

TEMAS EM
**DIREITO
SANITÁRIO
& SAÚDE
COLETIVA**

TOMO II

**REGINALDO DE SOUZA VIEIRA
LUCIANE BISOGNIN CERETTA
MARCELO LAMY
SANDRA MARA CAMPOS ALVES**
ORGANIZADORES



EDITORA ÍTHALA

© 2023 Editora Íthala

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Godoy Dotta – Doutor e mestre em Educação. Especialista em Administração, Metodologia do Ensino Superior e em Metodologia do Conhecimento e do Trabalho Científico. Licenciado em Sociologia e Pedagogia. Bacharel em Tecnologia.

Ana Claudia Santano – Pós-doutora em Direito Público Econômico pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutora e mestre em Ciências Jurídicas e Políticas pela Universidad de Salamanca, Espanha.

Daniel Wunder Hachem – Professor de Direito Constitucional e Administrativo da Universidade Federal do Paraná e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Doutor e mestre em Direito do Estado pela UFPR. Coordenador Executivo da Rede Docente Eurolatinoamericana de Derecho Administrativo.

Emerson Gabardo – Professor Titular de Direito Administrativo da PUC-PR. Professor Associado de Direito Administrativo da UFPR. Doutor em Direito do Estado pela UFPR com Pós-doutorado pela Fordham University School of Law e pela University of California - UCI (EUA).

Fernando Gama de Miranda Netto – Doutor em Direito pela Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

Professor Adjunto de Direito Processual da Universidade Federal Fluminense e membro do corpo permanente do Programa de Mestrado e Doutorado em Sociologia e Direito da mesma universidade.

Ligia Maria Silva Melo de Casimiro – Doutora em Direito Econômico e Social pela PUC-PR. Mestre em Direito do Estado pela PUC-SP. Professora de Direito Administrativo da UFC-CE. Presidente do Instituto Cearense de Direito Administrativo - ICDA. Diretora do Instituto Brasileiro de Direito Administrativo - IBDA e coordenadora Regional do IBDU.

Luiz Fernando Casagrande Pereira – Doutor e mestre em Direito pela Universidade Federal do Paraná. Coordenador da pós-graduação em Direito Eleitoral da Universidade Positivo. Autor de livros e artigos de processo civil e direito eleitoral.

Rafael Santos de Oliveira – Doutor em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestre e graduado em Direito pela UFSM. Professor na graduação e na pós-graduação em Direito da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenador do Curso de Direito e editor da Revista Direitos Emergentes na Sociedade Global e da Revista Eletrônica do Curso de Direito da mesma universidade.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária: Maria Isabel Schiavon Kinasz, CRB9 / 626

T278 Temas em direito sanitário & saúde coletiva /
organização de Reginaldo de Souza Vieira ... [et al.]
- 1ed. - Curitiba: Íthala, 2023.
Tomo II, 250p.: il.; 22,5cm

ISBN: 978-65-5765-180-3

1. Direito sanitário. 2. Saúde pública. 3. Direito à saúde. I. Vieira, Reginaldo de Souza (org.). II. Ceretta, Luciane Bisognin (org.). III. Lamy, Marcelo (org.). IV. Alves, Sandra Mara Campos (org.).

CDD 344.04 (22.ed)
CDU 342.7:614

Editora Íthala Ltda.
Rua Pedro Nolasko Pizzatto, 70
Bairro Mercês
80.710-130 – Curitiba – PR
Fone: +55 (41) 3093-5252
Fax: +55 (41) 3093-5257
<http://www.ithala.com.br>
E-mail: editora@ithala.com.br

Coordenação editorial: Eliane Peçanha
Capa: Maria Cristina Pacheco dos Santos Lima
Revisão: Aurora Alves
Diagramação: Luana Julião Weldt

abdr
ASSOCIAÇÃO
BRASILEIRA
DE DIREITOS
REPRODUTIVO
Respeite o direito autoral!

Informamos que é de inteira responsabilidade do autor a emissão de conceitos publicados na obra. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida por qualquer meio ou forma sem a prévia autorização da Editora Íthala. A violação dos direitos autorais é crime estabelecido na Lei nº 9.610/98 e punido pelo art. 184 do Código Penal.

TEMAS EM
**DIREITO
SANITÁRIO
& SAÚDE
COLETIVA**

TOMO II

**REGINALDO DE SOUZA VIEIRA
LUCIANE BISOGNIN CERETTA
MARCELO LAMY
SANDRA MARA CAMPOS ALVES**
ORGANIZADORES



**EDITORA ÍTHALA
CURITIBA – 2023**

PREFÁCIO

Em um contexto amplo e diversos como o da América Latina, onde as nuances territoriais, econômicas e culturais se aproximam, mas também se distanciam, emerge essa rica obra materializada em dois grandes blocos e quinze capítulos que sinalizam desafios históricos, sociais, políticos e da assistência à saúde para a garantia de direitos.

Esta primeira parte, intitulada “Direitos Humanos e Direito Sanitário”, é um convite à reflexão profunda sobre questões cruciais que permeiam o tecido social dessa região. Abre-se as cortinas para as realidades frequentemente eclipsadas dos povos originários em meio a estereótipos e histórias marginalizadas e por vezes apagadas que os povos tradicionais enfrentam, resultando em uma negligência sistemática de seus direitos. Esse olhar profundo sobre as histórias e culturas dos povos indígenas, especialmente diante da pandemia de COVID-19, propõe uma análise necessária do direito à saúde dessas comunidades.

O direito à saúde sob a luz do direito ao desenvolvimento e de sua função de integração reforça enlaces entre esses direitos fundamentais, delineado pelas normas jurídicas nacionais e internacionais revelando-se complexo. Complexidade esta é maior quando pensando na perspectiva da garantia dos Determinantes Sociais da Saúde que fortalece aos leitores dessa obra uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença, indo além do enfoque biológico, contemplando elementos como renda, trabalho, habilitação, saneamento básico entre outros fatores que influenciam na saúde.

A “exploração” da indústria farmacêutica, contemplada neste estudo, revela a incessante busca por medicamentos em resposta a uma narrativa de medicalização da vida, que colabora para um movimento de patologização social com críticas importantes a construção de uma sociedade da doença. A saúde, gênero e inclusão social são contempladas como fenômeno migratório na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul Brasil, destacando a interseccionalidade dessas dimensões para subsidiar políticas públicas voltadas para migrantes.

Há também reflexões críticas no âmbito jurídico-penal que nos convida a compreender as implicações desse fenômeno no contexto da tutela da saúde pública, onde a resposta estatal se depara com desafios de legitimidade, causalidade e limites. A judicialização da saúde no Brasil, é contemplada de modo a tencionar a complexidade das ações judiciais, seus impactos financeiros e o reflexo na eficácia e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira parte dessa obra finaliza com uma reflexão do fenômeno jurídico no contexto do sistema capitalista, especialmente durante a crise pandêmica indicando a reavaliação do papel do Estado quando as decisões desses impactam na garantia da vida humana.

Na segunda parte desta obra, dedicada às “Políticas Públicas de Saúde e Saúde Coletiva” revisitamos a trajetória da saúde mental no Brasil, destacando a Lei n. 10.216/2001 e o caso “Damião Ximenes Lopes. Adentra-se, então, ao âmago das políticas públicas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, explorando a interlocução com a teoria da proteção integral. Em seguida, mergulha-se no desempenho dos hospitais catarinenses durante a pandemia de COVID-19, utilizando a análise envoltória de dados como bússola para avaliar a eficiência dos investimentos.

A perspectiva internacional é enfocada na análise da cooperação na saúde pública no âmbito do Arco Sul em tempos de pandemia que examina acordos entre Brasil, Argentina e Uruguai os quais representam um avanço nas políticas públicas de saúde, visando a eficiente concretização da garantia do direito à saúde.

Um estudo qualitativo, oferece uma visão íntima dos desafios enfrentados pelos enfermeiros na gestão do cuidado à saúde, compreendendo suas experiências nas Estratégias Saúde da Família de Criciúma e contribuindo para o aprimoramento constante da Atenção Primária à Saúde.

Por fim, esta obra é uma jornada de reflexão crítica e análise aprofundada, de múltiplos e plurais olhares sobre indagações fundamentais de saúde, direitos humanos, desenvolvimento e justiça social. É um convite aos leitores a mergulhar nestas páginas para ampliar a compreensão dessas temáticas, contribuindo para fortalecimento de um diálogo reflexivo, crítico e comprometido com a construção de sociedades mais justas e voltadas para aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde.

Criciúma (SC), primavera de 2023.

Prof. Dr. Jacks Soratto

Professor permanente do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense

APRESENTAÇÃO

Este livro, denominado *Temas Em Direito Sanitário e Saúde Coletiva*, tomo II, é resultado dos estudos e das pesquisas realizadas por professores(as) e discentes do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC) e do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED), ambos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), a partir de projetos e redes de pesquisa, e de cooperação e eventos realizados nos últimos dois anos.

No âmbito interno, esta parceria inclui pesquisadores(as) do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS), Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde Coletiva (PPGSCol) e Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE).

No âmbito nacional, esta parceria inclui a Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos, a Rede Egrupe (UNESC, UNISC e FMP), o programa de Direito Sanitário da Fiocruz – DF e os seguintes programas de Pós-Graduação nacionais: Centro Universitário Ritter dos Reis (UNIRITTER/RS), Universidade Santa Cecília – Unisanta/SP, Universidade Ceuma/MA, Faculdade Meridional – IMED/RS, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, UDF/DF, Universidade do Vale do Itajaí – Univali/SC e a Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc/RS.

As pesquisas apresentadas nesta obra foram divididas em duas partes: a primeira que conta com oito estudos, denominada “Direitos Humanos e Direito Sanitário”; e a segunda, com sete estudos, chamada “Políticas Públicas de Saúde e Saúde Coletiva”.

A organização foi feita por pesquisadores(as) dos Programas de Pós-Graduação em Direito, em Desenvolvimento Socioeconômico e em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense; do Programa de Pós-Graduação em Direito da Saúde da Unisanta/SP e do Programa de Direito Sanitário da Fiocruz-DF.

Por fim, gostaríamos de agradecer o apoio da Capes, CNPQ, FAPESC e PAPERGS, que financiaram parte dos estudos desenvolvidos nesta obra. Também agradecemos à Universidade do Extremo Sul Catarinense, instituição comunitária reconhecida nacional e internacionalmente, que com recursos próprios e por meio de Edital de pesquisa próprio de apoio aos grupos de pesquisa, financiou o Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC) e o Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED), o que permitiu a realização de eventos, reuniões de es-

**8 | Reginaldo de Souza Vieira | Luciane Bisognin Ceretta | Marcelo Lamy
| Sandra Mara Campos Alves - Orgs.**

tudos e encontros de cooperação necessários para que essa obra fosse produzida e publicada.

Criciúma/SC, Santos/SP e Brasília/DF, primavera de 2023.

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

Prof. Dr. Marcelo Lamy

Profa. Dra. Sandra Mara Campos Alves

PARTE I DIREITOS HUMANOS E DIREITO SANITÁRIO 11

CAPÍTULO I - DIREITOS HUMANOS E SAÚDE INDÍGENA POR UMA VISÃO DE(S)COLONIAL..... 13

Márcin Perius Haebelin | Michelli Linhares de Bastos | Ralph Schibelbein

CAPÍTULO II - DIREITO À SAÚDE SOB A LUZ DO DIREITO AO DESENVOLVIMENTO E DE SUA FUNÇÃO DE INTEGRAÇÃO 27

Marcelo Lamy | Danilo de Oliveira

CAPÍTULO III - DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS DECORRENTES DOS DETERMINANTES SOCIAIS..... 41

Rafaela Santos Lima | Edith Maria Barbosa Ramos | Sandra Mara Campos Alves | Maria Célia Delduque

CAPÍTULO IV - O DIREITO A UMA SOCIEDADE SUSTENTÁVEL DIANTE DA EXPLORAÇÃO FARMACÊUTICA-NEOLIBERAL 51

Júlia Escandiel Colussi | Felipe da Veiga Dias

CAPÍTULO V - SAÚDE, GÊNERO E INCLUSÃO SOCIAL: O FENÔMENO MIGRATÓRIO NA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL 65

Gabrielle Scola Dutra | Natália Lazzari Lacorth | Janaína Machado Sturza

CAPÍTULO VI - DUAS REFLEXÕES MARGINAIS SOBRE A TUTELA DA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO JURÍDICO-PENAL BRASILEIRO 77

Airto Chaves Junior | Thiago Aguiar de Pádua

CAPÍTULO VII - JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DOENÇA OU REMÉDIO À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE? 95

Mônia Clarissa Hennig Leal | Rosana Helena Maas

CAPÍTULO VIII - CAPITALISMO, ESTADO LIBERAL E VIDA HUMANA: ANÁLISE DO FENÔMENO JURÍDICO NA OBRA “CRISE E PANDEMIA” 111

Ingrid Michelle Coelho da Silva | Ana Cristina Brasil Léda

PARTE II - POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE COLETIVA..... 123

CAPÍTULO I - AS MEDIDAS DE SEGURANÇA FRENTE À LEI N. 10.216/2001 E O CASO DAMIÃO XIMENES LOPES VS. BRASIL 125

Guilherme Ramos Hamer Gomes

CAPÍTULO II - “MENOS BENZODIAZEPÍNICOS, MAIS JUSTIÇA SOCIAL”: SOFRIMENTO PSÍQUICO, POLÍTICAS PÚBLICAS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA.....	141
<i>Letícia Hobold Kammer Dipaula Minotto da Silva Fabiane Ferraz João André Rodrigues Janine Moreira</i>	
CAPÍTULO III - AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: INTERLOCUÇÃO COM A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL.....	159
<i>Cristiano Patricio Junior Graziela Cristina Luiz Damacena Gabriel</i>	
CAPÍTULO IV - DESEMPENHO DOS HOSPITAIS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM SANTA CATARINA POR MEIO DO MÉTODO DA ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS (DEA)	177
<i>Debora Aparecida Almeida Dimas de Oliveira Estevam Reginaldo de Souza Vieira</i>	
CAPÍTULO V - A COOPERAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA NA ESFERA LOCAL NO ÂMBITO DO ARCO SUL EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: ANÁLISE DA PROPOSTA DE AJUSTE COMPLEMENTAR AOS ACORDOS ENTRE BRASIL E ARGENTINA E BRASIL E URUGUAI.....	195
<i>Betieli da Rosa Sauzem Machad Glênio Borges Quintana Ricardo Hermany</i>	
CAPÍTULO VI - DESAFIOS DA GESTÃO DO CUIDADO: O OLHAR DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	211
<i>Jessica Tavares Friske Cristiane Damiani Tomasi Lílíana Maria Dimer Luciane Bisognin Ceretta Valdemira Santana Dagostin Ioná Vieira Bez Birolo</i>	
CAPÍTULO VII - A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	237
<i>Jesser Rodrigues Borges Marcos André Vieira Meller Reginaldo de Souza Vieira</i>	



DIREITOS HUMANOS E DIREITO SANITÁRIO

PARTE I

CAPÍTULO I

DIREITOS HUMANOS E SAÚDE INDÍGENA POR UMA VISÃO DE(S)COLONIAL

Mártin Perius Haeberlin¹
Michelli Linhares de Bastos²
Ralph Schibelbein³

SUMÁRIO

1. Introdução. **2.** Breves comentários sobre os povos indígenas e a visão colonial. **3.** O pensamento colonial do assimilacionismo. **4.** Por uma saúde indígena de(s)colonial. **5.** Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

É comum que os povos tradicionais de determinada região sejam respeitados e reverenciados por carregarem a história e a cultura em si mesmos. Lendas, rituais, arte e saberes são valorizados e disseminados. Porém, quando pensamos em América Latina muitas vezes nos deparamos, infelizmente, com noções estereotipadas, histórias apagadas e culturas silenciadas. Os povos originários recebem pouca atenção do Estado, uma fatia pequena de espaço nos currículos escolares e violações diárias de seus direitos.

Em um país marcado por séculos de exploração e escravidão, a garantia de direito para todos deveria ser uma busca permanente, mas as heranças de uma estrutura social tão desigual e opressora nos leva a reproduzir um comportamento de segregar a sociedade entre os “merecedores” de direitos e os não. Nem todos humanos são humanos para figurarem entre os destinatários dos direitos assim qualificados — ou figuram, mas nem

¹ Doutor em Direito (PUCRS) com estágio sanduíche na Universidade de Heidelberg. Estágio pós-doutoral na UFRGS. Pesquisador Visitante do Max-Planck-Institut. Professor da Graduação em Direito e do Mestrado em Direitos Humanos do Centro Universitário Ritter dos Reis (UniRitter). E-mail: martin_haeberlin@uniritter.edu.br

² Doutoranda em Direito – UFRGS. Mestra em Direitos Humanos pela UniRitter, bolsista taxa Capes, Licenciada em Letras pela Fapa. Advogada. E-mail: mlinharesdebastos@gmail.com

³ Mestre em Educação (UDE – UI), Mestre em Direitos Humanos pela UniRitter, bolsista taxa Capes. Licenciado em História (IPA) e em Ciências Sociais (UMESP). Professor e pesquisador em Direitos Humanos. E-mail: rschibelbein@gmail.com

tanto. Bens e direitos são distribuídos em categorias de *mais* e *menos* de acordo com etnia, gênero, *locus social*, dentre outras características muitas vezes inatas. Segundo a historiadora Lília Schwarcz (2019, p. 207), “somos um país de passado violento, cujo lema nunca foi a ‘inclusão’ dos diferentes povos, mas sobretudo a sua ‘submissão’, mesmo que ao preço do apagamento de várias culturas”.

Sabemos que nenhuma história é neutra. Toda narrativa guarda disputas. Problematicando uma versão tradicional, pretendemos pensar o quanto uma abordagem crítica e de(s)colonial dos Direitos Humanos é capaz de contribuir com a reflexão sobre as histórias e culturas desses vários povos indígenas no Brasil.

Diante dessa visão e do contexto de pandemia de COVID-19 que assola o mundo — e nosso país de modo particular —, o problema desta pesquisa é analisar como a garantia do direito à saúde para os povos indígenas é transpassada por questões de preconceito e negligência, sendo os estudos da de(s)colonialidade uma alternativa para refletirmos sobre a causa indígena e a garantia dos direitos desse povo.

2. BREVES COMENTÁRIOS SOBRE OS POVOS INDÍGENAS E A VISÃO COLONIAL

Nosso passado de exploração colonial, marcado pelo genocídio, *etnocídio* e *epistemicídio dos povos indígenas*, atua como uma chaga. A dizimação de vidas, culturas e saberes desse *nosso* passado deixa marcas visíveis neste *nosso* presente. Luiz Eduardo Soares, em seu livro *Justiça*, diz que o sentido de uma história depende do ponto a partir do qual começamos a contá-la. Partindo dessa afirmação, é simbólico que contemos a “História do Brasil” a partir de 1500 e a “descoberta” ou chegada dos europeus. Ignorando os séculos de passado indígena e menosprezando a riqueza e diversidade dos povos nativos da região.

Segundo Aryon Rodrigues (1993a), quando os portugueses chegaram ao Brasil havia aqui cerca de 6 milhões de indígenas e 1.175 línguas. No censo 2010, o IBGE traz os dados de um total de 817.963 mil indígenas. Estando divididos em mais de 300 etnias e com 274 línguas. Do total de indígenas vivendo no Brasil em 2010, 502.783 viviam na zona rural e 315.180 habitavam as zonas urbanas brasileiras. Esse censo revelou que em todos os Estados da Federação, inclusive do Distrito Federal, há populações indígenas. A Funai (Fundação Nacional do Índio) também registra 69 referências de índios ainda não contatados, além de existirem grupos que estão requerendo o reconhecimento de sua condição indígena junto ao órgão federal indigenista.

Com o passar dos séculos, muitos povos indígenas foram extintos. Nas últimas décadas, uma parcela dos indígenas foi marcando presença em espaços acadêmicos, po-

líticos e sociais das grandes cidades. Porém o imaginário acerca deles ainda é marcado por estigmas e preconceitos. Esses estereótipos reforçam a violência que as culturas indígenas sofrem ao longo dos anos. A perda de território, de sua cultura e de sua identidade. Desde a catequização por parte do homem branco europeu, passando por um longo período de tentativas de “civilizar” os povos indígenas, as diferentes etnias foram desumanizadas de diferentes formas. Ora eram entendidos como seres de alma boa, ingênuos e participantes do paraíso; ora, eram percebidos como seres selvagens, vândalos e animalescos.

Nos parece evidente a necessidade de (re)pensarmos a temática dos direitos humanos e, em especial, da dignidade da pessoa humana na cultura brasileira. Somos um país que, embora venda uma imagem de alegria, tolerância e simpatia, é marcado pela violência, intolerância e exclusão. Conforme afirma Schwarcz (2019, p. 24), ao longo de nossa história, “temos praticado uma cidadania incompleta e falha, marcada por políticas de mandonismo, muito patrimonialismo, várias formas de racismo, sexismo, discriminação e violência”.

Somado os longos séculos de colonização aos recentes momentos de autoritarismo e supressão de direitos operacionalizados pelas ditaduras de Vargas (1937 – 1945) e dos militares (1964 – 1985), começamos a vislumbrar a dificuldade da efetivação dos direitos humanos em nosso país. Tema que fica ainda mais complexo ao pensarmos em relação aos povos originários.

Nesse sentido, o pensador espanhol Joaquín Herrera Flores (2009), que vê os direitos humanos como o grande desafio dos primórdios do século XXI, afirma que esses direitos “não são categorias prévias à ação política ou às práticas econômicas. A luta pela dignidade humana é a razão e a consequência da luta pela democracia e pela justiça.” (Flores, 2009, p. 19). Para o autor, é urgente que repensem e mudemos a perspectiva acerca da teoria dos direitos humanos. Segundo ele, os conceitos e definições tradicionais já não servem. “A luta pelos direitos humanos no mundo contemporâneo passa necessariamente por sua redefinição teórica” (Flores, 2009, p. 21).

Fernanda Bragato, na mesma linha, diz que os direitos humanos são apresentados como um desdobramento natural do pensamento liberal e das lutas políticas europeias da Modernidade. Segundo a autora (2014, p. 205), os direitos humanos “são considerados um projeto moral, jurídico e político criado na Modernidade Ocidental e que, depois de ter sido suficientemente desenvolvido e amadurecido, foi exportado ou transplantado para o resto do mundo”.

Sem negar a importância da teoria tradicional, notadamente dos marcos jurídicos internacionais dos direitos humanos, a experiência brasileira parece um interessante campo de análise para uma reflexão à luz da vertente de(s)colonial. Uma crítica que costuma se fazer à teoria tradicional dos direitos humanos é a de uma visão estritamente eurocêntrica.

Nesse sentido, Bragato (2014, p. 218) diz que “a teoria dominante dos direitos humanos conta a história dos direitos conferidos a uma parte muito pequena da humanidade em um determinado lugar e tempo: o Ocidente moderno”.

O pensador espanhol, Raimon Panikkar (1984, p. 06), alerta para tratarmos o tema do universalismo dos direitos humanos com cuidado e respeito, buscando-se contribuir em um caminho de uma pluralidade saudável. Segundo o autor, “a formulação dos direitos do homem é fruto de um diálogo muito parcial no seio das culturas existentes no mundo”. Panikkar (1984), ao defender que o conceito de direitos humanos é mais ocidental do que universal, traz a preocupação com os aspectos antropológicos de cada cultura sobre a compreensão dos diferentes significados acerca da dignidade humana.

Esse eurocentrismo, que reflete as relações de poder e saber, torna-se ainda mais profundo quando analisado em uma nação colonizada por séculos a partir de uma metrópole europeia. Anna Paula Bagetti Zeifert (2019, p. 198) diz, acerca desse aspecto, que “enquanto a teoria clássica defende direitos universais sustentados em uma noção de dignidade ocidental, a teoria crítica, por outro lado, se forma pensando nos diversos modos de compreender e entender a dignidade”.

Nesse sentido que, sobretudo a partir dos anos 1990, vemos o fortalecimento do pensamento de(s)colonial⁴. Aqui é importante diferenciarmos os conceitos de colonialismo e da colonialidade. Enquanto o primeiro refere-se ao fato histórico ocorrido, principalmente entre os séculos XV e XVIII no continente americano, a partir da exploração do território e dos povos nativos pelas nações europeias, o segundo é a permanência dessa relação de subordinação e dependência, não só política e econômica, mas social, cultural epistêmica. Sendo assim, não basta a independência política e/ou territorial, mas é necessário descolonizar o pensamento. Bragato (2014, p. 210), sobre a de(s)colonidade, diz que

[o] pensamento descolonial nasce nos primórdios da Modernidade, ainda que sempre em condição periférica. Começa com Poma de Ayala, manifesta-se nas lutas de contestação colonial e na independência do Haiti. Porém, somente nas duas últimas décadas adquire visibilidade, especialmente por meio de um grupo de pensadores latino-americanos organizados em torno do projeto Modernidade/Colonialidade, quais sejam: Enrique Dussel, Anibal Quijano, Walter Mignolo (...) entre outros.

⁴ Podem ser vistas duas formas de referenciar a abordagem: decolonial ou descolonial, não sendo esse debate o foco de nosso artigo, optamos por manter a forma que cada autor(a) utiliza e quando escrita por nós, adotamos o de(s)colonial. Ver: SANTOS, Vivian Matias. Notas desobedientes: decolonialidade e a contribuição para a crítica feminista à ciência. Psicol. Soc. Belo Horizonte, 2018.

É o exercício de um poder de matriz colonial, um estabelecimento de relações de dominação e assujeitamento baseadas nas oposições hierárquicas cujo ápice é o racismo, que torna possível a (indesejável) invisibilidade do outro. (Bragato, 2014, p. 223).

Zeifert (2019, p.198) diz que o pensamento descolonial tem uma dupla intenção, pois ao mesmo tempo que critica as relações de poder e de colonialidade na produção acadêmica, também busca auxiliar na construção de saberes que até então estavam marginalizados. Bragato (2014, p. 225) diz que “a categoria da colonialidade permite, assim, uma leitura dos direitos humanos fundada no projeto da visibilidade, reconhecimento e respeito dos seres humanos, rejeitando as dicotomias e as hierarquizações”.

Colocar no centro o saber que sempre esteve a margem, é ir ao encontro do que o pensador português Boaventura de Sousa Santos (2010) diz com as epistemologias do sul⁵. Nesse sentido, Ballestrini (2013, p. 14) contribui afirmando que “essa marginalidade teórica dialoga com as versões periféricas e subalternas produzidas fora do norte. Dessa perspectiva, decolonizar a teoria, em especial a teoria política é um dos passos para a decolonização do próprio poder”.

Zeifert (2019, p. 215), apostando em alternativas para a reflexão dos direitos humanos e sobre a relação entre a teoria crítica e a de(s)colonialidade, nos diz que

A relação entre o pensamento decolonial e a teoria crítica dos direitos humanos está baseada, portanto, em dois elementos principais: a perspectiva crítica às teorias eurocêntricas e hegemônicas e a construção de pensamentos e saberes que empoderem e resgatem os conhecimentos de povos, grupos e comunidades que tenham diferentes noções e concepções dos saberes e de dignidade.

Considerando essa histórica luta por reconhecimento por parte de povos indígenas e demais grupos segregados ao longo dos séculos em nosso país, é possível encontrar no pensador alemão Axel Honeth uma grande contribuição. Destaque dentro da teoria crítica, Honeth propõe pensarmos a experiência do reconhecimento enquanto uma relação consigo e com os outros. Segundo o autor (2017), a partir do olhar do outro (que vai da dimensão do afeto, respeito e dos direitos) o indivíduo passa a existir. Afinal, a luta por ser reconhecido é deixar de ser invisível, e na medida em que conseguimos perceber o outro podemos nos entender como cidadão. O primeiro passo para avançarmos na questão indígena está em uma dimensão individual e interpessoal, qual seja a de reconhecê-los como humanos, cidadãos e portadores de direitos. A partir disso, deve-se buscar uma dimensão coletiva e, mesmo, institucionalizada: levando em conta esse reconhecimento das suas realidades

⁵ Ver SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. (Orgs.) **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Editora Cortez. 2010

culturais particulares e toda complexidade que isso envolve, são necessárias políticas públicas visando a assegurar os direitos desses povos.

3. O PENSAMENTO COLONIAL DO ASSIMILACIONISMO

Darcy Ribeiro (1986, p. 254) define o indígena em conformidade com a formulação do II Congresso Indigenista Interamericano de 1949, ocorrido no Peru. Para ele, índio é a parcela da população inadaptada à sociedade brasileira, cuja qual se dá devido à manutenção de costumes e hábitos provenientes de uma tradição pré-colombiana. Ribeiro ainda amplia esse conceito ao dizer que “índio é todo indivíduo reconhecido como membro por uma comunidade de origem pré-colombiana que se identifica como etnicamente diversa da nacional a partir de sua etnia”.

Ao longo da história pós colonização portuguesa, o Brasil adotou uma postura assimilacionista em relação aos índios. Tal postura tinha o propósito de integrar os índios em uma chamada comunhão nacional, desrespeitando a diversidade cultural indígena (TOURINHO, 2002). Colaço (2006) analisa que mesmo a criação da Funai (Fundação Nacional do Índio), em 1967, não rompeu com o viés evolucionista, baseado em superioridade racial, e com a política integracionista que aposta na extinção do índio como elemento.

Brito e Faria atentam para a permanência dessa ideologia no Estatuto do Índio, o qual afirmam estar “evadido” por esse conceito, cerceando a absorção pela sociedade da concepção sobre os direitos indígenas. No artigo 1º da Lei n. 6.001, de 19 de dezembro de 1973, essa ideia já está expressa: “Esta Lei regula a situação jurídica dos índios ou silvícolas e das comunidades indígenas, com o propósito de preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente, à comunhão nacional”.

A postura assimilacionista vai começar a mudar com o advento da Constituição de 1988, conforme assevera Araújo (2006, p. 38):

Ao afirmar o direito dos índios à diferença, calcado na existência de diferenças culturais, o diploma constitucional quebrou o paradigma da integração e da assimilação que até então dominava o nosso ordenamento jurídico, determinando-lhe um novo rumo que garanta aos povos indígenas permanecerem como tal, se assim o desejarem, devendo o Estado assegurar-lhes as condições para que isso ocorra.

Santilli (2000) comunga da mesma opinião, afirmando que a Constituição de 1988 introduz o reconhecimento de direitos permanentes dos índios, trazendo a concepção de que os índios são sujeitos presentes e capazes de seguirem presentes no futuro, não de-

vendo ser assimilados, integrados pela sociedade diante do abandono da sua cultura, língua, costumes.

O artigo 231 da Constituição já revela um novo olhar sobre a questão indígena ao normatizar que “são reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam [...]”. Paradoxalmente, vale dizer, essa mesma Constituição, que avança na proteção dos índios, garante aos índios a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nas terras tradicionalmente por eles ocupadas, mas dispõe que essas terras são bens da União Federal (art. 20, inciso XI). O dispositivo constitucional parece ainda advindo do citado ranço colonial: para proteger as terras dos índios, a Constituição conferiu à União a propriedade que é dos índios, conferindo a esses apenas a posse e o usufruto.

À luz de uma visão de(s)colonial, reflete-se que a política assimilacionista que perdurou por anos está vinculada à ideia de silenciamento da cultura indígena, devendo esses adaptarem-se em um modelo tido como padrão e tal modelo sempre buscou aproximação com o padrão europeu. Era uma concepção baseada no discurso selvagem e civilizado. A mudança de concepção trazida no texto constitucional é importante para a reconstrução do discurso sobre os índios. Foucault (2012) alerta para o fato de que o discurso não é um amontoado de palavras ou uma concatenação de frases que pretendem um significado em si, mas é um sistema que estrutura determinado imaginário social, pois falaremos de poder e controle.

Orlandi (2015) explica que a memória funciona como um interdiscurso, pois o modo como o sujeito porta-se diante de uma situação discursiva é transpassado por recordações que ele experimentou ao ter contato com diversos discursos ao longo de sua vida. Sendo assim, nenhum discurso é neutro ou puro, pois cada enunciado é resultado das concepções ideológicas do emissor quanto de suas memórias discursivas sobre o assunto.

Dessa maneira, a visão colonial embasou o discurso do índio como o selvagem a ser civilizado. A Constituição é um marco importante não só no sentido jurídico, mas na construção de um novo discurso, dessa vez baseado na ideia de respeito às diversidades. No entanto, diferentemente de leis que podem ser revogadas, os discursos são resultado de um processo cultural que requer tempo para ser modificado. Assim, o debate sobre uma visão de(s)colonial faz-se pertinente como ferramenta de construção e fortificação de um novo discurso que rompe com a dicotomia selvagem e civilizado e passa a valorizar a riqueza cultural, linguística, religiosa e de tradições dos povos indígenas.

4. POR UMA SAÚDE INDÍGENA DE(S)COLONIAL

A Constituição Federal consagra o direito à saúde como direito social que abrange os aspectos de prevenção e de assistência, ou seja, de tratamentos necessários diante de doenças. Assim, a saúde é um direito humano intimamente ligado com o direito à vida, que deve ser garantida e efetivada pelo Estado.

Canotilho e Moreira (2007) dissertam acerca das vertentes negativa e positiva que transpassam o direito à saúde. Enquanto aquela trata da abstenção que o Estado ou qualquer pessoa pratiquem atos que prejudiquem a saúde, esta abrange as medidas e prestações estatais que visem à prevenção e cuidado da saúde.

Conforme já descrito, a Constituição de 1988 marcou a mudança de paradigma sobre os povos indígenas. Se, anteriormente, havia uma política indigenista baseada na concepção de que os indígenas deixariam de existir como grupo culturalmente diferenciados, o atual texto constitucional apresenta o respeito da diversidade.

A consagração do direito à saúde foi um marco decisório para surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, foi sancionada a Lei n. 8.080 que implementou o SUS como sendo 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”⁶. Garnelo (2012) explica que o SUS marca o início de uma política de proteção social, comprometida com a redução da desigualdade social, baseada no princípio da universalidade.

No entanto, no início do SUS, a população indígena não foi contemplada. Primeiramente, pelo fato de a saúde indígena ainda ser gerida pela Funai e pelo fato de o SUS ter uma linha inicial destinada aos povos urbanos, fato que novamente suscita a importância de um pensamento de(s)colonial a partir do qual se busca a superação da concepção de progresso, construído na ilusão de centros urbanos. Funda-se esse pensamento em um olhar para as diversidades e minorias como grupos que também compõem e enriquecem a sociedade.

Garnelo (p. 24) explica que:

O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas.

⁶ Art. 4º, Lei 8080.

A conclusão de que o povo indígena possui características únicas que não estavam sendo consideradas pelo SUS revela uma certa vitória do pensamento de(s)colonial: não vamos sujeitar um povo a padrões existentes, mas vamos criar um padrão que respeite a diversidade desse povo.

A Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999, acrescenta dispositivos na Lei n. 8.080 — Lei do SUS — que instituem um subsistema de atenção à saúde indígena. O ponto forte desse subsistema está descrito no artigo 19-F, da Lei do SUS, que disciplina que “dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena [...]”. Tal previsão legal está em consonância com o pensamento de(s)colonial de respeito às diversidades culturais, pensando em um direito à saúde que se enquadra para os povos indígenas e não forçando que os povos indígenas se adaptem a um sistema generalizador.

No entanto, o subsistema da saúde indígena sofre um grande problema para ser efetivado. Com a política de descentralização do SUS, os serviços de saúde passaram a ser municipalizados. No entanto, o subsistema de atenção à saúde indígena é financiado pela União (artigo 19-C, da Lei 8.080). Na tentativa de resolver tal impasse, a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), órgão do Ministério da Saúde, recebeu a responsabilidade de coordenar e executar as ações de saúde indígena. Além disso, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), que coordena a assistência básica em saúde, também passou a cuidar da assistência à saúde indígena.

A partir de 2010 houve uma série de decretos que buscaram normatizar a questão da gestão do subsistema de saúde indígena. O decreto em vigor, atualmente, é o Decreto n. 9.795, de 17 de maio de 2019, que traz a Secretaria Especial de Saúde Indígena como órgão específico do Ministério da Saúde.

Hoje, o subsistema é organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que são unidades gestoras descentralizadas da saúde indígena. De acordo com o Ministério da Saúde⁷, os DSEIs são orientados para

Espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado - que contempla um conjunto de atividades técnicas que se fundamentam em medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde. Além disso, promove a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias por meio de atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com base no Controle Social.

⁷ Dados disponíveis do site oficial do Ministério da Saúde: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>.

O Brasil conta com trinta e quatro DSEI's espalhados nas cinco regiões do país. Estima-se que cerca de 755 mil indígenas são atendidos pelos DSEI's (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). No contexto atual de pandemia, é papel dos DSEI's prestar atendimento para a população indígena. No entanto, o descaso com a saúde indígena em tempos de COVID-19 chegou até o Supremo Tribunal Federal.

Na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 709, foi homologado parcialmente o plano geral de enfrentamento à COVID-19 para povos indígenas. Um dos pontos discutidos nessa ADPF trata da suspensão da Resolução n. 4/2021 da FUNAI, na qual estabeleceu-se o critério de heteroidentificação aos povos indígenas. Esse critério condicionava ao quesito território a identificação do indivíduo como indígena.

Além disso, a ADPF analisou a insuficiência de atenção à saúde dos povos indígenas, principalmente daqueles que não estão em áreas de terras homologadas. Nas palavras do relator, Luís Roberto Barroso: “Falta coerência e transparência à União no que respeita ao tratamento dispensado aos povos indígenas de terras não homologadas e urbanos sem acesso ao SUS”.

