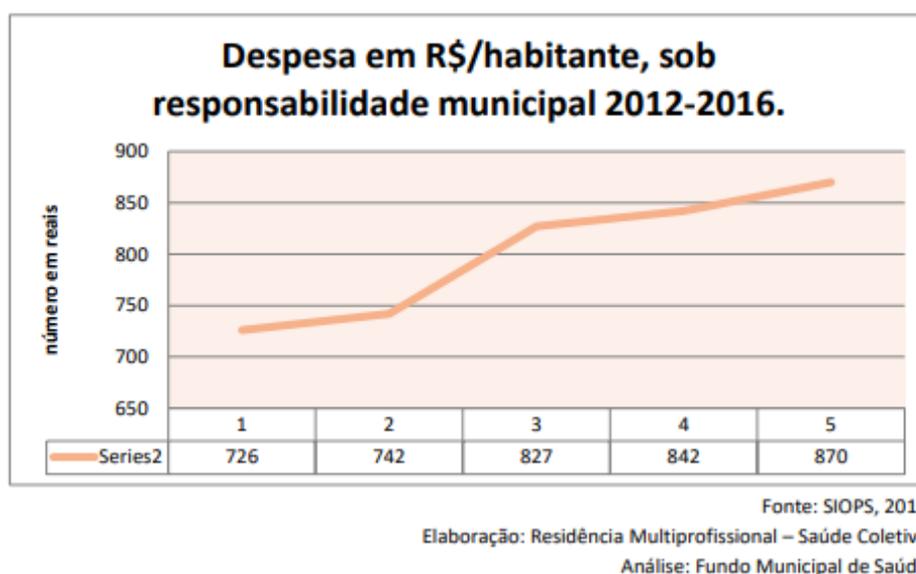


Figura 13. Crescimento da despesa pública. Fonte: Plano municipal de saúde 2018-2021.

Como se pode ver a complexidade territorial transfronteiriça é refletida em muitas situações cotidianas e infraestruturais: entre elas há as questões de saúde. (CURY, 2010, p.185). Os recursos públicos destinados à saúde não são distribuídos de forma igualitária e nem obedecem às necessidades dos municípios, como é o caso dos municípios da zona fronteiriça, que continuam à margem das políticas públicas de saúde. Por consequência o sistema de saúde

⁵³ Instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019

no conjunto da zona fronteiriça ainda é lacunar, e sofre com a falta investimentos públicos e recursos humanos especializados (FERRARI, 2011, p.304).

O conhecimento da população efetivamente coberta pelos serviços de saúde dos municípios fronteiriços, é essencial para o cálculo de indicadores de saúde confiáveis e representativos da situação de saúde dessa população. São esses indicadores que permitirão o planejamento, a programação, o monitoramento, a avaliação e a tomada de decisão do setor saúde. Sem dados confiáveis, a qualidade de todo esse processo pode ser comprometida, afetando a população (CAZOLA et. Al., 2011, p. 189).

Quem vive nessas cidades fronteiriças muitas vezes mora em um país e trabalha no outro, compra na cidade vizinha por um preço mais barato ou ainda busca serviços de saúde, educação e outros benefícios sociais do outro lado da fronteira, conforme a disponibilidade, acesso, preço ou qualidade desses serviços. Nesse sentido, os moradores da região fronteiriça desenvolvem toda uma economia transfronteiriça, graças às diferenças e às assimetrias presentes nesses territórios juridicamente descontínuos. Quem vive na fronteira, vive também da fronteira (CARDIN, ALBUQUERQUE, 2018, p.120).

Um aspecto crucial para se debater cidadania social e o direito à saúde é o critério de atribuição de nacionalidade. A cidadania, tradicionalmente é atributo dos nacionais de um país, consequência de laços consanguíneos entre os membros de uma mesma nação, sendo excluídos desta condição os estrangeiros e migrantes. A esta visão nacionalista de cidadania opõe-se a visão republicana, sendo a cidadania atribuída pela aceitação do contrato entre as partes, inaugurada pela revolução francesa. Transpondo a questão para o plano jurídico tem-se os critérios de *jus sanguinis* e de *jus soli*. No Brasil, juridicamente o estatuto de cidadania é atribuído a partir do *jus soli*, sendo considerados brasileiros natos os nascidos em território brasileiro, ainda que de pais estrangeiros. No caso de *jus sanguinis*, a atribuição da cidadania decorre somente por laços consanguíneos, vinculada ao conceito de nação, e, no caso de *jus soli*, vincula-se à ideia do território, favorecendo a inclusão de migrantes e estrangeiros residentes (GIOVANELLA, 2007, p.252).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 940⁵⁴, criou o Cartão Nacional de Saúde, popularmente conhecido como “Cartão SUS”, que de acordo com o artigo 2º teria por finalidade permitir a identificação unívoca dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. Todo cidadão brasileiro ou

⁵⁴ Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão)

estrangeiro que more no país pode obter o Cartão Nacional de Saúde de forma gratuita e o cadastro é feito na Secretaria Municipal de Saúde ou em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do SUS. Mas notem que em seu artigo 13, a referida portaria estabelece que:

Art. 13. Não se constituem impedimentos para a realização do atendimento solicitado em qualquer estabelecimento de saúde:

I - Inexistência ou ausência do Cartão Nacional de Saúde;

II - Desconhecimento do número do Cartão Nacional de Saúde pelo usuário do SUS ou estabelecimento de saúde; e

III - Impossibilidade de realizar o cadastramento ou a consulta à Base Nacional de Dados dos Usuários das Ações e Serviços de Saúde. Parágrafo único. As atividades de identificação e cadastramento podem ser efetuadas posteriormente ao atendimento realizado.

Entretanto em contraposição ao disposto na Portaria, o Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira (PDFF) apontou estudos que indicam dificuldades de atendimento à população transfronteiriça nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que os agentes públicos têm exigido dos usuários o cartão do SUS, como requisito para garantir o atendimento ou a continuidade dele.

Assim já se visualiza um esforço do governo central no reconhecimento das particularidades dos municípios localizados na faixa de fronteira do Brasil, observa-se a exigência de certos procedimentos de identificação que restringem a circulação dos usuários nas regiões fronteiriças, como a cobrança da apresentação da carteira de identificação do SUS, antes ou até mesmo depois dos procedimentos realizados (CARDIN, 2018, p.308).

No ano de 2006, o Ministério Público Federal (MPF) propôs a Ação Civil Pública (ACP) nº 2006.70.02.007108-9, com o objetivo específico de fazer cessar os danos e riscos à vida dos cidadãos brasileiros residentes no Paraguai e dos estrangeiros em trânsito pelo Brasil, e em especial, por Foz do Iguaçu/PR. Risco decorrente da negativa de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e da ausência de ressarcimento ao município pelo SUS dos atendimentos àqueles realizados.

O procurador da república Alessandro José Fernandes de Oliveira, cita na petição inicial da ACP, o caso de atendimentos de parturientes paraguaias, que, embora chegassem em trabalho de parto, o atendimento era negado com o fundamento de que não se tratava de urgência ou emergência, visto que era previsível o parto. Na ação chega a ser citado o caso de uma parturiente que teve o bebê no banheiro de uma unidade de saúde, por falta de atendimento. Nessa situação, a criança veio a óbito. Constatou-se que, de qualquer maneira, a criança teria morrido, pois tinha um problema de má formação congênita, porém a moral do caso retratado

é repensar a que condições as pessoas estão expostas e até que ponto a dignidade da pessoa humana é respeitada em situações como essa

A ação foi julgada parcialmente procedente, nos termos da ementa do acórdão:

ADMINISTRATIVO E PROCESSO CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO À SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL. LEGITIMIDADE DO MPF. LITISCONSÓRCIO PASSIVO. UNIÃO. ESTADO. MUNICÍPIO. INTERESSE PROCESSUAL.