A discussão trazida pela ADPF 709 suscita uma reflexão de(s)colonial, afinal a União adotou uma linha ideológica territorialista para olhar os povos indígenas, ignorando as questões de consciência de identidade. A imposição de fronteiras nega a essência indígena, conforme Ayres Brito (2012) analisou: “Para os índios, a terra não é um bem mensurável. Para eles, a terra não é uma coisa. Ela é um ser, é um espírito protetor”.

Dessa maneira, deixar o indígena adstrito a um território específico é a maneira colonial de pensamento mercantil da natureza: as terras indígenas estão homologadas, definidas, são — como referido — da União; caso o indígena não esteja nessas terras, na terra que uma espécie de “dono” sem título dominial, ele não é reconhecido.

A questão da de(s)colonialidade da saúde indígena transpassa um ponto essencial: a garantia do direito à saúde aos povos indígenas, respeitando a diversidade desse povo. O sentimento da indígena Cristiane Pankararu, no I Seminário Nacional Desafios da Saúde Indígena, elucida tal questão: “Cada povo tem sua forma de viver e de trabalhar a medicina tradicional e é importantíssimo que a gente procure também conciliar o novo, que é o conhecimento acadêmico com o conhecimento tradicional”.

Assim, haver um subsistema de atenção à saúde indígena é importante no sentido de romper com a visão de(s)colonial de assimilação dos indígenas a um sistema pensado para o modelo de homem urbano. No entanto, não basta a previsão dessa política de saúde se não houver efetividade. A luta contra a COVID-19 revelou as fragilidades desse sistema tanto na prestação da assistência à saúde aos povos indígenas quanto na concepção de uma tentativa de restringir o reconhecimento do indivíduo como indígena a partir do critério

de terras homologadas pela União, ou seja, negando a cultura como fator determinante para a identificação do sujeito.

5. CONCLUSÃO

No presente texto, problematizando-se uma visão tradicional, buscou-se refletir a temática indígena no Brasil sob uma abordagem crítica e de(s)colonial dos direitos humanos. Essa abordagem mostra-se necessária enquanto o colonialismo importar colonialidade. Isso é: enquanto o comportamento colonizador do passado reproduzir-se no presente com os povos nativos, notadamente pelo menosprezo à sua riqueza e diversidade, pela perpetuação de estigmas e preconceitos com estereótipos que reforçam a violência contra suas culturas, pela invisibilidade gerada desde práticas sucessivas de não reconhecimento.

A experiência colonial brasileira é sintomática da necessidade de repensar a teoria tradicional dos direitos humanos de raiz eurocêntrica. Ali onde ela restringe, está o espaço para ela se abrir. A proposta, portanto, não é a de sua negação, mas a de complementar a teoria tradicional com a diversidade. Isso ocorre, por exemplo, com o conceito tradicional de dignidade, ao qual a perspectiva de(s)colonial pode agregar a preocupação com os aspectos antropológicos de cada cultura, gerando novas significações.

Nesse contexto, o texto apresentou uma base teórica referencial e uma base empírica contemporânea para nutrir essa abordagem complementar.

A base teórica referencial está na teoria crítica de Axel Honeth, na medida em que o autor propõe uma reflexão sobre a experiência do reconhecimento enquanto uma relação consigo e com os outros, geradora de uma tripla dimensão: afeto, respeito e direitos. A partir dessa tripla dimensão, o indivíduo passa a existir, no sentido de tornar-se efetivamente visível. No caso dos povos indígenas, o texto compreende que esse movimento possui dois importantes passos. O primeiro é individual e interpessoal, no qual os não indígenas devem reconhecer os indígenas como humanos, cidadãos e portadores de direitos. O segundo é coletivo e institucionalizado, no qual esse reconhecimento reflete políticas públicas não assimilacionistas e adequadas à diversidade.

A base empírica contemporânea está no exemplo do direito à saúde, em especial sob o contexto da pandemia do novo coronavírus. Nesse sentido, demonstrou-se, inicialmente, a permanência da ideologia colonialista no ordenamento jurídico brasileiro, considerando que o Estatuto do Índio (1973) tinha como objetivo integrar esses povos à “comunhão nacional”. A Constituição de 1988 foi, nesse sentido, um marco na construção de um novo discurso, baseado na ideia de respeito às diversidades. Essa transformação ocorreu também no direito à saúde dos povos indígenas. Embora a Lei do SUS (1990) não tenha sido desenhada inicialmente para lidar com os povos nativos, ela veio a ser modificada,

instituindo-se um subsistema de atenção à saúde indígena. A conclusão de que os povos indígenas possuem características únicas que não estavam sendo consideradas pelo SUS revelou, assim, uma vitória do pensamento de(s)colonial. Por outro lado, com a política de descentralização do SUS, os serviços de saúde passaram a ser municipalizados, gerando assintonias e problemas de efetividade com o subsistema de atenção à saúde indígena, que é financiado pela União. Atualmente, a luta contra a COVID-19 revelou fragilidades desse subsistema, organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), tanto na prestação da assistência à saúde aos povos indígenas como na tentativa de restringir o reconhecimento do indivíduo como indígena a partir do critério de terras homologadas pela União, e não pelos aspectos culturais como fator predominante (tema objeto da ADPF 709).

A proposta deste texto, vê-se, está assim longe de uma radicalidade epistemológica para a teoria dos direitos humanos. Ao revés, é possível dizer que esta abordagem (de caráter complementar) vai ao encontro da raiz dessa teoria, revitalizando o seu mais indefectível móbil de fundação: universalizar direitos que se pretendem universais. Ou, em outras palavras, humanizar humanos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ana Valéria *et al.* **Povos indígenas e a lei dos “brancos”**: o direito à diferença. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

BALLESTRIN, Luciana. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, 2013.

BRAGATO, Fernanda. Para além do discurso eurocêntrico dos direitos humanos: contribuições da descolonialidade. **Revista Novos Estudos Jurídicos**, Eletrônica, v. 19, n. 1, jan.-abr. 2014.

BRITO, A. J. G.; FARIA, B. P. O direito multicultural e a rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente indígenas em Dourados (Mato Grosso do Sul). **Revista da Faculdade de Direito UFPR**, Curitiba, v. 58, p. 53-81, 2013.

CANOTILHO, J.J Gomes; MOREIRA, Vital. **Constituição da república portuguesa anotada**. v. 1. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

COLAÇO, Thaís Luzia. A trajetória do reconhecimento dos povos indígenas no Brasil. **Congresso Nacional Do Conpedi**, XV, 2006, Manaus. Anais... Florianópolis: Fundação Boiteux, 2006. p. 6. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/manaus/estado_dir_povos_thais_luzia_colaco.pdf. Acesso em: 16 ago. 2023.

FLORES, Joaquín Herrera. **A re(invenção) dos direitos humanos**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2012. Versão E-book.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (Orgs.). **Saúde Indígena**: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI**. Disponível em: <http://www.saudeindigena.net.br/coronavirus/index.php>. Acesso em: 09 abr. 2021.

ORLANDI, Eni P. **Análise de Discurso**: Princípios e Procedimentos. 12. ed. Campinas: 2015.

PANIKKAR Raimon. **La notion des droits de l'homme est-elle un concept occidental?** Interculture, v. 17, n. 1, Cahier 82, p. 3-27, 1984.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Vozes, 1986.

SANTILI, Márcio. **Os brasileiros e os Índios**. São Paulo: Senac, 2000.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Ação Cível Originária n. 312, BA**. Relator: min. Eros Grau. Julgamento em 02 maio 2012.

TOURINHO NETO, Fernando Costa. **Os povos tradicionais e as sociedades nacionais**: conflito de normas e superação. Brasília: Série Cadernos do CEJ, 24, 2002.

ZEIFERT, Anna Paula Bagetti. O pensamento descolonial e a teoria crítica dos direitos humanos: saberes e dignidade nas sociedades latino-americanas. **Revista Humus**, v. 9, 2019.

CAPÍTULO II

DIREITO À SAÚDE SOB A LUZ DO DIREITO AO DESENVOLVIMENTO E DE SUA FUNÇÃO DE INTEGRAÇÃO

Marcelo Lamy¹
Danilo de Oliveira²

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. Direito ao desenvolvimento. 2.1. Origem e evolução do desenvolvimento. 2.2. A função de integração do direito ao desenvolvimento. 3. O direito à saúde sob a luz da função de integração do direito ao desenvolvimento. 3.1. Direito à saúde e direito da saúde. 3.2. O direito à saúde compreendido interdimensionalmente. 4. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde parece imprescindível para que sejam atendidas diversas pautas de interesse coletivo e individual de desenvolvimento. Da mesma forma, o direito ao desenvolvimento parece indispensável para que sejam atendidas as diversas pautas que impulsionam o conceito hodierno de saúde individual e coletiva.

O direito à saúde e o direito ao desenvolvimento, como dois direitos existentes em um único contexto, ligam-se não só por suas características semelhantes e interdependên-

¹ Pós-Doutorando em Políticas Públicas em Saúde no PPG da Escola FIOCRUZ de Governo/Brasília; Doutor em Direito Constitucional (PUC-SP); Mestre em Direito Administrativo (USP); Bacharel em Direito (UFPR). Professor Permanente e Vice-Coordenador do PPG *Stricto Sensu*, Mestrado em Direito da Saúde (Unisanta); Professor da Faculdade de Direito (Unisanta, ESAMC); Líder do Grupo de Pesquisa CNPq/Unisanta "Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde"; Diretor geral do Observatório dos Direitos do Migrante (Unisanta); Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas (Unisanta). Currículo: <http://lattes.cnpq.br/9347562683746206>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8519-2280>. E-mail: marcelolamy@unisanta.br

² Doutor e Mestre em Direitos Humanos (PUC-SP); Especialista em Direito Público (Universidade Potiguar); Bacharel em Direito (Unip). Professor da Faculdade de Direito e do PPG *Stricto Sensu*, Mestrado em Direito da Saúde (Unisanta); Coordenador do Observatório da Implementação dos ODS (OAB-SP). Currículo: <http://lattes.cnpq.br/3723945568020549>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4099-3716>. E-mail: daniololiveira@unisanta.br

cias, mas também pela mesma prospecção e finalidade de bem-estar, qualidade de vida e proteção socioambiental.

Para o melhor entendimento da relação de solidariedade, interdependência e multidimensionalidade desses direitos humanos, torna-se necessária a compreensão da função de controle integrativa. Esta é a razão deste estudo, identificar como deve se dar a integração entre os direitos da saúde e do desenvolvimento.

Sob o filtro positivista, congregaram-se normas jurídicas nacionais vigentes, convenções e outras normas internacionais e textos científicos sobre a temática. Os dados normativos foram coletados em pesquisas na internet (site do Planalto, site da Organização das Nações Unidas) e analisados pela técnica da revisão crítico-narrativa. Influencia-nos os olhares doutrinários estruturalista (que desvelam o permanente) e hermenêutico (que desvelam o contexto circunstancial)³.

2. DIREITO AO DESENVOLVIMENTO

A Agenda 2030 da ONU é formada por 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), por 169 metas e por indicadores de desempenho. Ainda, é composta pela Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento (ONU, 1986) e fundada em 5 valores (pessoas, planeta, parcerias, prosperidade e paz), além do seu imperativo-ético de que “ninguém será deixado para trás”. Essa Agenda (2030) retrata a maior e mais democrática pauta global que a humanidade reconheceu (ela foi pensada, deliberada e assinada por 193 países) e serve de substrato para o direito ao desenvolvimento, para a própria mensuração da efetividade dos direitos humanos.

Dessarte, a concretização da proteção de cada um dos direitos de cada pessoa humana e de todas as pessoas humanas têm de passar, desde então, pela compreensão do direito ao desenvolvimento.

2.1. Origem e evolução do desenvolvimento

A origem do direito ao desenvolvimento pode ser relacionada à busca pela efetividade dos direitos humanos no âmbito do direito internacional (direito do desenvolvimento). Uma explicação plausível para essa ligação está na historicidade do desenvolvimento enquanto fenômeno relevante para o Direito.

³ Pelo matiz estruturalista, identificamos os elementos justificadores estáveis, os efeitos que o sistema consolidou. Pelo matiz hermenêutico, identificamos os elementos justificadores circunstanciais, as peculiaridades de cada efeito para o contexto brasileiro atual (LAMY, 2020, p. 315-316 e 320-321).

Antes mesmo de ser reconhecido internacionalmente como um direito autônomo, o desenvolvimento foi reconhecido formalmente no cenário global como uma espécie de condição ou pressuposto fático ou contextual para a viabilidade da implementação dos direitos humanos. Isso porque, depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 10 de dezembro de 1948 (ONU, 1948), ganhou corpo a preocupação com a efetividade desses direitos.

Segundo a doutrina, essa preocupação pode ter surgido em virtude da opção político-diplomática de se adotar, em 1966, dois pactos adjetos à Declaração de 1948, em vez de um só.

Para Fábio Konder Comparato, em 16 de dezembro de 1966, foram adotados dois pactos adjetos — o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (ONU, 1966) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966) — pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, para explicitar, pormenorizadamente, o conteúdo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, como uma estratégia para agradar dois grupos distintos de países que se dividiam por conta de ideologias distintas:

A elaboração de dois tratados e não de um só, compreendendo o conjunto dos direitos humanos segundo o modelo da Declaração Universal de 1948, foi resultado de um compromisso diplomático. As potências ocidentais insistiam no reconhecimento, tão só, das liberdades individuais clássicas, protetoras da pessoa humana contra os abusos e interferências dos órgãos estatais na vida privada. Já os países do bloco comunista e os jovens países africanos preferiam pôr objeto políticas públicas de apoio aos grupos ou classes desfavorecidas, deixando na sombra as liberdades individuais.

Decidiu-se, por isso, separar essas duas espécies de direitos em tratados distintos, limitando-se a atuação fiscalizadora do Comitê de Direitos Humanos unicamente aos direitos civis e políticos, e declarando-se que os direitos que têm por objeto programas de ação estatal seriam realizados progressivamente, “até o máximo dos recursos disponíveis” de cada Estado (COMPARATO, 2015, p. 293).

Essa opção pode ter levado à Conferência Internacional sobre Direitos Humanos de Teerã, datada de 13 de maio de 1968, em cujo seio se elaborou a Proclamação de Teerã (ONU, 1968).

Desse modo, quase vinte anos depois da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, a comunidade internacional, por meio da Proclamação de Teerã, afirmou que os direitos humanos são indivisíveis e interdependentes (ONU, 1968):

13. Como os direitos humanos e as liberdades fundamentais são indivisíveis, a realização dos direitos civis e políticos sem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais resulta impossível. A realização de um progresso duradouro na aplicação dos direitos humanos depende de boas e eficientes políticas internacionais de desenvolvimento econômico e social; (Tradução livre)⁴.

Marcelo Lamy sustenta que, nessa oportunidade, a comunidade internacional conscientizou-se de que os direitos humanos são indivisíveis e dependem uns dos outros, bem como de políticas nacionais e internacionais de desenvolvimento econômico e social (2014, p. 295). Ou seja, o desenvolvimento, antes de se tornar formalmente um direito, teve caráter instrumental para a efetividade dos direitos humanos, atribuindo-lhes unidade e interdependência. Essa interdependência, por sua vez, se estendeu ao próprio rol dos direitos humanos.

Noutras palavras, a partir da Proclamação de Teerã, formalizou-se o consenso em torno da necessidade de políticas públicas nacionais e internacionais voltadas para o desenvolvimento econômico e social, pautadas na impossibilidade da realização dos direitos civis e políticos sem o gozo dos direitos econômicos, sociais e culturais. Essa indivisibilidade de direitos humanos de distintas dimensões depende, então, do desenvolvimento, nesse contexto já não mais compreendido como um fenômeno econômico isoladamente considerado. O próprio desenvolvimento, condição fática para a proteção de direitos indivisíveis, isto é, dos direitos humanos, é composto por inúmeras facetas indissociáveis (OLIVEIRA, 2023, p. 6).

Portanto, a partir da Proclamação de Teerã, os contextos fáticos prévios para a implementação dos direitos humanos foram compreendidos como indissociáveis e interdependentes, conseqüentemente, como indissociáveis e interdependentes foram compreendidos os próprios direitos humanos a serem efetivados a partir desses contextos, conforme explicitaremos.

Outros três momentos merecem a nossa atenção, porque levam a uma mudança impactante na compreensão sobre o fenômeno do desenvolvimento.

Em 23 de novembro de 1979, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, pela Resolução n. 34/46 (ONU, 1979), reconheceu formalmente o próprio desen-

⁴ Original: "13. Since human rights and fundamental freedoms are indivisible, the full realization of civil and political rights without the enjoyment of economic, social and cultural rights, is impossible. The achievement of lasting progress in the implementation of human rights is dependent upon sound and effective national and international policies of economic and social development;" (ONU, 1968).

volvimento como um direito. Nessa data, houve o reconhecimento formal do direito ao desenvolvimento como um direito humano, prescrevendo-se, desde então, a igualdade de oportunidade para o desenvolvimento como uma prerrogativa de cada pessoa humana e de toda a humanidade.

Em seguida, em 1981, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Direitos dos Povos declarou que todos os povos têm direito ao desenvolvimento econômico, social e cultural, atribuindo ao Estado o dever de assegurar o seu exercício, individual ou coletivamente:

Artigo 22º. 1. Todos os povos têm direito ao seu desenvolvimento econômico, social e cultural, no estrito respeito da sua liberdade e da sua identidade, e ao gozo igual do patrimônio comum da humanidade. 2. Os Estados têm o dever, separadamente ou em cooperação, de assegurar o exercício do direito ao desenvolvimento (Tradução livre)⁵.

Esse documento internacional que fora adotado durante a 18ª Conferência de Chefes de Estado e Governo, ocorrida em Nairóbi, no Quênia, inovou ao afirmar a titularidade dos direitos humanos pelos povos, seja no plano interno, seja no internacional (COMPARATO, 2015, p. 410), na mesma linha da Resolução n. 34/46, 23 de novembro de 1979.

Depois, em 04 de dezembro de 1986, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas aprovou a Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento (ONU, 1986). Hoje, esse documento internacional integra a Agenda 2030.

Parece-nos, então, irrefutável a admissão de que o desenvolvimento foi reconhecido como um direito, como um direito humano. Formalmente, o direito ao desenvolvimento é um direito humano, cujas características são a unidade (indivisibilidade) e a interdisciplinaridade (interdependência), cujo sujeito central é a pessoa humana (OLIVEIRA, 2023, p. 8).

O direito ao desenvolvimento, em termos conceituais, foi reconhecido como o direito a um processo, a um processo de desenvolvimento, conforme o relatório de Arjun Sengupta, transmitido durante o quinquagésimo quinto período de sessões da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (2000):

⁵ Original: *“Article 22 1. All peoples shall have the right to their economic, social and cultural development with due regard to their freedom and identity and in the equal enjoyment of the common heritage of mankind. 2. States shall have the duty, individually or collectively to ensure the exercise of the right to development”* (AFRICAN UNION, 1981).

O direito ao desenvolvimento como direito a um processo de desenvolvimento não é apenas um direito geral ou a soma de um conjunto de direitos. É o direito a um processo que amplie as possibilidades ou a liberdade dos indivíduos de aumentar seu bem-estar e alcançar o que valorizam (Tradução livre).⁶

Concordando com ele, defendemos que esse processo, guiado pela indivisibilidade (unidade) e interdependência (interdisciplinaridade), abrange todas as dimensões dos direitos humanos, cuja integração se dá pelo próprio direito ao desenvolvimento que, uma vez condutor desse processo, tem natureza interdimensional. Ou seja, o direito ao desenvolvimento é um direito humano interdimensional. Essa natureza interdimensional, por sua vez, encontra esteio desde a concepção pré-jurídica do desenvolvimento e se reforça na sua concepção enquanto um direito humano multifacetário.

2.2. A função de integração do direito ao desenvolvimento

Reconhecemos, *a priori*, três funções do direito ao desenvolvimento. Uma função de integração, outra de controle e, por fim, a de vetor hermenêutico. A função de controle relaciona-se à capacidade de o direito ao desenvolvimento servir como um instrumento de controle das políticas implementadas pelos Estados e outras organizações, enfatizadas como controle social e fiscalização. A função hermenêutica relaciona-se à capacidade de o direito ao desenvolvimento orientar e interpretar, como um princípio norteador, a aplicação de outros direitos humanos fundamentais.

Aqui, nos ateremos à função do direito ao desenvolvimento de integração dos direitos humanos.

Uma abordagem sobre a função de integração do direito ao desenvolvimento nos faz voltar a sua historicidade, a própria história dos direitos humanos, como vimos na seção anterior.

Desde a sua concepção pré-jurídica, o desenvolvimento, enquanto fenômeno relevante para o Direito, carrega consigo uma intersetorialidade (política, econômica, social) que decorre da complexidade da vida humana.

Segundo Wagner Balera:

⁶ Original: “*El derecho al desarrollo como derecho a un proceso de desarrollo no es sólo un derecho general o la suma de un conjunto de derechos. Es el derecho a un proceso que amplía las posibilidades o la libertad de los individuos para aumentar su bienestar y conseguir lo que valoran*” (ONU, 2000).

A complexidade da vida humana cresce a olhos vistos. Essa complexidade se justifica, a seu modo, porque não é compreensível, em nossos dias, qualquer conhecimento parcelar da realidade. Com efeito, as questões econômicas, políticas, morais, culturais e sociais não podem ser examinadas isoladamente. Parece existir, mesmo, a compreensão global e globalizante dos assuntos, como que intrincada em um todo extremamente complexo. Pois toda a temática do direito ao desenvolvimento parece permeada por esse conjunto de questões conexas que não podem ser objeto de abordagem de modo isolado” (BALERA, 2015, p.7).

Uma vez juridicizado (direito ao desenvolvimento formalmente reconhecido), o desenvolvimento carrega em si um amálgama, o amálgama desenvolvimentista, absolutamente compatível com a unidade e a interdependência dos direitos humanos. Daí, dizermos, noutras palavras, que o direito ao desenvolvimento tem natureza interdimensional, haja vista ele ter essa função de integração das distintas dimensões dos direitos humanos, cuja finalidade, não nos olvidemos, é a sua efetividade.

Para a função integradora do desenvolvimento é fundamental a planificação das políticas públicas por meio do Direito, o que já foi defendido, no Brasil, por Miguel Reale: “a formação do jurista deve ser objeto de imediata revisão, a fim de que as faculdades de Direito preparem também especialistas destinados à função planificadora” (REALE, 2011, p. 741).

Segundo Carla Abrantkoski Rister, com a industrialização e com a pós-industrialização — inclusive no Brasil —, houve uma inegável transformação dos fins do Estado, o qual, em vez de apenas produzir o Direito, passou a se preocupar com a realização de políticas públicas (2007, p. 321).

Como, desde a Proclamação de Teerã, podemos defender que a efetividade dos direitos humanos depende de adequadas e eficazes políticas públicas, é possível sustentarmos que o direito ao desenvolvimento desempenhe uma função de controle das políticas públicas de direitos humanos.

Essa inferência está ancorada no referencial teórico de Fábio Konder Comparato:

Se, como se viu, o desenvolvimento se realiza através de políticas públicas ou programas de ação governamental, nada mais lógico do que criar mecanismos para o controle judicial de políticas públicas, à luz do direito ao desenvolvimento, analogamente ao que ocorre, de há muito, com o controle judicial da constitucionalidade das leis e atos do Poder Público (2015, p. 416).

Sendo as políticas públicas essenciais para o desenvolvimento e, conseqüentemente, para a efetividade dos direitos humanos, pragmaticamente, impõe-se a adoção do

direito ao desenvolvimento (direito humano interdimensional) como mecanismo de controle de políticas públicas, judicial e administrativo:

Esse mecanismo de controle terá de incidir, inclusive, sobre as condições para a efetividade dos direitos humanos, não apenas sobre eventuais colisões entre direitos, já que são inevitáveis em absoluto as tensões entre direitos individuais e coletivos, por exemplo. O mecanismo de controle incidirá sobre as condições e sobre as condicionantes. Isso porque, como já proclamado, a implementação dos direitos humanos depende da adoção de sólidas e eficazes políticas públicas, nacionais e internacionais. [...] Essa função de controle das políticas públicas necessárias ao processo de desenvolvimento imbrica-se com a função do direito ao desenvolvimento de integrar o amálgama desenvolvimentista, isto é, imbrica-se com a função de integração de direitos interdependentes norteadas pelo direito ao desenvolvimento, pois essa integração se dá, como já se reconheceu, exatamente por meio de políticas públicas (OLIVEIRA, 2023, p. 11).

Juridicizado, o desenvolvimento é um condicionante que conduz à efetividade dos direitos humanos, por meio da integração doutros determinantes: ambientais, sociais, econômicos, políticos e, inclusive, doutros determinantes jurídicos.

Expostas essas breves notas acerca do direito ao desenvolvimento, nos debruçaremos na seção seguinte sobre o direito à saúde, sob a luz da função de integração do direito ao desenvolvimento.

3. O DIREITO À SAÚDE SOB A LUZ DA FUNÇÃO DE INTEGRAÇÃO DO DIREITO AO DESENVOLVIMENTO

Entre as principais características do direito ao desenvolvimento, destacam-se: a sustentabilidade (para gerações presentes e futuras); a equidade (iguais oportunidades para todos os indivíduos e grupos sociais); a participação ativa nas decisões (observando necessidades locais e regionais) e a valorização cultural (respeitando tradições de todos os povos).

As funções de controle, integração e hermenêutica do direito ao desenvolvimento estão relacionadas ao conjunto destas características. Respeitando a sustentabilidade, a equidade, a participação ativa e a valorização cultural, são capazes de fiscalizar, orientar, influenciar e interpretar as políticas, garantindo a interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos e fundamentais.

A função de integração relaciona-se à capacidade de o direito ao desenvolvimento integrar ao quadro desenvolvimentista outros direitos humanos fundamentais, como o

direito à saúde, à educação, à alimentação etc., respeitando as características elencadas acima, na finalidade de garantir o respeito e a promoção desses direitos.

3.1. Direito à saúde e direito da saúde

No Brasil, o direito à saúde tem matriz constitucional (artigo 6º e 196), e, por isso, tem sido considerado um direito social, humano e fundamental.

É social porque imprime um aspecto de solidariedade (fraternidade) que se direciona à garantia de condições mínimas (dignidade), justiça social e condições básicas de bem-estar (socioambientais) para todas as pessoas (igualdade), em uma abrangência de proteção coletiva, inclusive e especialmente dos grupos mais vulneráveis da sociedade (equidade). É humano porque é direcionado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, sendo o ser humano — individual ou coletivamente —, o titular desse direito. É fundamental porque é imprescindível, indisponível e indispensável para a promoção da qualidade de vida e bem-estar do ser humano.

Além da constituição brasileira, outros países e diversos tratados e pactos internacionais consideram a saúde um direito. A Declaração Universal dos Direitos Humanos reconhece o direito à saúde ao afirmar que todos têm um “direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (ONU, 1948).

Uma vez sendo um direito, a saúde passa a ser regulamentada por um ramo jurídico específico, o direito da saúde.

Fernando Aith (2007) define direito da saúde como:

[...] ramo do Direito que disciplina as ações e serviços públicos e privados de interesse à saúde, formado pelo conjunto de normas jurídicas – regras e princípios – que em como objetivos a redução de riscos e doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Parece-nos adequado, contudo, compreender o direito da saúde como um conjunto articulado e complexo de princípios, regras e instituições destinadas a garantir, promover e proteger o direito humano e fundamental à saúde, no âmbito individual e coletivo, e a estabelecer os contornos dos deveres também individuais e coletivos relacionados à saúde.

O objetivo do direito da saúde é garantir a promoção à saúde através de controle, interpretação e integração de suas políticas, leis, normas e regulamentos, garantindo a todos o acesso e o serviço relacionados à saúde, de ordem pública ou privada.

3.2. O direito à saúde compreendido interdimensionalmente

Vejamos a consequência da conexão do direito à saúde ao direito ao desenvolvimento, levando em conta a função de integração desse último.

Essa abordagem nos viabiliza compreender que, casuisticamente, o direito à saúde, tradicionalmente direito humano fundamental de índole social, e, portanto, comumente categorizado como de segunda geração ou dimensão, pode figurar noutras dimensões dos direitos humanos.

A Constituição de 1988 ampara em vários artigos distintos uma série (ou rol) de direitos humanos: direito à vida; direito à liberdade; direito à saúde; direito à educação; direito à alimentação; direito à moradia e outros mais. Além disso, na esfera internacional, tratados e pactos também apresentam um rol de direitos humanos.

A mesma abordagem permite o entendimento de que o direito ao desenvolvimento também é um direito humano fundamental, de índole social, embora, neste caso, a Constituição de 1988 não o mencione expressamente. Implicitamente, contudo, diversos dispositivos constitucionais permeiam o direito ao desenvolvimento. O artigo 6º, por exemplo, elenca os direitos sociais que são diretamente relacionados ao desenvolvimento humano e social e, portanto, fundamentais para o ser humano. Outro exemplo é o artigo 3º que estabelece como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil promover o bem de todos, sem preconceitos ou discriminação, reduzir as desigualdades, garantir uma sociedade livre, justa e solidária. O artigo 170, que funda a ordem econômica na valorização do trabalho humano, da justiça social, da existência digna, respeitando os princípios da função social, defesa do meio ambiente, redução de desigualdades e outros. O artigo 225 que garante a todos o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, como sendo de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida. Todos são direitos humanos e fundamentais, compatíveis com as características pertinentes ao direito ao desenvolvimento.

Pode-se afirmar que desenvolvimento e saúde representam duas faces de uma mesma moeda, que embora possuam lados diferentes, são, na verdade, integradas em um único contexto. Enquanto o direito ao desenvolvimento apresenta-se com um processo que envolve vida, sociedade, economia, política, cultura e educação, a saúde torna-se fundamental para o desenvolvimento sustentável, pois a qualidade de vida e o bem-estar são bases fundamentais para promoção do desenvolvimento econômico e social. Pessoas doentes não desenvolvem um país. Um país doente não se desenvolve.

Essa identidade entre eles é possível por meio da função de integração, que relaciona o direito humano ao desenvolvimento e à saúde, tornando ambos elementos fundamentais para o desenvolvimento sustentável e saudável, garantindo que a promoção da saúde

seja uma das prioridades dos países em seus processos de desenvolvimento. Para tanto, é necessário que o Estado assuma o compromisso de garantir o acesso aos serviços de saúde e a promoção de um ambiente saudável para toda a população.

Percebe-se que, tanto o direito à saúde quanto o direito ao desenvolvimento possuem em comum:

- (i) a finalidade: são orientados para o bem de todos, entendendo aqui, o bem-estar físico, mental, ambiental, econômico, político e social;
- (ii) a quem se destinam: o ser humano;
- (iii) o responsável por garantir os direitos: o Estado;
- (iv) os interesses a que se destinam: coletividade (embora atendam individualmente a cada um).

Nesse último aspecto, de interesse coletivo ou individual, repousa a abordagem de solidariedade dos direitos fundamentais de primeira, segunda geração ou terceira geração. Para Rawls (2002), para a promoção de justiça social e igualdade material, os direitos fundamentais devem transcender a sua dimensão individual. Para o alcance da equidade, as desigualdades sociais e econômicas devem ser estruturadas para beneficiar e amparar os menos favorecidos. Os direitos fundamentais, por consequência, necessitam da promoção da igualdade material entre os indivíduos, para que seja garantido a todos as iguais e justas condições de direito.

Na visão da função de integração, os direitos fundamentais não podem ser plenamente exercidos dentro de um quadro de desigualdade social e econômica. A solidariedade (característica já destacada neste estudo) entre os indivíduos é essencial para a construção fraterna, justa e igualitária. Ao integrar-se solidariedade social, saúde humana/ambiental e economia, os direitos fundamentais serão salvaguardados.

A abordagem de solidariedade dos direitos fundamentais de primeira, segunda ou terceira geração (ou dimensão), na visão da função de integração e de Rawls (2002), suplanta a visão individual dos direitos fundamentais, ressaltando a sua dimensão coletiva na busca da justiça social.

Marcelo Lamy (2014) reforça o entendimento que os direitos humanos são multidimensionais e as expressões 'geração' e 'dimensão', embora úteis para organização mental do 'rol dos direitos humanos', mascara a solidariedade e interdependência entre eles:

As expressões *geração* e *dimensão*, portanto, implicam olhares que mascaram o entrelaçamento de todos os direitos humanos que possuem uma relação intrínseca de interdependência ou de indivisibilidade. O conjunto global de direitos não pode ser desvinculado: a vida não separa a saúde, da expressão da educação, do voto da informação, da reunião da sindicalização, da propriedade do meio ambiente etc.

A característica multidimensional entrelaça todos os direitos do rol ‘humanos’, não importando em qual ‘geração’ se apresentem, até porque, sob o aspecto de interesses coletivos e individuais uma certa alternância de posição nos parece possível.

Vejamos, por exemplo, como a suposta precedência dos interesses coletivos sobre os individuais poderia equivocadamente justificar aquilo que é juridicamente injustificável.

Imaginemos a recusa estatal de fornecimento de um medicamento de alto custo para uma criança acometida por uma doença rara, sob a escusa de que as cifras gastas mensalmente pelo Poder Público para esse fornecimento equivaleriam à manutenção do tratamento terapêutico para outras dezenas ou mesmo centenas de pessoas. Assim, pareceria justificável que o Poder Público, obrigado a zelar pelo interesse da maioria, deveria optar por custear o tratamento terapêutico coletivo em detrimento do custeio individual do medicamento de alto custo para a criança acometida pela patologia rara (OLIVEIRA, 2023).

Não nos parece essa a adequada interpretação de nosso ordenamento jurídico. Aliás, sequer nos parece ela ser possível. Nesse exemplo, temos a presença de uma criança e, dentre os vulneráveis, a nossa Constituição lhes assegura absoluta prioridade⁷, o que já seria suficiente para afastar a cogitação de que seu direito à saúde não pudesse ser efetivado. Somemos a isso uma outra vulnerabilidade, a de ser a criança acometida por doença rara (OLIVEIRA, 2023).

Nosso olhar pode começar a mudar quando consideramos o alerta de Danilo de Oliveira (2023): “[...] a efetividade do bem-estar da coletividade passa pela dos seus indivíduos, passa pela efetividade do bem-estar de cada pessoa humana que compõe o grupo ou comunidade.”

Do mesmo modo, a viragem começa a se operar quanto consideramos o valor social, político e jurídico da fraternidade, a ideia de solidariedade que inspira a vida em comunidade:

Ela [a moral, no original; para nós, a fraternidade] rejeita a ideia de que a coisa certa a fazer é simplesmente uma questão de medir as consequências – os custos e benefícios. Sugere que a moral significa algo mais – alguma coisa relativa à própria maneira como os seres humanos se tratam uns aos outros.⁸ (SANDEL, 2011, p. 47)

⁷ Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988, artigo 227: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988).

⁸ Indaga Michael J. Sandel: “A moral é uma questão de avaliar vidas quantitativamente e pesar custos e benefícios? Ou certos deveres morais e direitos humanos são tão fundamentais que estão acima de cálculos dessa

Será que a filosofia de Jeremy Bentham⁹, tão presente em nossa atualidade (a do utilitarismo, a da maximização da utilidade em prol da felicidade e beneficiadora do maior número possível de pessoas, ainda que em detrimento doutras em número menor), admite objeções? (OLIVEIRA, 2020; OLIVEIRA, 2023)

Para nós, a função integradora do direito ao desenvolvimento exige destacar a dimensão solidária do direito à saúde.

4. CONCLUSÃO

O direito ao desenvolvimento desempenha papel primordial na garantia da promoção de direitos de bem-estar social, ambiental, político e econômico. O direito à saúde desempenha papel fundamental para a promoção do desenvolvimento sustentável, pois está diretamente relacionado com a qualidade de vida e o bem-estar da população. São duas vertentes que se integram em um único contexto e juntas, com objetivos e características semelhantes, somam forças para a garantia de aplicação da justiça social em atendimento à solidariedade.

Ambos são direitos humanos, sociais e se relacionam — entre si e entre outros — de forma a atenderem uma função de integração entre o direito e as medidas que dele possam brotar. O vínculo que integraliza o direito à saúde e o direito ao desenvolvimento, é, portanto, a solidariedade e interdependência presentes nos direitos que são humanos.

REFERÊNCIAS

AFRICAN UNION. **African Charter on Human and Peoples' Rights**. Adotada pela XVIII Assembleia dos Chefes de Estado e Governo da Organização da Unidade Africana (OUA) em Nairóbi, Quênia, em 27 de julho de 1981. Disponível em : <https://au.int/en/treaties/african-charter-human-and-peoples-rights>. Acesso em: 16 ago. 2023.

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BALERA, Wagner. **Declaração sobre o direito ao desenvolvimento anotada**. Curitiba: Juruá, 2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 abr. 2023.

natureza? Se certos direitos são assim fundamentais – sejam eles naturais, sagrados, inalienáveis ou categóricos –, como podemos identificá-los? E o que os torna fundamentais?” (SANDEL, 2011, p. 47).

⁹ Segundo Michael J. Sandel, para Jeremy Bentham: “Maximizar a ‘utilidade’ é um princípio não apenas para o cidadão comum, mas também para os legisladores. Ao determinar as leis ou diretrizes a serem seguidas, um governo deve fazer o possível para maximizar a felicidade da comunidade em geral” (SANDEL, 2011, p. 48).

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

LAMY, Marcelo. Direitos fundamentais de terceira geração. p. 288/320. *In*: BRANDÃO, Cláudio (coordenador). **Direitos humanos e fundamentais em perspectiva**. São Paulo: Atlas, 2014.

LAMY, Marcelo. **Metodologia da pesquisa**: técnicas de investigação, argumentação e redação. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Matrioska Editora, 2020.