1. O Ministério Público possui legitimidade para defesa dos direitos individuais indisponíveis, mesmo quando a ação visa à tutela de pessoa individualmente considerada. Precedente desta Corte. O fornecimento de tratamentos à saúde por meio do SUS transcende à pessoa do indivíduo, revelando interesse da coletividade como um todo. 2. **O Sistema Único de Saúde torna a responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.** 3. Embora seja inquestionável que resida, primariamente, nos Poderes Legislativo e Executivo, a prerrogativa de formular e executar políticas públicas, revela-se possível ao Poder Judiciário, ainda que em bases excepcionais, determinar sejam estas implementadas sempre que os órgãos estatais competentes vierem a comprometer, com a sua omissão, a integridade de direitos sociais com estatutura constitucional. 4. Não há falar em ausência de causa de pedir, pois o Ministério Público Federal não pleiteou apenas atendimento de urgência, e sim tratamento integral e gratuito pelo SUS aos brasileiros residentes no Paraguai, além de atendimento de saúde dos estrangeiros que compareçam aos postos e hospitais do Sistema em situação de emergência. 5. **O atendimento pelo SUS a todos os brasileiros que comprovem essa qualidade, independentemente de apresentação de cartão do SUS, e, nos casos de emergência ou urgência, àqueles que não comprovem nacionalidade brasileira (estrangeiros e brasiguaios) caracteriza o pleno atendimento à norma constitucional garantidora do direito fundamental à saúde, passível de controle pelo Poder Judiciário.**

(TRF-4 - APELAÇÃO/REEXAME NECESSÁRIO: APELREEX 7108 PR 2006.70.02.007108-9. Relator: Sérgio Renato Tejada Garcia. Data de Julgamento: 09/12/2009. Quarta Turma. Data de publicação: 18/12/2009)

É morosa a reação do Estado à situação. A morosidade de atuação na escala local pode ser explicada pela dificuldade jurídica a priori do que constitui uma zona/região de fronteira. É necessário que haja coerência para que não sejam atropeladas as funções legais e de controle, com a função fiscal que se pretende amenizar ou eliminar. Mas essa coerência é burocrática, sem agilidade nem flexibilidade para resolver os problemas cotidianos de comunidades com frequência artificialmente repartidas (MACHADO, 2005, p.258).

Não se pode desconsiderar que negar atendimento médico sob o argumento egoísta e nacionalista de não ser brasileiro ou não residir no Brasil, além de ferir todos os preceitos constitucionais do SUS fere frontalmente à dignidade da pessoa humana. Neste sentido, expõe Comparato (2008, p. 168): “O pecado capital contra a dignidade humana consiste, justamente, em considerar e tratar o outro – um indivíduo, uma classe social, um povo – como um ser inferior, sob o pretexto da diferença de etnia, gênero, costumes ou fortuna patrimonial”

No anseio de ter acesso à rede de direitos sociais oferecida em Foz do Iguaçu estrangeiros ou brasileiros residentes em outros países criam artimanhas, como: endereços falsos, parentescos e estadias sazonais, com o objetivo de conseguir o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), a matrícula do filho na escola brasileira ou o benefício do Programa Bolsa Família. ” (ALBUQUERQUE, 2015, p. 98).

A fim de controlar essas estratégias individuais de acesso, foi implantado um Cartão Municipal de Saúde e de apresentação obrigatória no ato da consulta. O cartão é periodicamente atualizado em visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde para comprovar a presença do estrangeiro na residência (GIOVANELLA, 2007, p.256).

Em agosto de 2015, o departamento de Imigração da Polícia Federal (PF) e auditores da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, checaram endereços de estrangeiros que moram na cidade e que têm o Cartão Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O pedido de fiscalização foi feito pelo Poder Executivo com a intenção de averiguar os endereços de estrangeiros que alegam viver no Brasil, e por isso ganham o direito ao benefício. O município tem menos de 300 mil habitantes, e na época já havia emitido 800 mil Cartões SUS. O prefeito da época Sr. Reni Pereira, afirmou que “As nossas despesas são quase o dobro do orçamento”.

O que foi confirmado na entrevista⁵⁵ feita à Sanitarista do município de Foz do Iguaçu, que informou que paraguaios e argentinos que dizem residir no município recebem visita domiciliar para confirmação do endereço. E acrescentou ainda, que para o atendimento de demandas espontâneas não é necessário comprovante de residência, tal comprovação só se faz necessária para cuidados continuados.

Todavia, em alguns casos estados nacionais induzem os fronteiriços a transgredir normas político-territoriais exatamente porque são normas ou leis que priorizam somente as políticas territoriais e desconsideram totalmente o tecido sociocultural da zona fronteiriça. (FERRARI, 2011, p.303). É possível notar que, independentemente dos valores identitários que os fronteiriços internalizam ou carregam, eles muitas vezes forjam sua identidade para barganhar certos direitos num ou noutro lado do limite internacional (FERRARI, 2013, p.95)

Nas cidades fronteiriças a interação e o convívio com os moradores dos países vizinhos é algo natural e rotineiro; no caso da tríplice fronteira paranaense mesmo com a diferença de idioma, uma vez que na Argentina o idioma oficial é o espanhol e no Paraguai é o espanhol e o guarani; esta diferença não obstaculiza as relações. Ainda que o idioma seja “ sem nenhuma

⁵⁵ Os questionamentos feitos à sanitarista, encontram-se anexos ao texto (ANEXO II).

dúvida, um dos mais poderosos meios de identidade de que dispõe uma população” (RAFFESTIN, 1993, p. 97), os moradores locais se adaptaram e se comunicam sem maiores entraves.

Eles estão acostumados a misturar os idiomas, as músicas, a culinária etc., a criar estereótipos sobre os outros e se identificar com suas respectivas nações. Mas os governos e a maioria dos educadores veem a mistura como um perigo de perder a soberania nacional. O alarme é feito a partir da associação imediata entre língua e identidade nacional, ou seja, os espaços culturais em que as línguas nacionais perdem espaços para línguas estrangeiras são logo vistos como lugares desnacionalizados (ALBUQUERQUE, 2010, p.588)

Moura explana acerca da função das pontes que separam geograficamente as cidades:

A Ponte da Amizade funciona para Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este como uma avenida de um mesmo espaço urbano, uma aparente fronteira amigável, que não deixa de ser uma (estreita e curta) linha de controle do trânsito de mercadorias transportadas, dependendo de distintos interesses. Por vezes se fecha ou se abre; por outras, acelera ou torna vagaroso o tráfego [...] Como uma cancela, separa ou une o interior de um espaço contínuo, fortemente articulado. O mesmo se repete na Ponte Tancredo Neves, que liga Foz do Iguaçu a Puerto Iguazú, na Argentina, porém com menor impacto, dado o menor volume de mercadorias. (MOURA, 2010, p.145)

Para Pérez (2012 p. 148), existe uma crise de governança no setor de saúde atualmente na América Latina; onde as entidades governamentais responsáveis pela gestão e administração da saúde manifestaram a sua incapacidade para solucionar problemas de funcionamento interno e satisfazer demandas de saúde da população. O colapso dos Sistemas Públicos de Saúde na região é evidenciado, tanto pelas tendências negativas dos indicadores de saúde, quanto aos problemas de eficiência, eficácia, cobertura, acessibilidade e legitimidade enfrentada pelas instituições encarregadas de fornecer serviços de assistência médica; manifestando a perda da capacidade de governar o setor e solucionar os inúmeros problemas que hoje se colocam e que ameaçam não só a saúde da população, mas também contra a estabilidade do sistema político existentes em cada um dos países latino-americanos. Tornou-se necessário então - e ao mesmo tempo inevitável - empreender processos de reforma e reestruturação como a modernização do aparelho público, a descentralização político-administrativa e a participação da sociedade civil organizada para enfrentar e superar as manifestações da crise na América Latina.

Para muitos fronteiriços, caso houvesse menos burocracia e mais entendimento entre as esferas de governos, municipais, estaduais e federais, as estruturas físicas e os recursos humanos existentes nas cidades geminadas, como os médico-hospitais, poderiam ser mais bem

aproveitados em prol de uma população que sempre sofreu e ainda sofre com o descaso político na área da saúde (FERRARI, 2011, p.306)

4.3 Análise da política pública “Estratégia de Saúde da Família” na região da tríplice fronteira

A mobilidade do homem, sobretudo com a globalização, é cada vez mais comum, sendo que nas fronteiras esse fluxo é muito mais intenso, e sua intensidade vai depender do tipo de acesso que se tem, da infraestrutura e da proximidade entre a cidade brasileira e a estrangeira, podendo se destacar como de maior fluxo as cidades gêmeas cujo tipo de articulação seja terrestre ou fluvial com ponte. A assimetria de oferta de serviços é responsável por fluxos transfronteiriços na maioria das cidades, com dominância de fluxos dirigidos ao Brasil. E uma vez que o sistema de saúde pública brasileiro é universal, ou seja, alcança todos os municípios de fronteira e todos os cidadãos, esse fluxo é intensificado (BRANCO, 2013, p.42)

E esta aceleração da circulação mundial nos fluxos materiais e humanos (produtos/mercadorias, serviços/pessoas), intensificada pelos processos de integração regional entre países, acarretou novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, especialmente nas regiões fronteiriças, tendo em vista o despreparo e/ou fragilidade dos serviços de saúde locais para responder à intensificação dos riscos de disseminação de doenças nessas regiões (CERRONI, CARMO, 2015, p.618)

Tais desafios são enfrentados principalmente pela Atenção Primária, uma vez que esta é a principal porta de entrada do sistema de saúde. Sua atuação inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. Por isso o trabalho é realizado em equipe, de forma que os saberes se somem e possam se concretizar em cuidados efetivos dirigidos a populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária (FIGUEIREDO, 2011, p.3).

O direito a saúde é tema interdisciplinar por excelência. À Atenção Primária à Saúde (APS), preferencialmente representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), se atribui o desafio de romper com a lógica tradicional de assistência à saúde para que o cuidado seja

baseado na família e no contexto social, por meio de uma atenção com base interdisciplinar e atuação interprofissional (FARIA, et.al., 2018, p.142)

Especialmente no município de Foz do Iguaçu – PR, a Estratégia Saúde da Família é regulamentada complementarmente pela Lei Municipal nº 3310⁵⁶, de 15 de fevereiro de 2007, que dispôs acerca da criação de empregos públicos para atuar na ESF, em especial a criação da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e pelo Decreto nº 17.488, de 22 de dezembro de 2006, que criou a Divisão de Programa Saúde da Família – DVPSF, que tem como atribuições:

1. Coordenar, monitorar, assessorar e avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes da estratégia do Programa Saúde da Família;
2. Implementar e implantar equipes de saúde da família, conforme as necessidades e possibilidades da Secretaria Municipal da Saúde;
3. Promover a atualização técnica e operacional para as equipes do Programa Saúde da Família, promovendo incentivo à qualificação profissional e ao consequente aumento da satisfação do usuário dos serviços prestados;
4. Buscar parcerias, através da elaboração de projetos e/ou parceiros locais, para melhor e maior alcance das ações das equipes do Programa Saúde da Família; e
5. Divulgar os avanços alcançados pelas equipes promovendo interação entre as diversas áreas da Secretaria Municipal da Saúde e das demais secretarias municipais afins; e
6. Coordenar os Distritos Sanitários os quais estão ligados operacionalmente ao Departamento de Atenção Básica - sendo a rede organizacional com base na divisão do Município em territórios geograficamente demarcados - onde estão as unidades de saúde e/ou outros estabelecimentos de saúde da rede pública municipal, com supervisão macro por funcionário intitulado supervisor e responsável por uma equipe de gerentes das unidades de saúde sob sua responsabilidade. (FOZ DO IGUAÇU,2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde ⁵⁷ em julho de 2020, o sistema local de saúde contava com 57 unidades de Estratégia de Saúde da Família, representando uma cobertura de 76,06 % da população, conforme demonstrado na figura 14 a seguir:

⁵⁶ Dispõe sobre a criação de empregos públicos no âmbito da administração direta do município de Foz do Iguaçu, e dá outras providências.

⁵⁷ Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios>. Relatório gerado em 10 nov. 2020.

Ministério da Saúde MS
 Secretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS
 Departamento de Saúde da Família DESF
 Cobertura da Atenção Básica
 Unidade Geográfica: SUL - PR - FOZ DO IGUAÇU
 Período: Janeiro de 2020 à Julho de 2020.

Competência	Macrorregião	UF	IBGE	Município	População	Nº ESF	Nº EAB P.	Nº eSF	Estim. População Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
JAN/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	45	3	17	155.250	60,05%	213.930	82,75%
FEV/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	46	3	13	158.700	61,39%	207.930	80,43%
MAR/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	45	3	14	155.250	60,05%	205.500	79,49%
ABR/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	44	3	14	151.800	58,72%	204.240	79%
MAI/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	43	3	15	148.350	57,38%	202.800	78,44%
JUN/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	51	1	17	175.950	68,06%	231.150	89,41%
JUL/2020	SUL	PR	410830	FOZ DO IGUAÇU	258.532	57	2	24	196.650	76,06%	258.532	100%

Figura 14. Coberta municipal do ESF – ano de 2020. Fonte: e-Gestor Atenção Básica

Mas tais dados foram atualizados⁵⁸ pela Sanitarista da Diretoria de Atenção Primária à Saúde de Foz do Iguaçu que informou que em maio 2021, a cidade conta com 70 (setenta) equipes da ESF e 5 (cinco) equipes APS.

Informou ainda que ao analisar os atendimentos realizados ao público estrangeiro, os paraguaios são a nacionalidade de maior incidência. E que desde da implantação do prontuário eletrônico há um sistema de controle que comporta os dados de atendimento do ESF. Todavia não seria possível quantificar o número de atendimentos realizados pela ESF, nos últimos 10 anos, uma vez que devido a trocas de sistemas de informação muitos dados se perderam, e nem mesmo no E-SUS essa informação estaria disponível.

O PSF (atual ESF), foi criado no ano de 1994, todavia naquele momento a adesão era opção do gestor local. No município sua adesão tornou-se obrigatória no ano de 2.000. De lá para cá houve um aumento constante de cobertura da ESF ao longo dos anos. Em 2.000 o município contava apenas com uma equipe e em 2021 já são 75 equipes atuando.

Complementando o perfil sanitário do município, vejamos os dados apresentados pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES:

⁵⁸ Os questionamentos respondidos pela Sanitarista do Município de Foz do Iguaçu, encontram-se anexos ao texto (ANEXO II).

SAÚDE	FONTE	DATA	MUNICÍPIO	REGIÃO	ESTADO
Estabelecimentos de Saúde (n ^o)	MS/CNES	2019	416	691	25.663
Leitos Hospitalares Existentes (n ^o)	MS/CNES	2019	401	916	27.439
Taxa de Fecundidade (filhos/mulher)	PNUD/IPEA/FJP	2010	2,05	...	1,86
Taxa Bruta de Natalidade (mil habitantes)	IBGE/SESA	2019	17,12	16,75	13,42
Taxa de Mortalidade Geral (mil habitantes) (P)	Datasus/SESA	2019	6,53	6,55	6,61
Taxa de Mortalidade Infantil (mil nascidos vivos) (P)	Datasus/SESA	2019	10,17	10,94	10,30
Taxa de Mortalidade em Menores de 5 anos (mil nascidos vivos) (P)	Datasus/SESA	2019	10,85	11,88	12,14
Taxa de Mortalidade Materna (100 mil nascidos vivos) (P)	Datasus/SESA	2019	45,21	46,90	45,61

Figura 15. Perfil sanitário de Foz do Iguaçu. Fonte: IPARDES.

Ao analisar o atendimento no SUS nas cidades fronteiriças é possível verificar que a busca varia conforme a região, o tipo de fronteira e o país fronteiriço. As maiores procuras ocorrem em localidades que fazem divisa com o Paraguai. A busca de estrangeiros por atendimento no SUS está relacionada às características da fronteira e da oferta de serviços de saúde dos municípios lindeiros. Municípios mais próximos e de maior porte populacional tendem a atrair maior demanda de estrangeiros, bem como naqueles em que há transporte coletivo transfronteiriço, como é o caso de Foz do Iguaçu-PR. A presença de hospital do SUS está associada a uma busca frequente de estrangeiros e brasileiros não residentes que buscam serviços de internação, parto radiodiagnóstico, emergência, medicamentos e consultas de atenção básica. Os municípios que dispõem de três ou mais UBS apresentam também uma procura mais frequente por consulta médica de atenção básica (GIOVANELLA,2007, p.259).

A Portaria n^o 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assegura em seu artigo 2^o §3^o que é proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras (BRASIL, 2017a).

E o acesso ao Brasil, de pessoa nacional de país limítrofe ou apátrida que conserva a sua residência habitual em município fronteiriço no país vizinho, é facilitado pela sua condição de residente fronteiriço, previsto no artigo 23 da Lei n^o 13.445⁵⁹, de 24 de maio de 2017 (BRASIL,2017).