OLIVEIRA, Danilo de. **Uma teoria hermenêutica jurídica desenvolvimentista**. São Paulo, 2023. Tese (Doutorado em Direito). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

OLIVEIRA, Danilo de. **Direito ao desenvolvimento**: conteúdo, natureza jurídica, vinculações estatais e efetividade. Curitiba: Brazil Publishing, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Alternative approaches and ways and means within the United Nations system for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms**. 23 de novembro de 1979 (A/RES/34/46). Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/8991?ln=en>. Acesso em: 15 abr. 2023

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaration on the Right to Development**. 04 de dezembro de 1986 (A/RES/41/128). Disponível em: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Development/DeclarationRightDevelopment_en.pdf Acesso em: 15 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Library. **Right to development**: note by the Secretary-General, Arjun Sengupta (A/55/306). New York: UN, 17 Aug. 2000. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/425186?ln=es>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** (A/RES/2200(XXI)). Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/660187>. Acesso em: 15 abr. 2023

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Proclamation of Teheran**. 13 de maio de 1968. Proclamação de Teerã (A/CONF.32/41). Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/701853?ln=en>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Universal Declaration of Human Rights**. 10 de dezembro de 1948 (A/RES/217(III)), Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/666853>. Acesso em: 15 abr. 2023.

RAWLS, John. **Uma teoria da justiça**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

REALE, Miguel. **Direito e planificação**. Doutrinas essenciais de direito constitucional. v. 6. Revista dos Tribunais, 2011.

RISTER, Carla Abrantkoski. **Direito ao desenvolvimento** – antecedentes, significados e consequências. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

SANDEL, Michael J. **Justiça** – O que é fazer a coisa certa? 3. ed. Tradução de Heloisa Matias e Maria Alice Máximo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CAPÍTULO III

DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS DECORRENTES DOS DETERMINANTES SOCIAIS

Rafaela Santos Lima¹

Edith Maria Barbosa Ramos²

Sandra Mara Campos Alves³

Maria Célia Delduque⁴

SUMÁRIO

1. Introdução. **2.** Modelos de determinação da saúde e os caminhos da atuação estatal voltados a garantir a equidade em saúde. **3.** Determinantes sociais e sua inter-relação com o direito à saúde. **4.** Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

O estudo do processo saúde-doença tem se preocupado com o fenômeno do adoecimento e com o processo de passagem da doença como fator meramente individual para uma questão social. Pode-se reconhecer a saúde como um conjunto de condições

¹ Mestra em Direito e Instituições do Sistema de Justiça, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil. Advogada e Membro do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA. <https://orcid.org/> E-mail: rafaelasalims@gmail.com

² Doutora em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, MA, Brasil. Professora do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça e Coordenadora do Mestrado Profissional em Direito da Universidade CEUMA, São Luís, MA, Brasil. <https://orcid.org/>0000-0001-6064-1879. E-mail: edith.amos@ufma.br

³ Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora em Saúde Pública e Coordenadora do Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF. <https://orcid.org/>0000-0001-6171-4558 E-mail: smcalves@gmail.com

⁴ Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Professora, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/>0000-0002-5351-3534. E-mail: mcdelduque@gmail.com

integrals e coletivas de existência, influenciada por fatores políticos, culturais, socioeconômicos e ambientais, influenciada pelos determinantes sociais.

A própria aceção da Organização Mundial da Saúde e seu conceito ampliado de saúde deixa claro a insuficiência do enfoque biológico do binômio saúde-doença e a necessidade imperiosa de abordagem de outros fatores que influenciam diretamente o contexto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), a maior parte da carga das doenças — assim como as iniquidades em saúde, que existem na maioria dos países — acontece por conta de situações ambientais, ou seja, circunstâncias que dependem das condições de vida, habitação, trabalho e envelhecimento dos indivíduos. A saúde dos indivíduos e as políticas públicas que visam a promoção do bem-estar sofrem influência de fatores sociais, sejam estes fatores, fruto das decisões institucionais ou da ausência de liberdade de escolha. Trata-se do que se convencionou chamar Determinantes Sociais da Saúde-DSS.

Os DSS referem-se às condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população. Estão relacionados com a situação de saúde do indivíduo e dizem respeito aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam também na ocorrência de problemas de saúde (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007).

Contudo, produzir sua inter-relação não é tarefa fácil, pois não se trata apenas de estabelecer “uma relação direta de causa-efeito”, e sim o estabelecimento de uma “hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 81).

Assim é que a concretização do direito à saúde, com suas dimensões de equidade e universalidade, enfrenta constrangimentos no seu pleno exercício, diante dos efeitos negativos exercidos pelos determinantes sociais da saúde. Compreender essa interdependência e atuar positivamente, visando a redução dessas iniquidades faz parte do mister de todo aquele que se dedica a defesa e garantia do direito à saúde.

De modo a se contextualizar e discorrer sobre os determinantes sociais em saúde e sua interrelação com os princípios da equidade e universalidade do direito à saúde, o presente artigo encontra-se estruturado da em duas partes: primeiro, foi realizada uma análise dos modelos de determinação da saúde e os caminhos da atuação estatal voltados a garantir a equidade em saúde; em seguida, analisou-se os determinantes sociais e suas inter-relações com o direito à saúde, seguido das considerações finais.

2. MODELOS DE DETERMINAÇÃO DA SAÚDE E OS CAMINHOS DA ATUAÇÃO ESTATAL VOLTADOS A GARANTIR A EQUIDADE EM SAÚDE

A discussão acerca do conceito de determinantes sociais tem sua origem na própria limitação das intervenções orientadas apenas pelo critério de risco de doença e com foco na assistência médica, revelando a necessidade de o Estado atuar não apenas no setor saúde, mas na própria organização social e política da sociedade, com vistas a reduzir iniquidades e elevar o nível de saúde da população.

A Organização Mundial da Saúde, em 2005, criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover discussão internacional acerca da relação dos determinantes sobre a situação de saúde dos indivíduos e a necessidade de enfrentamento das iniquidades geradas.

Um documento apresentado por essa comissão (OMS, 2005) destaca quatro modelos distintos, com diferentes abordagens, que explicam a relação entre os determinantes sociais de saúde e as iniquidades na saúde, apontando assim caminhos para a atuação estatal voltadas a garantir a equidade em saúde.

O modelo apresentado por Dahlgren e Whitehead (1991) apresenta os determinantes sociais da saúde em camadas distintas. A base do modelo apresenta os indivíduos, com suas características individuais — idade, sexo, fatores hereditários — seguido pela camada que aborda comportamentos e estilos de vida individuais (OMS, 2005).

O nível seguinte trata das redes sociais e comunitárias. Após, a camada que se dedica aos fatores relacionados as condições de vida e de trabalho e, por fim, os macrodeterminantes, que se relacionam às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; e, por estarem na posição mais distal, exercem influência sobre as demais camadas.

Figura 1: Modelo dos Determinantes sociais da Saúde desenvolvido por Dahlgren & Whitehead (1991)



Fonte: Modelo-DSS-Dahlgren and Whitehead.

Buss e Pellegrini Filho (2007) destacam também a necessidade de considerar, nesse modelo, o fenômeno da globalização e sua influência sobre as condições de vida em geral e sobre a pobreza e condições de saúde mais particularmente.

Um outro modelo que se apresenta é o da estratificação social e produção de doenças descrito por Diderichsen *et al* em 1998 e posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead em 2001. Para este modelo, as diferenças na saúde do indivíduo estão relacionadas a posição social que ocupa e que, por sua vez, sofre influência de mecanismos sociais distintos como educação e emprego (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo de seleção e causa apresentado por Mackenbach *et al* expõe a relação entre os efeitos dos problemas de saúde em idade adulta e na infância diretamente relacionado com a posição socioeconômica do indivíduo nas diferentes fases. Apresenta ainda um conjunto de fatores de risco intermediário relacionados ao estilo de vida, fatores estruturais / ambientais e fatores psicológicos e relacionados ao *stress* que também influenciam as desigualdades em saúde (OMS, 2005).

Por fim, o modelo de múltiplas influências no decorrer da vida, proposto por Brunner *et al*, relaciona “as perspectivas da saúde clínica (curativa) às da saúde pública (preventiva)” (OMS, 2005, p. 14). Ao abordar diferentes fatores — materiais, comportamentais e psicossociais — e sua relação com o estado de saúde o modelo demonstra que, ao longo

da vida, a exposição a distintos fatores de riscos impactam não apenas nas desigualdades socioeconômicas, mas na própria condição de saúde (OMS, 2005).

O Brasil, em 2006, foi o primeiro país a instituir uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde-CNDSS para o estudo do tema e, em 2008, apresentou um relatório final no qual reconheceu o modelo de Dahlgren e Whitehead como parametrizador das ações de intervenção voltadas ao combate das iniquidades em saúde. O relatório destacou ainda a importância de criação de espaços institucionais integrados, em que os diversos setores do governo aliados à sociedade, pudessem discutir e atuar conjuntamente no enfrentamento dos DSS, compreendendo-os como os fatores sociais (CNDSS, 2008).

Atuar sobre os DSS, contudo, constitui-se uma tarefa hercúlea, vez que exige do Estado ações positivas — e intersetoriais — no enfrentamento de grandes temas como a pobreza, fome, emprego, educação, saneamento entre outros que tem relação direta com as desigualdades em saúde.

3. DETERMINANTES SOCIAIS E SUA INTER-RELAÇÃO COM O DIREITO À SAÚDE

Alcançar a equidade e a igualdade em saúde perpassa pela eliminação de disparidades ou iniquidades entre grupos de pessoas menos privilegiadas. Mas apesar da existência de diferentes determinantes sociais, somente são considerados importantes para a OMS, aqueles que geram estratificação social — os chamados determinantes estruturais (OMS, 2011).

A estrutura exterioriza-se por mecanismos sociais, econômicos e políticos que definirão composições socioeconômicas, de forma que populações acabariam sendo estratificadas segundo a renda, a educação, a ocupação, o gênero, a raça/etnia e outros fatores (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Essas posições socioeconômicas acarretam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes distais), ecoando e determinando o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais.

Esses mecanismos estruturais — que alteram o posicionamento social dos indivíduos — são a causa mais profunda das iniquidades em saúde. Para que a abordagem dos determinantes sociais possa ser aplicada, torna-se necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si, sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam os determinantes estruturais visando diminuir sua interferência nos grupos sociais de maior vulnerabilidade (OMS, 2011).

Entre os fatores contextuais relacionados com a produção e manutenção da hierarquia social, destacam-se:

- 1) estruturas de governança formais e informais relacionadas com mecanismos de participação social da sociedade;
- 2) políticas macroeconômicas, incluindo políticas fiscais, monetárias, políticas de mercado e a estrutura do mercado laboral;
- 3) políticas sociais nas áreas de emprego, posse de terra e habitação;
- 4) políticas públicas em áreas como educação, saúde, água e saneamento, assim como a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social e
- 5) aspectos relacionados com a cultura e com os valores sociais legitimados pela sociedade (SOLAR; IRWIN, 2010).

Os determinantes estruturais e aqueles derivados das configurações políticas geram posicionamentos socioeconômicos em estruturas de poder, prestígio e acesso a recursos por parte de grupos específicos. Tais mecanismos mantêm a estratificação social nos organismos de governança, sistemas de educação, de trabalho, financeiros, interferindo na formulação de políticas; nas políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social. Por meio do estudo sobre os determinantes estruturais, o sistema de saúde é considerado um determinante da terceira camada, pois, através das barreiras de acesso, poderia agravar e dificultar os cuidados de saúde de grupos economicamente vulneráveis.

Como menos privilegiados, histórica e globalmente, destacam-se os indivíduos com menor capacidade econômica aquisitiva. Assim, a pobreza seria a principal causa direta e indireta da saúde precária e das iniquidades sociais em saúde. O impacto negativo da pobreza na saúde também se dá pelo fato daqueles que possuem menor poder aquisitivo não dispõem de alimentação adequada, acesso a saneamento básico e moradia digna.

A alimentação, cujo acesso e qualidade são claramente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, constitui-se em um dos mais importantes determinantes sociais da saúde. Nas últimas décadas, o Brasil passa por um processo de transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão alimentar baseado no consumo de cereais, feijões, raízes e tubérculos por uma alimentação mais rica em gorduras e açúcares. Esse processo de transição nutricional é marcado pelas desigualdades segundo a estratificação socioeconômica (CNDSS, 2008).

Desta forma, para que os determinantes sociais em saúde deixem de influenciar a saúde dos grupos mais vulneráveis social e economicamente é necessário aperfeiçoar as políticas existentes, orientadas para serviços essenciais como saúde, educação, habitação, eletricidade, água e transporte público.

Porto (2002) conceitua a disparidade em saúde como uma forma de medir o progresso para a igualdade na saúde. Assim, um compromisso com a saúde implica na redu-

ção das desigualdades sociais e dos efeitos prejudiciais relacionados à pobreza socioeconômica e que são agravados pela desigualdade.

Nesse contexto, indicadores podem ser usados para acompanhar e monitorar o nível socioeconômico e as disparidades ou desigualdades regionais, como o grau de alfabetização; análise das taxas de desemprego ou das moradias que possuem redes de saneamento básico; entre outros, e indicar a necessidade de uma atuação estatal mais contundente em determinado aspecto.

Países que conseguiram implementar ações sobre os determinantes sociais e reduziram as iniquidades em saúde mostram que intervenções devem ser realizadas sobre cinco dimensões principais, quais sejam:

- (i) governanças;
- (ii) participação popular;
- (iii) programas de saúde pública;
- (iv) ações globais; e
- (v) monitoração de Políticas Públicas de equidade.

No âmbito da governança, a OMS (2011) afirma que para o enfrentamento das causas mais profundas das iniquidades em saúde torna-se necessário construir uma governança adequada à implementação de ações sobre os determinantes sociais. A implantação de respostas políticas que reduzam as diferenças em saúde demanda uma governança que delimite as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores.

A promoção da participação criaria condições para a participação dos indivíduos nos mecanismos que interferem na sociedade. Entre as ações que devem ser promovidas estão: a institucionalização de mecanismos formais, transparentes e públicos; a oferta de recursos destinados à participação considerando o impacto de políticas e práticas anteriores sobre a capacidade de participar das comunidades; desenvolvendo capacidades e assegurando a representatividade. Essas medidas possuiriam o condão de conferir protagonismo às comunidades, tornando a representação pública mais equitativa.

Ao tratar sobre o papel do próprio setor saúde na diminuição dos determinantes sociais e consequentemente das iniquidades em saúde, este deveria desempenhar seu papel na boa governança, observando as seguintes funções:

- (i) a defesa da utilização de uma abordagem ligada aos determinantes sociais, pois ela beneficiaria a sociedade na totalidade e a diferentes setores;
- (ii) a monitoração das iniquidades em saúde buscando acompanhar o impacto de políticas de ação sobre os determinantes sociais; e

(iii) o combate os fatores que fazem com que o desempenho em saúde seja diferenciado para determinados grupos.

Em relação às ações globais sobre os determinantes sociais, elas dizem respeito ao alinhamento das prioridades e grupos de interesse, desenvolvido principalmente entre organizações internacionais, agências não governamentais, parceiros bilaterais e os governos nacionais.

Sobre o progresso, a OMS (2011), aduz como primordial, a medição e análise para informar as políticas sobre determinantes sociais, identificando fontes, selecionando indicadores, coletando dados e estabelecendo metas. A implementação eficiente de ações efetivas sobre os determinantes sociais demanda monitoramento e mensurações que forneçam informações que possam ser utilizadas na formulação de novas políticas, avaliações da implementação e na construção da responsabilidade.

As iniquidades em saúde, os determinantes sociais e o impacto de políticas precisam ser monitorados, cruzando-se os dados obtidos entre diferentes setores de saúde. Naqueles casos em que haja ausência de dados sistematizados ou baixa disponibilidade, deve-se realizar pesquisas de opinião em que sejam ouvidas as comunidades/organizações da sociedade civil, para que as políticas públicas reflitam as necessidades da população (OMS, 2011).

Embora a existência de dados não se traduza na efetiva implementação de ações, as informações precisam ser trabalhadas para que diferentes públicos possam utilizá-las.

A OMS (2011) afirma que o primordial para se diminuir o impacto dos determinantes sociais em saúde, seria, a longo prazo, monitoramento, avaliação e implementação contínua de políticas públicas. Em seguida, a promoção da conscientização do público sobre a existência dos DSS. Uma distribuição equitativa do bem-estar e da saúde precisa se transformar em uma meta prioritária dos governos e da sociedade. É essencial que ações sobre os DSS sejam coordenadas entre si e coerentes no plano da governança. Desta forma, em vez de os setores trabalharem isoladamente, o trabalho conjunto fortaleceria a sociedade e diminuiria o impacto negativo de políticas públicas segmentadas por temas.

O 'social' não é algo externo ao indivíduo, à sua saúde e muito menos à saúde coletiva, mas algo que deve ser encarado como um campo de saberes, práticas e valores historicamente construídos, coletivamente transformado e comprometido com um mundo mais justo e menos desigual.

4. CONCLUSÃO

A saúde é a base da vida dos indivíduos. Desta forma, a busca pela efetivação da equidade visa assegurar o direito universal à saúde, fundamental para a consecução da Justiça como equidade e da Justiça como uma forma de escolha social na saúde.

Compreender e atuar na defesa da saúde exige também o conhecimento acerca das iniquidades em sociais, por configurarem importante indicador de coerência interna das políticas, em especial, àquelas relacionadas ao social.

Ante de todo o exposto, depreende-se, que a busca pela diminuição dos efeitos deletérios dos DSS é condição para a coesão social e o desenvolvimento econômico, justiça social etc. para um mundo mais feliz.

REFERÊNCIAS

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CNDSS, Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). abr. 2008. Disponível em: https://bv.sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 08 mar. 2022.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Rev. Saúde Debate**, v. 41, n. 112, p. 63-76. Rio De Janeiro, jan.-mar. 2017

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Comissão de Determinantes Sociais da Saúde**. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 2005. Disponível em: https://curso-sextensao.usp.br/pluginfile.php/648440/mod_resource/content/1/cursoesp/Textos%20Completo/Rumo%20a%20um%20Modelo%20Conceitual%20para%20Analise%20e%20Acao%20sobre%20DSS.pdf. Acesso em: 08 mar 2022.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Diminuindo Diferenças: A prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. *In*: **Conferência Mundial sobre Determinantes sociais em saúde**. p. 19-21 de out. 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 05 jan. 2022

PORTO, S. M. Justiça social, equidade e necessidade em saúde. *In*: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Org.). **Economia da saúde**: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília, DF: IPEA, 2002.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health. *In*: **Discussion Paper 2 (Policy and Practice)**. Geneva: WHO, 2010.

CAPÍTULO IV

O DIREITO A UMA SOCIEDADE SUSTENTÁVEL DIANTE DA EXPLORAÇÃO FARMACÊUTICA- NEOLIBERAL

Júlia Escandiel Colussi¹

Felipe da Veiga Dias²

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. Sustentabilidade, o modelo de exploração neoliberal e a armadilha da meritocracia. 3. Produção de dor e sofrimento. 4. A manipulação da indústria farmacêutica. 5. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos e com o desenvolvimento humano e as novas tecnologias, o ser humano estabeleceu um modelo de desenvolvimento que corrompe o ecossistema do planeta Terra. Os parâmetros seguidos proporcionaram confortos, tecnologia, livre concorrência, e outras inserções próprias do capitalismo, bem como, igualmente proporcionaram uma sociedade esgotada, doente, infeliz.

Em razão das atividades econômicas, realizadas, muitas vezes, por meio da queima de combustíveis fósseis, do crescimento da produção agrícola, do desmatamento e do uso dos transportes, e dos altos índices de consumo, as sociedades humanas geram danos irreversíveis ao meio ambiente e seus impactos poderão ser sentidos, ainda, por gerações futuras.

¹ Mestre em Direito na Faculdade Meridional – IMED. Graduada em Direito pela Faculdade Meridional – IMED. Membro do Grupo de Pesquisa Direito Fundamentais, Democracia e Desigualdade, vinculado ao CNPQ. Assistente em Clínica Médica de Médica Perita. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8185966523897229>. E-mail: juliacolussi22@gmail.com.

² Pós-doutor em Ciências Criminais pela PUC/RS. Doutor em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com período de Doutorado Sanduiche na Universidad de Sevilla (Espanha). Professor do Programa de Pós-Graduação em Direito da Faculdade Meridional (IMED) – Mestrado. Professor do curso de Direito da Faculdade Meridional (IMED) – Passo Fundo – RS. Brasil. Coordenador do Grupo de Pesquisa “Criminologia, Violência e Controle”. Advogado. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8603-054X>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6961580388113058>. E-mail: felipevdias@gmail.com.

No entanto, a intensificação predatória e destrutiva se alarga, incluindo não somente recursos naturais, mas também as forças vitais dos indivíduos. Desse modo, as estratégias neoliberais possibilitaram a naturalização da exploração, com o advento do governo do empresário de si, transformando o ser humano em capital humano e moldando sua subjetivação, visando à exploração do indivíduo em todos os âmbitos da vida, política, social, pessoal, etc. Assim, cada vez os sujeitos deste modelo de sociedade buscam por felicidade, porém, esse modelo tornou-se insustentável, gerando sensações de dor e sofrimento, acompanhado pelo adoecimento psíquico.

Associado a esta busca em produzir e ser útil que foi introduzido pelo neoliberalismo, observa-se cada vez mais a busca por medicamentos para diminuir ou solucionar os “problemas”, porém, muitas vezes as próprias medicações tornam-se produtoras de danos. Tal situação de vulnerabilidade é aproveitada pela indústria farmacêutica, que dia após dia introduz medicamentos novos e os comercializa sem que os efeitos a longo prazo sejam divulgados, reduzindo o ser humano a um mero objeto da exploração econômica.

Assim, se propõe como problema a ser pesquisado neste estudo: de que forma a indústria farmacêutica contribui para o incremento do modelo de exploração neoliberal dos indivíduos?

Para responder ao questionamento, o escrito passará por três momentos: o primeiro tratará sobre a ideia de sustentabilidade de forma geral e como poderá ser aplicada no Estado de Direito, abordando, o atual modelo de exploração neoliberal e os gatilhos acionados na sociedade do cansaço, juntamente às armadilhas da meritocracia. Em um segundo momento se tratará de como este modelo de exploração causa dor e sofrimento à população reduzindo o ser humano a um mero objeto a ser explorado, e ao final a atuação da indústria farmacêutica como explorador do capital humano pela busca da maximização do lucro, conforme as bases estipuladas no capitalismo contemporâneo.

Utilizar-se-á como metodologia o método de abordagem dedutivo; como método de procedimento valer-se-á do monográfico; e como técnica de pesquisa será adotada a documentação indireta por meio da pesquisa bibliográfica.

2. SUSTENTABILIDADE, O MODELO DE EXPLORAÇÃO NEOLIBERAL E A ARMADILHA DA MERITOCRÁCIA

Quando se propõe um debate acerca da sustentabilidade no Estado de Direito, via de regra ocorre a associação simplificada de que se está a debater o direito ao meio ambiente sustentável enquanto um dever constitucional fundamentado e consagrado pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 225. Logicamente que a remissão a tal ideal

não está incorreta, seja por sua previsão jurídica interna ou internacional, mas naquilo que se propõe o presente estudo resta por ser insuficiente.

A ideia de sustentabilidade não se restringe somente ao aspecto ambiental, significa também a proteção do núcleo essencial de direitos fundamentais dos seres humanos, como a vida, a saúde, a dignidade da pessoa humana e, também, o meio ambiente equilibrado. De nada adianta proteger o meio ambiente e ignorar as necessidades da sociedade, como alimentação adequada, saúde, educação, trabalho e inclusão tecnológica.

Em sua forma elementar, sustentabilidade reflete à necessidade, como por exemplo: o ar puro que se respira, água potável, alimentos que são produzidos no solo, entre outros, em regra a existência humana deve manter a sustentabilidade para, também, manter-se vivo (BOLSSELMANN, 2015, p. 24).

Foram necessárias centenas de milhões de anos para se produzir a vida que agora habita a Terra; idade de tempo, para que, desenvolvendo-se, evoluindo e diversificando-se, se pudesse alcançar um estado de adequação e equilíbrio do meio ambiente (CARSON, 1969, p.16). Todavia, a noção de “equilíbrio” estabelecida cerceia direitos humanos básicos a determinados grupos sociais, ignora a capacidade de recuperação dos ecossistemas e pautava um ideal de progresso descolado das capacidades do planeta e do atendimento de boa parte das carências humano-sociais.

Isso significa que por mais que se prolata o dito progresso moderno, o Estado de Direito contemporâneo é fiador da dívida e das violações cometidas a grandes camadas da população. Nesse sentido, enfatiza Acosta (2016, p. 35) ao dizer que alguns dos dramas medievais ainda são uma realidade para populações hodiernas, ou seja, seres humanos ainda convivem com a fome, guerra, abusos e outras violações de direitos, as quais parecem ter sido incrementadas por dinâmicas do consumismo e da alienação informativo-tecnológica.

É viável indicar a globalização e o capitalismo enquanto fatores-chaves para o desenvolvimento de uma sociedade insustentável, uma vez que produzir em longa escala, explorar os trabalhadores, explorar os consumidores, torna-se uma cadeia sem fim, na qual a única finalidade é a busca pelo capital. Assim, os meios ambientais, sociais e de subsistência-trabalho não podem prosseguir com os parâmetros irrealistas de crescimento constante ou desenvolvimento inconsequente, seja por seu constante avanço sobre direitos humanos básicos (e, por conseguinte violação a um ideal mínimo de Estado de Direito sustentável), seja pelos danos produzidos fisicamente e psicologicamente aos seres humanos (FREITAS, 2012, p. 59).

Bolssemann afirma que hoje nenhuma sociedade é sustentável, pois estão enraizadas no desperdício da produção e do consumo excessivo, e caso esse modo de sociedade permaneça, os efeitos serão cada vez mais severos. Ainda, refere que a razão desse consumo excessivo e da produção em massa é que as pessoas não sentem os impactos

imediatamente, mas as gerações futuras irão colher os frutos da irresponsabilidade da atual geração (BOLSELMANN, 2015, p. 25). Assim, quanto mais se destrói o planeta Terra, menos recursos ambientais ficarão para as gerações futuras.

A vida, essa floração maior do processo da evolução, hoje está ameaçada, por isso a urgência de cuidar dela. Verifica-se, por causa da agressividade do processo industrial e consumista, uma erosão fantástica da biodiversidade. Cada ano desaparecem milhares de seres vivos, nos quais talvez estivessem à fórmula secreta que nos curaria do Mal de Parkinson, do Mal de Alzheimer, da Aids e do câncer, entre outras doenças. Cada ser vivo é um livro aberto, cheio de mensagens para serem lidas. Em sua falta de inteligência, o ser humano sequer abriu tal livro, e já o exterminou (BOFF, 2015, p. 39).

De outro lado, a manutenção do destrutivo modelo capitalista seduz, alegando a sua proposição trouxe confortos, tecnologia, livre concorrência, e dinheiro, mesmo que isso esteja associado ao benefício de poucos em detrimento de muitos. Além do inegável quadro de desigualdade produzida, é forçoso admitir o caráter insustentável de um padrão que atente aos objetivos mais basilares da república e de direitos humanos no país.

Por isso há que se considerar a sustentabilidade para observação crítica do Estado de Direito, sob pena de naturalizar práticas violatórias, e que na dinâmica do capitalismo são tão recorrentes quantos os seus ditos “sucessos”, ou seja, essa abordagem econômica também produz uma sociedade esgotada, doente, infeliz e desigual. Destarte, se vive em uma fase histórica em que noções jurídicas nucleares são transmutadas para o melhor atendimento do capital, conforme se observa no estímulo a liberdade, a fim de gerar mais restrições (HAN, 2014, p. 13).

Vale mencionar que, no campo político, o neoliberalismo³ levou à identificação entre o poder político e o poder econômico, com o mercado elevado à principal beneficiário das ações políticas. Já no campo social, produziu a individualização das relações sociais, a perspectiva da competição e da eliminação dos concorrentes, ao mesmo tempo em que propiciou a demonização das diferenças (CASARA, 2016).

Logo, seguindo os parâmetros do *ethos* neoliberal em sua concorrência constante, nunca em uma sociedade se buscou tanto a felicidade, o trabalho, a família, o corpo, todos ligados a ideais/status de perfeição, enquanto as pessoas envolvidas acabam consumidas diariamente por aparências e mundos que não existem (ao menos não para todos na re-

³ O neoliberalismo é mais comumente associado a um conjunto de políticas que privatizam a propriedade e os serviços públicos, reduzem radicalmente o Estado social, amordaçam o trabalho, desregulam o capital e produzem um clima de impostos e tarifas amigável para investidores estrangeiros (BROWN, 2019, p. 29).

alidade capitalista). Doenças como Síndrome de *Burnout* e depressão são expressões de uma crise de liberdade, essas doenças representam sinais patológicos de que a liberdade se torna hoje, de maneiras diferentes, em coerção (HAN, 2014, p 13).

Esses estados psíquicos são característicos de um mundo que se tornou pobre em negatividade e que é dominado por um excesso de positividade (tóxica). Portanto, o excesso da elevação do desempenho leva a um infarto da alma (HAN, 37, 2015). Assim, este modelo de sociedade gera um cansaço e esgotamento “sobre-excessivos”: o excesso do excesso.

Na sociedade neoliberal, cujo um dos instrumentos é o rendimento, ocorre uma exploração sem autoridade. Os sujeitos são forçados a render, a explorar a si mesmos, sendo ao mesmo tempo senhores e escravos. Significa que cada um carrega consigo seu próprio campo de trabalho e suas metas de exigência a fim de atender ao ideal meritocrático⁴ (BRUM, 2021).

Por tais razões, Dardot e Laval (2016, p. 229) apontam a transferência de responsabilidades aos sujeitos, devidamente sobrecarregados com os fardos existenciais, de aprimoramento de seu próprio capital (empresário de si), e absorvendo objetivos das empresas como desejos pessoais, enquanto pagam uma larga conta psíquica do processo.

As considerações supramencionadas implicam novamente a linha da sustentabilidade do Estado de Direito, frente as modificações sociais recentes, as quais servem de plataforma a precarização de recursos ambientais, econômicos e por fim de vida dos seres humanos (violando direitos, garantias e objetivos juridicamente estabelecidos), conduzindo-os a existências miseráveis e preenchidas de sofrimento psíquico.

Posto isso, o *ethos* neoliberal dispõe de diversas estratégias para formatar ou controlar os sujeitos, visto que são tratados e/ou transformados em mercadoria. Para essa visão de mundo, pessoas tem valor de uso, ou seja, aquelas que não interessam à sociedade neoliberal, por não produzirem, não prestarem serviços ou não consumirem, permanecem na lógica da sociedade disciplinar de Foucault (CASARA, 2016). Em contrapartida, os sujeitos-mercadoria possuem um valor de uso, sendo típica da sociedade do desempenho de Han (2014), que controla as pessoas por meio do excesso de positividade (psicopolítica), com a coação da busca do ótimo ou do aprimoramento constante. Por essas razões, resta evidente o caráter insustentável deste dito desenvolvimento que produz uma população cada vez mais doente e dependente deste excesso de positividade, gerando igualmente doses inigualáveis de sofrimento e dor.

⁴ Em uma sociedade desigual, aqueles que alcançam o topo querem acreditar que seu sucesso tem justificativa moral. Em uma sociedade de meritocracia, isso significa que os vencedores devem acreditar que conquistaram o sucesso através do próprio talento e empenho (SANDEL, 2020, p. 22).

3. PRODUÇÃO DE DOR E SOFRIMENTO

A virada do século XX para o século XXI mudou o perfil de doenças em todo o mundo. A partir da perspectiva patológica, o começo do século XXI não é mais definido como bacteriológico nem viral, mas sim, neuronal, isso porque doenças como a depressão, transtorno de déficit de atenção com síndrome de hiperatividade (TDAH), Transtorno de personalidade limítrofe (TPL) ou a Síndrome de *Burnout* (SB) determinam a atual paisagem patológica deste século (HAN, 2015, p. 1).

Essas patologias traduzem o atual contexto de uma sociedade explorada, infeliz e cansada, onde a busca de felicidade e sucesso estão atreladas à constante aquisição de bens materiais, uma vez que os indivíduos são reconhecidos e valorizados pelo seu padrão de consumo.

Com o objetivo de atender os padrões de concorrência, consumo e outros estímulos insustentáveis próprios do *ethos* neoliberal dominante, autores como Ehrenberg (2010) associaram tais padrões aos ideais do desempenho e, por conseguinte, a consequências psíquicas (a exemplo da depressão) sobre os indivíduos ainda no final do século XX. “O indivíduo é confrontado mais com uma patologia da insuficiência do que com uma doença da falta, mais com o universo da disfunção do que com a lei: o depressivo é um homem em pane” (DARDOT; LAVAL, 2016, p. 366).

O sistema capitalista tem corroborado com o aparecimento dessas doenças neurais, se tornado cada vez mais danosas à saúde humana. Aliado a esse sistema, se tem a indústria farmacêutica, que funciona como uma das conexões inerentes à forma de produção capitalista lucrando, inegavelmente, as custas dos danos orgânicos e psicológicos que são causados pelo próprio sistema, em virtude do modo de exploração atual (SANTANA, 2016, p. 2).

Assim, com esse modelo de produção e cobrança interna irracional, no final do mês de fevereiro de 2020 foi decretada no Brasil pela Organização Mundial da Saúde, a pandemia do coronavírus. Neste período, a produção de sofrimento se intensificou ainda mais do que no período pré-pandemia, no qual a saúde mental da população já era afetada.

Pesquisadores da área da saúde evidenciaram que os altos índices de contaminação ocorriam em ambientes fechados com aglomeração de pessoas em razão da disseminação da doença ser por meio de aerossóis expelidos pela boca e nariz. A partir desta informação, a primeira medida a ser tomada a nível global foi o isolamento social (COLUSSI, 2020, p. 2).

Associado a necessidade de isolamento social causado pelo cenário pandêmico, os índices de depressão e utilização de estabilizadores emocionais cresceram. O Conselho

Federal de Farmácia (CFF) relatou que houve aumento significativo no índice do uso de antidepressivos, um aumento de cerca de 17% em 2020 comparado a 2019 (CORREIO BRAZILIENSE, 2021).

No mesmo ano (2020), houve aumento no número dos benefícios previdenciários, no caso, do auxílio-doença e aposentadoria por invalidez devido a transtornos mentais e comportamentais que bateu recorde em 2020, somando 576,6 mil afastamentos, segundo dados da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho, uma alta de 26% em relação a 2019 (DOCA; BRÊTAS, 2021).

Segundo dados da Pan-Americana da Saúde do ano de 2020, cerca de 1 milhão de pessoas no mundo tem a constatação de portarem algum tipo de sofrimento psíquico/transtorno mental; a depressão é uma das principais causas de doença que podem resultar em incapacidade entre adolescentes e adultos e quase 800 mil pessoas cometem suicídio a cada ano (1 pessoa a cada 40 segundos), em virtude de problemas mentais (OPAS, 2020).

Dessa forma, o mundo neoliberal que, anteriormente, era romantizado por permitir que os sujeitos possam ter mais liberdade e serem os empresários de si mesmo, hoje sofre as consequências. É uma ilusão acreditar que quanto mais ativos se tornam as pessoas mais livres elas seriam (HAN, 2015, p. 28). Fato este que foi confirmado pelo isolamento social.

Dia após dia, os sujeitos são cada vez mais explorados, tornando-se máquinas de produção, assim, desdobrando-se lentamente para uma sociedade do *doping*, ou seja, possibilita de certo modo um desempenho sem desempenho (HAN, 2015, p. 37). Cria-se desse modo uma conjuntura paralela que envolve indivíduos adoecidos pela auto coerção, pelo isolamento e ao mesmo tempo aqueles ainda vistos como “saudáveis”, mas aliciados pelo anseio do aprimoramento que maximize seus desempenhos, ocorrendo com isso uma forma de dopagem generalizada como alternativa as doenças ligadas as responsabilidades assumidas pelo novo sujeito empresarial (DARDOT, LAVAL, 2016, p. 367).

Portanto, esse modelo de sociedade é evidentemente insustentável, uma vez que causa mais sofrimento e dor às pessoas do que garante seus direitos básicos. Ademais, vale questionar sempre o papel de um capitalismo que torna funcional a exploração humana, conforme se vislumbra nas práticas da indústria farmacêutica, reduzindo o ser humano a um mero objeto a ser capitalizado, mesmo que seja por meio da sua própria dor.

4. A MANIPULAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O sistema capitalista tem se tornando cada vez mais danoso à saúde humana. Aliado a esse sistema, a indústria farmacêutica funciona como uma das conexões inerentes à forma de produção capitalista lucrando, inegavelmente, às custas dos danos orgânicos e psicológicos que são causados ao corpo/mente humano por conta desse modo de produção atual (SANTANA, 2016, p. 1).

Essa indústria que oferece o “comprimido da salvação” é a mesma que cria as epidemias de adoecimento etiquetado, uma vez que em comparação com alimentos e água (que são inofensivos) e algo que precisamos para sobreviver, os medicamentos em geral não são eficazes e nem seguros (GOTZSCHE, 2016, p. 21).

Assim, na busca de não sentir dor e diminuir as causas de sofrimentos, causadas pelo mundo neoliberal, os indivíduos buscam por meio das cápsulas encontrarem substâncias que amenizem seus sintomas. Os consultórios médicos, por exemplo, são cheios de indivíduos que não sabem explicar sua dor, referindo dor generalizada, sem causa específica. O povo, doente, acaba cansado demais para lutar contra a causa da dor, buscando somente que ela (a dor) acabe.

É nesse momento que a indústria farmacêutica utiliza o ser humano para aumentar seus lucros. O medicamento Valium (diazepam), por exemplo, indicado para o alívio da ansiedade, foi fabricado em 1970 e em poucos anos se tornou a medicação mais vendida do mundo, porém, existiam e ainda existem muitas indicações para que seu uso fosse bastante duvidoso, uma vez que relatórios apontavam a dependência dessa medicação, produzindo os mesmos efeitos da heroína (GOTZSCHE, 2016, p. 24). Mesmo comparada com os efeitos da heroína, a droga ainda continua sendo comercializada e consumida.

Cabe aqui uma observação, a operacionalização farmacêutica sobre o sofrimento psíquico e o desempenho denotam um novo contexto de desigualdade social, já que alguns estratos da sociedade têm acesso lícito aos medicamentos e toda a proteção jurídica a eles atreladas, enquanto outras partes da população permanecem como alvo do sistema de controle social e impossibilitadas de atingir os estamentos exigidos.

Cria-se assim um paradoxo no tratamento de usuários de drogas, o qual é devidamente orientado (seletividade) a partir dos parâmetros de classes sociais para atuação da intervenção penal, onde aos mais baixos estratos se atua com coerção máxima (sem adentrar nas definições legais direcionadas) e aos mais altos se ignora totalmente. Porém, o quadro é pior do que a projeção geral, pois os usuários de drogas (ditas) lícitas, fazem uso, por vezes, para melhoria de desempenho (estimulantes), ou seja, patrocina o modo de vida individualista e competitivo fruto da sociedade de consumo global, o que acaba por contribuir para sua imunização.

O que chama atenção na comparação entre usuários de drogas e suas variações é a forma de tratamento e a imagem projetada sobre cada um deles. Enquanto os mais pobres são relacionados à criminalidade e dependência, os mais ricos são associados a uma doença controlada ou mesmo à melhoria na qualidade de vida (ou no desempenho acadêmico/trabalho), embora o uso excessivo e a dependência possam ocorrer em quaisquer das duas linhas de adoção (DIAS; SILVEIRA, 2018, p. 758).

A lógica é simples: quanto mais dor e problemas de saúde os seres humanos adquirirem, mais a indústria aumentará sua lucratividade. Dessa forma, é muito mais vantajoso comercializar drogas potencialmente lesivas para que elas agridam ainda mais outras partes do organismo humano, para precisarem de novos medicamentos, logo, tornar-se-ão dependentes.

Na busca incessante para amenizar ou diminuir as dores físicas e psicológicas, a principal razão pela qual se ingerem tantos medicamentos é que as empresas farmacêuticas não vendem medicamentos, elas vendem mentiras sobre eles (GOTZSCHE, 2016, p. 2). Nesse sentido Gloekner e Ramos (2018, p. 427 – 428) explicam que de acordo com último DSM-V, alguns sintomas são apontados como representativos de diversos transtornos, mas que em realidade “correspondem a um conjunto de experiências, físicas e psíquicas, relacionadas à racionalidade neoliberal”, de modo que estariam dentro de um campo esperado para as exigências formatadas a população.

Os ensaios produzidos pela indústria farmacêutica não são pesquisas, são *marketing*:

Na pesquisa clínica ou epidemiológica usual, os estudos são repetidos por outros, em diferentes ambientes e por diferentes meios, procurando por vieses, falhas e maneiras de resolvê-los, discutindo infinitamente se o viés está sendo corrigido ou não. Essa é essência do debate e da crítica científica aberta, que é a única garantia para o progresso. Isso não é mais possível com produtos farmacêuticos porque o monopólio da indústria farmacêutica de estudos de seus produtos conduz a estudos persistentemente unilaterais que não podem mais ser questionados por estudos de outros lados (GOTZSCHE, 2016, p. 49).

A manipulação ocorre por meio dos ensaios clínicos para assegurar que os resultados sejam úteis para a indústria, assim enganam seus vendedores, seus prescritores (médicos) e seus consumidores (GOTZSCHE, 2016, p. 51). Talvez, no desenvolvimento de novas medicações, nunca tenha se falado sobre os malefícios durante as pesquisas, apenas são divulgados às evoluções positivas.

No ocidente, por exemplo, há um comportamento de recorrer ao uso de medicamentos para tentar sanar todo tipo condição decorrente do convívio societal. Uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Farmácia, por meio do Instituto Datafolha em 2019, constatou que a automedicação é um hábito comum na vida dos brasileiros (CFF, 2019).

O estudo relevou ainda uma modalidade diferente de automedicação, a modificação dos medicamentos prescritos por profissionais da saúde. O indivíduo consulta com o profissional da saúde, tem um diagnóstico, recebe uma receita, mas não usa o medicamento conforme orientado, alterando a dose receitada. Esse comportamento foi relatado pela maioria dos entrevistados (57%), especialmente homens (60%) e jovens de 16 a 24 anos (69%). A principal alteração na posologia foi à redução da dose de pelo menos um dos medicamentos prescritos (37%). O principal motivo alegado foi à sensação de que “o medicamento fez mal” ou “a doença já estava controlada” (CFF, 2019).

Isso demonstra que as prescrições médicas não estão exibindo padrões de recomendação, como a verificação da idade do paciente para que a dose da medicação seja aplicada de forma proporcional ou, ainda, que a dose respeite o nível de dor. Assim, utiliza os indivíduos como cobaias em grande escala, sem seu consentimento (GOTZSCHE, 2016, p. 35).

De outro lado, Gotzsche afirma que não há qualquer necessidade de *marketing* de medicamentos, os produtos deveriam falar por si. A publicidade de medicamentos é tão prejudicial quanto à do tabaco, por exemplo, e deveria ser banida. Ainda, considera que seria uma vitória para a saúde pública se não houvesse qualquer anúncio de medicamentos e vendedores, assim, as pessoas seriam muito mais felizes e ricas (GOTZSCHE, 2016, p. 264).

Portanto, a indústria farmacêutica continuará a desenvolver medicamentos mentirosos, dependentes e potencialmente lesivos à saúde humana, fabricando novas doenças e consequentemente novas medicações. A população ficará dia após dia ainda mais exposta, dependente e vulnerável, porém, as cápsulas não serão a solução. Embora se possa antever que sua demanda permanecerá alta enquanto os padrões de desempenho estiverem descolados dos requisitos básicos de direitos humanos e de sustentabilidade social.

5. CONCLUSÃO

Essa pesquisa dentro do contexto atual buscou analisar como o modelo de sociedade neoliberal explora o ser humano, ignorando as bases de um Estado de Direito sustentável, com especial atenção aqui para a indústria farmacêutica.

Observou-se que a ideia de sustentabilidade não se restringe somente ao meio ambiente, mas também uma preocupação social, econômica, jurídica, sendo considerada como núcleo de compreensão garantido pela Constituição de 1988 e por tratados internacionais. Ainda, a globalização e o capitalismo foram considerados enquanto fatores chaves para o desenvolvimento de uma sociedade insustentável, uma vez que o modelo de exploração se tornou mais evidente e inegável, diante dos danos produzidos.

Em virtude do modelo de produção desenfreado gerado pela globalização, neoliberalismo e o capitalismo, a população passou para um século com ênfase em doenças neuronais. Doenças como Síndrome de *Burnout*, depressão, ansiedade, entre outras, estão cada vez mais sendo diagnosticadas, doenças que traduzem a profunda crise de liberdade e representam sinais patológicos de que a liberdade se tornou hoje, de maneiras diferentes, em coerção associada ao controle.

Destarte, este modelo além de gerar doenças psíquicas e psicossomáticas, tornou a sociedade doente e dopada. O marketing, realizado como “a solução” dos sintomas em cápsulas, acaba desdobrando-se lentamente para uma sociedade do doping, enquanto abandona as margens aqueles que não atingem os padrões da concorrência constante ou simplesmente ignora sujeitos incapazes de adquirir tais instrumentos por sua inacessibilidade socioeconômica.

Dito isso, retornando a pergunta inicial, qual seja: “de que forma a indústria farmacêutica contribui para o incremento do modelo de exploração neoliberal dos indivíduos?”; é possível concluir que a indústria farmacêutica ao se deparar com a vulnerabilidade dos sujeitos, reduziu o ser humano a objeto, em troca de lucro. Introduzindo no mercado, medicações não aprovadas ou, ainda, estudos duvidosos, fomentados e mascarados sobre a real eficácia, enganando tanto à população quanto os próprios médicos.

Todavia, em razão dos estudos manipulados, muitas medicações comercializadas tem causado dependência podendo ser comparado aos efeitos das drogas ilícitas, como é o caso da heroína, e, ainda, poderão gerar outras doenças ou, ainda, episódios de hepatites medicamentosas, por exemplo, quando a grande ingestão de medicamentos.

Portanto, constatou-se que a indústria farmacêutica produz danos a população com a produção de medicamentos, uma vez que manipula seus estudos clínicos e suas pesquisas para sempre entregar o lado positivo das medicações, deixando de lado suas contraindicações ou exibindo de forma reduzida, criando novas formas de sofrimento e medicações para as novas doenças, produzindo um ciclo vicioso e que denuncia a insustentabilidade de um modelo social que destrói vidas e direitos em prol da maximização da lucratividade.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, Alberto. **O bem viver**: uma oportunidade para imaginar outros mundos. São Paulo: Autonomia Literária/Elefante, 2016.

BOFF, Leonardo. **A terra na palma da mão**: uma nova visão do planeta e da humanidade. São Paulo: Vozes, 2016.

BOLSSEMANN, Klaus. **O Princípio da Sustentabilidade**: transformando direito em governança. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Filosófica Politeia, 2019.

BRUM, Eliane. **Exaustos-e-correndo-e-dopados**. El País, 2016. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2016/07/04/politica/1467642464_246482.html. Acesso em: 11 abr. 2021.

CARSON, Rachel. **Primavera Silenciosa**. Gaia, 1962.

COLUSSI, Júlia Escandiel. A (im)possibilidade jurídica da teleperícia em tempos de pandemia. In: BOLESINA, Iuri; GERVASONI, Tássia; CALETTI, Leandro (Orgs.) **Temas contemporâneos sobre direito, tecnologia e inovação**. Porto Alegre: Fi, 2020.

CORREIO BRAZILIENSE. **Venda de antidepressivo cresce 17%, durante a pandemia, diz CFF**. 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/ciencia-e-saude/2021/03/4909784-venda-de-antidepressivo-cresce-17--durante-a-pandemia-diz-cff.html>. Acesso em: 05 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Quase metade dos brasileiros que usaram medicamentos nos últimos seis meses se automedicou até uma vez por mês**. Abril, 2019. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5267>. Acesso em: 07 jul. 2021.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, Felipe da Veiga; SILVEIRA, Alexandre Marques. Usuários de Drogas e Tratamentos Seletivos no Século XXI: entre a estigmatização e a legitimação por meio dos crimes dos poderosos. **Revista Jurídica Cesumar-Mestrado**, v. 18, n. 3, p. 739-765, 2018.

DOCA, GERALDA; BRÁTAS, Pollyana. **Afastamento por transtorno mental dispara na pandemia**. O globo. Jan, 2021. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/economia/afastamento-por-transtorno-mental-dispara-na-pandemia-24862153>. Acesso em: 07 abr. 2021.

EHRENBERG, Alain. **O culto da performance**: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2010.

FITZHARRIS, Lindsey. **A medicina dos horrores**: a história de Joseph Lister, o homem que revolucionou o apavorante mundo das cirurgias do século XIX. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

FREITAS, Juarez. **Sustentabilidade**: Direito ao Futuro. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

GLOECKNER, Ricardo Jacobsen; RAMOS, Marcelo Buttelli. Controle cotidiano: farmacocracia e normalização na sociedade do controle. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. v. 144. a. 26. p. 397-439. São Paulo: Revista dos Tribunais, junho, 2018.

GOTZSCHE, Peter C. **Medicamentos mortais e crime organizado**: como a indústria farmacêutica corrompe a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**. Barcelona: Herder, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dia Mundial da Saúde Mental**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-da-saude-mental-2020>. Acesso em: 26 jul. 2021.

RUBENS, Casara. **No liberalismo, pessoas são tratadas como mercadorias**. Justificando mentes inquietas pesam direito. 2016. Disponível em: <https://www.justificando.com/2016/08/06/no-neoliberalismo-pessoas-sao-tratadas-como-mercadoria/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SANTANA, Jean Costa. Capitalismo, estresse e doenças. **Revista espaço livre**. v. 11, n. 22, jul./dez. 2016.

SANDEL, Michael J. **A tirania do mérito**: o que aconteceu com o bem comum? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

CAPÍTULO V

SAÚDE, GÊNERO E INCLUSÃO SOCIAL: O FENÔMENO MIGRATÓRIO NA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL¹

Gabrielle Scola Dutra²
Natália Lazzari Lacorth³
Janaína Machado Sturza⁴

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. Mobilidade humana global pelas migrações: a experiência brasileira no horizonte existencial do “ser migrante”. 3. Um olhar para o projeto “ser migrante” no estado do Rio Grande

-
- ¹ Artigo elaborado a partir do projeto “SER MIGRANTE” NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na Região Noroeste do Estado, financiado pela FAPERGS - Edital PqG 05/2019, desenvolvido junto ao programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado, da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - Unijuí.
- ² Doutoranda em Direitos Humanos pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí sob orientação da Professora Pós-Doutora Janaína Machado Sturza. Bolsista Capes. Mestre em Direitos Especiais pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI, campus Santo Ângelo. Especialista em Filosofia na Contemporaneidade pela URI. Pós-graduanda em Direito Penal e Processual prático contemporâneo pela Universidade de Santa Cruz do Sul - Unisc. Integrante do grupo de pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Integrante do projeto: “SER MIGRANTE” NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na Região Noroeste do Estado. Advogada. E-mail: gabriellescoladutra@gmail.com.
- ³ Graduanda em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí. Integrante do grupo de pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Bolsista Pibic/Unijuí do projeto: “SER MIGRANTE” NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na Região Noroeste do Estado, sob a orientação da Professora Pós-Doutora Janaína Machado Sturza. E-mail: natalia.lacorth@gmail.com
- ⁴ Pós-doutora em Direito pela Unisinos. Doutora em Direito pela Universidade de Roma Tre/Itália. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc. Especialista em Demandas Sociais e Políticas Públicas também pela Unisc. Professora na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí, lecionando na Graduação em Direito e no Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado. Integrante da Rede Iberoamericana de Direito Sanitário. Integrante do Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Direitos Humanos e Políticas Públicas. Integrante do grupo de pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora Gaúcha FAPERGS – PqG Edital 05/2019. E-mail: janasturza@hotmail.com.

do Sul: saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na região noroeste do estado.
4. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

A dinâmica das migrações orienta os contornos multifacetados da humanidade desde os primórdios civilizacionais. Há uma série de razões que desencadeiam o deslocamento do ser que migra, percorrendo por questões sociais, políticas, econômicas, ambientais, entre outras, motivo pelo qual tal fenômeno humano personifica-se na chamada “crise migratória”. O “ser migrante” é alguém que se dinamiza por vários espaços territoriais (local, regional, nacional, internacional), no sentido de que a mobilidade humana global pelas migrações detém uma miscelânea de especificidades. No cenário latino-americano, a migração assumiu um incremento de processos de complexificação nos últimos anos, principalmente, em decorrência da intensificação dos fluxos migratórios Sul-Sul, como acontece no Brasil.

Assim, o Brasil é reconhecido como um Estado Democrático de Direito sob a égide da dignidade da pessoa humana, princípio que está intimamente vinculado à efetivação dos direitos humanos fundamentais e a manutenção de existências sem serem submetidas às perversidades violadoras de processos forjadores. A heterogeneidade da composição do fenômeno migratório permite observar que os migrantes que se deslocam para o território brasileiro são provenientes, em sua grande maioria, do Sul Global (haitianos, venezuelanos, bolivianos, etc.) e compõem uma amálgama de pluralidades existenciais que potencializam a constituição de relações sociais com a população autóctone. Perante a crescente chegada de imigrantes no Brasil, articulam-se várias formas específicas de integração de tal minoria vulnerável. Nesse âmbito, é imprescindível a implementação/execução de políticas públicas que sanem os déficits estruturais existentes na estrutura social do país.

Sendo assim, a presente pesquisa apresenta interlocuções entre saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na Região Noroeste do Estado do RS, a partir do projeto de pesquisa financiado pelo Edital Pesquisador Gaúcho – PqG – Faixa A, FAPERGS 05/2019 sob coordenação da Professora Pós-Doutora Janaína Machado Sturza. O objetivo geral da pesquisa é mapear e consolidar dados acerca dos fluxos migratórios com destino à Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, evidenciando-se os municípios de Santo Ângelo, Ijuí, Santa Rosa e Três Passos. A pesquisa se propõe em identificar e analisar as repercussões relativas ao processo migratório do ser que migra e sua relação com a população autóctone, com o intuito de operacionalizar o fornecimento de elementos que darão suporte na otimização/criação de políticas públicas para migrantes pelos Municípios da Região. Metodologicamente, a pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso porque

observa como o migrante é acolhido na aludida Região, principalmente, no que tange à consolidação de direitos, a partir de três eixos: saúde, gênero e inclusão social.

Na conjuntura dos limites/possibilidades impostos pela pandemia, o estudo empírico está sendo desenvolvido via e-mail, com perspectiva futura de realização das coletas de dados *in loco*. Destaca-se que as discussões desenvolvidas são parciais, tendo em vista que a pesquisa se encontra em andamento. Sobretudo, a pesquisa em questão tanto estuda o “direito a ter direitos” por meio do arsenal jurídico quanto examina os instrumentos econômicos, sociais e políticos com os quais os municípios se estruturam e constituem relações diretas e fundamentais. Em suma, o Projeto apresenta um grande potencial no que diz respeito à pesquisa no âmbito do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Direito da UNIJUÍ, à medida em que aborda um dos temas mais importantes do presente século no âmbito *global* — as migrações internacionais — a partir do seu impacto local, evidenciando, paralelamente, o compromisso comunitário da Instituição de Ensino Superior (IES).

Logo, percebe-se que a efetivação dos direitos humanos fundamentais dos migrantes munícipes pode ser vislumbrada no município como *locus* privilegiado, ao passo em que é no Ente Federado municipal que há possibilidade de resgatar/encontrar/incorporar a perspectiva da fraternidade em políticas públicas e práticas sociais. Em um primeiro momento, analisa-se a mobilidade humana global pelas migrações a partir da experiência brasileira no horizonte existencial do “ser migrante”. Posteriormente, apresenta-se o Projeto “SER MIGRANTE” NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na Região Noroeste do Estado. Diante disso, questiona-se: como é percebido o fenômeno migratório no Brasil? Qual a potencialidade do Projeto de pesquisa financiado pelo Edital Pesquisador Gaúcho – PqG – Faixa A, FAPERGS 05/2019 no âmbito Regional?

2. MOBILIDADE HUMANA GLOBAL PELAS MIGRAÇÕES: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA NO HORIZONTE EXISTENCIAL DO “SER MIGRANTE”

A mobilidade humana global pelas migrações é um fenômeno inerente a história da civilização, no sentido de que se constitui como um dos maiores desafios do presente, justamente, diante da intensificação dos fluxos migratórios nos últimos anos, a qual desencadeou uma crise migratória sem precedentes em plena era das migrações. Com efeito, observa-se que o deslocamento migratório de seres humanos ao redor do mundo se perfectibiliza como uma experiência existencial complexa. Desse modo, os fluxos migratórios são compostos por migrantes que empreendem deslocamento para (in)determinado território no âmbito local, regional, nacional, internacional, etc., à medida em que tal dinâmica

ocorre por multifacetadas razões (ambientais, econômicas, políticas, religiosas, sanitárias, entre outras), sobretudo, o migrante deseja buscar melhores condições de vida.

Ademais, conforme o último relatório “International Migration 2020 Highlights” articulado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2020, acredita-se que o número global de migrantes internacionais tenha chegado a 281 milhões (ONU, 2020). No cenário brasileiro, de acordo com o Relatório Anual desenvolvido pelo Observatório das Migrações Internacionais (OBMigra), entre os anos de 2011 a 2019 foram registrados no país 1.085.673 imigrantes, destacando-se que a conjuntura global foi definitiva para orientar a diversidade dos fluxos migratórios para o Brasil, que é incrementada por imigrantes provenientes da América Latina (em sua maioria, haitianos, venezuelanos) (OBMigra, 2020).

A grande vinda de Haitianos para o Brasil começou, principalmente, após uma grave crise política e um terremoto que assolou o Haiti no ano de 2010. Esses eventos levaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a iniciar uma Missão de Paz no país, que iniciou em 10 de setembro de 2004 e se estendeu até 15 de outubro de 2017, na qual o Exército Brasileiro foi enviado como forma de instrumento para auxiliar o país que estava devastado a criar formas e condições para que a paz seja alcançada no local. A presença das tropas militares e discursos do então atual presidente, Luiz Inácio Lula da Silva, os quais afirmavam que o Brasil estaria recebendo haitianos da melhor forma possível, transmitiram aos Haitianos uma segurança no território brasileiro.

A migração venezuelana para o Brasil foi desencadeada em decorrência da operacionalização de multifacetadas crises (política, econômica, institucional, etc.) que se iniciaram no ano de 2013 em virtude de políticas populistas do governo do então presidente, Hugo Chávez, e se potencializaram posteriormente, no governo de Nicolás Maduro. A escassez de empregos e ausência de recursos básicos de sobrevivência produziram uma crise humanitária eivada pela formação de patologias sociais (desigualdade, miséria, pobreza, violência, doenças, etc.). Em função de tal cenário convulsionado, há mais de 262.475 imigrantes venezuelanos vivendo em território brasileiro, à medida em que os fluxos migratórios de venezuelanos ingressaram no país por Roraima. A entrada no país tornou-se mais possível quando o governo brasileiro reduziu os trâmites burocráticos para acolher a população imigrante ao “declarar que a Venezuela era um país onde se cometiam graves e generalizadas violações de direitos humanos” (EL PAÍS, 2020).

A crise migratória que a sociedade atual vem experienciando repercute, diretamente, na questão da (in)efetivação dos direitos humanos⁵. A migração serve, muitas vezes, como

⁵ Nas palavras de Norberto Bobbio, “os direitos humanos nascem como direitos naturais universais, desenvolvem-se como direitos positivos particulares (quando cada Constituição incorpora Declarações de Direitos) para finalmente encontrar a plena realização como direitos positivos universais” (BOBBIO, 1992, p. 30).

estratégia de esperança para os migrantes que estão em busca de melhor qualidade de vida em outro país. No que se refere à gestão das políticas migratórias, o Brasil é reconhecido por deter fronteiras “menos rígidas”, fato que acaba por atrair minorias vulneráveis que estão em busca de um novo país para se estabelecerem. Nessa linha de entendimento, os direitos humanos devem ser percebidos como “processos institucionais e sociais que possibilitem a abertura e a consolidação de espaços de luta pela dignidade humana” (HERRERA FLORES, 2009, p. 19).

Em razão disso, salienta-se que a dimensão universalista dos direitos humanos é pautada na premissa de que é necessária a potencialização “de indivíduos, grupos e organizações na hora de construir um marco de ação que permita a todos e a todas criar as condições que garantam de um modo igualitário o acesso aos bens materiais e imateriais que fazem com que a vida seja digna” (HERRERA FLORES, 2009, p. 19). Por derradeiro, “os direitos humanos constituem a afirmação da luta do ser humano para ver cumpridos seus desejo e necessidades nos contextos vitais em que está situado” (HERRERA FLORES, 2009, p. 19).

Em consonância com isso, as migrações para o Brasil inserem uma certa cota de complexidade no cerne da humanidade porque o processo de atravessamento de fronteiras, a partir do deslocamento de pessoas, envolve um movimento populacional que, em decorrência de deter certas especificidades, provoca múltiplas transformações no horizonte da existência do “ser que migra”. Por isso, o reconhecimento do “ser migrante” como sujeito de direitos humanos instiga conceber o fenômeno migratório em uma dimensão heterogênea. A compreensão de quem venha a ser o migrante está atrelada à percepção de que “atravessando ou não fronteiras nacionais, a mobilidade, o deslocamento e os movimentos são aspectos tão fundantes do humano tanto quanto a permanência, o estabelecimento e os enraizamentos” (MI, 2019).

Sendo assim, é imprescindível analisar as especificidades dos fluxos migratórios para o Brasil a partir de três eixos, quais sejam: saúde, gênero e inclusão social. No que se refere à saúde, a intensificação da mobilidade humana global pelas migrações para o Brasil revelou uma gama de fragilidades, inadequações nas políticas públicas e o despreparo das cidades, governos e instituições que se relacionam com os imigrantes. Além das dificuldades em efetivar os direitos humanos a essas pessoas, a precariedade na manutenção do acesso à saúde também encontra desafios em sua efetivação. Sobretudo, a imigração personifica-se em um desafio para a Saúde Pública, “atendendo à complexidade dos determinantes de saúde dos imigrantes, à heterogeneidade destas populações e à falta de dados nacionais e internacionais consistentes sobre estas questões, a investigação nesta temática é ainda muito incipiente” (DIAS; GONÇALVES, 2007, p. 15/16).

No âmbito de gênero, Stephen Castles e Mark Miller analisam as especificidades dos fluxos migratórios e identificam certas tendências⁶ emergentes. Logo, os autores articulam o conceito de “feminização das migrações” para evidenciar o incremento do protagonismo feminino das mulheres no cerne dos fluxos migratórios do presente século (CASTLES; MILLER, 1998). A complexidade de gênero revela que as condições dos sujeitos LGBTQIA+ e das mulheres migrantes que se deslocam para o Brasil é evadida por um horizonte de precariedade de vida, especificamente, no que diz respeito à gravidez, maternidade e ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos e sua sujeição a formas específicas de violência de gênero.

A partir do eixo da inclusão social, observa-se que desvelar a experiência do “ser migrante” no arranjo social brasileiro é pensar na potencialidade de inclui-lo no *locus* social por intermédio de políticas públicas⁷ e práticas fraternas⁸ de integração e inclusão social. Em síntese, afirma-se que o processo de integração e inclusão dos migrantes no Brasil,

⁶ No pensamento de Castles e Miller, as tendências migratórias que serão experienciadas nos próximos anos são: “1. The first might be referred to as the *globalisation of migration*, the tendency for more and more countries to be affected by migratory movements at the same time. Moreover, the diversity of the areas of origin is also increasing, so that most immigration countries have entrants from a broad spectrum of economic, social and cultural backgrounds. 2. The second tendency is the *acceleration of migration*, the fact that migrations are growing in volume in all major regions at the present time. Clearly this quantitative growth increases both the urgency and the difficulties of government policies. However, as indicated by the decrease in the global refugee total since 1993, international migration is not an inexorable process. Governmental policies can prevent or reduce international migration and repatriation is a possibility. 3. The third tendency is the *differentiation of migration*: most countries do not simply have one type of immigration, such as labour migration, refugee or permanent settlement, but a whole range of types at once. Typically, migratory chains which start with one type of movement often continue with other forms, despite (or often just because of) governments efforts to stop or control the movement. This differentiation presents a major obstacle to national and international policy measures. 4. Women play an increasing role in all regions and all types of migration. In the past most labor migrations and many refugee movements were male dominated, and women were often dealt with under the category of family reunion. Since the 1960s, women have played a major role in labour migration. Today women workers from the majority in movements as diverse as those of Cape Verdians to Italy, Filipinos to the Middle East and Thais to Japan. Some refugee movements, including those from the former Yugoslavia, are marked by a majority of women. 5. The fifth tendency is the growing *politicisation of migration*. Domestic politics, bilateral and regional relationships and national security policies of states around the world are increasingly affected by international migration” (CASTLES; MILLER, 1998, p. 08).

⁷ Conforme Ana Paula Bagetti Zeifert e Janaína Machado Sturza aludem a respeito do conceito de políticas públicas, tais podem ser vislumbradas: “Como processo ou conjunto de processos que culmina na escolha racional e coletiva de prioridades para a definição dos interesses públicos reconhecidos pelo direito, no qual a noção de política pública é válida no esquema conceitual do Estado Social de Direito, que absorve algumas das figuras criadas com o Estado de Bem-Estar, dando a elas um novo sentido, agora não mais de intervenção sobre a atividade privada, mas de diretriz geral, tanto para a ação de indivíduos e organizações quanto do próprio Estado” (ZEIFERT; STURZA, 2019, p. 123).

⁸ No pensamento do jurista italiano Eligio Resta, o Direito Fraternal é caracterizado como “a) um direito jurado em conjunto; b) livre de obsessão de identidade; c) voltado para a cidadania e para os direitos humanos; d)

enquanto sujeitos de direitos humanos, ocorre a partir do reconhecimento das demandas sociais de tal minoria vulnerável e da percepção de que a responsabilidade pela integração e inclusão do “ser migrante” engloba esforços conjuntos entre Estado, instituições e a comunidade em prol, tanto da consolidação de relações sociais e da construção de vínculos comunicacionais com a população autóctone, quanto da efetivação dos direitos humanos.

3. UM OLHAR PARA O PROJETO “SER MIGRANTE” NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: SAÚDE, GÊNERO E INCLUSÃO SOCIAL DOS MIGRANTES RESIDENTES NA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO

O projeto “*SER MIGRANTE*” NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL: *saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes na Região Noroeste do Estado*” tem por objetivo geral mapear e consolidar dados acerca dos fluxos migratórios nesta determinada região do Estado, localizada mais ao Sul do Brasil. Tal região abrange 77 municípios que integram os Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Coredes) do Noroeste Colonial, Missões, Fronteira Noroeste e Celeiro, abrangendo uma população aproximada de 656 mil pessoas, com 4 municípios que se destacam, quais sejam: Ijuí, que é o principal dos 11 municípios do Corede Noroeste Colonial; Santo Ângelo, dos 25 municípios do Corede Missões; Santa Rosa, dos 20 municípios do Corede Fronteira Noroeste; e Três Passos, no Corede Celeiro, que possui 21 municípios.

Objetiva-se, inicialmente, em razão da escassez de pesquisas sobre o assunto, consolidar dados quantitativos relacionados à idade, gênero, nacionalidade e formação profissional dos migrantes que aportam na região, com especial atenção nos municípios supracitados — Santo Ângelo, Ijuí, Santa Rosa e Três Passos. Uma vez levantados esses dados, buscar-se-á investigar o impacto das migrações na região a partir de três eixos básicos: acesso à saúde, questões de gênero e inclusão social que envolvem a vida dos migrantes.

No primeiro eixo, o objetivo maior é avaliar como a população constituída pelos migrantes de diferentes nacionalidades tem sido atendida pelos serviços básicos de saúde dos municípios da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com destaque para as políticas públicas e as estratégias em saúde destinadas à população migrante, em especial para as mulheres. Nesse sentido, é importante, também, investigar a interlocução existente entre os entes federados, no intuito de atender as demandas existentes nas comunidades locais de acolhimento. Por fim, averiguar o impacto orçamentário no atendimento às de-

um direito cosmopolita; e) não violento; f) contra os poderes; g) inclusivo; h) é a aposta de uma diferença na concepção e relação “amigo e inimigo” (RESTA, 2020, p. 19).

mandas de saúde da população local, em detrimento da população migrante e fazer um comparativo referente a isso.

No segundo eixo, pretende-se verificar como as questões de gênero têm se apresentado entre os migrantes de diferentes nacionalidades que residem na região de estudo e a população autóctone. Assim, na interseção entre migração e gênero, pretende-se pesquisar questões específicas acerca da constituição familiar destes grupos, da orientação sexual e identidade de gênero, e sobre as condições das mulheres migrantes e sujeitos LGBTQIA+, mais especificamente no que tange à gravidez, maternidade, ao exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, e à sua sujeição a formas específicas de violência de gênero. O objetivo, portanto, é verificar de que modo as diversas construções de gênero — seja dos países de origem, seja dos países receptores — impactam na condição de migrante e na sua adaptação às comunidades locais.

Por fim, no terceiro eixo, pretende-se avaliar o processo de inclusão social dos migrantes na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a partir de marcadores como acesso ao mercado de trabalho e às políticas públicas locais e números relacionados às ocorrências policiais envolvendo migrantes. A intenção é aferir em que medida as políticas voltadas a estes sujeitos, quando existentes, estão adequadas aos princípios e às garantias fundamentais estabelecidas nos documentos nacionais e internacionais de Direitos Humanos, essenciais para uma efetiva integração e acolhimento desses migrantes, e que não estejam vinculadas apenas à normatização de regras de trânsito migratório.

Dessa forma,

este projeto apresenta um grande potencial no que diz respeito à pesquisa no âmbito do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Direito da UNIJUÍ, na medida em que aborda um dos temas mais importantes da contemporaneidade no âmbito *global* – as migrações internacionais – a partir do seu impacto local, evidenciando, paralelamente, o compromisso comunitário da IES (STURZA *et al.*, 2019).

A partir deste cenário, a presente pesquisa caracterizar-se-á como um estudo de caso, posto que pretende investigar como o migrante é acolhido na Região Noroeste do Estado do RS, especialmente no que se refere à consolidação de direitos, seguindo os três eixos essenciais já mencionados: saúde, gênero e inclusão social. Este projeto de pesquisa, portanto, não se propõe a estudar somente os instrumentos formais do direito, mas também os instrumentos econômicos e, sobretudo, os sociais e políticos, com os quais as sociedades locais se organizam e estabelecem interlocuções diretas e fundamentais, tais como: Secretarias Municipais da Saúde; Secretarias Municipais de Educação; Secretarias Municipais de Assistência Social; Órgãos Municipais de Direitos da Mulher;

Conselho Tutelar; Sistema Nacional de Emprego/Sine; Coordenadoria Regional da Saúde; Coordenadoria Regional de Educação; Coredes (Noroeste Colonial, Celeiro, Missões e Fronteira Noroeste); Polícia Militar; Polícia Civil; Poder Judiciário; Ministério Público; Defensoria Pública; Procuradorias jurídicas municipais, Polícia Federal.

Inicialmente, serão coletados dados quantitativos relacionados à idade, gênero, nacionalidade e formação profissional dos migrantes que aportam na região, e, após, investigar o impacto dessas migrações na região, tendo por base de reflexão os três eixos já apontados como norteadores da pesquisa: acesso à saúde, questões de gênero e inclusão social. É importante ressaltar que a pesquisa já se encontra em andamento, alcançando o 26º mês de 30 meses de planejamento.

Quanto ao método de abordagem, de procedimentos e à técnica de pesquisa, serão utilizados o hipotético-dedutivo, o analítico e a documentação indireta (pesquisa documental e bibliográfica) e direta (entrevistas e questionários), respectivamente. Isso quer dizer que, a partir de hipóteses concebidas por meio de levantamento bibliográfico e legislativo, além de observações e interlocuções na/com a realidade empírica, será possível perceber de que modo as teorias podem ser estudadas, aplicadas, modificadas e recriadas, no sentido de contribuir na (re)construção do conhecimento partindo de realidades locais.

Tomando como ponto de partida os aspectos gerais — tanto teóricos quanto empíricos, por conseguinte —, serão traçados os resultados e as conclusões específicas, com o intuito de construir e aprofundar a análise sobre o tema, tecendo argumentações críticas que sejam capazes de produzir impactos como: a produção de conhecimento acadêmico-científico sobre o tema; a capacidade de inserção e diálogo com a comunidade regional por parte da Universidade – Unijui; a visibilidade do tema; e, conseqüentemente, dos sujeitos envolvidos — migrantes — diante da comunidade regional; a qualificação do marco regulatório da migração no âmbito nacional, estadual e municipal; a criação e/ou qualificação de políticas públicas acerca das temáticas abordadas, e melhoria da atuação dos órgãos dos poderes públicos municipais e estaduais no que tange à migração local; a promoção da melhoria da qualidade de vida, inclusão social e acesso a direitos humanos por parte dos migrantes que residem na região objeto da pesquisa.

Por representar extrema relevância — o tema abordado nesta pesquisa “fenômeno migratório e o seu alcance geográfico na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul” —, espera-se que a sua realização produza impactos especialmente no que tange à:

- a)** Produção de conhecimento acadêmico-científico sobre o tema, o qual impactará na produção de Monografias de Conclusão de Curso, Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado sobre o tema, seja no Curso de Graduação em Direito ou no Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Direito da Unijui, bem como das demais instituições de ensino regionais; no fortalecimento de grupos e de projetos

de pesquisa voltadas para o estudo do fenômeno migratório na região, no Estado e no Brasil; na realização de eventos e publicações científicas — artigos científicos, livros e capítulos de livros — acerca da temática; na construção de subsídios empíricos e teóricos para a investigações em nível de Pós-graduação em Direito e áreas afins.

b) Capacidade de inserção e diálogo com a comunidade regional por parte da Unijuí, na medida em que aborda um dos temas mais importantes da contemporaneidade no âmbito global — as migrações internacionais — a partir da sua situação local, ao proporcionar subsídios para a solidificação de compromissos e vínculos comunitário da IES que, por sua vez, se constitui em uma Universidade Comunitária, possuindo campus em quatro município: Ijuí, Santa Rosa, Panambi e Três Passos, nos quais atua com ênfase para a promoção do desenvolvimento regional.

c) Visibilidade do tema e, conseqüentemente dos sujeitos envolvidos — migrantes — diante da comunidade regional. Neste aspecto, por tratar-se de um tema praticamente invisível à comunidade, a realização da pesquisa produzirá impactos: no aumento de circulação de informações acerca da migração na região; na produção e veiculação de notícias em mídias — rádio e televisão — sites e mídias sociais acerca do tema; na intensificação do interesse da comunidade no debate, pautado pelo viés dos direitos humanos.

d) Qualificação do marco regulatório da migração no âmbito nacional, estadual e municipal. Neste aspecto, pretende-se que a pesquisa produza subsídios técnico-científicos capazes de promover reflexões, adequações e, se necessário, alterações no marco regulatório das políticas de migração municipais, estadual e brasileira.

e) Criação e/ou qualificação de políticas públicas acerca da temática, e na melhoria da atuação dos órgãos dos poderes públicos municipais e estaduais em relação à migração local. Neste aspecto, a pesquisa produzirá subsídios e promoverá diálogos institucionais capazes de promover a criação ou a qualificação das políticas públicas existentes no âmbito municipal e estadual, auxiliando, desta forma, os poderes públicos municipais e estadual a atuarem qualificadamente no cumprimento das disposições legais já previstas no complexo legislativo brasileiro acerca do tema.

f) Promoção da melhoria da qualidade de vida, inclusão social e acesso a direitos humanos por parte dos migrantes que residem na região objeto da pesquisa. A partir de sua realização, por fim, objetiva-se que a pesquisa promova impactos significativos na promoção da melhoria da qualidade de vida, da inclusão social e do acesso a direitos humanos dos migrantes residentes na Região Noroeste do Rio Grande do Sul.