Diante deste cenário, a preocupação dos gestores dos municípios fronteiriços circunda a capacidade financeira de não atender a demanda, uma vez que existe um desequilíbrio entre

⁵⁹ Instituiu a Lei de Migração.

a demanda e a oferta de serviços de saúde, que conseqüentemente onera o orçamento desses municípios e sobrecarrega os serviços de saúde, afetando diretamente a qualidade da atenção (HIGASHI,2019, p.30).

Em 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 2002, estipulou que algumas áreas teriam destinação orçamentária definida, como a equipe saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mantidos nos municípios. O que foi modificado em 2016, pelo “Pacto da Saúde” (Portaria nº 399⁶⁰, de 22 de fevereiro de 2006), que surgiu como uma ação prioritária no campo da saúde a ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. O Pacto da Saúde é composto pelo “Pacto pela Vida”, “Pacto em defesa do SUS” e “Pacto de Gestão” (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde foi um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre os três entes federativos (União, Estados e Municípios). A implementação do Pacto pela Saúde se deu pela adesão das três esferas o ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG). O TCG substituiu os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabeleceu metas e compromissos para cada ente da federação, sendo renovado anualmente. Entre as prioridades definidas estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama, entre outras. As formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios também foram modificadas pelo Pacto pela Saúde, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS (BRASIL, 2006).

Os gestores dos municípios localizados em regiões de fronteira vêm buscando, junto às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde, alternativas para atender a essas especificidades regionais. (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015, p.239). Entretanto ainda que na percepção dos gestores locais a procura de estrangeiros por serviços do SUS seja elevada, gerando dificuldades para a oferta e financiamento dos serviços, esta demanda não é dimensionada. A maioria dos municípios não registra os atendimentos prestados a estrangeiros (GIOVANELLA,2007, p.257).

⁶⁰ Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Em 2018, Foz do Iguaçu implementou o programa “RP Saúde”, que substituiu o programa “Acesso Saúde”, e tem por finalidade realizar a gestão dos atendimentos. Através dele é informado aos usuários a ordem na fila de atendimento, a classificação de risco, além da equipe médica de plantão. E fornece a SMSA o controle do fluxo nas unidades de saúde e o controle do estoque de medicamentos e almoxarifado. Mas a consulta pública acerca do quantitativo de atendimento ao público flutuante não é disponibilizada. Os sistemas estaduais e federais também não contam com esta informação.

Para o atual⁶¹ vice-prefeito e ex-secretário de Saúde de Foz do Iguaçu, Sr. Nilton Bobato⁶²: “uma alternativa para resolver o impasse seria o governo federal reconhecer que os serviços em Foz assistem a uma população muito maior do que seus habitantes, promovendo o repasse de recursos de acordo com essa realidade. ”. Outro problema apontado por Sadi Buzanelo, presidente do Conselho Municipal da Saúde é a obrigação do município em custear o Hospital Municipal no lugar do governo estadual, segundo ele “O Hospital tem sido financiado pelo município, quando deveria ser tripartite (MS- SESA-PMFI) ”. Ao financiar a unidade hospitalar, que custa em média R\$ 7 milhões por mês, a prefeitura alega que deixa de investir na atenção básica, de prevenção.

Como se pode ver o enfrentamento das doenças e demais desafios sanitários em municípios fronteiriços só é possível mediante a cooperação entre eles (GIOVANELLA et al, 2007, p.264) somado ao auxílio financeiro do governo estadual e federal. Mochizuke (2015, p. 13) afirma que “devem ser quebradas barreiras burocráticas que restringem os atendimentos em saúde dos estrangeiros e desenvolvidos novos dispositivos legais que assegurem o financiamento destes”

O Ministério da Integração Nacional, posteriormente transformado em Ministério do Desenvolvimento Regional, definiu a zona de fronteira como "espaço-teste de políticas públicas de integração e cooperação, espaço -exemplo das diferenças de expectativas e transações do local e do internacional, e espaço-limite do desejo de homogeneizar a geografia dos espaços nacionais" (BRASIL, 2005 p. 21). Em consonância com tal definição, resta latente a

⁶¹ Vice do Prefeito Chico Brasileiro - Mandato 2017-2020.

⁶² Entrevista dado ao site local: <https://www.gazetadopovo.com.br/parana/eleicoes-2020-foz-do-iguacu-desafios-prefeito/>

necessidade se enfrentar as peculiaridades locais ao tratarmos de políticas públicas na região da fronteira.

4.4 Da impossibilidade da concretização da política pública de saúde sem levar em conta as peculiaridades locais

Os espaços fronteiriços são abordados como zonas de alta porosidade e fluxo contínuo de bens, serviços e pessoas, levando a instituição de um espaço comum diverso do nacional, sem descolar-se deste. Como espaço limite, no âmbito jurídico formal, e um espaço de vivências integrativas, no âmbito cotidiano, é peculiar e antecede à discussão dos blocos econômicos e normativas e acordos bilaterais ou multilaterais. Uma das peculiaridades fronteiriças é o fato de se constituírem em territórios vinculados à identidade nacional, que se dilui em razão da convivência com a identidade nacional do país vizinho. Situa-se como um local onde se manifestam situações de dubiedade, diferença versus integração, nas quais, além de contrastes de língua e de cultura, há coexistência cotidiana de sistemas políticos, monetários, de segurança e de proteção social distintos (FAGUNDES, NOGUEIRA, KREUTZ, 2018, p.155).

A busca de atendimento por populações de outros países é uma realidade nos serviços de saúde de municípios de fronteira, e exerce pressão crescente à proporção que os sistemas municipais de saúde se organizam. Por outro lado, os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso à atenção à saúde. Os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de saúde dos países membros do MERCOSUL, sejam nos aspectos físicos, financeiros e humanos, sejam nas abordagens organizacionais da assistência, aliados às estratégias individuais para garantia de acesso, intensificam dificuldades já presentes nos sistemas de saúde nestes territórios tanto no campo da vigilância em saúde como para o acesso aos serviços e, levam à complexificação de impactos inesperados do processo de integração regional nos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2007, p.263).

A execução das políticas públicas de saúde nas áreas de fronteira é sabidamente mais complexa. As fronteiras brasileiras, estão geograficamente distantes dos grandes centros de tomada de decisão e algumas possuem agravantes como: a baixa densidade populacional, o atraso econômico, as condições precárias da população mais vulnerável, e muitas cidades da fronteira são de difícil acesso. Por consequência as intervenções estatais, precisam ser

adaptáveis e devem considerar sempre as peculiaridades e condicionantes locais, envolvendo ainda a colaboração ativa dos países limítrofes envolvidos.

Ao se discutir e abordar espaços fronteiriços internacionais, há que se levar em conta que as políticas sociais e econômicas implementadas em um Estado nacional afetam diretamente a população vizinha (FAGUNDES, NOGUEIRA, KREUTZ, 2018, p.156), tornando de suma importância a cooperação e interação internacional. A este respeito, ao analisar a tríplice fronteira paranaense, é possível verificar que o Brasil possui alguns acordos bilaterais que tratam da temática saúde, tanto com a Argentina como com o Paraguai.

Entre Brasil e Argentina o mais recente, é o “Acordo sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas”, firmado em Puerto Iguazú, em 30 de novembro de 2005, mas internalizado na ordem jurídica brasileira em 13/01/2016, através do Decreto nº 8.636⁶³, que assegura dentre outras coisas, o atendimento médico nos serviços públicos de saúde em condições de gratuidade e reciprocidade. Além deste acordo foram firmados: os Ajustes Complementares ao Acordo de Cooperação Técnica para Implementação do Projeto “Fortalecimento do Programa de Controle da Dengue” de 18/11/2009 e de “Apoio técnico à implementação de um banco de leite humano na Argentina” de 21/02/2008. Além dos Protocolos: para o estabelecimento de um grupo de alto nível para a implementação da livre circulação de pessoas entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina de 30/05/2005 e protocolo de intenções sobre cooperação na área da saúde sobre medicamentos de 22/08/2005. Além do acordo para a criação da Comissão de Cooperação e Desenvolvimento Fronteiriço entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina de 10/11/1997.