4. CONCLUSÃO

A guisa de conclusão, é importante ressaltar que este texto tem por base dados que ainda estão em construção e, portanto, são reflexões parciais sobre uma pesquisa ainda em desenvolvimento. As impressões registradas até aqui, todavia, são no sentido de que, por meio deste artigo e do projeto de pesquisa que está sendo executado, busca-se entender quais os principais impactos causados a partir das migrações, especialmente na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, visto que o Brasil é um país com fronteiras abertas e com uma entrada facilitada às pessoas que se deslocam em busca de melhores condições de vida. É reforçada a necessidade de buscar a correção desses problemas e desafios para os migrantes, especialmente nas áreas da saúde, gênero e inclusão social, que fundamentam a base de uma vida digna em sociedade.

Os problemas são visíveis na vida em sociedade e, muitas vezes, mostram-se mais complexos do que o esperado. Conforme já mencionado, o projeto de pesquisa ainda se encontra em andamento e em fase de coleta e organização de dados, não possuindo, portanto, resultados conclusos. Portanto, o projeto busca dar visibilidade a sujeitos até então invisíveis, compreendidos como meros corpos sob uma condição de invisibilidade social, seja para o Poder Público, seja para a sociedade civil, e até mesmo para a Universidade.

Neste sentido, ao identificar, nominar e dar voz à sujeitos até então inexistentes aos olhos das comunidades locais, o projeto objetiva, ao longo de sua realização, contribuir para a consolidação de uma articulação entre órgãos de políticas públicas e órgãos da sociedade civil dos municípios que constituem a Região Noroeste para a construção de uma rede de amparo, recepção e acompanhamento dos migrantes que aqui chegarem, no que tange ao acesso aos direitos e a sua inclusão social.

REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

CASTLES, Stephen. MILLER, Mark J. **The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World**. Second Edition. MACMILLAN PRESS LTD Houndmills, Basingstoke, Hampshire RG21 6XS and London Companies and representatives throughout the world. 1998.

DIAS, Sônia. GONÇALVES, Aldina. Migração e Saúde. **Revista Migrações**, Lisboa, ACIDI, número temático Imigração e Saúde, n. 1, p. 15-26, set. 2007.

EL PAÍS. **“O meu hoje é o Brasil”**: A saga dos venezuelanos que se tornaram cidadãos brasileiros. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-12-15/o-meu-hoje-e-o-brasil-a-saga-dos-venezuelanos-que-se-tornaram-cidadaos-brasileiros.html>. Acesso em: 27 ago. 2021.

HERRERA FLORES, Joaquín. **A (re)invenção dos direitos humanos**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

MUSEU DA IMIGRAÇÃO (MI). **Migrante, Imigrante, Emigrante, Refugiado, Estrangeiro: qual palavra devo usar?** 2019. Disponível em: <http://www.museudaimigracao.org.br/blog/migracoes-em-debate/migrante-imigrante-emigrante-refugiado-estrangeiro-qual-palavra-devo-usar#:~:text=Comparado%20a%20%E2%80%9Cimigrante%E2%80%9D%2C%20%E2%80%9C,o%20estabelecimento%20e%20os%20enraizamentos>. Acesso em: 27 ago. 2021.

OBSERVATÓRIO DAS MIGRAÇÕES INTERNACIONAIS (OBMigra). **Imigração e Refúgio no Brasil**. Relatório Anual 2020. Série Migrações. Ministério da Justiça e Segurança Pública/ Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração Laboral. Brasília, DF: OBMigra, 2020. Disponível em: https://portaldeimigracao.mj.gov.br/images/dados/relatorio-anual/2020/OBMigra_RELAT%C3%93RIO_ANUAL_2020.pdf. Acesso em: 27 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **International Migration 2020 Highlights**. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/>. Acesso em: 27 ago. 2021.

RESTA, Eligio. **O direito fraterno [recurso eletrônico]**. 2. ed. Tradução de Bernardo Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Essere nel Mondo, 2020.

STURZA, Janaína *et al.* **“Ser Migrante” no Estado do Rio Grande do Sul**: saúde, gênero e inclusão social dos migrantes residentes da Região Noroeste do Estado. Projeto de pesquisa apresentado em atendimento ao Edital FAPERGS n. 05/2019 – Programa Pesquisador Gaúcho – PqG – Faixa A. Ijuí/RS, jul. 2019.

ZEIFERT, Ana Paula Bagetti. STURZA, Janaína Machado. As políticas públicas e a promoção da dignidade: uma abordagem norteada pelas capacidades (capabilities approach) propostas por Martha Nussbaum. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 9, n. 1 p.114-126, 2019. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5894/pdf>. Acesso em: 27 ago. 2021.

CAPÍTULO VI

DUAS REFLEXÕES MARGINAIS SOBRE A TUTELA DA SAÚDE PÚBLICA NO ÂMBITO JURÍDICO-PENAL BRASILEIRO

Airto Chaves Junior¹
Thiago Aguiar de Pádua²

SUMÁRIO

1. Introdução. **2.** Bens jurídicos coletivos e crimes de perigo abstrato: novas tendências em direito penal. **3.** Primeira reflexão: a saúde pública como falso bem jurídico penal. **4.** Segunda reflexão: as penas dos tipos penais dos delitos contra a saúde pública não têm a lesão (ou perigo de lesão) ao bem jurídico como critério de cominação. **5.** Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, introduziu-se na legislação novos interesses merecedores de proteção penal, notadamente de orientação coletiva. Esse modelo de bem jurídico carrega consigo dificuldades em torno de questões diversas, especialmente no que toca a legitimidade desses bens, a determinação de sua lesão posta em perigo, a relação de causalidade entre a ação e os seus possíveis efeitos, bem como os limites da resposta do Estado na forma de pena para essas transgressões. Além da expansão do âmbito de objetos de tutela, é latente a tendência da antecipação da proibição penal na forma de delitos de perigo.

Com a presente pesquisa, objetiva-se realizar duas reflexões laterais da proteção penal de um desses bens jurídicos coletivos e de perigo, qual seja, a Saúde Pública. Para tanto, os problemas a partir dos quais se busca respostas são os seguintes:

a) a Saúde Pública é um legítimo bem jurídico coletivo penalmente tutelável?

¹ Doutor e Mestre em Ciência Jurídica pela Univali. Doutor em Direito pela Universidade de Alicante, Espanha. Professor titular de Direito Penal do Curso de Graduação e Permanente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciência Jurídica (Mestrado e Doutorado) da Univali. E-mail: oduno@hotmail.com

² Doutor e Mestre em Direito pelo Centro de Ensino Unificado de Brasília (UnICEUB). Professor do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito do UDF - Centro Universitário do Distrito Federal. E-mail: thiago.padua@udf.edu.br

b) as penas cominadas nos tipos penais dos delitos contra a Saúde Pública têm como parâmetro a lesão ou o perigo de lesão ao bem jurídico?

Para responder a esses dois questionamentos, inicia-se a pesquisa com o estudo desse novo modelo de incriminação fundada em bens jurídicos coletivos e crimes de perigo. Na sequência, procura-se avaliar a legitimidade da Saúde Pública como bem jurídico coletivo no âmbito do Direito Penal. Neste espaço, a pesquisa terá apoio, especialmente, nos critérios de “não distributividade” ofertados pelo Prof. alemão Roland Hefendehl. Por fim, avalia-se as penas cominadas nos principais tipos penais que declaram tutelar a Saúde Pública no Brasil. Essa análise é feita a partir dos critérios de lesividade ou ofensividade ao bem jurídico, ou mesmo, colocação em perigo de lesão. Aqui, o objetivo é verificar se há proporcionalidade no *quantum* de pena cominada nos tipos.

A pesquisa se justifica na medida em que, apesar de em todas as épocas existir crimes que buscavam tutelar bens jurídicos coletivos e de perigo, nas últimas décadas houve uma explosão dessa espécie normativa no âmbito penal. Diante disso, cumpre verificar a legitimidade da Saúde Pública para figurar no âmbito de tutela penal e, aliado a isso, a legitimidade da resposta do Estado na forma de pena havendo como critério a ofensividade ao bem jurídico declaradamente tutelado pela norma.

Quanto ao método de pesquisa, revela-se o indutivo, o qual é subsidiado pela pesquisa bibliográfica e pela legislação penal.

2. BENS JURÍDICOS COLETIVOS E CRIMES DE PERIGO ABSTRATO: NOVAS TENDÊNCIAS EM DIREITO PENAL

A proteção de bens jurídicos como única finalidade do Direito Penal talvez já não mais exista. Esse compromisso só parece ter relevância quando o legislador insiste em responder a escândalos sociais com novas criminalizações, praticando uma política de bens jurídicos populista (HEFENDEHL, 2010, p. 104), tendência que, inclusive, já foi objeto de relevantes estudos no âmbito da sociologia do direito.³ Criminalizar parece exprimir o

³ A criminalização como objeto de controle e política governamental foi investigada, por exemplo, pelo Professor da Universidade da Califórnia Jonathan Simon que, no ano de 2007, publicou a obra *Governing through Crime* (SIMON, 2011). A pesquisa retrata o desenvolvimento das leis penais e da própria sociedade estadunidense a partir da década de 1970, quando a criminalização de comportamentos se tornou uma questão estratégica fundamental de boa governança e pauta obrigatória nas disputas eleitorais. Conforme Simon, toda governança, pública ou privada, se produz no marco da estrutura de alguma autoridade legal (de funcionários públicos, de padres, empreendedores ou proprietários, tal como se verificou com os registros que cuidam do Poder Simbólico na primeira parte desta monografia), e toda autoridade legal se baseia, em última instância, na ameaça do exercício legal da violência e no marco da Justiça Penal. Assim, toda governança se logra “por meio da” ameaça implícita de que, em algum momento, a resistência se converterá em delito (tipificado em

modo mais acessível para se garantir o sucesso nos pleitos eleitorais que, com frequência, estão no radar do legislador.

Desde a década de 1970, especialmente com a publicação do pioneiro estudo de Claus Roxin intitulado *Política Criminal y Sistema del Derecho Penal* (ROXIN, 2002), consolidaram-se as críticas voltadas ao finalismo (sobretudo no que toca a estrutura da ação humana que, segundo os estudos desenvolvidos por Welzel, fundava-se em dados ontológicos) até então dominante na dogmática penal alemã, para dar lugar aquilo que Roxin já defendia desde a década anterior⁴: o funcionalismo teleológico-valorativo, moderado ou valorativo (SÁNCHEZ, 2013, p. 91). Para o autor, não seria possível extrair de dados pré-jurídicos soluções para problemas jurídicos, de modo que a teoria do delito teria de ser construída sobre fundamentos normativos, referidos aos fins da pena e aos fins do Direito Penal, isto é, a Política Criminal. Com isso, o autor delineou as bases de sua concepção funcional ou teleológico-racional da teoria do delito (ROXIN, 1997, p. 51 e ss.), a qual obteve vários adeptos dentro e fora da Alemanha e encontrou, em seu posterior Tratado, sua versão mais elaborada (GRECO; LEITE, 2011, p. 107).

Hoje, porém, a avaliação limitadora do Bem Jurídico parece transitar em um plano absolutamente secundário. Nas últimas décadas, não é de todo difícil verificar a existência de uma tendência claramente dominante na legislação de grande parte dos países para a introdução de novos tipos penais, alargamento de condutas já criminalizadas, bem como o agravamento das penas daqueles comportamentos, os quais podem ser inseridos no quadro geral de restrição ou a “reinterpretação” das garantias clássicas do direito penal substantivo, tendência que se alinha ao termo “expansão”, utilizado por Jesús-Maria Silva Sánchez (SILVA SÁNCHEZ, 2001) no clássico “A expansão do Direito Penal”. Conforme anota este autor, “vivemos tempos de Direito Penal”.

Diante de tal realidade, o Direito Penal tem experimentado uma ascensão de tipos penais a partir dos quais se declara tutelar bens jurídicos supraindividuais ou coletivos⁵ com o mesmo patamar de legitimidade dos bens jurídicos individuais (teoria dualista do bem jurídico), modelo que se mostra pouco adaptado à tradição liberal da dogmática jurídico-penal,

lei penal). O Brasil, hoje, parece enfrentar problema semelhante, em suas causas e consequências. (CHAVES JUNIOR, 2018, p. 107-108).

⁴ Especialmente a partir de seu artigo “Sobre la crítica a la Teoría Final de la Acción”, publicado em ZStW 74, de 1962.

⁵ Os Bens Jurídicos podem ser individuais (aqueles que servem aos interesses de uma pessoa ou determinado grupo de pessoas) ou coletivos (aqueles que servem aos interesses de muitas pessoas — da generalidade). Conforme: (HEFENDEHL, 2002, p. 3).

bem como a tendência de se formular crimes de perigo abstrato⁶: “tipos que declaram punível um comportamento sem exigir lesão real ou perigo concreto de lesão ao bem jurídico que a norma declara proteger” (GRECO, 2011, p. 2). Notadamente, essas novas criminalizações derivam de uma verdadeira antecipação da proibição penal (nos casos dos crimes de perigo abstrato) e de uma latente antecipação da lesão (nos bens jurídicos coletivos).

Tipos penais sustentados no discurso de tutela de bens jurídicos coletivos tais como crimes ambientais, delitos contra a saúde pública, contra a ordem econômica, etc., incorporados ao ordenamento jurídico sob a justificativa genérica de “tutela da sociedade” ou de “proteção a incolumidade pública” são exemplos bastante latentes e que decorrem de “proteção” razoavelmente recente. Trata-se de uma política criminal ancorada na antecipação da criminalização do dano ao Bem Jurídico: em vez de buscar tutelar (ao menos no plano preventivo geral) os bens das pessoas como sujeitos determinados ou determináveis, lança-se mão de uma espécie de proteção virtual e simbólica à saúde pública⁷, à economia⁸, ao meio ambiente⁹, à sociedade de modo geral¹⁰ (bens jurídicos coletivos).

O problema é que, além de promover a expansão desmedida do Direito Penal (pois o Estado e a sociedade precisariam ser protegidos desses novos perigos), essa desmaterialização do bem jurídico traz, em qualquer hipótese, dificuldades dogmáticas e problemas político-criminais. Político-criminalmente, talvez o maior problema esteja em verificar se o bem declaradamente tutelado pela norma não é um verdadeiro bem jurídico-penal, pois, não raro, esses bens coletivos são construídos a partir de mera soma de vários bens ju-

⁶ A afetação do bem jurídico pode ocorrer de duas formas: de dano (ou lesão) e de perigo. Há dano ou lesão quando a relação de disponibilidade entre o sujeito e o ente foi realmente afetada, isto é, quando, efetivamente, impediu-se a disposição, seja de forma permanente (como ocorre no homicídio) ou transitória (como pode ocorrer em um crime de furto), do Bem Jurídico. Por outro lado, considera-se que há afetação do Bem Jurídico por perigo quando a tipicidade requer apenas que essa relação tenha sido colocada em perigo. Essas duas formas de afetação dão lugar a uma classificação dos tipos penais em delitos de dano e delitos de perigo (esses últimos, distinguidos entre tipos de perigo abstrato e tipos de perigo concreto). Acerca deles, sustenta-se que o perigo concreto é entendido como um verdadeiro perigo e o abstrato como uma simples possibilidade. Conforme: (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 488).

⁷ No Código Penal Brasileiro, encontram-se os crimes previstos nos art. 276 a 285; na Legislação Especial, os crimes da Lei de Drogas (Lei 11.343/2006).

⁸ No Brasil, Lei 1.521/51 (crimes contra a Economia Popular), Crimes de Lavagem de Capitais (Lei 9.613/98), dentre diversas outras.

⁹ Especialmente aqueles previstos na Lei 9.605/98.

¹⁰ Há, na legislação penal brasileira, uma infinidade de tipos penais incriminadores que possuem, declaradamente, a missão de proteger a incolumidade pública. A título exemplificativo, pode-se anotar os crimes do Título IX do Código Penal (“Dos crimes contra a paz pública”, artigos 186 a 288-A), o crime de embriaguez ao volante (Lei 9.503/97, art. 306, art. 311), crimes do Estatuto do Desarmamento (Lei 10.826/03), crime de associação criminosa (Código Penal, art. 288), crime de organização criminosa (Lei 12.850/13, art. 1º, § 1º).

rídicos individuais. No âmbito da dogmática, tem-se a latente dificuldade para se delimitar claramente quando é que determinado bem é lesionado ou colocado em perigo pelo comportamento formalmente típico. Outro problema é conseguir razoavelmente estabelecer a relação de causalidade entre a ação e os seus possíveis efeitos. Por fim, há problemas para se permitir verificar se o bem jurídico é referido, em última instância, a interesses individuais ou não (BECHARA, 2009, p. 21).

Não por outra razão, em um cenário em que não se enxerga no Direito Penal um instrumento para solução de problemas e resolução de conflitos, mas de contenção de riscos aparentes, a função crítica e limitadora do Direito Penal a partir da Teoria do Bem Jurídico parece ganhar relevância.

3. PRIMEIRA REFLEXÃO: A SAÚDE PÚBLICA COMO FALSO BEM JURÍDICO PENAL

Conforme Roland Hefendehl (HEFENDEHL, 2010), uma das mais importantes funções da teoria do bem jurídico é desmascarar falsos bens jurídicos coletivos, pois só assim se abre o caminho para uma adequada estrutura desses delitos. Adepto da concepção dualista¹¹ do bem jurídico, o autor (HEFENDEHL, 2002, p. 4) reconhece a legitimidade tanto de bens jurídicos individuais quanto de bens jurídicos coletivos, de forma que não se pode reduzir os bens jurídicos individuais à sua dimensão de interesse coletivo e nem o contrário. Partindo desse fundamento, Hefendehl enfatiza que os bens jurídicos coletivos são caracterizados pela “não distributividade” que é marcada pelo binômio “sem exclusão de uso” e “sem rivalidade no consumo”, de forma que é possível dizer que parte do bem jurídico assiste a cada indivíduo. A título exemplificativo, a segurança coletiva de um Estado-nação

¹¹ Na Alemanha, são também adeptos dessa orientação Bernd Schünemann, Klaus Tiedemann, Claus Roxin, etc.; em Portugal, Jorge Figueiredo Dias; no Brasil, essa posição é extremamente dominante. Cabe, porém, registrar a crítica realizada por Juarez Tavares acerca dessa classificação antagônica entre bens jurídicos individuais e coletivos. De acordo com Tavares, nenhum bem chamado de coletivo pode prescindir de sua vinculação à pessoa individual. Neste caso, não teria sentido imaginar o meio ambiente ou a administração pública sem as pessoas que os possam usufruir. Somente em um Estado voltado para a manutenção do próprio poder e não para a felicidade de todos se poderia construir uma ordem jurídica impessoal. Compreende-se, então, bens jurídicos, tanto os bens nitidamente pessoais — como a vida, a saúde e a integridade física, a liberdade em todos os seus matizes (liberdade individual, liberdade sexual), a honra, o patrimônio e direitos individuais — como também bens individuais que se projetam para além da pessoa e se inserem como de interesse geral (meio ambiente, fé pública, saúde pública, administração pública, administração da justiça). Conforme: (TAVARES, 2018, p. 97-98). Por fim, importa anotar que há autores que defendem uma concepção *monista-pessoal do bem jurídico*. Os principais expoentes dessa orientação são Winfried Hassemer e Ulfrid Neumann. Para eles, só é possível conceituar-se bem jurídico se esse conceito estiver vinculado à pessoa individual. Nesta perspectiva, os Bens jurídicos da coletividade só podem ser reconhecidos na medida em que estiverem referidos a indivíduos concretos. Por si só, a coletividade não é objeto de proteção do direito penal. Ver: (HASSEMER, 2005).

é um bem jurídico coletivo, uma vez que o uso ou o gozo dessa segurança por determinada pessoa não exclui, impede ou prejudica que esse mesmo bem seja objeto de uso pelos demais. No mesmo sentido se pode considerar o ar respirado por cada indivíduo que compõe o corpo social. Enfim, tem-se um bem jurídico coletivo pelo critério da “não distributividade” quando for impossível dividir esse bem em partes e atribuir cada parte para indivíduos determinados. Desse modo, é característica de todo bem jurídico coletivo que seja ele desfrutado por cada membro da sociedade, não sendo possível relacioná-lo total ou parcialmente a um único indivíduo ou setor dessa sociedade.

Além disso, não se pode simplesmente sustentar que aquele que desrespeita o bem jurídico coletivo deve ser objeto de incriminação. Antes disso, deve-se esclarecer qual é o comportamento, de fato, perigoso que esse sujeito executou contra o bem jurídico coletivo. Veja-se que, nos crimes de lesão, isso é mais facilmente demonstrável (já que, no plano abstrato, as proibições de lesionar são, em regra, idôneas para a proteção do bem jurídico e, no plano concreto, precisa-se estabelecer a relação de causalidade entre a ação e os seus possíveis efeitos). No entanto, caso o legislador recorra a um delito de perigo, deverão ser atendidos certos pressupostos de legitimidade mais extensos para que a proibição possa considerar-se justificada. Primeiramente, será necessário encontrar um equivalente material para a ausência de causalidade real, nos crimes de perigo: uma vez que neles o bem jurídico não é causalmente lesionado, surge a pergunta quanto ao que poderá legitimar a proibição. Esse equivalente material poderá ser, nos delitos ambientais e nos delitos de corrupção, a ideia de cumulação proposta por Andrew Von Hirsch e Wolfgang Wohlers¹² (GRECO, 2011, p. 35).

Além disso, Hefendehl (HEFENDEHL, 2002, p. 7) entende que o crime do perigo abstrato é uma estrutura criminal que deve ser reservada para tipificar aqueles comportamentos que apresentam riscos latentes contra bens jurídicos coletivos de primeira ordem, a exemplo de riscos a integridade corporal ou à vida das pessoas.¹³

¹² Conforme esses autores, os delitos de cumulação são condutas que, isoladamente, não se mostram perigosas, mas que começam a ser consideradas assim a partir do momento em que a sua prática passa a ser repetida por um número maior de pessoas. Conforme anota Luís Greco (GRECO, 2011, p. 34), essa estrutura de delito é muitíssimo controvertida na literatura alemã e seria especialmente própria para delitos ambientais, vez que a pureza das águas, por exemplo, sequer seria ameaçada com a prática de uma única ação poluidora. No entanto, sua prática deve ser proibida pela possibilidade de sua generalização. Neste caso, só haveria criminalização legítima caso os efeitos de cumulação fossem fundados em expectativas realistas, e não em meras especulações. Além disso, o bem jurídico deve ser dotado de especial relevância, de modo a fundamentar um dever de cooperação social para protegê-lo, como se verifica nos tipos penais direcionados à proteção de certas instituições do Estado ou funções sociais. Conforme: (HIRSCH; WOHLERS, 2007, p. 289).

¹³ O crime de embriaguez ao volante, previsto no art. 306 do Código de Trânsito Brasileiro serve de exemplo aqui: Lei 9.503/97, art. 306. Conduzir veículo automotor com capacidade psicomotora alterada em razão da influência de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência: Penas - detenção, de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor. (...).

Assim, o manejo correto do conceito de bem jurídica ajuda a desmascarar falsos bens jurídicos coletivos. Bens jurídicos declaradamente tutelados pela norma, mas que, na verdade, não figuram no seu âmbito de proteção. A Saúde Pública figura, certamente, dentre esses falsos bens jurídicos, conforme se vê na sequência.

A Saúde Pública é consagrada no sistema jurídico brasileiro no texto do art.196¹⁴ da CRFB/88, a partir do qual se instituiu um sistema de proteção tanto de dimensão individual quanto coletiva. Na dimensão individual, reconhece-se a saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional (dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); em uma dimensão coletiva, compreende-se toda a gama de políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Ambas as pretensões formuladas e formuláveis tanto poderão dizer respeito a atos concretos como a políticas e ações administrativas que contribuam para a melhoria do sistema de saúde, incluídas aqui as normas de organização e procedimento (MENDES, 2015, p. 660-662).

A partir dessa perspectiva, a maioria da doutrina¹⁵ afirma que a saúde constitui não só um bem jurídico individual, mas, também, um bem jurídico coletivo de clara dimensão social, sendo, por isso, de interesse e dever do Estado zelar pela proteção da saúde pública. Para essa orientação, a previsão constitucional reconhece a dimensão coletiva do bem jurídico Saúde Pública, concebendo-a como algo mais que a simples soma de “saúdes individuais”, mas, concretamente, como um conjunto de condições positivas e negativas que possibilitam o bem-estar das pessoas.

No âmbito penal brasileiro, a Saúde Pública é referenciada no Capítulo III do Título VIII¹⁶ da Parte Especial do Código Penal¹⁷ e na Legislação Especial¹⁸. Dentre esses dispositivos, o

¹⁴ CRFB/88, Art. 196 - 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.

¹⁵ Ver, a título exemplificativo: (BITENCOURT, 2014, p. 283).

¹⁶ Este título é inaugurado no art. 250 do Código Penal sob o título “Dos Crimes contra a Incolumidade Pública”.

¹⁷ Os tipos estão previstos nos artigos 267 a 285 e compreendem os crimes de Epidemia, Infração de medida sanitária preventiva, Omissão de notificação de doença, Envenenamento de água potável ou de substância alimentícia ou medicinal, Corrupção ou poluição de água potável, Falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de substância ou produtos alimentícios, Falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais, Emprego de processo proibido ou de substância não permitida, Invólucro ou recipiente com falsa indicação, Produto ou substância nas condições dos dois artigos anteriores, Substância destinada à falsificação, Outras substâncias nocivas à saúde pública, Medicamento em desacordo com receita médica, Exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica, Charlatanismo e Curandeirismo.

¹⁸ Especialmente no que toca às disposições da Lei 11.343/2006.

art. 281 do Código Penal, que cuidava do “comércio clandestino de entorpecentes” foi revogado no ano de 1976 pela Lei 6.368, que passou a regular os delitos de comércio clandestino de drogas ilícitas. Essa lei trouxe novos tipos penais a respeito da matéria e aumentou consideravelmente as penas (até 15 anos de reclusão para o tráfico de drogas) para fatos que, até aquele ano, eram equivalentes. No ano de 2006, a Lei 6.368/76 é revogada pela Lei 11.4343 que passa, então, a disciplinar os crimes de comércio de drogas ilícitas¹⁹ (artigos 33 a 40), quando o tráfico de drogas passa a ter pena que varia entre 05 e 15 anos.

Assim, tanto o Capítulo III do Título VIII²⁰ da Parte Especial do Código Penal quanto a Lei de Drogas (Lei 11.343/06) trazem como justificativa de uma gama de incriminações a proteção da Saúde Pública, bem jurídico coletivo. Mas, após melhor análise, pode-se afirmar com razoável segurança que a Saúde Pública não é mais que a soma da saúde individual de todos os membros da sociedade. Não se trata, pois, de um bem jurídico coletivo, mas da soma de bens jurídicos individuais. De acordo com Hefendehl (HEFENDEHL, 2002, p. 9), essa constatação tem efeitos decisivos, já que quando se trata de um bem jurídico individual, quem decide sobre a sua proteção é o próprio titular desse bem. Sobre isso, basta refletir acerca da seguinte indagação: a decisão de uma pessoa de levar uma vida flagrantemente desregrada a ponto de destruir dia a dia a sua saúde justifica a intervenção do Direito Penal? Ao que parece, a resposta é negativa. Aqui, o pensamento paternalista deve permanecer alheio a reflexões acerca do bem jurídico-penal.²¹

Por isso é que a Saúde Pública, assim como Incolumidade Pública e Ordem Pública, pode ser mais facilmente entendida como bem jurídico se o seu conceito se referir a meras entidades ideais, e não a dados concretos (GRECO, 2004, p. 106). Dito de outro modo, “inexiste qualquer bem jurídico coletivo inato” (HEFENDEHL, 2010, p. 114).

O mesmo se diga quanto ao critério da “não distributividade”, a partir do qual é possível dizer que parte do bem jurídico assiste a cada indivíduo. Quanto à saúde, essa

¹⁹ Essa mudança de designação, quanto ao crime de “comércio clandestino de entorpecentes” (como constava da redação original do art. 281 do Código Penal) faz claramente parte da estratégia de construção do estereótipo necessário à demonização do vendedor de drogas ilícitas. Agora, esse vendedor não pode mais ser visto como um “comerciante” ilegal, mas como um “traficante”. Quanto aos crimes de comércio clandestino ou uso de entorpecentes, partindo do primitivo artigo 281 do Código Penal, todas as leis posteriores se dedicaram a expandir continuamente o poder punitivo (FRAGOSO, 2015, p. 309-310).

²⁰ Este título é inaugurado no art. 250 do Código Penal sob o título “Dos Crimes contra a Incolumidade Pública”.

²¹ Além disso, a dilatação do bem jurídico a esses moldes expande consideravelmente as possibilidades de incriminação. A título exemplificativo, e a partir dessa elasticidade, seria legítimo incriminar condutas direcionadas a redução do potencial dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tais como a falta de médicos (ou contratação de profissionais desqualificados), a responsabilidade pelo longo tempo de espera para que as pessoas sejam submetidas à exames (agravando-lhes o quadro clínico), a falta de leitos nos hospitais públicos, o atendimento pouco humanizado, etc. Tudo isso, não se nega, gera uma potencialidade de dano a saúde das pessoas de forma muito mais profunda do que o simples ato de “guardar” droga.

distributividade é flagrante pois cada indivíduo tem a sua saúde. Para se ter um bem jurídico coletivo, faz-se necessário que seja ele desfrutado por cada membro da sociedade sem que seja possível relacioná-lo total ou parcialmente a um único indivíduo ou setor dessa sociedade. Não se pode fracionar o ar que cada pessoa respira, ou seja, não é possível dizer que parte do ar assiste a cada indivíduo. Igualmente, não se pode dividir o meio ambiente. Em todos esses casos, tem-se bens jurídicos coletivos pelo critério da “não distributividade”, pois é impossível dividir esses bens em partes e atribuir cada parte para indivíduos determinados. Diferente de todos esses exemplos, a saúde é fracionável e individualizada. Diante disso, pode-se concluir que a Saúde Pública não pode ser entendida como um bem jurídico coletivo.

Idêntica conclusão é apresentada por Bernd Schünemann (SCHÜNEMANN, 2007, p. 218-225). Para ele, bens jurídicos coletivos devem ser reconhecidos, desde que legítimos. Para tanto, Schünemann formula uma regra prática segundo a qual só se deve postular um bem jurídico coletivo quando não é possível conceber o respectivo delito como um crime de perigo abstrato para a proteção de um concreto bem jurídico individual. Neste caso, não se precisa de um raciocínio muito apurado para se concluir que a saúde pode figurar no âmbito de proteção da esfera individual do sujeito. Exatamente por isso, o autor entende pela ilegitimidade (e, também, inconstitucionalidade) de incriminações sustentadas na Saúde Pública na forma de bem jurídico coletivo. Nesta perspectiva, o princípio da proteção de bens jurídicos marca sua função garantista, uma vez que este princípio desempenha também aqui um de seus mais importantes papéis, a saber: o de *instrumento de desconstrução de falsos bens jurídicos* (GRECO, 2011, p. 28-29).

Além de Schünemann e Hefendehl, essa “saída” interpretativa para os delitos de bens jurídicos coletivos na forma de crimes de perigo abstrato para um bem individual também é defendida por autores como Claus Roxin e Knut Amelung (AMELUNG, 2007, p. 227-264). Argumentam os autores que esses bens jurídicos (tais como a Saúde Pública) só são aparentemente coletivos. São, na verdade, falsos bens coletivos.

Por fim, importa registrar o pensamento de Wolfgang Frisch (FRISCH, 2007, p. 334-336) quanto aos crimes de perigo abstrato, tais como o de tráfico de drogas. Em primeiro lugar, o autor aborda a respeito da legitimação de uma proibição genérica, sem que se leve em conta o aspecto jurídico-penal. Conforme ele, a proibição deve ser um meio idôneo, necessário e adequado para a proteção de bens jurídicos. Neste caso, os crimes de perigo abstrato já parecem encontrar barreira de legitimidade neste critério, pois, em grande medida, são punidas condutas totalmente inofensivas ao bem jurídico (guardar droga, por exemplo), apenas pelo fato de apresentarem elas características de um comportamento genérico tipificado como perigoso.

Daí porque, conforme Frisch (FRISCH, 2007, p. 335-336), deva-se substituir extensamente os crimes de perigo abstrato por delitos de potencial lesivo, que consideram proibidas apenas ações *ex ante* perigosas. Tal caminho poderia se mostrar possível já de *lege data*, por meio de redução teleológica dos respectivos tipos penais, mas, em razão das hesitações dos tribunais que fazem o controle de constitucionalidade face a tais interpretações usadas, mostra-se recomendável a intervenção do legislador (GRECO, 2011, p. 31-32).

4. SEGUNDA REFLEXÃO: AS PENAS DOS TIPOS PENAIS DOS DELITOS CONTRA A SAÚDE PÚBLICA NÃO TÊM A LESÃO (OU PERIGO DE LESÃO) AO BEM JURÍDICO COMO CRITÉRIO DE COMINAÇÃO

O legislador deve proceder a uma valoração diversificada das condutas lesivas ou perigosas (TAVARES, 2018, p. 79). Há situações específicas em que a intervenção penal não se dá apenas quando há um dano ao Bem Jurídico determinado, mas quando é ele, também, colocado em perigo. Para tanto, porém, a ação (tanto no plano objetivo quanto no plano subjetivo) deve ser dirigida a possibilidade de causar lesão a esse bem. Em qualquer dos casos, a ideia é que sejam abarcados bens jurídicos mediante a pena em uma medida adequada, ou seja, sem exceções desproporcionais e no marco dos Sistemas Constitucionais (SÁNCHEZ, 2013, p. 92). Caso contrário, ou seja, “caso a incriminação não possa ter como objeto de referência a lesão ou perigo de lesão do bem jurídico, é ela invadida por não representar essa norma um instrumento adequado do processo de comunicação que se destina a determinar as zonas do lícito e do ilícito” (TAVARES, 2016, p. 254).

Na fase de produção da norma penal incriminadora (ação + pena), cabe ao legislador levar em conta os princípios estabelecidos nos Direitos Fundamentais que conduzem que a pena só será utilizada, não apenas nas hipóteses de necessidade, mas nos estritos limites a reagir frente a situações conflituosas graves e intoleráveis que afetem mesmos direitos. Concebida como expressão de poder, a pena deve guardar uma relação proporcional com o dano social produzido pelo delito. Desde que inexista essa relação ou se apresente ela de modo absolutamente inexpressiva, pode-se questionar a validade da norma que instituiu a punição, em face de haver o legislador atuado arbitrariamente na sua confecção. Assim, a categoria “dano social” (consubstanciado na lesão ou perigo de lesão ao Bem Jurídico) funciona como ponto de referência obrigatório para a fixação de parâmetros ao legislador na confecção da norma incriminadora, no sentido de estabelecer uma relação de proporcionalidade entre o que se pretende coibir, sob a ameaça da pena, e a eficácia concreta da ação criminosa (TAVARES, 1992, p. 83-84). Apenar alguém no âmbito do processo de criminalização restringindo-lhe direitos impõe justificação.

Partindo-se da premissa de que o Bem Jurídico é o referente primeiro desse processo, pode-se afirmar que a qualidade (prisão simples, detenção ou reclusão) e a quantidade (tamanho) da pena cominada ao tipo (no âmbito abstrato) deve ser diretamente proporcional a importância do Bem Jurídico que justifica aquele a existência desse tipo penal de forma que, quanto mais relevante for o Bem Jurídico, maiores serão as penas dos crimes que possuem esse bem como referente.

Isso parece de uma obviedade latente e se apresenta em alguns tipos penais previstos na legislação brasileira de forma bastante razoável: o crime de homicídio simples²² (que tem como referência o bem jurídica “vida”) tem pena maior (06 a 20 anos de reclusão) que a do crime de furto simples²³ (que tem como referência o patrimônio), neste caso, com um gradiente punitivo estabelecido entre 01 a 04 anos de reclusão. Porém, não são raras as situações em que, mesmo nos crimes de lesão, a desproporcionalidade das penas faz saltar os olhos.²⁴ Veja-se, por exemplo, o crime de furto qualificado²⁵ (com penas entre 02 e 08 anos) comparado ao crime de lesão corporal grave²⁶ (com penas entre 01 e 05 anos). Levando-se em consideração a importância do bem jurídico como elemento de referência de cada delito, não há qualquer justificativa racionalmente legítima que justifique que o crime contra o patrimônio (sem qualquer violência contra a pessoa) tenha pena mínima duas vezes maior do que a pena mínima prevista para o agente que, por exemplo, fura dolosamente o olho de determinada pessoa.²⁷

²² Código Penal Brasileiro, Art. 121. Matar alguém: Pena - reclusão, de seis a vinte anos. (...).

²³ Código Penal Brasileiro, Art. 155. Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel: Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa. (...).