Em relação ao Paraguai, o Brasil firmou: os Ajustes Complementares ao Acordo Básico de Cooperação Técnica para Implementação dos Projetos: Fortalecimento Institucional da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária, de 24/05/2012; Capacitação em análise sócio demográfica, distribuição espacial da população e meio ambiente e saúde reprodutiva no Paraguai, de 15/10/ 2008; Fortalecimento da vigilância em saúde, com ênfase no combate à dengue e na implementação do regulamento sanitário internacional, de 21/05/2007; Fortalecimento institucional das assessorias internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai, de 23/11/2006.; Assistência e tratamento a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Paraguai de 30/10/2003; Cooperação e intercâmbio de tecnologia de Saúde complementar ao

⁶³ Promulga o Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, firmado em Puerto Iguazú, em 30 de novembro de 2005.

“Acordo Sanitário”. 21/06/1992. E o Acordo Sanitário entre o governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República do Paraguai de 16/07/1971.

A este respeito, fora questionado a Secretária Municipal de Saúde, por intermédio de sua Sanitarista⁶⁴, se Foz do Iguaçu, por meio da União, possuía algum acordo de cooperação técnico financeira com a Argentina e o Paraguai para atendimentos de sua população no lado brasileiro da fronteira, esta então informou que não existe acordo neste sentido.

Embora não haja acordo de cooperação técnico- financeira entre os três países, merece destaque a atuação do GT/SAÚDE ITAIPU⁶⁵, que auxilia e apoia as ações de saúde e bem-estar na área de influência da Itaipu e na Região Trinacional entre Brasil, Paraguai e Argentina, em consonância com as respectivas políticas públicas do setor. Constituído em 2003, está organizado em um modelo de gestão e atenção integral à saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação), contribuindo com a promoção, prevenção e vigilância da saúde para a Região Trinacional, de forma a impactar positivamente na qualidade e oportunidade de vida individual e coletiva da população. É formado por profissionais da área de saúde dos três Países (Brasil, Paraguai e Argentina), que debatem, propõem e elaboram projetos a serem apresentados a organismos competentes, bem como realizam oficinas e seminários sobre temas ligados a saúde. Estes profissionais atuam em comissões técnicas temáticas com abordagem integrativa de áreas da saúde.

É imperioso frisar, que a atenção primária à saúde não é panaceia para todos os males – sem proteção social universal, não há atenção primária à saúde integral (GIOVANELLA, ALMEIDA, 2017, p.18). O fato de termos poucos acordos de cooperação existentes, evidenciam as dificuldades de planejamento e provisão de políticas específicas nas cidades de fronteira. E muito em virtude da população flutuante que faz uso do sistema público de saúde e que, por sua vez, não é contabilizada para os repasses de recursos do SUS. O grande número de usuários não residentes que procura atendimento na cidade de Foz do Iguaçu resulta em grave problema para o gestor local. O fluxo de pacientes excedentes (estrangeiros, brasileiros residentes nos países vizinhos e turistas nacionais) não contabilizados nos repasses do Ministério da Saúde torna os recursos insuficientes, onerando o município de Foz do Iguaçu, que acaba por assumir essa conta (HIGASHI,2019, p.34).

⁶⁴ Sanitarista da Diretoria de Atenção Primária à Saúde, vinculada à Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu

⁶⁵ GT ITAIPU SAÚDE: <https://www.itaipu.gov.br/responsabilidade/saude-na-fronteira>

Ante o exposto, resta evidenciado que cada zona fronteiriça apresenta singularidades e de maneira geral, podemos tomá-las como produto e condição de um conjunto de interações materiais e imateriais estabelecidas entre os fronteiriços, e compreendê-las significa ir além da visão dos sujeitos com identidades diferenciadas (FERRARI, 2013, p.88).

CONCLUSÃO

O presente trabalho visou em suma, percorrer o caminho histórico da saúde pública do Brasil, apontando seus avanços e percalços, tendo como enfoque as políticas públicas sanitárias. Para tanto fora escolhida a política “Estratégia da Saúde da Família” especialmente a sua aplicação no município de Foz do Iguaçu - PR, pertencente a tríplice fronteira Brasil – Argentina – Paraguai. Objetivou-se ainda evidenciar a importância do SUS na efetivação da tutela do direito fundamental à saúde.

O Sistema Único de Saúde brasileiro é notadamente um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo. Sendo o Brasil o único país que tem um sistema público de saúde universal que atende uma população superior a 200 (duzentas) milhões de pessoas. Ao analisarmos países que também possuem um sistema de saúde pública como: Espanha, Portugal, Reino Unido, Dinamarca, Suécia, Canadá e Cuba, nota-se que o mais populoso deles é o Reino Unido, com uma população de cerca de 66,5 milhões de pessoas.

Somado a numerosa população brasileira, que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de aproximadamente 211.755.692 habitantes⁶⁶, não se pode olvidar que o Brasil é um país de dimensão continental, contando com 5.570 (cinco mil quinhentos e setenta) municípios, distribuídos em cinco regiões, que abrangem 26 estados e o Distrito Federal. E cada região brasileira conta com características muito próprias e peculiares que não podem ser ignoradas ao falarmos de saúde pública.

Para se pensar saúde é necessária uma visão holística, que abranja o ser humano como um todo, extrapolando a visão ultrapassada de que saúde é meramente o oposto de doença. Além do viés biologicista, é imprescindível que se considere também o viés social. Hodiernamente, o modelo sanitarista, além de não tratar mais a saúde como uma mercadoria e ter foco nas ações preventivas; considera que para enfrentar problemas relacionados a saúde far-se-á necessária a análise de uma série de fatores que envolvam o indivíduo, como fatores econômicos, sociais, culturais, sua localização geográfica, dentre outras variantes.

Através do estudo ao longo destes dois anos (2019-2021), foi possível concluir que as fronteiras brasileiras têm desafios, necessidades e uma realidade diversa dos grandes centros e da capital federal (Brasília-DF). A maioria das decisões e ordenamentos jurídicos são

⁶⁶ A estimativa com o total de habitantes dos estados e dos municípios se refere a 1º de julho de 2020 e foi publicada no Diário Oficial da União, no dia 27 de agosto de 2020.

elaborados por parlamentares e técnicos que em muitas vezes desconhecem tais realidades locais. O que por óbvio, compromete significativamente a efetividade da lei ou da política pública elaborada, uma vez que tais particularidades locais refletem diretamente no sistema de saúde local e por este motivo carecem de políticas públicas voltadas para tais demandas. Em um país com características como o Brasil, não é aceitável pensar em normas gerais e genéricas para todas as áreas.

Para enriquecer tal estudo, fora procurado tanto a Secretária Estadual de Saúde do Paraná, como a Secretária Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu para colheita de dados. A Direção da 09ª Regional de Saúde, por intermédio de sua gestora, negou atendimento e fornecimento dos dados solicitados, sob a justificativa que devido a pandemia do Coronavírus, estavam com alta demanda de trabalho e com equipe de profissionais reduzidos. Já a Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio de sua Sanitarista vinculada à Diretoria de Atenção Primária a Saúde, respondeu aos questionamentos apresentados; todavia de forma superficial, sem apresentar muitos dados concretos, respondendo por diversas vezes com apenas “sim” ou “não”, sem adentrar na complexidade das perguntas elaboradas como era esperado.

Tais óbices impostos pelos agentes da Administração, na busca pelos dados que não são encontráveis em pesquisas públicas, são indicativos de que falta um esforço dos entes públicos em disponibilizar informações de forma clara e acessível, capazes de embasar estudos que busquem levantar problemas existentes e apresentar possíveis soluções. Tal conduta contraria frontalmente os princípios constitucionais da publicidade e da eficiência, que de acordo com o artigo 37⁶⁷ da CFRB/88 devem orientar a Administração Pública.

É possível concluir, que o olhar para as fronteiras vai muito além de atentar-se as necessidades dos moradores brasileiros que residem na cidade fronteiriça, como vastamente demonstrado, como consequência da globalização e da transposição de fronteiras, os serviços públicos das cidades limítrofes abrangem e acolhem também as populações em trânsito, os imigrantes e os residentes dos países vizinhos. Assim sendo, torna-se imperiosa a obrigação de dialogar com os países adjacentes, a fim de que cada um com suas possibilidades e limitações, alcancem um denominador comum em prol de melhorias para suas populações.

⁶⁷ Art. 37. CFRB/88: A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

É inegável que a implementação do SUS e o alcance de suas ações, ocasionaram avanços sem precedentes na história brasileira. Mas pensar nesta política pública de estado sem considerar uma realidade multifacetária é um equívoco que não deve mais ocorrer.

Conclui-se assim que há uma necessidade latente de um olhar atento e cauteloso do Poder Público, a fim de observar as peculiaridades locais no momento da formulação e concretização das políticas públicas sanitárias, sob pena de comprometer sua eficácia e ferir o direito fundamental do acesso a saúde. E aliado a atuação pública, é necessário um esforço para que haja uma mudança de paradigmas por grande parte da população, que em sua maioria se mantém inerte na condição de mero espectador dos erros históricos e sucessivos do Estado. O público não deve ser pensando como algo que não é de ninguém, mas sim como uma conquista de todos.

Por todo o exposto, resta evidente que paralelamente a atuação Estatal, devem os cidadãos se fazer presentes e vigilantes, para que tenhamos efetivamente uma gestão democrática e participativa, nos moldes do previsto e idealizado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, Víctor. A estrutura dos direitos econômicos, sociais e culturais e as possíveis estratégias judiciais. **Revista Internacional de Direitos Humanos**. Ano 2. Número 2. p.188-223. 2005.

AITH, Fernando Mussa Abujamra. **Teoria geral do direito sanitário brasileiro**. 2006. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo. p. 458. 2006.

_____. **Políticas públicas de estado e de governo: instrumentos de consolidação do estado democrático de direito e da promoção e proteção dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 235.

ALBUQUERQUE, J. L. C. **A dinâmica das fronteiras: os brasiguaios na fronteira entre o Brasil e o Paraguai**. São Paulo: Annablume, 2010.

ALEXANDRINO, Marcelo; PAULO, Vicente. **Direito Administrativo Descomplicado**. 19ed. Rio de Janeiro: forense; São Paulo: Método, 2011.

ALEXY, Robert. **Teoria dos Direitos Fundamentais**. São Paulo: Editora Malheiros, 2015.

ALVES, Sandra; DELDUQUE, Maria; NETO, Nicolao, **Direito Sanitário em Perspectiva**. Vol.2. Brasília, Fiocruz. 2013.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. A situação do financiamento à luz das normas operacionais básicas. In: ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. *SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo. **Hucitec**, 2007. p. 88-89.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. BEZERRA, Roberto Cláudio Bezerra. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et. al] (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo : Hucitec; Rio de Janeiro : Fiocruz, 2006. p. 784

ARAÚJO, Julianna Sampaio de& XAVIER, Monalisa Pontes. **O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança**. In: Saúde em Foco, v. 1, n. 1,p. 137-149, jan./jul. 2014

ASSEMBLEIA GERAL DA ONU. (1948). "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A). Paris. Retirado de <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Elementos de direito administrativo**. São Paulo. Editora Malheiros. 1992.

BATISTELLA, Carlos. **Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica.** In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BERNARDES, Edilene Mendonça; VENTURA, Carla Aparecida Arena. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos e os casos de violação dos direitos humanos relacionados à saúde envolvendo o Brasil no período 2003-2010. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia.** Curitiba, v. 13, n. 13, p. 107-128, jan. /jun. 2013.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. **Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas.** J. Hum. Growth Dev., São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 abril 2020.

BOBBIO, Norberto. **Era dos direitos.** Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, DF: Senado; 1988

_____. 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: 03 jun. 2020.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 03 jun. 2020.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de saúde da comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde. p. 8. 1997.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira. Bases de uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira.** Brasília: Secretaria de Programas Regionais, Ministério da Integração Nacional; 2005.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Memórias da Saúde da Família no Brasil.** Brasília: MS; 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 25 nov.2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011. **Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).** Disponível em: Acesso em: 01 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Números da Saúde da Família**. Brasília: MS; 2015. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml?jsessionid=t5qKPbgul5rxakYrcjiRrEQO>. Acesso em: 14 nov.2020.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. Ministério da Saúde.

_____. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017**. Brasília. Ministério da Saúde.

BRANCO, M. L.; ANTAS TORRONTÉGUY, M. A. O SUS na fronteira e o Direito: em que medida o estrangeiro tem direito ao SUS. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, [S. l.], v. 2, n. 2, p. 932-945, 2013. DOI: 10.17566/ciads.v2i2.133. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/133>. Acesso em: 3 nov. 2020.

BUERGENTHAL, Thomas; SHELTON, Dinah; STEWART, David P. *International human rights: in a nutshell*. 4.th ed. St. Paul (Minnesota): West, 2009.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva. 2013

_____. **Políticas públicas – reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CALDAS, Ricardo Wahrendorff (coord.) (2008), **Políticas Públicas: Conceitos e Práticas**, Série Políticas Públicas, n.º 7, Belo Horizonte, Sebrae/MG, disponível em: <http://www.agenda21comperj.com.br/sites/localhost/files/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%20C3%9ABLICAS.pdf> . Acesso em: 29 jun. 2020.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. 2. ed. Coimbra: Editora Almedina,1998.

CARDIN, Eric. G. Estado, trabalho e capitalismo nas fronteiras. Florianópolis, **R. Katál**, v. 21, n. 2. 2018.

CARDIN, E. G.; ALBUQUERQUE, J. L. C. Fronteiras e deslocamentos. **Revista Brasileira de Sociologia** SBS. v. 6, n. 12, 2018.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manuel de Direito Administrativo**. 23ª ed. Rio de Janeiro. Editora Lumen Juris. 2010.

CAZOLA, Luíza Helena, PÍCOLI, Renata Palópoli, TAMAKI, Edson Mamoru, PONTES, Elenir. AJALLA, Maria Elizabeth. Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2011, p. 185–90.

CERRONI, Matheus de Paula; CARMO Eduardo Hage. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.4, dez, 2015.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília, 1986.
CONTE. Comércio e Deslocamento Pendular: Posicionamentos Sobre A Rede Urbana de Foz Do Iguaçu. **Revista Georaguia**, v. 3, n. 2, 2013b.

COMPARATO, Fábio Konder. A afirmação histórica dos direitos humanos. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

COSTA, Gustavo Villela Lima. O muro invisível: a nacionalidade como discurso reificado na fronteira Brasil Bolívia. Tempo Social. **Revista de Sociologia USP**. v. 25, n. 2, p. 141-156, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/78769/82821> . Acesso em: 05 de agosto de 2020.

CRETELLA JÚNIOR, José. **Comentários à constituição brasileira de 1988**. Vol. 2. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Forense-Universitária. 1995.

CUNHA, E. da P.; CUNHA, E. S. M. **Políticas públicas sociais**. In: CARVALHO, A.; SALLES, F., GUIMARÃES M.; UDE, W. **Políticas públicas**. (org.) Belo Horizonte: UFMG; PROEX, 2002.

CURY, Mauro José Ferreira. **Territorialidades Transfronteiriças do Iguassu (TTI): Interconexões, Interdependências e Interpenetrações nas Cidades da Tríplice Fronteira – Foz do Iguaçu (BR), Ciudad del Leste (PY) e Puerto Iguazú (AR)**. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federa do Paraná, Curitiba, 2010.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Uma nova disciplina: o direito sanitário. **Revista Saúde pública**. São Paulo, 22:327-34, 1988.

_____. Direito Sanitário e Direito Regulatório. In.: MINISTÉRIO DA SAÚDE; **Direito Sanitário e Saúde Pública** – Volume 01 (Coletânea de Textos). P 39-61. Brasília: 2003.

DELGADO, Lúcia de Almeida Neves (2007). **Diretas-Já: vozes das cidades**. In: FERREIRA, Jorge & REIS, Daniel Aarão (orgs.). **Revolução e democracia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2007.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias**. 4ª ed. rev., atual. e amp. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais, 2007.

DI GIOVANNI, Geraldo. As estruturas elementares das políticas públicas. **Caderno De pesquisa**. NEEP –UNICAM. 2009.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. 24. ed. São Paulo. Editora Atlas, 2011.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R.; KREUTZ, I. T. Políticas de saúde no Mercosul: relevância e funcionalidade da dimensão jurídico-normativa. **Argumentum**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 150-165, 2018. DOI: 10.18315/argumentum.v10i1.18745. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18745>. Acesso em: 14 set. 2020.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. INTERDISCIPLINARIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, abril. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100141&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2020.