²⁴ Exemplos podem ser encontrados no estudo incorporado a seguinte obra: (CHAVES JUNIOR; OLDONI, 2014, p. 99-119)

²⁵ Código Penal Brasileiro, Art. 155 - Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel: (...). Furto qualificado: § 4º - A pena é de reclusão de dois a oito anos, e multa, se o crime é cometido: I - com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa; II - com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza; III - com emprego de chave falsa; IV - mediante concurso de duas ou mais pessoas.

²⁶ Código Penal Brasileiro, Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano. Lesão corporal de natureza grave: § 1º Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II - perigo de vida; III - debilidade permanente de membro, sentido ou função; IV - aceleração de parto: Pena - reclusão, de um a cinco anos. (...).

²⁷ Especificamente neste ponto, Vera Regina Pereira de Andrade explica que, no Direito Penal abstrato, revela-se uma lógica de direcionamento predominante da criminalização primária para atingir as formas de desvio típicas das classes e grupos socialmente mais débeis e marginalizados. Neste contexto, é dada a máxima ênfase à criminalização das condutas contrárias às relações de produção (crimes contra o patrimônio individual, furto, estelionato, receptação, etc.,) e políticas de lei e ordem dominantes e a elas dirigidas mais intensamente à ameaça penal. Por outro lado, a criminalização de condutas contrárias a bens e valores gerais como a vida, a saúde, a liberdade pessoal, e outros tantos, não guardam a mesma ênfase e intensidade da ameaça penal dirigida à criminalidade patrimonial (ANDRADE, 2003, p. 279). Outro crime de perigo abstrato de cominação

Discrepância como essa parece ser lugar comum quando se trata de normas penais incriminadoras para os delitos sustentados em bens jurídicos coletivos, quando, em grande medida, não há critério algum para a cominação de suas penas.

A Lei de Drogas (11.343/2006) apresenta vários tipos penais sob o pretexto de proteger a saúde pública. A tomar como exemplo o seu art. 33²⁸ (que descreve as condutas do tráfico de drogas), verifica-se que a sua pena varia entre 05 e 15 anos de reclusão. Curiosamente, a resposta que o legislador determina que o Estado ofereça ao condenado por essa prática é superior ao crime de instigação, induzimento ou auxílio ao suicídio²⁹ (06 meses a 02 anos de reclusão), ao delito de lesão corporal gravíssima³⁰ (reclusão de 02 a 08 anos), ao tipo penal que prevê o crime de lesão corporal seguida de morte³¹ (04 a 12 anos de reclusão), ao crime de abandono de incapaz com resultado morte³² (reclusão de 04 a 12 anos), ao delito de maus tratos com resultado morte³³ (reclusão de 04 a 12 anos), e, também, mais alta que a pena cominada ao crime de tortura qualificada pela

de pena flagrantemente desproporcional é disparo de arma de fogo, previsto no art. 15 da Lei 10.826/03 (reclusão de 02 a 04 anos) se comparado ao crime de lesão corporal, previsto no art. 129, caput, do Código Penal (detenção de 03 meses a 01 anos). Como pode um crime de perigo de lesão (como o disparo) ter pena muito maior do que aquela cominada ao crime de lesão? Aliás, a mesma Lei 10.826/03 prevê o crime de posse/porte ilegal de arma de fogo de uso restrito (art. 16) com pena de reclusão que varia entre 03 e 06 anos, pena mínima 50% maior do que aquela do crime de lesão corporal grave (debilidade permanente de membro, sentido ou função, por exemplo).

²⁸ Lei 11.343/2006, art. 33 - Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar: Pena - reclusão de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa. (...).

²⁹ Código Penal Brasileiro, Art. 122. Induzir ou instigar alguém a suicidar-se ou a praticar automutilação ou prestar-lhe auxílio material para que o faça: Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos. (...).

³⁰ Código Penal Brasileiro, Art. 129 - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem. (...) § 2º - Se resulta: I - Incapacidade permanente para o trabalho; II - enfermidade incurável; III perda ou inutilização do membro, sentido ou função; IV - deformidade permanente; V - aborto: Pena - reclusão, de dois a oito anos.

³¹ Código Penal Brasileiro, Art. 129 - Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem. (...) § 3º Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo: Pena - reclusão, de quatro a doze anos. (...).

³² Código Penal Brasileiro, Art. 133 - Abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade, e, por qualquer motivo, incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono: (...) § 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

³³ Código Penal Brasileiro, Art. 136 - Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina: (...) § 2º - Se resulta a morte: Pena - reclusão, de quatro a doze anos.

lesão corporal grave ou gravíssima³⁴ (04 a 10 anos de reclusão). Caso se trate de tráfico (transporte de droga, por exemplo) interestadual³⁵, a pena mínima fica próxima aos 06 anos (Lei 11.343/2006, art. 33 c/c art. 40, V), sanção aproximada àquela imposta ao sujeito que mata uma pessoa (CP, art. 121, *caput*³⁶).

O crime do art. 33 da Lei de Drogas traz consigo a justificação de proteger a saúde pública e, em uma atenta análise a sua redação, não é difícil concluir que vários dos núcleos previstos no seu tipo penal incriminador não representam qualquer ameaça à saúde de qualquer pessoa.³⁷ Ainda que existisse uma ameaça à saúde de pessoa determinada (ou mesmo, determinável), as perguntas são quase automáticas: por que é que a pena do crime de tráfico de drogas (guardar droga, por exemplo) é mais alta do que aquelas previstas para os crimes de tortura, lesão corporal gravíssima, lesão corporal seguida de morte e induzimento ao suicídio?³⁸ Qual é a expressão máxima de lesão à saúde? Não seria a morte a falência completa dessa condição? Veja-se que não há qualquer critério para que se tenha tão elevada cominação, sobretudo, porque o legislador impõe tais penas, inclusive, sobre comportamentos que não geram qualquer perigo para a saúde pública. Em uma análise crítica a essa tendência, Winfried Hassemer (HASSEMER, 1995, p. 23-36) registra que o injusto penal não é a causa provável de um dano, mas uma atividade que o legislador criminalizou. Assim, se a potencialidade ou o perigo abstrato de dano existe na escolha desta atividade, não pode isso ser discutido no âmbito da norma, pois isso compreende apenas um elemento de avaliação na promulgação da norma.

³⁴ Lei 9.455/97, art. 1º, §3º, primeira parte - Se resulta lesão corporal de natureza grave ou gravíssima, a pena é de reclusão de quatro a dez anos (...).

³⁵ Lei 11.343/2006, Art. 40. As penas previstas nos arts. 33 a 37 desta Lei são aumentadas de um sexto a dois terços, se: (...) V - caracterizado o tráfico entre Estados da Federação ou entre estes e o Distrito Federal; (...).

³⁶ Código Penal, Art. 121: Matar alguém. Pena- reclusão, de seis a vinte anos.

³⁷ O tratamento ofertado pelos Tribunais Brasileiros ao crime de tráfico de drogas é, também, marcado pelo desprezo aos postulados do Princípio da Intervenção Mínima. Em grande medida, a tipicidade do comportamento é verificada tão somente em razão da letra fria e abstrata da lei, desprezando-se por completo as peculiaridades de cada caso e a impossibilidade material de qualquer ofensa ao Bem Jurídico no caso concreto. Ver: (CHAVES JUNIOR, 2019).

³⁸ Conforme registra Luís Greco, possivelmente se objete: quem vende drogas causa inúmeras mortes, o que tornaria sua conduta mais desvaliosa. Conforme o autor, que responda, então, pelos homicídios, que se configurarão nos casos em que o consumo da droga não represente uma autocolocação responsável em perigo, que exclui a imputação objetiva. Porém, puni-lo por mortes que só remotamente pode vir a causar seria o mesmo que punir os fabricantes de carros pelos homicídios a que o tráfico rodado dá causa (GRECO, 2006).

Além disso, se o objetivo da norma é proteger a saúde pública, não há como incriminar o comportamento de guardar drogas para consumo próprio³⁹ (espécie de ato preparatório de autolesão) e deixar de incriminar a autolesão efetiva ou mesmo a auto exposição a perigo de lesão. Aqui, são flagrantes as contradições valorativas a partir daquilo que Wolfgang Frisch chama de *mandato de consistência*, pois o legislador deixa, sem fundamento, de reconhecer certo princípio limitador da pena por ele aceito noutro setor.⁴⁰

Em março do ano de 2020, em razão da pandemia da Covid-19, os holofotes se voltaram a tipos penais de relevância lateral na academia e nos cursos de Direito, em especial, ao delito previsto no art. 268 do Código Penal. O tipo incrimina a conduta de “Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa”. A pena é de detenção de 01 mês a 01 anos, e multa.⁴¹ Acerca desse crime, Cezar Roberto Bitencourt (BITENCOURT, 2014 p. 293) esclarece que é necessário demonstrar a idoneidade do comportamento infrator para produzir um potencial resultado ofensivo à preservação do bem jurídico Saúde Pública. Caso contrário, estar-se-ia admitindo que a mera infração de norma administrativa fosse constitutiva de delito, outorgando à administração pública a possibilidade de legislar em matéria penal, com afronta ao princípio de reserva legal.

Conforme o autor, o art. 268 somente abrangeria as infrações significativas de determinações do poder público, ou seja, aquelas que coloquem em perigo a saúde de um número indeterminado de pessoas, diante da séria possibilidade de introdução e propagação de doença contagiosa. Fazendo-se um paralelo com a Lei de Drogas (que, em tese, protege o mesmo bem jurídico coletivo), a cominação da pena deste dispositivo não faz qualquer sentido. Como pode alguém que, comprovadamente infectado, infringe determinação do poder público e coloca (concretamente) em perigo a saúde de um número indeterminado de pessoas estar sujeito a pena de 01 mês de detenção enquanto aquele que guarda droga (perigo abstrato) está sujeito a pena de 05 anos de reclusão? Ou seja, se a coerência é pretensão interna de um sistema, notadamente está longe de ser o caso do sistema de crimes e penas brasileiro. Atesta-se, com isso, que o legislador pouco leva à sério a ideia de Bem Jurídico como instrumento de diretriz de produção da norma.

³⁹ Lei 11.343/2006, Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: (...).

⁴⁰ Além disso, O art. 260, § 1º do Código Penal prevê penas entre 04 a 12 anos de reclusão para quem causa desastre ferroviário (crime de lesão contra a segurança do transporte e de outros serviços públicos), pena cominada menor do que aquela prevista para o sujeito que “guarda” ou “leva consigo” droga (crime de perigo à saúde), conforme se verificou: Código Penal Brasileiro, Art. 260 - (...) Desastre ferroviário. § 1º - Se do fato resulta desastre: Pena - reclusão, de quatro a doze anos e multa. (...)

⁴¹ Trata-se, portanto, de infração penal de menor potencial ofensivo.

Evidentemente, urge uma profunda reforma nessas cominações, não para aumentá-las, mas para limitar o arbítrio do legislador em fixar limites de penas em completa desatenção ao dano social que as respectivas condutas acarretam, adotando critérios divergentes para fatos iguais e critérios mais rigorosos para fatos menos graves e vice-versa (TAVARES, 1992, p. 84).

A lesão é uma realidade; o perigo, uma possibilidade. Diante disso, não há justificativa satisfatória para se ter como legítimas as incriminações de delitos de perigo abstrato com penas mais elevadas se comparadas aos crimes de lesão, mormente, quando o bem jurídico afetado possui uma relação direta com o bem que se julgava proteger com a norma incriminadora do delito de perigo. Importa, neste ponto, pensar em critérios seguros para se tentar solucionar o problema de legitimidade dos crimes que declaram tutelar bens jurídicos coletivos e, alinhado a isso, o *quantum* de pena que grande parte deles carregam.

5. CONCLUSÃO

O estudo que se finaliza teve por objetivo a formulação de duas reflexões laterais da proteção penal de um bem jurídico coletivo bastante frequente na legislação penal brasileira: a Saúde Pública.

Para responder as perguntas formuladas na parte introdutória do artigo, percorreu-se todo um caminho consubstanciado em um relatório de pesquisa que fora dividido em três partes. Na primeira, apresentou-se a tendência expansionista do Direito Penal marcada pelo aumento de bens jurídicos coletivos considerados merecedores de tutela, bem como a convergência para se declarar puníveis condutas sem que exista lesão real ou mesmo, perigo de lesão ao bem jurídico que a norma diz proteger.

Na segunda parte, avaliou-se a legitimidade da Saúde Pública como bem jurídico coletivo no âmbito do Direito Penal. A partir dos critérios de “não distributividade” (fundado no binômio “sem exclusão de uso” e “sem rivalidade no consumo”) ofertados pelo Prof. alemão Roland Hefendehl, foi possível concluir com razoável segurança que a Saúde Pública não é mais que a soma da saúde individual de todos os membros da sociedade, pelo que, não se trata de um bem jurídico coletivo, mas da soma de bens jurídicos individuais. Conforme se verificou, é característica de todo bem jurídico coletivo que seja ele desfrutado por cada membro da sociedade, não sendo possível relacioná-lo total ou parcialmente a um único indivíduo ou setor dessa sociedade (o ar que se respira foi utilizado a título exemplificativo). Dito de outro modo, há um bem jurídico coletivo pelos critérios da “não distributividade” quando for impossível dividir esse bem em partes e atribuir cada parte para indivíduos determinados. A Saúde Pública, certamente, não comporta essas características.

Na terceira parte da pesquisa, investigou-se as penas cominadas para alguns dos principais tipos penais que declaram tutelar a Saúde Pública no Brasil. Esta análise foi feita a partir da importância da Saúde Pública frente a bens jurídicos que ofendem a saúde individual (delitos de lesão) e frente a tipos penais que declaram tutelar este mesmo bem jurídico, sempre fundados nos critérios de lesividade ou ofensividade. Ao final, revelou-se que esses tipos penais não atendem a qualquer referente dogmático que poderia limitar o arbítrio do legislador na cominação das penas para os crimes de bens jurídicos coletivos. Na verdade, contatou-se critérios divergentes para fatos semelhantes e penas mais rigorosas para fatos de menor (ou nenhuma) danosidade social.

Por meio de um estudo comparativo entre os delitos sustentados na proteção da Saúde Pública e outros de igual ou maior gravidade, revelaram-se que os crimes contra este (falso) bem jurídico coletivo tem penas mais elevadas se comparadas aos crimes de lesão, ainda que o bem jurídico afetado possua uma relação direta com o bem que se julgava proteger pela norma incriminadora do delito de perigo.

REFERÊNCIAS

AMELUNG, Knut. El concepto “Bien Jurídico” em la Teoría de la Protección Penal de Bienes Jurídicos. *In: La teoría del bien jurídico ¿Fundamento de legitimación del Derecho penal o juego de abalorios dogmático?* HEFENDEL, Roland (ed). Madrid/Barcelona: Marcial Pons/Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., 2007.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **A ilusão de segurança jurídica**: do controle da violência à violência do controle penal. 2. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

BECHARA, Ana Elisa Liberatore S. O rendimento da Teoria do Bem Jurídico no Direito Penal Atual. **Revista Liberdades** (IBCCRIM), n. 1, maio-ago., 2009.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: parte especial, v. 4, 8. ed. São Paulo: Saraiva, 2014 (Versão digital).

CHAVES JUNIOR, Airto. **Além das Grades**: a paralaxe da violência nas prisões brasileiras. Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2018.

CHAVES JUNIOR, Airto. O esvaziamento dos critérios teórico-dogmáticos da intervenção mínima em matéria penal no Brasil: duas reflexões acerca do abandono do conteúdo material do crime pelos tribunais superiores. **Católica Law Review**, Lisboa, v. 3, n. 3, nov. 2019.

CHAVES JUNIOR, Airto; OLDONI, Fabiano. **Para que(m) serve o Direito Penal?** Uma análise criminológica da seletividade dos segmentos de controle social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

FRAGOSO, Christiano Falk. **Autoritarismo e Sistema Penal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2015.

FRISCH, Wolfgang. Bien Jurídico, Derecho, Estructura del Delito e imputación em el contexto de la legitimación de la pena estatal. *In: La teoría del Bien Jurídico ¿Fundamento de legitimación del Derecho*

penal o juego de abalorios dogmático? Traducción Rafael Alcácer, María Martín e Íñigo Ortiz de Urbina. Madrid: Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., 2007.

GRECO, Luís. "Princípio da ofensividade" e crimes de perigo abstrato - uma introdução ao debate sobre o bem jurídico e as estruturas do delito. *In: Revista Brasileira de Ciências Criminais* (RBCCRIM). Julho-Agosto de 2004. Ano 12.

GRECO, Luís. **Modernização do Direito Penal, Bens Jurídicos Coletivos e Crimes de Perigo Abstrato** (com um adendo: Princípio da Ofensividade e Crimes de Perigo Abstrato). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

GRECO, Luís. **Tipos de autor e Lei de Tóxicos, ou:** interpretando democraticamente uma lei autoritária. Disponível em: http://www.mundojuridico.adv.br/sis_artigos/artigos.asp?codigo=191. Acesso em 24 de agosto de 2006.

GRECO, Luís; LEITE, Alaor. Claus Roxin, 80 anos. **Revista Liberdades**, n. 7, maio-ago., 2011, p. 107.

HASSEMER, Winfried. Bienes Jurídicos en el derecho penal. *In: Estudios sobre Justicia Penal: homenaje al Profesor Julio B. J. Maier*. Buenos Aires: Editores del Pierto, 2005.

HASSEMER, Winfried. Derecho Penal Simbólico y protección de Bienes Jurídicos, en VARIOS AUTORES. **Pena y Estado**. Santiago: Editorial Jurídica Conosur, 1995.

HEFENDEHL, Roland. ¿Debe ocuparse el derecho penal de riesgos futuros? Bienes jurídicos colectivos y delitos de peligro abstracto. **Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología** (Universidad de Granada/ES), 2002, RECPC n. 4.

HEFENDEHL, Roland. Uma teoria social do bem jurídico. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. IBCCRIN (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais) a. 18, n. 87, nov.-dez., 2010. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010.

HIRSCH, Andrew Von; WOHLERS, Wolfgang. Teoría del bien jurídico y estructura del delito: sobre los criterios de una imputación justa. *In: La teoría del Bien Jurídico ¿Fundamento de legitimación del Derecho penal o juego de abalorios dogmático?* Traducción Rafael Alcácer, María Martín e Íñigo Ortiz de Urbina. Madrid: Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., 2007.

MENDES, Gilmar Ferreira. Direitos Sociais (Capítulo 5). *In: MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

ROXIN, Claus. **A proteção de bens jurídicos como função do Direito Penal**. 2. ed. Tradução de André Luís Callegari e Nereu José Giacomolli. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

ROXIN, Claus. **Derecho Penal**. Parte General (Tomo I): fundamentos. La Estructura de la Teoría del Delito. Traducción y notas: Diego-Manuel Luzon Peña, Miguel Díaz y García Conlledo y Javier de Vicente Remesal. Madrid: Editorial Civitas, 1997.

ROXIN, Claus. **Política Criminal y Sistema del Derecho Penal**. Traducción de Francisco Muñoz Conde. 2. ed. Buenos Aires: Hammurabi, 2002.

SÁNCHEZ, Bernardo Feijoo. El actual debate alrededor de la Teoría del Bien Jurídico. **Revista Brasileira de Ciências Criminais** (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais - IBCCRIM). Ano 21. v. 100. jan.-fev., 2013.

SCHÜNEMANN, Bernd. El principio de protección de bienes jurídicos como punto de fuga de los límites constitucionales de los tipos penales y de su interpretación. *In*: **La teoría del Bien Jurídico** ¿Fundamento de legitimación del Derecho penal o juego de abalorios dogmático? Traducción Rafael Alcácer, María Martín e Íñigo Ortiz de Urbina. Madrid: Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A., 2007.

SILVA SÁNCHEZ, Jesús-Maria. **La Expansión del Derecho Penal**: aspectos de la política criminal en las sociedades postindustriales. 2. ed. Madrid: Civitas Ediciones, 2001.

SIMON, Jonathan. **Gobernar a través del delito**. Traducción de Victoria de los Ángeles Boschioli. Barcelona: Editorial Gedisa, 2011.

TAVARES, Juarez. Critérios de seleção de crimes e cominação de penas. *In*: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. Publicação Oficial do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. Número Especial de Lançamento. Dez. 1992.

TAVARES, Juarez. **Fundamentos de Direito Penal**. Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2018.

TAVARES, Juarez. **Teoria do Crime Culposos**. 4. ed. Florianópolis: Empório do Direito, 2016.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. v. 1 (Parte Geral). 9. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 488).

CAPITULO VII

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL: DOENÇA OU REMÉDIO À CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE?¹

Mônia Clarissa Hennig Leal²

Rosana Helena Maas³

-
- ¹ Este artigo é resultante das atividades do projeto de pesquisa “Teoria da essencialidade’ (*Wesentlichkeitstheorie*) e discriminação algorítmica: *standards* protetivos em face do Supremo Tribunal Federal e da Corte IDH – proposta de parâmetros de controle”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Bolsa de Produtividade em Pesquisa – Processo 3-2021/309115); do projeto de pesquisa “Aprimoramento dos Programas de Humanização dos serviços de saúde com base nos parâmetros de proteção dos grupos vulneráveis fixados pelo Supremo Tribunal Federal e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos”, financiado pelo Ministério da Saúde e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS (Edital FAPERGS/MS/CNPq 2020/08, Processo 9-0000108-2551/21); bem como do projeto de pesquisa “A judicialização da saúde e sua incidência na proteção de grupos em situação de vulnerabilidade: análise dos aspectos relacionados à vulnerabilidade na garantia do direito social à saúde nas decisões do STF e da Corte IDH”, financiado pela FAPERGS (Auxílio Recém-Doutor – ARD – Edital 2020/10 – Termo de Outorga -0000637-2551/214). A pesquisa é vinculada ao Grupo de Pesquisa “Jurisdição Constitucional aberta” (CNPq) e desenvolvida junto ao Centro Integrado de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas – CIEPPP e ao Observatório da Jurisdição Constitucional Latino-Americana (ambos financiados pelo Finep e ligados ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul – Unisc). Também se insere no âmbito do projeto de cooperação internacional “Observatório da Jurisdição Constitucional Latino-Americana: recepção da jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua utilização como parâmetro para o controle jurisdicional de Políticas Públicas pelos Tribunais Constitucionais”, financiado pela Capes (Edital PGC1 02/2015 – Processo 88881.1375114/2017-1 e Processo 88887.137513/2017-00).
- ² Graduada em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (1999), mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2001), doutora em Direito pela Universidade de Vale do Rio dos Sinos (2005); doutorado sanduíche pela Universidade de Heidelberg (2004) e pós-doutorado pela Universidade de Heidelberg, Alemanha (2007). Coordenadora e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc). Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Coordenadora do Grupo de Pesquisa “Jurisdição Constitucional aberta”, vinculado ao CNPq. Autora de livros e artigos publicados no Brasil e Exterior. Coordenadora do “Observatório da Jurisdição Constitucional Latino-Americana” (Finep e Capes). Membro do Conselho Superior da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS). Professora visitante junto à *Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts – und Staatswissenschaftliche Fakultät*, Alemanha. Pesquisadora visitante junto à *Ruprecht-Karls Universität Heidelberg*, Alemanha e à *Paris Lodron Universität Salzburg*, Áustria. E-mail: moniah@unisc.br
- ³ Graduada em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2009), mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2011), doutora em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2016); doutorado sanduíche pela *Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts – und Staatswissenschaftliche Fakultät*, Alemanha (2016) e pós-doutorado pela *Paris Lodron Universität Salzburg*, Áustria (2018). Está realizando

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. O direito fundamental à saúde e a sua operacionalização: contornos históricos. 3. Saúde como direito fundamental e como dever do estado na constituição de 1988: caminhos à judicialização da saúde no Brasil. 4. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

A judicialização na busca da concretização do direito à saúde, com ações individuais ou coletivas, pela prestação de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e tratamentos, entre outros, é assunto corrente de análise e discussão hodierna. Nesse olhar, a judicialização da saúde é um tema sensível ao Poder Judiciário, pois, se o julgador enfrenta, por um lado, a complexidade das ações devido a questões técnicas e especificidades médicas, o que demanda um poder de decisão também complexo, por outro, o alto custo e os impactos financeiros das decisões repercutem no planejamento orçamentário e, portanto, na esfera de deliberação política dos Poderes Públicos.

A problemática da judicialização da saúde não perpassa apenas pela discussão do ativismo ou não do Poder Judiciário, ou de sua suposta interferência em políticas públicas, mas também pela falta de recursos e investimentos, por listas desatualizadas de medicamentos e pela ineficácia e gerenciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, não é uma questão municipal, regional ou estadual, mas de contornos nacionais, com altos índices de procedência das ações propostas. Daí a relevância da temática, que precisa ser discutida, visto que se trata de uma constante e que repercute na prestação do direito à saúde de todos, não apenas daqueles que o judicializam, pois seus efeitos afetam diretamente as políticas públicas de caráter coletivo.

Logo, o objetivo do presente artigo consiste em analisar a conformação do fenômeno de judicialização da saúde no Brasil desde uma perspectiva histórico-constitucional, em uma perspectiva teórica que tem por base a relação entre os Poderes. Para dar conta dessa tarefa, utilizar-se-á o método dedutivo, pois será estudado o histórico do direito à saúde no Brasil, a sua previsão na Constituição Federal e operacionalização pelo Sistema

estágio pós-doutoral junto ao Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS, sob orientação da Profa. Pós-Dra. Mônia Clarissa Hennig Leal. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS. Integrante do grupo de estudos “Jurisdição Constitucional aberta” (CNPQ). Coordenadora do projeto de pesquisa “A judicialização da saúde e sua incidência na proteção de grupos em situação de vulnerabilidade: análise dos aspectos relacionados à vulnerabilidade na garantia do direito social à saúde nas decisões do STF e da Corte IDH”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul - FAPERGS (Auxílio Recém-Doutor – ARD – Edital 10/2020 – Termo de Outorga 21/2551-0000637-4). Autora de livros e artigos publicados no Brasil e no exterior. E-mail: rosanamaas@unisc.br

Único de Saúde (SUS), para, após, trazer-se o tema da judicialização da saúde, suas principais críticas e consequências. Como técnica de pesquisa, utilizar-se-á a bibliográfica, com base em fontes secundárias.

Entende-se que a judicialização da saúde não é uma temática relevante apenas ao Poder Judiciário, pois o problema apresenta-se conectado, também, com a omissão e ineficácia dos demais Poderes, bem como do próprio SUS, razão pela qual se afigura como uma dificuldade a ser discutida e resolvida conjuntamente, ou seja, pelo Poder Judiciário, Legislativo, Executivo, sociedade e pelo SUS.

É preciso esclarecer que esse trabalho vem apresentar uma reflexão da judicialização da saúde enfrentada pelo Brasil, independentemente da realidade fática vivenciada durante a COVID-19, da qual não se desconhece a importância, mas que todavia não será alvo de discussão aqui, por ultrapassar os contornos de análise que se propõe para a presente análise.

2. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E A SUA OPERACIONALIZAÇÃO: CONTORNOS HISTÓRICOS

A trajetória da saúde pública no Brasil inicia-se no Século XIX, com a vinda da Corte Portuguesa, em que eram realizadas determinadas ações em combate à lepra e à peste, havendo algum controle sanitário, especialmente no que diz respeito aos portos e às ruas. Em 1870, o Estado chegou a praticar ações mais efetivas referentes ao direito à saúde, com a adoção do chamado modelo “campanhista”, caracterizado pelo uso da força e da autoridade policial em busca da erradicação da febre amarela (Barroso, 2009, p. 13).

Mas somente na década de 1930 é que houve uma estruturação básica do sistema público de saúde, que passou a realizar também ações curativas, bem como, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Básica. Nesse contexto, criam-se os chamados IAPs (Institutos de Previdência) que ofereciam serviços de saúde de caráter curativo, mas apenas para a categoria profissional ligada ao Instituto. Dessa forma, a saúde pública não era universalizada, restringia-se a beneficiar os trabalhadores que contribuía para os institutos da previdência. Em seguida, houve a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em que todo o trabalhador urbano, com carteira assinada e contribuinte, era beneficiário desse novo sistema, tendo, assim, direito à rede pública; todavia, a maioria das pessoas não integravam o mercado formal (Barroso, 2009, p.13).

Como direito fundamental⁴ (Figueiredo; Scarlet, 2009) e com abrangência universal (não ligada a nenhuma classe trabalhadora ou contribuição de qualquer natureza), o direito

⁴ Quanto à fundamentalidade do direito à saúde, cabe referir que o direito à saúde goza de dupla fundamentalidade, assim seja, formal e material. A fundamentalidade material se dá pela relevância do bem jurídico tutelado

à saúde apareceu apenas na Constituição Federal de 1988 (Dallari, 2008), que, de forma genérica, no artigo 6º, *caput*, incorpora-o como um direito social, juntamente à educação, à alimentação, entre outros. Mais à frente, no Título VIII, “Da Ordem Social”, Capítulo II, “Da Segurança Social”, Seção II, “Da saúde”, pode-se verificar que o artigo 196⁵ (Constituição Federal, 1988) legisla o direito à saúde como: direito de todos, dever do Estado, de acesso universal e igualitário, mediante ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, mediante políticas públicas (Constituição Federal, 1988).

No âmbito das competências, prevê a Constituição Federal que, para legislar sobre a proteção e defesa da saúde a competência é concorrente à União, aos Estados e ao Distrito Federal, conforme o artigo 24, inciso XII, sendo que, conforme o artigo 30, inciso II, aos Municípios compete suplementar essa legislação. A competência de execução das medidas, das obrigações, como formular as políticas públicas, é comum à União, aos Estados e ao Município, conforme o artigo 23, inciso II (Constituição Federal, 1988).

Dessa maneira, verifica-se que se trata de obrigação solidária entre os entes. Observa-se que o sistema de saúde pós-88 foi instaurado na lógica do modelo federativo, com base, assim, na divisão de responsabilidades, tanto de financiamento como de competências (Martini, 2015).

Prosseguindo, em 1990, como reivindicação feita pela sociedade civil organizada, principalmente com destaque ao Movimento de Reforma Sanitária, teve-se aprovada a Lei n. 8.080/90 (Lei 8.080, 1990), conhecida como Lei Orgânica de Saúde, que estabelece a estrutura e o modelo operacional do SUS⁶, reforçando a universalidade do serviço pres-

pela ordem constitucional, como pressuposto à manutenção da vida, e a fundamentalidade formal, decorre, por sua vez, do direito constitucional positivo. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988**. Supremo Tribunal Federal, 2009. p. 5-29. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coleta-nea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

⁵ Segue o artigo 196 da Constituição Federal de 1988: “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”. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 jun. 2021.

⁶ Destaca-se que o SUS pode ser caracterizado como uma garantia institucional fundamental, sujeitando-se, por conseguinte, à proteção estabelecida às normas jusfundamentais, inclusive referente à inserção entre os limites materiais à reforma constitucional e está resguardado contra medidas de cunho retrocessivo em geral. O que faz afirmar, que se eventuais medidas tendentes a aboli-lo ou esvaziá-lo, formal e substancialmente, até mesmo quanto aos princípios sobre os quais se alicerça, deverão ser consideradas inconstitucionais, visto que não apenas o direito à saúde é protegido, mas o próprio SUS, isso na condição de instituição pública, e pelo fato de ser salvaguardado pela tutela protetiva. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da**

tado. A constitucionalização do SUS como garantia institucional fundamental significa que a efetivação do direito à saúde deve estar de acordo com os princípios e diretrizes pelos quais o SUS foi constituído, estando eles presentes principalmente no artigo 198⁷ a 200 da Constituição Federal, com destaque à unidade, à descentralização, à regionalização, à hierarquização, à integralidade e à participação da comunidade (Figueiredo; Sarlet, 2009), princípios esses que são acrescentados pelos princípios da subsidiariedade e da municipalização, buscando atribuir prioritariamente a responsabilidade aos Municípios na execução das políticas públicas em geral, conforme artigo 17⁸ da referida lei (Barroso, 2009).

Com o SUS, o acesso à assistência médico-hospitalar, que antes era limitado aos trabalhadores com vínculo formal, segurados pela Previdência Social, passou a ser de caráter universal, sem nenhuma exigência prévia, inclusive frente à renda da pessoa que venha a utilizar o serviço. Atualmente, mais ainda, percebe-se essa municipalização do SUS com os chamados cartões do SUS, os quais identificam a pessoa como pertencente a determinado Município, que é onde ela receberá o atendimento.

Ainda, menciona-se que a Norma Operacional Básica (NOB) n. 01/93 (Ministério da Saúde, 1993), em 1993, foi uma das primeiras normas visando à descentralização das ações e dos serviços de saúde. A descentralização do SUS, por sua vez, apenas ocorreu com a Norma Operacional Básica n. 01/96 (Ministério da Saúde, 1993), de 1996, em que de fato se definiram a responsabilidade dos diferentes graus de complexidade do atendimento oferecido, bem como as formas pelas quais essa responsabilidade seria assumida. Em seguida, teve-se a aprovação da Emenda Constitucional n. 29/2000 (Constituição Federal, 1988), em que foi definida a corresponsabilidade de Estados e de Municípios pelo financiamento da saúde (Figueiredo; Sarlet, 2009).

Constituição Federal de 1988. Supremo Tribunal Federal, 2009. p. 12. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coleta-nea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

- ⁷ Segue o artigo 198, *caput*, e seus incisos I, II e III, da Constituição Federal: “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”. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 jun. 2021.
- ⁸ Nesse sentido, diz a lei 8.080/90, em seu artigo 17, *caput* e inciso I: “Art. 17. À direção estadual do Sistema único de Saúde (SUS) compete: I – promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde”. BRASIL. **Lei 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 jun. 2021.

Essa corresponsabilidade entre União, Estados e Municípios quanto aos medicamentos, por exemplo, faz com que ao gestor federal seja atribuída a tarefa da formulação da Política Nacional de Medicamentos, com a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos, a Rename; e ao Município, frente à relação nacional, caberá definir a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, a Remume. Além disso, o atendimento aos serviços assistenciais do SUS se organiza em ações de atenção básica e em ações de média e de alta complexidade, que envolvem assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades (Controladoria-Geral da União).

No Brasil, a primeira lista estabelecida foi a do Decreto n. 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Mas, apenas em 2005, a Rename passa efetivamente a contar com um processo sistemático de atualização baseado em evidências científicas, pois a partir dali que o Ministério da Saúde instituiu a Comissão Técnica Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medidas Essenciais (Comare). Em 2011, o Decreto n. 7.508, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde, amplia o conceito de Rename, vindo ele compreender a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimentos de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (Alexandre, 2015).

Uma vez compreendido alguns aspectos essenciais do desenho normativo do direito à saúde, da operacionalização do SUS, prossegue-se ao tema da judicialização da saúde, respondendo a problemática central deste trabalho.

3. SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL E COMO DEVER DO ESTADO NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: CAMINHOS À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

A interferência do Poder Judiciário na saúde teve início na década de 90, pois, se, de um lado, a Constituição Federal garantia o direito à saúde como um direito fundamental, com a criação do SUS, por outro, existia pouco investimento na área da saúde, associado ao escasso controle desse investimento e dos repasses e aplicações dos recursos. Desse modo, as dificuldades de efetivação do direito à saúde, por meio da plena disponibilização dos serviços necessários ao bom funcionamento do SUS e da garantia de oferta das diversas prestações na área de saúde, refletiram-se no incremento de ações judiciais, cujo principal objeto centrou-se na pretensão ao fornecimento de medicamentos (Figueiredo; Sarlet, 2009).

Os doentes com HIV/AIDS (Síndrome Deficiência Imunológica Adquirida) foram os primeiros e os principais demandantes em busca de medicamentos a ingressarem com ações judiciais, pela necessidade e custo. Depois de resultados positivos, em que o Poder

Judiciário mostrou-se efetivo na questão de busca por melhorias no âmbito da saúde, as demandas aumentaram (Torres, 2008).

O *leading case* sobre a matéria foi o julgamento do Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 271.286/RS, que reconheceu o dever do Estado de oferecer o tratamento aos pacientes aidéticos. O acórdão⁹ (Supremo Tribunal Federal, 2000) afirmou o caráter fundamental do direito à saúde como prerrogativa jurídica indisponível, assegurada à generalidade de pessoas pela Constituição Federal como consequência indissociável do direito à vida, o que veio a fortalecer, por sua vez, a posição no sentido da admissibilidade imediata e direta das normas constitucionais que positivaram o direito à saúde, conforme o artigo 6º e 196 da Constituição Federal, em cunho “garantista”, fortemente comprometido com a concretização do dever de proteção à saúde atribuída ao Estado.

Com o tempo, a noção do direito à saúde como prestação do Estado tomou uma abrangência ainda maior, em que não só os doentes com HIV/AIDS eram beneficiados com medicamentos e tratamentos. Os demais cidadãos na busca de próteses, tratamentos

⁹ Segue acórdão do RE 271.286: “EM ENT A: PACIENTE COM HIV/AIDS - PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE - FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) - PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA. - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição 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 idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - 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 constitucional 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 irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES. - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àqueles portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF”. BRASIL. **Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário 271.286**. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, DF, 12 set. 2000. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 27 jun. 2021.

no exterior e de alto custo, prestação de fraldas e cirurgias, entre tantos outros pedidos, demandaram frente ao Poder Judiciário no intuito de ter seu direito fundamental garantido.

Ações judiciais essas que chegaram ao Supremo Tribunal Federal que na busca de critérios, de informações e de pautar sua forma de atuação, em 2009, convocou a Audiência Pública da Saúde, o que foi feito pelo então Presidente do Supremo Tribunal Federal, Ministro Gilmar Ferreira Mendes, que ouviu cinquenta especialistas, entre advogados, defensores públicos, promotores e procuradores de justiça, magistrados, professores, médicos, técnicos de saúde e gestores e usuários do SUS, nos dias 28, 27 e 29 de abril e 6, 4 e 7 de maio de 2009 (Supremo Tribunal Federal, 2009).

Apesar da particularidade de não estar associada diretamente a nenhuma ação do controle concentrado de constitucionalidade (Ação Direta de Inconstitucionalidade, Ação Declaratória de Constitucionalidade ou Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental), em que a legislação prevê, expressamente, a possibilidade da realização de audiências públicas, isso na Lei 9.868/99 e na Lei 9.982/99, a Audiência Pública da Saúde foi convocada por ser considerada estratégica e fundamental para o julgamento de uma série de ações em tramitação no Supremo Tribunal Federal, todas questionando o dever do Estado na criação de vagas em Unidades de Terapia Intensiva e em hospitais, no fornecimento de medicamentos e de tratamentos médicos, especialmente nos casos em que um único tratamento implicar montantes elevados, além de situações em que o tratamento necessário não estar previsto nos Protocolos do SUS.

No despacho para a convocação da referida audiência pública, observam-se as seguintes preocupações:

- 1)** Em face dos diversos pedidos de Suspensão de Segurança, Suspensão de Liminar e Suspensão de Tutela Antecipada em trâmite no âmbito desta Presidência, os quais objetivam suspender medidas cautelares que determinam o fornecimento das mais variadas prestações de saúde pelo SUS (fornecimento de medicamentos, suplementos alimentares, órteses e próteses; criação de vagas de UTI; contratação de servidores de saúde; realização de cirurgias; custeio de tratamentos fora do domicílio e de tratamentos no exterior; entre outros);
- 2)** Em virtude de que tais decisões suscitam inúmeras alegações de lesão à ordem, à segurança, à economia e à saúde públicas; e,
- 3)** Por último, frente à repercussão geral e o interesse público relevante das questões suscitadas (Supremo Tribunal Federal, 2009).

A Audiência Pública da Saúde embasou a decisão da Suspensão de Tutela Antecipada 175, 211 e 278, da Suspensão de Segurança 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355 e da Suspensão de Liminar 47, e ganha destaque, pois acarreta uma mudança de postura

do próprio Supremo Tribunal Federal quanto às ações envolvendo o direito à saúde, no sentido de compreendê-lo como direito subjetivo público¹⁰ (Kirste; Leal; Maas, 2021), cabendo ao Estado o dever de protegê-lo. As respectivas ações foram julgadas pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal, em 17 de março de 2010, impondo-se ao Poder Público “custear medicamentos e tratamentos de alto custo a portadores de doenças graves, devendo a Justiça agir quando o poder público deixa de formular políticas públicas ou deixar de adimpli-las, especialmente quando emanam da Constituição”¹¹.

O Ministro Gilmar Mendes, relator do processo, buscou, ainda, em sua decisão, fixar alguns critérios e parâmetros a serem observados pelos Tribunais no julgamento de causas que envolvam a prestação do direito à saúde. O primeiro deles diz respeito à existência ou não de política pública estatal que abranja a prestação de saúde pleiteada pela parte. Nesse entendimento, havendo a política formulada pelo SUS, o Poder Judiciário, por sua vez, não estaria criando políticas públicas, mas determinando o seu cumprimento. Caso o contrário, ou seja, a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas públicas do SUS, deve-se distinguir se a não prestação decorre de:

- 1) Uma omissão legislativa ou administrativa;
- 2) Uma decisão administrativa de fornecê-la; ou
- 3) Uma vedação legal à sua dispensação, ou seja, é vedado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, situação em que a não-concessão do medicamento se impõe. No que fica entendido que, por sua vez, medicamento vedado pela Anvisa não deveria ser deferido, porém, o Ministro, linhas abaixo, deixa claro que não se trata de regra absoluta, podendo-se permitir a importação de medicamentos não autorizados pela Anvisa (Supremo Tribunal Federal, 2010).

O segundo critério, por seu turno, é condizente à existência de motivação para o não fornecimento de determinada ação de saúde pelo SUS, desse critério decorrem duas hipóteses distintas: a primeira delas diz respeito ao fato de que o SUS fornece tratamento alternativo, mas não adequado ao paciente; e, a segunda, que o SUS não tem nenhum tratamento específico para determinada patologia. Nesse sentido, ficou resolvido que, das

¹⁰ Sobre as confrontações do direito à saúde na ordem de direito subjetivo e objetivo, verificar a obra: KIRSTE, Stephan; LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena. **Direitos (fundamentais)sociais e sua justificabilidade**: Brasil, Alemanha e Áustria. Curitiba: Íthala, 2021.

¹¹ Cumpre afirmar que antes da audiência pública e da decisão na Suspensão de Tutela Antecipada n. 175, o Supremo Tribunal Federal já havia decidido sobre matéria atinente ao direito à saúde, como exemplo no Agravo Regimental no Recurso Extraordinário n. 271.286/RS, como acima mencionado, e o Agravo Regimental no Recurso Extraordinário 255.627/RS, em que houve a alegação de hipossuficiência. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 271.286**. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, DF, 12 set. 2000. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 27 jun. 2021.

duas opções, prevaleça à primeira; todavia, novamente, o Ministro Relator aponta para a exceção, que o Poder Judiciário ou a própria Administração poderão decidir por medida diferente da custeada pelo SUS, esta que deverá ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz ao seu caso (Supremo Tribunal Federal, 2010).

Já o terceiro e último critério corresponde à alegação de inexistência de tratamento, situação em que se faz preciso distinguir entre os tratamentos experimentais (sem comprovação específica de sua eficácia), daqueles tidos como não-testados pelo sistema público, mas que já são disponibilizados pelo setor privado. A questão reside, no primeiro caso, que a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, sendo isso por ações individuais ou coletivas, devendo, no entanto, haver instrução processual, com ampla produção de provas (Supremo Tribunal Federal, 2010).

Em análise, observa-se que, para cada regra, foi prevista uma exceção; nessa síntese, afirma-se que nas ações envolvendo prestação à saúde, requerida de forma individual ou coletiva, havendo ou não política pública, estando ou não na lista, sendo ou não um medicamento aprovado pela Anvisa, faz-se necessária uma significativa produção probatória, de informações técnicas, para perquirir-se se tal tratamento é o mais adequado, possuindo, assim, uma complexidade e uma dimensão fática que ultrapassa a alçada do direito.

Prosseguindo, além dos critérios mencionados, os principais temas enfrentados na decisão, em síntese, foram: o direito à saúde como direito fundamental social; o direito à saúde como prestação positiva que recai sobre o Estado; a responsabilidade solidária dos entes federados em matéria de saúde; a necessidade de compatibilização do mínimo existencial e da reserva do possível; a dimensão objetiva dos direitos fundamentais sociais; a inexistência de suportes financeiros suficientes para a satisfação de todas as necessidades sociais; a dimensão do problema da judicialização da saúde, que envolve não só os operadores jurídicos, mas gestores públicos, profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo; a temática da violação da separação dos Poderes; a interferência do Poder Judiciário nas políticas públicas; e o efeito multiplicador da decisão (Supremo Tribunal Federal, 2010).

É preciso dizer, ainda, que o tema da judicialização da saúde adquire, na jurisprudência hodierna, grande destaque quanto à questão de o Supremo Tribunal Federal não restringir a judicialização da saúde à dimensão coletiva, afirmando que, em sendo o direito da saúde um direito subjetivo público, a dimensão individual¹² também deve ser assegurada.

¹² A dimensão individual do direito à saúde foi destacado pelo Ministro Celso de Mello, relator da AgR-RE n. 271.286-8/RS, ao reconhecer o direito à saúde como um direito público subjetivo assegurado à generalidade das pessoas, que conduz o indivíduo e o Estado a uma relação jurídica obrigacional. Ressaltou o Ministro

Essa é uma grande crítica no que concerne à judicialização da saúde, ou seja, a grande incidência de demandas individuais. Barroso (2009) afirma que a atuação da judicialização dessa maneira põe em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, isso porque desorganiza a atividade administrativa e impede a alocação racional dos escassos recursos públicos, impedindo que políticas públicas coletivas, dirigidas à promoção da saúde pública, sejam devidamente implementadas. Seria o caso do excesso de judicialização não levar à realização prática da Constituição Federal, pois, em muitos casos, estar-se-ia concedendo privilégios a alguns jurisdicionados em detrimento da generalidade da cidadania, que continua dependente das políticas públicas universais. O resultado seria a realização de uma microjustiça e não de uma macrojustiça. Preocupado em resolver os casos concretos, o juiz não pode se esquecer da existência de recursos escassos, limitados, para demandas ilimitadas¹³.

O Ministro Gilmar Mendes, na decisão acima comentada, enfrenta a questão da microjustiça, afirmando que o Supremo Tribunal Federal, o Poder Judiciário, estaria vocacionado a concretizar o caso concreto, assim sendo, a microjustiça, apontando que os defensores da atuação do Poder Judiciário afirmam que, frente à dignidade da pessoa humana e ao mínimo existencial, não poderia deixar de matérias como o direito à saúde serem objeto de apreciação judicial.

No entanto, Nunes e Scaf (2011) asseveram que, agindo assim, o Poder Judiciário estaria implantando verdadeiros planos de saúde privados, porquanto as decisões judiciais no Brasil, referentes à judicialização da saúde, deveriam consistir na implementação dos direitos

que “a interpretação da norma programática não pode transformá-la em promessa constitucional inconsequente”, impondo aos entes federados um dever de prestação positiva. Concluiu que “a essencialidade do direito à saúde fez com que o legislador constituinte qualificasse como prestações de relevância pública as ações e serviços de saúde (CF, art. 197)”, legitimando a atuação do Poder Judiciário nas hipóteses em que a Administração Pública descumpra o mandamento constitucional em apreço. BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensões de Tutela Antecipada 175, 211 e 278; Suspensões de Segurança 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355; Suspensão de Liminar 47**. Relator: Ministro Gilmar Ferreira Mendes. Brasília, 16 de março de 2010. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 20 jun. 2021.

¹³ Porém, essa não é a posição de toda a doutrina sobre o assunto, Figueiredo e Sarlet (p. 20-21) afirmam que não se pode deixar de lembrar que o direito a saúde é, antes de tudo e também, um direito de cada pessoa, ao estar intimamente conexo à proteção da vida, da integridade física e corporal e da própria dignidade inerente a cada ser humano. Dessa forma, a tutela individual não poderá ser desconsiderada, reforçando, ainda, que a garantia constitucional fundamental do acesso à jurisdição, motivo pelo qual não concordam com a tese que refuta de modo absoluto a judicialização das demandas materiais de caráter individual no âmbito da concreção do direito à saúde. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988**. Supremo Tribunal Federal, 2009. p. 20-21. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudien-ciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

sociais, mas na verdade atribuem direitos individuais. O Poder Judiciário deveria compreender que não cria dinheiro e que redistribui aquele que já possui outra destinação. Advogam, ainda, no sentido de que o foco das ações judiciais deve ser no controle do gasto público, na fiscalização da efetiva destinação das verbas públicas (verbas vinculadas constitucionalmente e orçamentariamente), sendo que esse, também, deve ser o foco da atuação da sociedade no que tange às ações de saúde, e não agir de forma individualizada, fracionada.

Mas a demanda individual não só revela tais problemas, como também, outros, por exemplo, que muitos cidadãos utilizam o Poder Judiciário para “furar a fila” do SUS, ou seja, requerendo administrativamente a pessoa entrará na lista de espera conforme a urgência, emergência do seu caso; mas se demandar judicialmente, “pulará a fila” e conseguirá ter seu direito assegurado muito antes dos demais que estão aguardando serem chamados, estando ou não mais debilitados.

Além disso, em questão de medicamentos, a população mais informada sabe que, demandando judicialmente, a decisão conceder-lhe-á seu tratamento por um tempo maior e, assim, não se faz necessário consultar todos os meses com o médico dos postos de saúde para requerer a receita específica; com a decisão, consegue-se “burlar” o sistema. E mais: com a decisão judicial, comprovada está a doença, o que torna mais certo o auxílio-doença junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) — ou seja, as consequências são imensuráveis.

Igualmente, é interessante mencionar a crítica no sentido de que a judicialização da saúde seria uma “judicialização dos ricos”, isto é, por estar mais presente nas classes abastadas e médias, que são as que acessam a justiça com maior facilidade, por terem maior renda e educação, o que tornaria a justiça comutativa, e não distributiva (Nunes; Scaf, 2011).

Barroso (2009) assevera que, quando o Poder Judiciário assume o papel de protagonista na implementação dessas políticas, privilegia aqueles que possuem acesso à justiça, isso porque reconhecem seus direitos ou possuem dinheiro para arcar com as custas processuais, aumentando, assim, ainda mais, a desigualdade, pois os investimentos na saúde seriam, a princípio, para quem não possuiria condições de arcar com ela; daí a assertiva, novamente, de que a judicialização estaria promovendo um plano de saúde privado.

Nota-se que, apesar de todos os argumentos apresentados, a judicialização da saúde resume-se, principalmente, ao problema do orçamento público, pois as ações, consequentemente, irão dispende grande quantia de dinheiro, desorganizando o orçamento pré-estabelecido. Todavia, outros focos merecem análise e questionamento, como:

- 1) Todos os medicamentos que estão nas listas encontram-se à disposição dos pacientes?

- 2) Estas listas são e estão atualizadas? De fato, muitos dos medicamentos utilizados pelos pacientes não estão previstos nas listas.
- 3) Há um planejamento no orçamento da saúde para a judicialização da saúde, que é inevitável?
- 4) Questionamentos que trazem uma questão central de análise: a judicialização da saúde não decorre, por sua vez, também, de uma Administração Pública deficiente?

Na maioria, a discussão acerca da judicialização da saúde remete ao Poder Judiciário e à sua atuação, sem observar que muitas vezes o ente responsável não possui os remédios contidos na lista, que essa mesma lista não é devidamente atualizada¹⁴. Há um considerável aumento de demandas judiciais referentes à saúde; todavia, por outro lado, o poder público também deixa que falte o mínimo e o ordenado por lei para a prestação da saúde à sua população.

Nesse sentido, ao final, afirma-se que somente por meio de um diálogo e com medidas trabalhadas em conjunto, entre o Poder Judiciário, o Poder Executivo, o Poder Legislativo, a sociedade e o próprio SUS, medidas estas dentro e fora do Poder Judiciário, será possível minimizar os efeitos e as consequências da judicialização da saúde, que poderá ser compreendida como um remédio ou a própria doença do direito à saúde.

Reforça-se a necessidade de diálogo entre os Poderes, a fim de se alcançar uma solução em que todos os entes envolvidos e a própria sociedade sejam atores. Carece, pois, de diálogo e de cooperação, na ideia do constitucionalista alemão Peter Häberle (1998, p. 85), que apresenta o modelo de “Mesa Redonda” (“*runder Tisch*”), na concepção de reconstrução do diálogo entre os diferentes atores envolvidos na interpretação constitucional. Todos estando em uma mesma distância e todos buscando, por meio de políticas públicas e outras medidas, formas para enfrentar a questão da judicialização da saúde, que se apresenta tão cara quando se busca a concretização do direito fundamental à saúde a todos.

4. CONCLUSÃO

Para concluir, afirma-se que a complexidade do problema da judicialização da saúde conduz para uma também necessária complexidade de sua solução ou contenção. A judicialização da saúde possui uma dimensão de consequências que o Poder Judiciário, o Poder Legislativo, o Poder Executivo, a sociedade e o SUS não conseguirão resolver ou

¹⁴ No ano de 2010, no Estado do Rio Grande do Sul, cerca dos 47% dos remédios utilizados estavam fora da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). MARTINI, Sandra Regina. Sistema da saúde e transformação social. In: MARTINI, Sandra Regina. (Coord.). **Saúde, direito e transformação social**: um estudo sobre o direito à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015. p. 25.

conter sozinhos. São eles os causadores da doença e serão eles que, de forma conjunta, terão que enfrentar e trazer soluções, o remédio, para minimizar os efeitos da judicialização da saúde, por meio de instrumentos e mecanismos que proporcionem uma eficaz e eficiente garantia do direito fundamental à saúde, em uma perspectiva de diálogo e cooperação entre os diferentes atores envolvidos, com vistas a uma racionalização e otimização da atuação do SUS e sua sustentabilidade a longo prazo. Se o problema é de todos, o enfrentamento da “doença” precisa envolver a todos.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Rodrigo Fernandes *et al.* Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, p. 3354-3371, out. 2015. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/index/>. Acesso em: 28 ago. 2021.

BARROSO, Luís Roberto. Retrospectiva 2008 – judicialização, ativismo e legitimidade democrática. **Revista Eletrônica de Direito do Estado**, Salvador – Bahia, n. 18, p. 1-31, abr. mai. jun. 2009. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com/revista/REDE-18-ABRIL-2009-LUIS%20BARROSO.pdf>. Acesso em: 25 de jun. de 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 23 jun. 2021.

BRASIL. **Lei 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Audiência pública da judicialização do direito à saúde**. Ministro Gilmar Mendes. Brasília, DF, 27, 28 e 29 de abril e 4, 6 e 7 de maio de 2009. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 25 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 271.286**. Relator: Ministro Celso de Mello. Brasília, DF, 12 set. 2000. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Suspensões de Tutela Antecipada 175, 211 e 278; Suspensões de Segurança 3724, 2944, 2361, 3345 e 3355; Suspensão de Liminar 47**. Relator: Ministro Gilmar Ferreira Mendes. Brasília, 16 de março de 2010. Disponível em: <http://www.stf.jus.br>. Acesso em: 20 jun. 2021.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 9-34, nov. 2008. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13128/14932>. Acesso em: 25 de jun. de 2021. p. 11.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner; SARLET, Ingo Wolfgang. **Algumas considerações sobre o direito fundamental à proteção e promoção da saúde aos 20 anos da Constituição Federal de 1988**. Supremo Tribunal Federal, 2009. p. 5-29. Disponível em: http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudien-ciaPublicaSaude/anexo/O_direito_a_saude_nos_20_anos_da_CF_coletanea_TAnia_10_04_09.pdf. Acesso em: 25 jun. 2021.

HÄBERLE, Peter. **Verfassungslehre als Kulturwissenschaft**. 2. Auflage. Berlin: Duncker & Humblot, 1998.

KIRSTE, Stephan; LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena. **Direitos (fundamentais) sociais e sua justiciabilidade**: Brasil, Alemanha e Áustria. Curitiba: Íthala, 2021.

MARTINI, Sandra Regina. Sistema da saúde e transformação social. *In*: MARTINI, Sandra Regina. (Coord.). **Saúde, direito e transformação social**: um estudo sobre o direito à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015.

MARTINI, Sandra Regina; SZINVELSKI, Mártin Marks. O direito à saúde no Rio Grande do Sul de 1990 a 2010: casos emblemáticos que marcaram o processo de efetivação. *In*: MARTINI, Sandra Regina (Coord.). **Saúde, direito e transformação social**: um estudo sobre o direito à saúde no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2015. p. 15-48.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos regulares do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, [1993]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 2.203, de 05 de novembro de 1996**. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96. Brasília, DF: Gabinete do Ministro, [1996]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 25 de jun. de 2021.

NUNES, Antônio José Avelãs; SCAF, Fernando Facury. **Os tribunais e o direito à saúde**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2011.

CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. Portal da Transparência. **Portal da Transparência**, Brasília, [online]. Disponível em: www.portaldatransparencia.gov.br. Acesso em: 25 jun. 2018.

TORRES, Ricardo Lobo. O mínimo existencial, os direitos sociais e os desafios de natureza orçamentária. *In*: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti. (Orgs.). **Direitos fundamentais, orçamento e reserva do possível**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p. 69-86.

CAPÍTULO VIII

CAPITALISMO, ESTADO LIBERAL E VIDA HUMANA: ANÁLISE DO FENÔMENO JURÍDICO NA OBRA “CRISE E PANDEMIA”

Ingrid Michelle Coelho da Silva¹
Ana Cristina Brasil Léda²

SUMÁRIO

1. Introdução. **2.** Capitalismo, fenômeno jurídico e Covid-19. **3.** Covid-19 e a valorização do sistema capitalista: consumismo desenfreado e fenômeno jurídico. **4.** A sobreposição do estado liberal e do capitalismo à vida humana e a negação ao isolamento social compulsório. **5.** Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema a análise do fenômeno jurídico no sistema capitalista, e como recorte o exame da crise pandêmica sob o Estado Liberal na obra ‘Crise e Pandemia’ de Mascaro (2020). Por conseguinte, busca-se realizar um estudo referente ao desenvolvimento do contexto social envolto na crise, na valorização do sistema capitalista diante do estágio inicial da epidemia/pandemia, e, por fim, na sobreposição do Estado Liberal e do capitalismo à vida humana, bem como a negação ao isolamento social compulsório.

Nesse contexto, partindo de um problema-chave para o desenvolvimento do trabalho, indaga-se então: quais implicações o fenômeno jurídico alicerçado ao Estado Liberal pode trazer para o capitalismo na pandemia de Covid-19? Deste modo, torna-se fundamental salientar que como hipótese, tem-se a seguinte assertiva: o fenômeno jurídico instaura uma crise no capitalismo diante do neoliberalismo exercido pelo Estado Liberal durante a pandemia de Covid-19.

Não obstante, o objetivo principal consiste em analisar as implicações que o fenômeno jurídico alicerçado ao Estado Liberal pode trazer para o capitalismo na pandemia de Covid-19. Ademais, cabe observar que em consonância com os autores Agamben (2020)

¹ Graduanda em Direito, Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: iingridmichellee@gmail.com.

² Graduanda em Direito, Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB. E-mail: anacristinabrasilleda@gmail.com.

e Mascaro (2020), a atual pandemia acentuara a crise estrutural e sistêmica a qual se apresenta a figura do capitalismo e do neoliberalismo. Nesse contexto, tais conjunturas sustentam-se na perspectiva jurídica, e ascendem em detrimento do abismo social da desigualdade e dos fatores socioeconômicos desnivelados.

Destarte, em conformidade com o professor Boaventura de Sousa Santos (2020), vale ressaltar que o sistema capitalista é capaz de inabilitar o Estado. Deste modo, o autor parte do pressuposto de Mascaro (2020) de que o Direito, ou melhor, o fenômeno jurídico, possibilita a crise e/ou a permanente crise. Logo, sendo a apropriação dos meios de produção um aspecto que se sobrepõe à “agremiação” democrática, a pandemia da COVID-19 demonstrou cruamente a sobreposição desse sistema e do Estado Liberal à vida humana. Inferindo-se assim que um estado de bem-estar social coletivo e intrínseco ao Estado Democrático de Direito encontra-se quase inteiramente impossibilitado.

Por fim, para a construção do presente trabalho utilizou-se do método dedutivo, cuja qual se desenvolve por meio de uma reflexão de caráter lógico de um conteúdo amplo para um específico. Assim, este artigo se baseia também em pesquisas de caráter bibliográfico, por meio de um levantamento de estudos realizado por intermédio das plataformas de pesquisa: ‘Scielo’ e “Google Acadêmico”, nas quais utilizou-se das palavras-chaves: “Pandemia”, “Capitalismo”, “Direito”, “Estado Liberal” e “COVID-19”. Outrossim, sua elaboração e construção teórica possui caráter documental e exploratório, referindo-se respectivamente, a obra “Crise e pandemia” como documento, e, ao aprofundamento dado a temática abordada. Ultimando-se ainda, que as teorias utilizadas para a análise de dados se respaldam na teoria dos direitos fundamentais, cuja qual reverbera acerca da preponderância destes direitos, bem como pauta-se nas ideias do jurista Alysso Leandro Mascaro, tangente ao marxismo jurídico em face do contexto supracitado.

2. CAPITALISMO, FENÔMENO JURÍDICO E COVID-19

O objetivo desta seção é examinar como reverbera-se o desenvolvimento do contexto social na pandemia de Covid-19, associando tal processo ao modo de produção capitalista, de forma que essas conjunturas sejam analisadas frente ao fenômeno jurídico. Desse modo, cabe salientar um embasamento teórico advindo da obra “Crise e pandemia” (2020), escrita pelo jurista e filósofo Alysso Leandro Mascaro.

Inicialmente, pressupondo que a obra anteriormente citada obteve sua gênese em um contexto de crise e de pandemia, denota-se que não somente o Brasil, mas as sociedades mundiais encontram-se enfrentando a mais paradoxal das guerras, cujo inimigo encontra-se no interior dos indivíduos e caracteriza-se por ser invisível consoante a Agamben (2020), no que tange ao vírus SARS-COV-2. Ademais, o professor Boaventura de Sousa Santos (2020) ressalta que a condição de crise a qual o mundo tem vivido há déca-

das, advém da transformação impositiva do neoliberalismo no contemporâneo capitalismo preponderante. Desse modo, tal crise fora simplesmente acentuada de forma significativa mediante a pandemia da COVID-19.

Assim, o paradigma correlacionado com a crise, alicerçada ao contexto supracitado, vincula-se ao modelo de relações sociais enquanto preceito basilar para a estruturação de mecanismos que sustentam os meios de produção, caracterizados pela exclusão de cunho automático de grande parte dos indivíduos, que não possuem condições de subsistência material. Neste mesmo sentido, compreende-se que tal sustento advém das classes subalternas, isto é, daquelas que são desprovidas de tal condição material, e que por isso são coagidas por intermédio de estratégias estatais e/ou econômicas, para que assim vendam a sua força de trabalho, objetivando a manutenção do sistema de produção capitalista, de modo que essa exploração dos subordinados se transfigure em crise a qual personifica-se no capitalismo, segundo as ideias de Mascaro (2020).

Nesse contexto, partindo da aceção anterior de Mascaro, vale ressaltar que a tão discutida crise vai além do Estado Liberal, visto que a estrutura jurídica brasileira permite a sua ocorrência — como pensa Boaventura (2020) — antes que haja uma tentativa de preservar a sociedade dela. Assim, compreende-se que o direito “não é totalmente eficiente à exploração, às dominações e à reprodução social” (MASCARO, 2020, p. 10). Desse modo, tais fatores possuem o poder de inibir, ou de exaltar também a crise social estreita ao bem-estar.

Outrossim, consoante a Dunker (2020), tal estado de crise social, alicerçado aos fatores anteriormente expostos, advém de uma necropolítica que se qualifica pela mora e protelação de apoio em casos de miséria e desproteção estatal. Deste modo, a necropolítica é observada em diversas fases do contexto atual vigente, isto é, em face da pandemia da COVID-19. Neste sentido, em abril de 2020 houve a instituição do auxílio emergencial, referente a quantia R\$600,00 (seiscentos reais), contudo, este foi reduzido por autorização do Presidente da República, fragmentando-se em parcelas de R\$300,00 (trezentos reais) por meio da Medida Provisória n. 1.000/2020. Tal fato, se associa a necropolítica exercida em meio à pandemia, visto que essa quantia não supriria o quesito alimentação da população, e o faria de maneira debilitada. Aliado a isso, a Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos, realizada pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), reverbera que somente no estado do Rio de Janeiro o valor dos suprimentos alimentícios básicos alcançou a marca média de R\$ 533,65 (quinhentos e trinta e três reais e sessenta e cinco centavos).

Não obstante, em consonância com o filósofo Žižek (2020), o qual cita Agamben, cabe acentuar que o Estado Liberal neoliberal, o capitalismo como crise permanente salientado por Mascaro, a atuação estatal perante a pandemia da COVID-19 explicitada por

Dunker, o fenômeno jurídico e a crise social são elementos os quais compõem o que se pode denominar como um permanente “estado de exceção”³. Desse modo, o controle estatal prepondera diante de uma crise estrutural que engloba a economia, a política e o setor social, chegando à sociedade brasileira ao que Mascaro (2020) denominou de “caso-limite” por razões capitalistas. Assim, os denominados custos humanos diante do contexto ora mencionado são preceitos extremos, tal fato ocorre em virtude das condições oriundas do modo de produção capitalista, haja vista as acepções de desemprego, habitações de cunho precário para a vivência de quarentenas, aglomerações originadas pela sobrecarga de transportes públicos e o frágil sistema de saúde do âmbito brasileiro.

Depreende-se, portanto, que a pandemia do novo Coronavírus não se define apenas por questões biológicas e naturais. Pois, os setores sociais, institucionais, políticos e econômicos se demonstraram insuficientes para o suprimento de demandas básicas, asseverando a denominada crise. Assim, sob a perspectiva do autor, o modelo de produção capitalista deve ser superado de modo que a negativa exploração não se configure como o motor propulsor do sistema, a fim de que insurjam condições de vida que possam vir a ser majoradas por meio do sistema estatal, do fenômeno jurídico, e de políticas públicas efetivadas.

3. COVID-19 E A VALORIZAÇÃO DO SISTEMA CAPITALISTA: CONSUMISMO DESENFREADO E FENÔMENO JURÍDICO

O objetivo desta seção é analisar de que forma ocorreu a valorização do sistema capitalista diante do meio social advinda do estágio inicial da pandemia da COVID-19, que se caracteriza por meio de aspectos como o consumismo desenfreado frente ao fenômeno jurídico.

Paralelo a isso, em primeiro plano, é necessário analisar que, com o surgimento da pandemia da COVID-19, ainda em seu estágio inicial, houve um forte impulso capitalista diante do mercado mundial. Logo, isto se deve ao fato dos meios profiláticos contra tal vírus [ainda caracterizado pelo desconhecimento de inúmeras informações envolto dele] já serem produtos comumente comercializados no âmbito socioeconômico. Assim, embora os mecanismos de prevenção diante do novo Coronavírus tenham sido encontrados com facilidade cotidianamente no período anterior à efetivação objetiva da pandemia, em sua gênese, a demanda aumentou consideravelmente. Deste modo, em conformidade com a Folha Vitória (2020), foi constatado que houve um aumento médio de 200% relativo à bus-

³ “O estado de exceção, segundo as doutrinas tradicionais do Direito Público, é conceituado como *medida excepcional à legalidade*, sendo autorizado pelo ordenamento diante de situações emergenciais.” (GOMES; MATOS, 2017, p. 1762. grifo do autor).

ca por produtos de higiene pessoal e proteção à saúde. Além disso, é visto que o produto essencialmente majoritário para tal proteção, as máscaras protetoras, apresentaram um aumento ainda mais exacerbado, tangente a taxa média de 500% em sua demanda.

Ademais, ponderando acerca da questão do consumismo desenfreado no estágio inicial da pandemia, é notório que a alta demanda no que tange aos produtos preventivos fez com que os preços se elevassem de tal forma, os valores comercializados de máscaras protetoras aumentaram em até 4.000% (MONTEIRO, 2020). Logo, entende-se que, no início da pandemia, a população se encontrou em um estado de “desespero”, como esses dados revelam.

Outrossim, é visível também que o capitalismo se baseia em valores que se concretizam por meio de uma relação de acúmulo de riquezas de capital, e de valorização dos meios de produção e exploração de mão-de-obra barata. Logo, esse molde faz parte de um aparato social que fragiliza a sociedade, especialmente no cenário da pandemia (SOUZA, 2020). Nesse contexto, nas condições atípicas vivenciadas na sociedade contemporânea, especialmente na situação inicial ora mencionada, vislumbra-se um panorama comum e/ou ordinário, pautado na disponibilização de renda essencialmente básica, linhas de crédito empresarial, e por consequência, dilatação de prazos no que se refere ao pagamento de tributos. Contudo, nenhuma dessas ferramentas se compreende como suficientes, haja vista que, por fim, o capitalismo entra em colisão com a pandemia, de modo que a solução viável seja a sua rápida e imediata superação (MASCARO, 2020).

Por conseguinte, por meio das ideias de Mascaro (2020) e Souza (2020), entende-se que o paradigma capitalista não é capaz de assegurar uma estabilidade de caráter econômico, posto que o lucro diante desse mecanismo não é visto como pertencente à sociedade (caráter público), mas sim a setores privados. Dessa maneira, não há um estado de bem-estar social coletivo, uma vez que há a existência de uma contribuição para a desigualdade social, bem como a exploração do trabalho humano e da natureza em detrimento do bem comum.

Destarte, a ideia de consumismo desenfreado no estágio inicial da pandemia da COVID-19 trouxe a valorização do capitalismo que resultou em uma demanda excessiva dos mecanismos preventivos. Nesse enredo, os mais prejudicados são os indivíduos da “classe baixa” e/ou marginalizada, uma vez que arcar com os altos valores dos meios profiláticos é inviável para esses (FOLHA VITÓRIA, 2020). Ademais, há uma sobreposição da “classe alta” sobre a “classe baixa”, a qual é reforçada pelo sistema de produção vigente na pátria brasileira, dado que nos moldes do capitalismo, especialmente na situação da pandemia, a elite é quem consegue suprir suas demandas e as acumula, diferentemente do que ocorre com os outros indivíduos que não são integrantes dela.

Não obstante, é necessário refletir sobre a questão imposta por Giorgio Agamben (2020), em sua obra “Reflexões sobre a peste”, em que se discorre sobre a seguinte problemática: “o que é uma sociedade que não tem outro valor que não seja a sobrevivência?”. Partindo desse pressuposto, compreende-se que é por meio da ideia de sobrevivência que há um ponto de partida para governar. Logo, frente ao fenômeno jurídico, é notória a compreensão de que se faz necessário buscar a continuidade social, relativizando assim o mecanismo de produção, em prol da “supervivência”.

Em suma, conclui-se que, durante a pandemia, em especial durante o seu estágio inicial, houve uma valorização dos moldes capitalistas, constatada por meio de um consumismo exacerbado por produtos profiláticos. Todavia, o crescimento dessa demanda ocasionou um aumento exagerado dos valores dos meios preventivos, fato que prejudicou a “classe baixa” e favoreceu a categoria que a sobrepõe, a “classe alta”, uma vez que esta acumulou produtos e meios com o intuito de suprir além de suas demandas, desfavorecendo os indivíduos que não abrangem tal classe, e impulsionando a desigualdade social frente ao capitalismo e ao fenômeno jurídico.

4. A SOBREPOSIÇÃO DO ESTADO LIBERAL E DO CAPITALISMO À VIDA HUMANA E A NEGAÇÃO AO ISOLAMENTO SOCIAL COMPULSÓRIO

Inicialmente, cabe salientar que a emergência global sanitária advinda da COVID-19 demonstrou as fragilidades do mundo contemporâneo e suas limitações, sendo, deste modo, o isolamento social a medida preventiva mais adequada, a fim de conter a disseminação do vírus. Contudo, ressaltando a influência do capitalismo no processo de não aceitação dessa, bem como sua negação, cabe parafrasear Weber (2004), referindo-se ao ponto de vista cultural e consuetudinário, de que os indivíduos detêm a atividade profissional como uma “individualidade histórica”.

Nesse contexto, sob a perspectiva da sociedade capitalista e do Estado Liberal, frente a uma suposta “estagnação comercial” no período presente e pós pandemia, constata-se que para determinados indivíduos, “todas” as atividades econômicas são essenciais e indispensáveis ao bom funcionamento da pátria, inferindo-se assim que estas pessoas não creem no impacto devastador que a COVID-19 trouxe e possa vir a oferecer, olvidando-se da primazia da saúde pública, e conseqüentemente sobrepondo os fatores acima apresentados à vida humana.

Desse modo, em consonância com Mascaro (2020) destaca-se sobre os preceitos do capital que, é válido compreender que nunca houve limites alicerçados a este, diante do aspecto ético, moral e humanitário, por isso, o meio social capitalista se caracteriza como uma sociedade acumuladora. Por conseqüência, ainda vinculado a este pensamento, nota-

-se que os dilemas envolto das falácias de capitalistas acerca do negacionismo pautado em discursos contra o isolamento social (quarentena), favorável a livre circulação de pessoas, assim como o devido incentivo da classe subalterna aos postos de trabalhos são mecanismos de provas de que os interesses do capital se sobrepõe à vida humana, haja vista que o nazismo, fascismo ou genocídios não são os tópicos de caráter abominável por tal sistema pois são as margens extremistas e possíveis destes.

Por conseguinte, traçando um paralelo com a citação de Mascaró acima, acentua-se que a “eterna” crise do capitalismo contemporâneo, a qual foi agravada pela pandemia, representa a imposição de um estilo de vida demonstrado como “singular” pelo denominado “sistema político democrático”, considerando o fato de este sistema não se engajar a discutir alternativas, conforme Santos (2020). Não obstante, compreende-se que sob a perspectiva de Mascaró (2020), é previsível a preponderância do neoliberalismo na reconstituição da presente crise, acentuando a aquisição vantajosa de capitais advinda da falência de outros como um aspecto da acumulação provinda da fragmentação. Um exemplo disso seria o fato de que no Brasil o patrimônio daqueles considerados ricos tenha sido elevado em US\$ 34 bilhões na decorrente pandemia, em consonância com pesquisa realizada pela ONG Oxfam, sendo 42 bilionários no total.

Destarte, cabe ressaltar que em consonância com o autor Agamben (2020), em meio a pandemia da COVID-19, sob a perspectiva deste, os juristas não comungaram de seus respectivos ofícios ao silenciarem-se perante o aparente “desrespeito” à Constituição e/ou constituições, ao privar os indivíduos de suas liberdades. Outrossim, ressalta-se que “[...] tudo se passa como se a negação coletiva nos tornasse mais e mais imunes à dúvida. Nossa crença aumenta à medida que repudiamos a crença alheia [...]. (DUNKER, 2020, p. 2020).” Neste contexto, observa-se que ainda que o isolamento social compulsório se configure como a medida preventiva mais adequada, mesmo que Agamben não compactue com tal percepção, seu fundamento torna-se interessante, apenas, ao passo que este ressalta tal renúncia como um pretexto para que se proteja, além de outras coisas, o mesmo valor moral o qual é renunciado, a liberdade.