FERRARI, Maristela. Zona de fronteira, ciudades gêmeas e interações transfronteiriças no contexto do MERCOSUL. **Revista Transporte y Territorio**, 2013.

_____. **Interações transfronteiriças na zona de fronteira Brasil-Argentina**. Tese de Doutorado. Florianópolis, UFSC. 2011

FERNANDES. Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. 5ª Edição. Salvador. Editora: Juspodivm.2013.

FIGUEIREDO, E.N. **A estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em 10 nov. 2020

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis M. Política de Saúde; Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro - R. J. Fiocruz. p. 23 – 64. 2008.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Editora Graal, 1989.

_____. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008

FOZ DO IGUAÇU. **Cronologia histórica do município**. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1009>>. Acesso em: 19 de out.2020

_____. **Plano municipal de saúde 2018-2021**. Disponível em: <http://www.saudefz.com.br>. Acesso em: 19 de out. 2020.

_____. **Decreto nº 28.999, de 26 de fevereiro de 2021**. Estabelece medidas restritivas de caráter obrigatório no controle e prevenção para o enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente da Pandemia do Novo Coronavírus – COVID-19. Foz do Iguaçu. 2021

FREUD, Sigmund. **Moral sexual ‘civilizada’ e doença nervosa moderna** (1908). v. 9. Rio de Janeiro. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Imago. 1980

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> Acesso em: 18 maio 2020.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**. vol.23, 2007.

GIOVANELLA, Ligia. ALMEIDA, Patty Fidelis. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Caderno Saúde Pública**. vol.33, 2017.

GUERRA FILHO, Willis Santiago. **Dos direitos humanos aos direitos fundamentais**. Porto Alegre. Livraria do Advogado, 1997.

HAESBAERT, Rogério (Org.). **Globalização e fragmentação no mundo contemporâneo**. Niterói: EdUFF.2001.

_____. **O Mito da Desterritorialização: “do fim dos territórios” à multiterritorialidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HIGASHI, Priscilla. **Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na trílice fronteira - dificuldades e estratégias de superação**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.p. 210. Acesso em: 10 nov.2020.

Alma

HILL, Michael. **The Public Policy Process**, 5ª edição. Nova Iorque, Longman, Pearson Education. 2009.

HOUAISS, A. VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro. Objetiva, 2001.

INSPER. Instituto de ensino e Pesquisa. **Judicialização da Saúde: Perfil das Demandas, Causas e Propostas de Solução**. Conselho Nacional de Justiça. Brasília. 2019. Disponível em:

<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 04 de nov. 2020.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Os Vários Paranás - oeste paranaense: o 3º espaço relevante**. Curitiba, 2008.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Cadernos Municipais e Perfil do Município de Foz Do Iguaçu**. Disponível em: www.ipardes.gov.br. Acesso em: 10 de nov. 2020.

JUNIOR, Raimundo Gonçalves de Oliveira et al. Condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do município de Petrolina-PE: percepção dos profissionais de saúde. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.4, p. 433-438, 2013.

LAHERA, Parada Eugenio. **Política y Políticas Públicas**, Serie Políticas Sociales, n.º 95, Santiago do Chile, CEPAL / Naciones Unidas. 2004. disponível em: <http://cgpp.app.jalisco.gob.mx/images/politicaspUBLICAS.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

LEÃO. Renato Zerbini Ribeiro. O regime de proteção aos migrantes, refugiados e solicitantes de refúgio do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas. REMHU, **Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**. vol.27 no.57 Brasília Sept./Dec. 2019.

LEVINO A, CARVALHO EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana Salud Publica**. p. 490–500. 2011.

LOWI, Theodor. **Four systems of policy, politics, and choice**. Public Administration Review, 32(4), 298. 1972.

MACHADO, Lia Osório. 2005. **Estado, territorialidade, redes: cidades gêmeas na zona de fronteira sul-americana**. In: SILVEIRA, M. L. (Org.). *Continente em chamas: globalização e territórios na América Latina*. Rio de Janeiro, Civilização brasileira.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, Classe Social e Status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

MARSHALL, T.H. **Cidadania e classe social**. 2. ed. Brasília: Senado Federal; Centro de Estudos Estratégicos-CEE/MCT, 2002.

MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Aspectos procedimentais do instituto jurídico do impeachment e conformação da figura da improbidade administrativa**. RT 685/286.

MARTINS, Sergio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 30ª edição. São Paulo. Editora Atlas. 2010.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abril. 2020

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. São Paulo. Editora Malheiros. 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**. São Paulo. Editora Hucitec, 1992.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde**. 3 ed. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MERCOSUL. **Acordo Mercosul/CMC/DEC. nº 18/99: trânsito vicinal fronteiriço entre os Estados Partes do Mercosul**. Montevideú, 1999. Disponível em: <http://www.sice.oas.org/Trade/MRCSRS/Decisions/dec1899p.asp>. Acesso em: 09 nov.2020

MIRANDA, Jorge. **Manuel de Direito Constitucional**, 2ª ed. Editora Coimbra, 1998, p. 89.

MOCHIZUKE, K. C. A garantia do atendimento à saúde do estrangeiro em solo brasileiro: um desafio. **Revista do Ministério Público do Trabalho do Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, v. 9, n. 4, p. 113-130, 2015.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 11ª ed. São Paulo. Editora Atlas, 2002.

MOURA, R. Movimento pendular da população no Paraná: uma evidência da desconexão moradia/trabalho. **Caderno metrópole**. São Paulo, v.12, n.23, p.43-64. Jan/jun 2010.

NOGUEIRA, Vera Maria. FAGUNDES, Helenara Silveira A institucionalidade dos sistemas sanitários locais nas linhas da fronteira: impactos no acesso aos serviços e ações de saúde. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, vol.9. p.64-85. 2015

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, CONVENÇÃO AMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (1969). **Pacto de San José de Costa Rica**. Disponível em: https://www.oas.org/pt/sobre/comissao_direitos_humanos.asp. Acesso em 05 de agosto de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 01 set. 2020.

_____. World Health Organization (who). **Heath Promotion Glossary**. Genebra, disponível em: https://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/, 1998. Acesso em 14 nov.2020

_____. World Health Organization (who). **Global Health Observatory Data Repository**. Disponível em: < <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75>>. Acesso em: 25 jun.2020.

_____. World Health Organization (WHO). **Public spending on health: a closer look at global trends**. Geneva: WHO; 2018.

OSZLAK, Oscar. Políticas públicas e regimes políticos: Reflexões a Partir de Algumas Experiências Latino-Americanas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 17 a 60, set. 1982. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/11455/10404>>. Acesso em: 02 Set. 2020.

PAIM, J. S. TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, 40 (n. esp.): 73-78, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 out. 2020.

PELÁEZ. Contreras " Los derechos sociales: análisis sistemático", em **Derechos económicos, sociales y culturales**. Mércia, 1981.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania**. In: BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M.; MIOTO, R. C.T.(orgs). Política Social no Capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

PÉREZ, L. Sistemas de Salud em America Latina: entre aciertos y desaciertos. n.1, p. 148-162, ene/abr. 2012

PIOVESAN, Flavia; DE FREITAS, Daniel Castanha. O pacto de San José da Costa Rica e a jurisprudência interamericana em matéria de direito à saúde. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 54, p. 205-225, jan. 2018. ISSN 1982-9957. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/11843/7331>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

PRADO, F.H. 2003. **Grupos de pressão: teoria e prática, o caso Foz do Iguaçu**. Florianópolis, SC. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina UFSC, 171 p.

PORTELA, Paulo Henrique Gonçalves. Direito Internacional Público e Privado. 2ª ed. **Revista ampl. e atual**. Salvador: Juspodivm: 2010.

PUJADAS, SZEKUT (2018), "Soberanía, políticas fronterizas y prácticas transnacionales en Paraguay", Iztapalapa. **Revista de Ciencias Sociales y Humanidades**. núm. 85, año 39, julio-diciembre de 2018, ISSN: 2007-9176; pp. 59-80. Disponível em: <<http://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/issue/archive>>. Acesso em: 04 de agosto de 2020.

RAFFESTIN, Claude. 1993. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo, Ática.

REALE, Miguel. **Lições Preliminares de Direito**. 27ª ed. São Paulo. Editora Saraiva, 2003.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2000.

ROCHA, Aristides Almeida; GALVÃO, Chester Luis; RIBEIRO, Helena (Orgs.). **Saúde pública: bases conceituais**. 2ª ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2013.

RONCARATTI, Luanna Sant'Anna. **Caderno de Políticas Públicas**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, 2008.

ROSA WAG, LABATE RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2005. Novembro-Dezembro. p. 1027-1034.

SACHS, Ignacy. **Desenvolvimento, direitos humanos e cidadania**. In: PINHEIRO, Paulo Sérgio; GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. Direitos humanos no século XXI. Brasília: IPRI, 1998.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural**. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 2003

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SANTOS, C. Promoção da saúde: Processos e mecanismos que consolidam transformações, p. 49-78, 2012

SARLET, I. W.; FIGUEIREDO, M. F. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações**. Revista de doutrina da 4ª região. Porto Alegre. 24.ed. julho. 2008. Disponível em <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/index.htm?http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao024/ingo_mariana.html>. Acesso em 12 fev. 2020.

SCHMITTER, Philippe C. **Reflexões sobre o conceito de política: Curso de Introdução a Ciências Políticas**. Unidade I. 2 Editora Brasília: UNB. 1979.

SCHWARTZ, Germano André Doederlein. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre. Livraria do Advogado. 2001.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning.2010.

_____. Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises, casos práticos**. São Paulo: CENGAGE Learning. 2012.

SEPELLI Alexandre. Citado por Berlinguer G. **A doença**. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988.

SIDNEY. Mara S. **Policy formulation: design and tools**, em Frank Fischer et al., Handbook of Public Policy Analysis, Londres, CRC Press. 2007.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 26ª Edição. São Paulo. Editora Malheiros, 2006.

_____. José Afonso; **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 8ª edição. São Paulo. Editora Malheiros. 2012.

SOARES, Jéssica Aparecida. **A saúde pública na tríplice fronteira: estrutura de atendimento e estratégias de usuários fronteiriços para acesso à saúde**. 165 f.. Dissertação (Mestrado em Sociedade Cultura e Fronteiras -Campus de Foz do Iguaçu). 2017.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45. jul/dez 2006.

SUBIRATS, Joan. SARAIVA, Enrique e FERRAREZA, Elizabete. **Definición del problema: Relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos**. Políticas Públicas – Coletânea. Escola Nacional de Administração Pública. pp. 199-218. vol. 1, Brasília, 2007.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Salvador: AATR; 2002.

VASCONCELOS, C. M. & PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

ANEXOS

Anexo I – Autorização para coleta de dados concedida pela SMS de Foz do Iguaçu



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO

A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Rosa Maria Jeronymo Lima, **AUTORIZA** a acadêmica **ANA FLÁVIA MACHADO DE OLIVEIRA**, do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), a realizar pesquisa, sob orientação da Profª Drª Andressa Fracaro Cavalheiro, em unidades de saúde da Atenção Primária, subordinadas à Diretoria de Atenção Básica, no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto *"Direito e Saúde: A Tríplce Fronteira Analisada a Partir das Relações entre o Direito e a Política Pública Estratégia Saúde da Família"*.

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela acadêmica e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que frequenta. Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os de projeto de pesquisa acadêmica, obedecendo às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e assegurando a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantindo que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo às disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20. Também deverá haver devolutiva do resultado da pesquisa ao serviço de saúde onde foi desenvolvido o projeto.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 08 de março de 2021.

Rosa Maria Jeronymo Lima
Rosa Maria Jeronymo Lima

Responsável pela Secretaria Municipal da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar - Centro - 85851-000 - Foz do Iguaçu - Paraná

TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmfi.pr.gov.br

Rosa Maria Jeronymo Lima
Secretaria Municipal da Saúde
Matrícula nº 71.020

Anexo II - Questionamentos enviados e respostas da Sanitarista do Município.

Questionamentos a serem encaminhados a Secretaria Municipal de Foz do Iguaçu

- 1) Há quanto tempo existe a Estratégia Saúde da Família (ESF) no município? Atualmente quantas equipes estão em atividade?
- 2) Estrangeiros residentes ou em trânsito utilizam a Estratégia Saúde da Família? Se sim. Qual a nacionalidade de maior incidência?
- 3) A equipe da ESF realiza com frequência atendimento de nacionais em trânsito na cidade (visitantes)? Existe dados a respeito do quantitativo?
- 4) Há um sistema de controle –em qualquer nível- que comporta os dados de atendimento do ESF? Se sim. Desde quando?
- 5) O PSF, hoje ESF, foi criado no ano de 1994, e era uma opção do Gestor. Em Foz do Iguaçu desde quando sua adesão se tornou obrigatória?
- 6) É possível quantificar o número de atendimentos realizados pelo ESF, nos últimos 10 anos?
- 7) No mesmo período é possível quantificar quanto desses atendimentos foram a estrangeiros e não residentes no Município?
- 8) O PAB era repassado aos municípios, pelo governo federal, levando em conta o número de habitantes. Com a alteração houve impacto significativo no repasse financeiro, considerando o atendimento a estrangeiros não residentes e, portanto, não computado como habitante?
- 9) Considerando a localização na tríplice fronteira, é possível quantificar o número de atendimentos pela ESF a paraguaios e argentinos? Há como determinar se todos eram residentes na cidade?
- 10) Como é feita a comprovação de residência para fins de atendimento?
- 11) Foz do Iguaçu, por meio da União, possui algum acordo de cooperação técnico financeira para atendimento de Argentinos e Paraguaiois, com seu país de origem? (Paraguai e Argentina)?
- 12) É possível determinar o número de atendimentos feitos pela ESF, cujo os pacientes foram encaminhados para atendimento especializado?

- 13) Nesta mesma perspectiva é possível determinar o encaminhamento quanto aos estrangeiros?
- 14) Considerando a mudança no repasse financeiro, que não ocorre mais levando em conta o número de habitantes e sim atingimento de metas. Ainda existe controle dos atendimentos no município, em nível federal, que considera o número de habitantes? É possível averiguar financeiramente, ou por outro meio, este impacto?
- 15) A mudança na forma de financiamento da APS, por meio do PAB, tornou a ESF mais ou menos eficiente?
- 16) O atendimento a estrangeiros é contabilizado para fins do cumprimento das metas?
- 17) O número de atendimentos a estrangeiros é levado em consideração na projeção orçamentaria de cada ano?
- 18) Como se deu a evolução da ESF em Foz do Iguaçu?
- 19) Quantas equipes iniciaram e quantas existem, e quais são as determinantes de seu aumento ou redução na execução da ESF?

Anexo III – Questionamentos enviados a Diretoria da 09ª Regional de Saúde (SES- PR)**Questionamentos a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (9ª Regional de Saúde)**

- 1) Estrangeiros residentes ou em trânsito utilizam os serviços prestados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES)?
Se sim. Qual a nacionalidade de maior incidência?
- 2) A SES realiza com frequência atendimento de nacionais em trânsito na cidade (visitantes)? Existe dados a respeito do quantitativo?
- 3) Há um sistema de controle estadual que comporta os dados de atendimento da SES?
- 4) Nesse sistema existem informações acerca do atendimento a não residentes em Foz do Iguaçu?
- 5) Considerando a localização na tríplice fronteira, é possível quantificar o número de atendimentos pela SES a paraguaios e argentinos? Há como determinar se todos eram residentes na cidade?
- 6) Como é feita a comprovação de residência para fins de atendimento?
- 7) Os estrangeiros possuem acesso a Farmácia do Paraná?
- 8) A SES, por meio da União, possui algum acordo de acordo de cooperação técnico financeira para atendimento de Argentinos e Paraguaiois, com seu país de origem? (Paraguai e Argentina)
- 9) No estado do Paraná, existem políticas públicas de saúde específicas para a região da fronteira?
- 10) Qual é a principal cidade responsável pelo atendimento da população na região?
- 11) A mobilidade populacional presente na fronteira paranaense, ocasiona o agravamento do risco de emergência e reemergência de doenças, principalmente para as populações mais vulneráveis?
- 12) Quais são as principais doenças notificadas na região de Foz do Iguaçu?