Paralelo a isso, estabelecendo um contraponto com o pensamento de Agamben, acentua-se que ainda que impere a Teoria dos Direitos Fundamentais, na qual corresponde, conforme Miranda (1998), aos direitos considerados institucionais e fundamentais na Constituição de 1988, no que se refere “as posições jurídicas subjetivas” dos indivíduos, destaca-se o Artigo 5º, inciso XV, da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, o qual prevê a “livre locomoção [dos indivíduos] em território nacional”, contudo, salvo que tal liberdade pode ser efetivada, nos termos da lei, “em tempo de paz”. Considerando o atual Estado de Calamidade Pública, depreende-se que, em virtude da pandemia, bem como da rápida disseminação do novo Coronavírus, o momento no qual encontra-se o Brasil não se configura como pacificado.

Ademais, no Brasil, ainda que o atual Presidente da República se apresente contrário às medidas necessárias, cabe destacar o Artigo 268º do Código Penal de 1940, que prevê a detenção de no mínimo um mês, máximo um ano, ou multa, para aquele que infringir tal determinação, e que objetive impedir a “propagação de doença contagiosa”. Deste modo, o Decreto n. 40.550, de 23 de março de 2020, o qual fixa o distanciamento social como uma medida emergencial de enfrentamento ao novo Coronavírus, configura-se como a atuação do Direito como o responsável pela consolidação desse.

De modo consequente, diante das ideias de Dunker (2020), destaca-se, sob tal enredo, que não se trata da efetiva e justa aplicação do Princípio de Preservação da Vida, e sim do viés prático frente ao “abandono” aliado à morte, sob o negacionismo do processo de ruína, que se interliga com as faces do adoecimento e desproteção, fatores estes que ocasionam a morte de diversos indivíduos neste cenário supracitado. Paralelo a isso, sob tal vertente, é válido acentuar que categorias hegemônicas, a exemplo da biopolítica⁴ e da necropolítica⁵, operam por intermédio de instrumentos de controle social cujos quais asseveram os imbróglis explicitados, como o adiamento da manutenção de fatores determinantes como as situações de miséria possibilitadas pela ausência de efetivas políticas públicas.

Em face deste enredo, é de fundamental relevância observar que o desenvolvimento desta pandemia acarretou diversos debates e dilemas, relativos à concretização de direitos fundamentais e humanos. Isto é, em conformidade com a Resolução 1/2020 relativa à Comissão Interamericana de Direitos Humanos aliada às ideias de Caponi (2020), depreende-se que, no contexto da pandemia da COVID-19, as questões relativas à preservação da vida em paralelo aos direitos humanos fora pauta de inúmeros debates, especialmente no ápice deste cenário, posto que o negacionismo incentivou o descuido das medidas protetivas e emergenciais, visando a efetivação do direito de liberdade por parte desses indivíduos, ainda que “insegura”. Isto é, impulsionando o meio social à desproteção os números relacionados aos casos de infecção e disseminação do vírus aumentaram. Tal fato, aliado ao despreparado e frágil sistema de saúde brasileiro, trouxe um dilema acerca deste direito, especialmente no tocante à ausência de leitos suficientes para toda a população contaminada.

Não obstante, entende-se que há um dilema dos direitos à vida e à saúde diante do dever estatal de suas preservações, pautados no princípio da dignidade da pessoa humana, que possuem intrínseca relação com os direitos fundamentais previstos nos dispositivos legais, previstos na Constituição de 88. Isto é, em conformidade com o Art. 5, *caput*, e Art.

⁴ Refere-se ao exercício de biopoderes locais, cujos quais condicionam a massa populacional as posições de alvo e instrumento propulsores das relações de poder, conforme Foucault (2010).

⁵ Refere-se ao Estado como o detentor do poder de decisão quanto aos indivíduos que podem viver, e aos que devem morrer, consoante a Mbembe (2016).

6, *caput*, cabe ao Estado o dever de assegurar tais direitos (relativos à vida e à saúde), contudo, em virtude da ausência de mecanismos suficientes para o resguardo deste, haja vista a fragilidade do sistema de saúde e o emblema de decisões de vida e morte, especialmente tangente a população idosa e a juventude, observa-se que, sob o discurso majoritário da preferência do resguardo de leitos à população mais jovem, há um viés capitalista, posto que tal prevalência ocorre devido à ótica da lucratividade estatal que estes possam gerar à pátria.

Nesse contexto, depreende-se que em consonância com o autor Žižek (2020), o capitalismo, a partir do neoliberalismo, demonstrou, nesse presente momento de “crise e pandemia”, que tais sistemas compelem e priorizam a economia, “*é preciso acelerar sempre, é impossível parar [...]*.” (ŽIŽEK, 2020, p. 6. grifo do autor). Assim, compreende-se que, a exemplo dos bilionários que elevaram seus patrimônios frente a um Estado de Calamidade Pública, bem como frente às elevadas mortes advindas da COVID-19, e do negacionismo ao isolamento social compulsório, tais fatores resultam na sobreposição do Estado Liberal e do capitalismo à vida humana, fazendo a necropolítica dominar. Ademais, sob a perspectiva de Mascaro (2020), observa-se que as formas do capital não são suficientes para suprir demandas distintas, em especial defronte a situações excepcionais (pandemia), no que tange ao desemprego, à fragilidade do sistema de saúde, bem como de outros fatores preponderantes antes e pós pandemia, devendo tal sistema ser superado. Por fim, torna-se relevante realizar a conclusão a partir de um questionamento proferido por Žižek: “**vida ou economia?**” (ŽIŽEK, 2020, p. 6. grifo do autor). Ambos deveriam trabalhar conjuntamente.

5. CONCLUSÃO

Em uma tentativa de analisar o fenômeno jurídico alicerçado ao sistema capitalista no contexto do Estado Liberal e da atual pandemia proveniente do novo Coronavírus - *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), tendo como elemento primordial a obra do filósofo e jurista Alysson Leandro Mascaro, “Crise e Pandemia” (2020), observou-se que o contexto da pandemia impulsionou o capitalismo, bem como os mecanismos do Estado Liberal, sob o viés do consumismo desenfreado, negação do isolamento social compulsório e a sobreposição destes fatores à vida humana, devendo-se tal sistema ser superado.

Ademais, o desenvolvimento do contexto social envolto da crise e da pandemia da COVID-19, associado ao modo de produção capitalista frente ao fenômeno jurídico, ronda os fatores determinantes para a construção desse atual cenário, posto que reafirma a necropolítica no que tange à desproteção estatal, mora e protelação de suporte em casos de miserabilidade. Deste modo, cabe referir-se ao panorama da crise como um “eterno” determinado “estado de exceção” paralelamente associado ao “caso limite” no tocante do sistema de produção capitalista.

Por conseguinte, é válido asseverar também o aspecto acerca da valorização do capitalismo diante do estágio inicial da pandemia da COVID-19, uma vez que o impulso inicial frente à ideia do “desconhecimento” do vírus *SARS-CoV-2* ocasionou um consumismo exacerbado dos meios profiláticos devido à ressalva individual de proteção. Outrossim, embora a proteção particular seja de grande relevância social, tais mecanismos passaram a ser adquiridos em enormes quantidades, ocasionando uma elevada demanda em comparação a oferta, gerando, em consequência, uma extrema alta nos preços.

Infere-se, portanto, que o meio profilático de isolamento social compulsório propiciou um negacionismo advindo de grande parcela da população quanto à adesão de tal mecanismo, uma vez que a aceitação dessa medida, com viés sanitário, inviabiliza, na perspectiva destes, os meios de trabalho informais e afins, cujos quais necessitam de contato físico/presencial. Logo, partindo desse pressuposto, observa-se que os beneficiados frente ao cenário de calamidade pública são os indivíduos caracterizados como “bilionários”, uma vez que estes elevaram seus bens materiais, diferentemente dos demais componentes da sociedade. Deste modo, nota-se a reafirmação da necropolítica e da sobreposição do Estado Liberal assim como o modo de produção capitalista à vida humana.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Reflexões sobre a peste**: ensaios em tempos de pandemia. São Paulo: Boitempo, 2020. p. 46.

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

BRASIL. Decreto n. 40.550, de 23 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus, e dá outras providências. 132º da República e 60º de Brasília. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 mar. 2020.

BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.

BRASIL. Medida Provisória n. 1.000, de 02 de setembro de 2020. Institui o auxílio emergencial residual para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) responsável pelo surto de 2019, a que se refere a Lei n. 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 set. 2020. Seção 1, p. 1.

CAPONI, SANDRA. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados** [online]. 2020, v. 34, n. 99 [Acessado 22 Agosto 2021], pp. 209-224. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>. Acesso em: 16 ago. 2023.

DIEESE. **Pesquisa Nacional da Cesta Básica de Alimentos**. 2020. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabasica/analiseCestaBasicaAnteriores.html>. Acesso em: 26 set. 2020.

- DUNKER, Christian. **A arte da quarentena para principiantes**. São Paulo: Boitempo, 2020. p. 94.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010. 452 p.
- FOLHA, Vitória. **Demanda de brasileiros por compra de máscaras cresceu 500%**. Jornal Online Folha Vitória, abr. de 2020. Disponível em: <https://www.folhavitoria.com.br/geral/noticia/04/2020/demanda-de-brasileiros-por-compra-de-mascaras-cresceu-500>. Acesso em: 27 de set. 2020.
- GOMES, Ana Suelen Tossige; MATOS, Andityas Soares de Moura Costa. O estado de exceção no Brasil republicano. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 1760-1787, July 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662017000301760&Ing=en&nrm=i-so. Access on: 28 Sept. 2020.
- MASCARO, Alysso Leandro. **Crise e pandemia**. São Paulo: Boitempo, 2020. 42 p.
- MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Revista Arte e ensaios**, n. 32, dez. 2016, p.123-151.
- MIRANDA, Jorge. **Manual de Direito Constitucional**. Coimbra: Coimbra, 1998.
- MONTEIRO, Sabrina. **Aumento de até 4.00% no preço de máscaras é registrado**. Diário da manhã, 2020. Disponível em: <https://www.dm.jor.br/economia/2020/04/aumento-de-ate-4-000-no-preco-de-mascaras-e-registrado/> . Acesso em: 27 de set. 2020.
- OXFAM (Brasil). **Relatório Quem Paga a Conta?** – Taxar a Riqueza para Enfrentar a Crise da Covid na América Latina e Caribe. São Paulo, 2020.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **A cruel pedagogia do vírus**. São Paulo: Boitempo, 2020. 50 p.
- SOUZA, José Neivaldo de. Covid-19 e capitalismo: uma visão. *In*: Capitalismo e a Covid-19: um debate urgente. São Paulo, 2020. Disponível em: <http://abet-trabalho.org.br/wp-content/uploads/2020/05/LIVRO.CapitalismoxCovid19.pdf> . Acesso em: 28 de set. 2020.
- WEBER, Max. **A Ética Protestante e o “Espírito” do Capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 335. p.
- ŽIŽEK, Slavoj. **Pandemia: Covid-19 e a reinvenção do comunismo**. São Paulo: Boitempo, 2020. 117 p.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SAÚDE COLETIVA

PARTE II

CAPÍTULO I

AS MEDIDAS DE SEGURANÇA FRENTE À LEI N. 10.216/2001 E O CASO DAMIÃO XIMENES LOPES VS. BRASIL

Guilherme Ramos Hamer Gomes¹

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. A reforma psiquiátrica e o caso Ximenes Lopes vs. Brasil. 3. A relação entre a lei antimanicomial, as políticas criminais e o caso Ximenes Lopes vs. Brasil. 4. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

A Lei n. 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, instituiu o chamado modelo “antimanicomial” no âmbito dos serviços de saúde mental no Brasil, visando a efetivação dos direitos humanos para as pessoas portadoras de transtorno mental, especialmente no sentido da desinstitucionalização. A promulgação da lei, e sua aplicação no território brasileiro, são diretamente derivadas, em grande parte, das circunstâncias sociais e jurídicas do caso “Ximenes Lopes vs. Brasil” (PONTES, 2015; CNJ, 2021), o qual constitui a primeira condenação do Brasil em uma Corte Internacional e também a primeira sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos relativa a violações de direitos de portadores de transtornos mentais (CEIA, 2013).

No processo judicial do caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”, a Corte IDH e o próprio Estado brasileiro reconheceram a Lei n. 10.216/2001, também apelidada de lei antimanicomial, como uma norma interna importantíssima para se evitar a repetição de violações institucionais e individuais de direitos humanos como as que basearam o caso em questão, no qual um paciente morreu em razão de maus-tratos praticados por funcionários de clínica psiquiátrica (CORTE IDH, 2006). Por conseguinte, na sentença, a Corte ordenou o Brasil

¹ Advogado. Mestrando em Direito Processual pela Universidade Federal do Espírito Santo. Graduado em Direito pela Universidade Vila Velha (UVV). Pós-graduando lato sensu (especialização) em Ciências Penais e Segurança Pública pela UVV e em Direito Público pela Legale. Membro do Observatório de Direitos Humanos e Justiça Criminal do Espírito Santo (ODHES) - CNPq/Ufes. E-mail: guilherme798g@gmail.com

a continuar empreendendo esforços no sentido de uma reforma institucional pautada nas diretrizes da Lei n. 10.216/2001:

O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença (CORTE IDH, 2006, p. 80).

Embora a Lei n. 10.216/2001 tenha trazido inúmeros avanços de humanização e eficiência dos serviços de saúde mental no Brasil, a observância de tal lei ainda é baixíssima na esfera do direito penal, sendo que, de forma alarmante, os manicômios judiciários seguem existindo em quase todos os estados, sendo as instituições impulsionadas pelas políticas criminais das “medidas de segurança” (CARVALHO, 2020; CAETANO; TEDESCO, 2021). É necessário explicar, desde já, que o artigo 26 do Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940) prevê a medida de segurança como a sanção aplicável primordialmente ao inimputável psíquico, ou seja, ao indivíduo que, por razões mentais, era, ao tempo da prática de um ilícito penal, totalmente incapaz de o entender ou de se determinar de acordo com seu entendimento. Ao aplicar a medida, o juiz tem o poder de determinar que a sanção seja cumprida em internação nos chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico — também conhecidos como manicômios judiciários — ou em forma de tratamento ambulatorial.

O Conselho Federal de Psicologia assevera que os manicômios judiciários brasileiros, de forma geral, são um híbrido do “pior da prisão com o pior do hospital”, “o pior da segregação, com o pior do estigma” (CFP, 2015, p. 17).

Diante dos fatos apresentados, e ancorando-se no referencial teórico da perspectiva antimanicomial em saúde coletiva e justiça criminal, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: como o sistema penal brasileiro tem sido estruturado ao promover, contra os inimputáveis psíquicos, frequentes violações institucionais das normas mais básicas vigentes no âmbito da saúde mental desde o início deste século, mesmo após a condenação internacional do país no caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”?

Assim, a partir do método dedutivo, valendo-se de análise bibliográfica de obras de autores como Salo de Carvalho e Haroldo Caetano da Silva, bem como análise documental, o presente artigo possui como objetivo analisar o contexto jurídico no qual o Brasil vem se omitindo de garantir, para os inimputáveis psíquicos, as disposições da Lei n. 10.216/2001 e da jurisprudência da Corte IDH.

2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CASO XIMENES LOPES VS. BRASIL

A reforma psiquiátrica é um movimento internacional de humanização do tratamento psiquiátrico, que ocorre desde a segunda metade do século XX e que teve entre seus precursores o psiquiatra italiano Franco Basaglia (PEREIRA *et al.*, 2011) e a psiquiatra brasileira Nise da Silveira (DELGADO, 2011). Tal movimento visa combater o histórico de descaso no contexto do tratamento dos transtornos mentais, eliminando progressivamente a internação como mecanismo de exclusão social, como também priorizando a implementação de alternativas territoriais e comunitárias, a exemplo da ampliação dos tratamentos ambulatoriais (BATISTA, 2014). No Brasil, o histórico de negligência institucional com os direitos dos portadores de transtornos mentais é tão grande que, no século XX, o Hospital Colônia de Barbacena (Minas Gerais) praticou o que é internacionalmente reconhecido como o “holocausto brasileiro”. Por cerca de 50 anos, o manicômio promoveu gravíssimos maus-tratos e torturas com seus internos, resultando na morte de mais de 60.000 pacientes (VIDAL; BANDEIRA; GONTIJO, 2008).

A Lei n. 10.216/2001 implementou, no ordenamento jurídico brasileiro, as diretrizes do movimento da reforma psiquiátrica, sob grande influência da repercussão nacional e internacional do caso dos crimes de maus-tratos com resultado morte praticados no ano de 1999 por funcionários de uma clínica psiquiátrica conveniada ao SUS em Sobral, Ceará, em face do então interno Damião Ximenes Lopes, portador de depressão grave:

Como seu sangue correu pelo lado dos Direitos Humanos, sua morte gerou ampla repercussão, na cidade de Sobral, no Estado do Ceará e no País inteiro, deflagrando uma verdadeira revolução no sistema de saúde local e nacional, por conta de pressões de órgãos internacionais (PONTES, 2015, p. 33).

Ainda em 1999, a irmã de Damião peticionou perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), denunciando o caso; já em 2002, o órgão admitiu a demanda; em 2003, a CIDH emitiu relatório declarando o Brasil como negligentemente responsável pela morte de Damião; e, em 2004, o órgão remeteu o caso para a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CORTE IDH, 2006). Em 2006, a Corte IDH acatou os pedidos da denúncia, condenando o Brasil em diversas medidas, entre elas o pagamento de indenizações para a família de Damião e a implementação de uma reforma institucional no âmbito das políticas públicas de saúde mental (CORTE IDH, 2006). Tal reforma, como já apontado, começou a ser construída por meio da Lei n. 10.216/2001, mas ainda está muito longe de se mostrar devidamente implementada. O Conselho Nacional de Justiça, recentemente, asseverou:

O caso Ximenes Lopes tornou-se um verdadeiro símbolo de promoção da Lei 10.216/2001 (Lei de Reforma Psiquiátrica), adotada enquanto o julgado ainda estava tramitando. Ximenes Lopes está para o debate nacional sobre saúde mental assim como o caso Maria da Penha está para o combate à violência doméstica e a Lei 11.340/2006 (CNJ, 2021, p. 11).

Na sentença do caso Ximenes Lopes vs. Brasil, a Corte IDH também asseverou que a alta demora no transcurso do processo penal promovido no Ceará contra os agressores de Damião violou fortemente o princípio de prazo razoável consagrado na Convenção Americana de Direitos Humanos (CORTE IDH, 2006). Ainda, apenas sete anos atrás o Brasil promulgou uma norma determinando prioridade de tramitação em todos os processos judiciais e administrativos em que pessoas com deficiência forem parte ou interessadas (BRASIL, 2015a).

É necessário ressaltar que o caso de Damião Ximenes Lopes representou a primeira vez que um país foi condenado internacionalmente por violar os direitos humanos das pessoas portadoras de transtornos mentais (LIRA; DIAS, 2010). Assim, mostra-se lastimável o fato de o Brasil ter se destacado negativamente dessa forma perante a comunidade internacional, manifestando seu atraso jurídico e social ao começar a implementar políticas adequadas de saúde mental apenas já no início do século XX, após ter sido alvo de denúncia robusta perante a Corte IDH pela morte cruel de interno psiquiátrico.

3. A RELAÇÃO ENTRE A LEI ANTIMANICOMIAL, AS POLÍTICAS CRIMINAIS E O CASO XIMENES LOPES VS. BRASIL

Em 23 de abril de 2021, a Corte Interamericana de Direitos Humanos promoveu uma audiência pública para supervisão do cumprimento da sentença no caso Damião Ximenes Lopes. O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), durante a audiência, apresentou os dois principais problemas enfrentados no país em relação à efetivação da ordem em questão:

Como dificuldades enfrentadas, verifica-se os entraves para as mudanças na cultura do sistema de justiça criminal em relação à saúde mental; a necessidade de fortalecimento das redes de atendimento e apoio à saúde mental (SUS) para que as medidas alternativas à internação sejam viáveis (CNJ, 2021, p. 18).

Como resultado da audiência, a Corte Interamericana de Direitos Humanos asseverou que o Brasil ainda precisa cumprir a ordem de reforma institucional (humanização e capacitação) no âmbito de suas políticas públicas de saúde mental (CORTE IDH, 2022).

Assim, a presente seção será focada em analisar o quadro apresentado pelo CNJ e atestado pela Corte IDH: por um lado, o sistema de justiça criminal brasileiro continua apresentando uma cultura refratária à Lei n. 10.216/2001, e, por outro lado, para que a reforma psiquiátrica seja devidamente efetiva, ainda é necessário que os mecanismos extra-hospitalares das redes de atenção psicossocial (as quais integram o Sistema Único de Saúde) sejam muito mais fortalecidos.

A cultura penal-manicomial presente no sistema de justiça brasileiro é pautada no instituto da medida de segurança, que, de forma geral, é definida teoricamente pela doutrina jurídica tradicional como uma sanção a qual o Código Penal brasileiro atribui “[...] fins preventivos especiais, visando tratar os inimputáveis e os semi-imputáveis que demonstraram pela prática delitiva potencialidade para novos injustos penais” (COSTA. et al., 2018, p. 328). Entretanto, como bem analisado por Salo de Carvalho (2020), o Código Penal e o Código de Processo Penal, assim como a maior parte da jurisprudência, atribuem um caráter predominantemente “aflitivo” para as medidas de segurança, de forma incompatível com a Lei da Reforma Psiquiátrica, o que será aprofundado no decorrer do artigo. Tal caráter afitivo já se manifesta no próprio fato de o Código Penal ainda prever a existência/funcionamento dos manicômios judiciários, enquanto a Lei n. 10.216/2001 implica que tal instituição passou a ser ilegal:

A lógica manicomial dá lugar à lógica da inclusão social em toda a sua plenitude, sem espaço para qualquer exceção no atendimento em saúde mental [...] Se os laços familiares e sociais são frágeis quando presente um transtorno mental severo, a ruptura causada por uma internação, particularmente quando de longa duração, pode simplesmente inviabilizar o objetivo maior do tratamento adequado, qual seja, a reinserção social do indivíduo (CAETANO; TEDESCO, 2021, p. 196).

Apesar da lógica antimanicomial da Lei n. 10.216/2001, os manicômios judiciários ainda estão longe de serem extintos no Brasil. É importante observar que a última inspeção nacional em tais hospitais, realizada em 2015 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa), resultou em um relatório apontando que as instituições inspecionadas (17) estavam apresentando níveis de precariedade e insalubridade altíssimos, representando uma cruel realidade que suprime os direitos dos internos de forma atroz (CFP, 2015).

O § 1º do Código Penal prevê que a medida de segurança será aplicada com duração indeterminada até se verificar a cessação de “periculosidade” do inimputável (BRASIL, 1940); disposição explicitamente inconstitucional, pois abre “brechas” para juízes aplicarem tais sanções de maneira perpétua. Bitencourt (2011, p. 786) afirma que a disposição penal em questão não foi recepcionada pela Constituição Brasileira de 1988, que, ao con-

sagar a proibição da prisão perpétua como cláusula pétrea, implicitamente também vedou a medida de segurança por prazo indeterminado. Na prática, essa disposição penal, oriunda de ideias pseudocientíficas da criminologia positivista italiana, muitas vezes é usada de forma fortemente contrária à Lei n. 10.216/2001 e à própria Constituição Brasileira de 1988 para imposição de internação perpétua (ou praticamente perpétua) a pessoas que sempre estiveram em situação de alta vulnerabilidade social e econômica, agravando cada vez mais o estigma, a solidão e o transtorno mental sofrido por tais internos (COELHO, 2015; TEDESCO, 2016; CAETANO; TEDESCO, 2021), em contexto no qual o manicômio acaba funcionando “como uma prisão que se reveste do discurso da tutela sanitária para ser ainda mais eficaz na perpetuação do isolamento e da mortificação do sujeito em conflito com a lei - muito além do que hoje a Lei permite a uma prisão” (BORGES, 2015, p. 7). Embora os inimputáveis psíquicos sejam taxados como “perigosos”, o índice de “reincidência” infracional dessa população é extremamente inferior ao dos imputáveis, os considerados “sãos” (SOARES FILHO; BUENO, 2016).

No ano de 2005, o Supremo Tribunal Federal impôs o limite de 30 anos para a duração da medida de segurança, por analogia ao tempo máximo que o Código Penal previa para o cumprimento de pena de prisão (LEMOS, 2016). Já em 2015, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 527, que preconiza: “O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominado, ao delito praticado” (BRASIL, 2015b). Assim, verifica-se que a jurisprudência do STJ sobre a duração da medida de segurança mostra-se muito mais “próxima” à Lei 10.216/2001 do que a jurisprudência do STF, pois, apesar de a medida de segurança ser uma sanção penal, é ela também uma espécie de tratamento psiquiátrico e implica que o inimputável não possui culpabilidade pelo ato ilícito que cometeu, de forma que tal sanção não pode ter seu limite de duração maior que o máximo temporal de pena aplicável a um imputável pela prática do mesmo ato ilícito. Entretanto, o próprio STJ, de forma geral, ainda está muito longe de possuir uma jurisprudência que aplique adequadamente a Lei n. 10.216/2001 às medidas de segurança (BUDÓ; BONGIORNO, 2019).

O criminólogo Eugenio Raúl Zaffaroni, na condição de magistrado da Corte IDH, durante a audiência realizada em abril de 2021 para supervisão do cumprimento da sentença no caso Ximenes Lopes vs. Brasil, considerou que as péssimas condições manicomialmente brasileiras precisam ser mais confrontadas por meio de *habeas corpus* no âmbito interno do país (CORTE IDH, 2021). Porém, o próprio magistrado/criminólogo anteriormente reconheceu, durante uma palestra que realizou na OAB/DF em 2016, que as medidas de segurança são um dos principais exemplos de “direito penal do inimigo” no Brasil, ou seja, que o sistema penal brasileiro estruturalmente desrespeita garantias constitucionais dos inimputáveis psíquicos (ZAFFARONI, 2016). Nesse contexto, o remédio constitucional *habeas corpus*, até o momento, se mostra com pouco potencial prático para desconstrução

do alarmante quadro brasileiro das medidas de segurança manicomiais. Consta-se que os próprios “Tribunais [brasileiros] ainda são bastante reticentes - salvo raras exceções - em reconhecer o impacto da Lei n. 10.216/2001 no sistema de medidas de segurança” (CARVALHO, 2020, n.p.). Essa cultura do Poder Judiciário brasileiro é fruto do que o jurista Haroldo Caetano da Silva denomina de “populismo manicomial”, fenômeno no qual os Poderes do Estado, em vez de se empenharem nas necessárias e complexas maneiras viáveis de efetivação da Lei n. 10.216/2001 (inclusive no âmbito das medidas de segurança), escolhem o caminho mais fácil, que é atender à discursos equivocados, e muitas vezes até alarmistas, presentes na opinião pública no sentido de que os manicômios ainda são instituições ideais para o cuidado em saúde mental (CAETANO, 2017).

O CNJ assim dispõe na Resolução n. 113/2010: “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001” (BRASIL, 2010). Tal enunciado, apesar de parcialmente positivo no contexto da busca pela efetivação das diretrizes da reforma psiquiátrica para os inimputáveis psíquicos, também é parcialmente contraproducente no tocante a mesma efetivação, pois possui a inadequada expressão “sempre que possível”, a qual abre uma brecha abstrata conveniente para que o sistema penal continue negligenciando a aplicação da Lei n. 10.216/2001 no âmbito das medidas de segurança. Nesse sentido, é importante observar a crítica de notórios pesquisadores na área da relação entre reforma psiquiátrica e criminologia:

Não têm sido incomuns, em face do apego histórico e cultural às práticas manicomiais, propostas que buscam restringir a política antimanicomial aos casos considerados “mais brandos”, para assim permitir que os indivíduos com transtorno mental severo (os “mais perigosos”, alguém poderia dizer) sejam levados ao manicômio judiciário. **Tais propostas não raras vezes assumem, mesmo que involuntariamente, uma postura manicomial e reforçam a posição contra o fechamento definitivo dessas instituições** (CAETANO; TEDESCO, 2021, p. 197., grifo do autor).

Verifica-se que na literatura acadêmica brasileira existe praticamente um consenso no sentido de que a Lei n. 10.216/2001 vem sendo, salvo pouquíssimos casos — especialmente Goiás e Minas Gerais —, gravemente descumprida no âmbito da execução penal das medidas de segurança no Brasil, ocorrendo uma predominância de longas internações altamente asilares em preterimento ao tratamento ambulatorial (WEIGERT, 2015; SOARES FILHO; BUENO, 2016; CAMPOS, 2018; CARVALHO, 2020), problema esse que, como bem demonstrado por pesquisas ancoradas em autores clássicos como Michel Foucault, Erving Goffman, Franco Basaglia e Loïc Wacquant, mostra-se como um dos mais alarmantes no

contexto nacional das chamadas criminalizações da pobreza e da loucura (MATHES, 2012; TEDESCO, 2016; CAMPOS, 2018).

Um dos fatores que demonstra o baixo cumprimento da política antimanicomial no âmbito das medidas de segurança no Brasil é a pequena quantidade de estados brasileiros que aderiram ao “Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” (EAP): até o ano de 2020, apenas sete estados (COLÉGIO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS, 2020). A EAP é prevista pela Portaria n. 94, de 01/2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), como dispositivo multidisciplinar, imparcial e terceiro, conector entre os órgãos do Sistema Judiciário, a Rede de Atenção à Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, visando privilegiar a adoção de meios alternativos ao tratamento no âmbito da Justiça Criminal. Ainda, no ano de 2020, no dia 18 de maio (curiosamente, dia nacional da luta antimanicomial), o então ministro interino da Saúde, general Eduardo Pazuello, revogou a Portaria que prevê a EAP; contudo, cerca de dois meses após o ato, o próprio general cancelou tal revogação após diversas manifestações técnicas organizadas a favor da ampliação nacional da EAP, assinadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Federal de Psicologia, Colégio Nacional dos Defensores Públicos Gerais e centenas de instituições e movimentos da sociedade civil (SASSINE, 2020).

A tentativa do Governo Federal no sentido da revogação da Portaria de previsão do “Serviço de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei” mostrou-se como um desdobramento da chamada “Nova Política Nacional de Saúde Mental” instituída no ano de 2017. Tal “Nova Política”, que na verdade é retrógrada, situa-se significativamente contrária às diretrizes da Lei n. 10.216/2001, sendo por vezes chamada de “contrarreforma psiquiátrica”, pois prevê um drástico redirecionamento nacional dos serviços de saúde mental, especialmente em relação ao cuidado com as pessoas que fazem uso problemático de drogas, por meio do incentivo de medidas públicas neomanicomial, operadas, principalmente, pelas comunidades terapêuticas (BARDI, 2020, p. 16; RIBEIRO; MINAYO, 2020, p. 1).

O único censo nacional sobre as pessoas internadas nos manicômios judiciários foi realizado em 2011, sob coordenação da antropóloga Debora Diniz, constatando que a maioria dos internos estava em situação de perícia de psiquiatria forense em atraso e apresentando quadro de esquizofrenia ou deficiência intelectual. Nos últimos anos, contudo, tem sido possível constatar também um alarmante crescimento do número de medidas de segurança manicomial para pessoas em uso problemático de álcool ou drogas ilícitas. Nessa toada, há alguns importantes apontamentos no sentido de que, em vez de o setor das medidas de segurança ser usado para a efetiva reabilitação psicossocial das pessoas em uso problemático de entorpecentes, vem inadequadamente servido muito mais como dispositivo poderoso de higienização da sociedade e fomento da guerra às drogas

(TEDESCO, 2016; CAETANO, 2017; PASTORAL CARCERÁRIA, 2018b; ASSIS, 2019), com indicativos recentes de que tal situação ainda se agravará (CFP, 2021).

O Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade da Pastoral Carcerária relatou — não cientificamente, porém de forma relevante —, a partir da constante realização de visitas, que no âmbito dos três HCTP's de São Paulo a quantidade de internos que “possuem envolvimento com drogas - sobretudo crack - tem se mostrado crescente ao longo dos últimos anos, constatação observada pelos sujeitos confinados e, principalmente, por funcionários” (PASTORAL CARCERÁRIA, 2018b, p. 49), analisando o problema dessa forma:

Nessa chave, percebe-se que o envio de pessoas consideradas dependentes químicos aos HCTPs, serve a interesses políticos mais amplos. Contrariando as políticas expressas na proposta de reforma psiquiátrica de 2001, o não cumprimento de medida de segurança em regime ambulatorial, em favor da custódia nos HCTPs, funciona como estratégia de varredura dos indesejáveis que habitam grandes centros urbanos e áreas de interesse imobiliário, como testemunhamos com a emblemática operação realizada na região da chamada cracolândia, no centro de São Paulo, em maio de 2017. A truculência das forças estatais, além de dispersar essas populações pela cidade, empurrou dezenas de pessoas para o cárcere e para internações dos mais variados tipos (PASTORAL CARCERÁRIA, 2018b, p. 50).

Já no estado do Espírito Santo, uma pesquisa científica realizada no final do ano de 2019 constatou que os próprios profissionais do manicômio judiciário do estado entendem que a medida de segurança manicomial é inadequada para o cuidado com pacientes cujo único transtorno mental é derivado do uso problemático de drogas, sendo tal estado psíquico e a perversão (popularmente chamada de “psicopatia”) os únicos estados mentais que os profissionais do manicômio consideram que a instituição não possui condição de lidar (GOMES *et al.*, 2021). Tais constatações são muito importantes, pois representam uma raríssima demonstração científica do que profissionais de saúde de manicômios judiciários pensam sobre os perfis dos pacientes abrigados por esse tipo de instituição.

É necessário ressaltar ainda que, desde o ano de 2006, no estado de Goiás, os manicômios foram completamente extintos, ou seja, as medidas de segurança manicomiais foram abolidas em tal unidade federativa. Esse sistema goiano de medidas de segurança possui o nome de “Programa de Atendimento Integral ao Louco Infrator” (Paili) e foi criado pelo promotor de Justiça Haroldo Caetano da Silva e venceu o Prêmio Innovare em 2009 na categoria Ministério Público (CAETANO, 2018). O Paili, com grande êxito, demonstra como as medidas de segurança podem, na prática, serem completamente desvinculadas da lógica manicomial; entretanto, tal programa é, lamentavelmente, desconhecido até mesmo por parte significativa de profissionais de manicômios judiciários brasileiros (CFP, 2015).

Em abril de 2022, a Corte Interamericana de Direitos Humanos, em monitoramento do cumprimento da sentença do caso Damião Ximenes Lopes, emitiu resolução elogiando o Grupo de Trabalho que o Conselho Nacional de Justiça do Brasil criou em maio de 2022 para a prática de estudos e medidas destinadas à superação das dificuldades relativas à promoção da saúde mental no país. A Corte IDH também afirmou que

[...] considera muito positivo o espaço de diálogo promovido pelo referido Grupo de Trabalho, que inclui funcionários do Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, bem como de outros poderes do Estado, bem como representantes das vítimas, outros representantes da sociedade civil e até especialistas de organizações internacionais (CORTE IDH, 2022, p. 4).

De fato, o quadro de membros do Grupo de Trabalho em questão é louvável, sendo composto, inclusive, de vários profissionais renomados pelo papel que desempenham no avanço das políticas antimanicomiais no Brasil, como Haroldo Caetano da Silva, Marden Marques Soares Filho, Patrícia Carlos Magno, Lúcio Costa e Daniel Adolpho Daltin Assis. Um dos objetivos do Grupo de Trabalho é o “Mapeamento dos HCTP’s e Comunidades Terapêuticas por meio de tratativas como DEPEN - área técnica de saúde - para realização de Censo referente aos HCTPs, em 2022”. Tal objetivo é de enorme importância, pois, como já mencionado, o único censo nacional sobre a população dos manicômios judiciais foi realizado em 2011; e, desde então, houve pouquíssimas divulgações de novas informações sobre a população em medida de segurança, o que “alimenta a invisibilidade da população em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, a manutenção de pacientes em locais estruturalmente violadores, inclusive os manicômios judiciais” (PASTORAL CARCERÁRIA, 2018b, n.p.).

Apesar do recente trabalho louvável do Conselho Nacional de Justiça, a Corte IDH também reforçou que o Brasil ainda precisa empreender reforma no ramo da saúde mental pública no país e o principal objetivo do Grupo de Trabalho de Saúde Mental do CNJ “consiste na realização de cursos de capacitação em saúde mental voltados profissionais que atuam com questões de saúde mental no âmbito do Poder Judiciário” (CORTE IDH, 2022, p. 4). Assim, também é muito necessário que se inicie um grande programa de redirecionamento antimanicomial no Poder Executivo brasileiro, visando a reversão da crescente contrarreforma psiquiátrica.

4. CONCLUSÃO

Sabe-se que “o fortalecimento da cultura dos direitos humanos é exigência usual nas sentenças da Corte [IDH] em casos de condenação por violação de direitos humanos” (CEIA, 2013, p. 147). Entretanto, a ampla cultura manicomial presente no Brasil, com seus graves impactos exercidos principalmente no sistema de justiça criminal e na população em situação de pobreza e uso problemático de drogas, mostra-se como um inadequado empecilho à execução da reforma institucional determinada pela sentença do caso Damião Ximenes Lopes e pela Lei n. 10.216/2001.

A baixíssima efetivação da lei antimanicomial no âmbito das medidas de segurança deriva, principalmente, do fato de o Poder Público comumente agir de acordo com uma perspectiva estereotipada sobre transtornos mentais (especialmente os derivados do uso de álcool e drogas ilícitas), manifestada por normas penais arcaicas e por grande parcela da sociedade brasileira, fenômeno que Haroldo Caetano da Silva bem identificou como populismo manicomial e que possui como pior efeito a continuidade da institucionalização e da marginalização brutal de milhares de inimputáveis psíquicos. Experiências antimanicomiais exitosas como o Paili (Goiás) precisam ser extremamente mais divulgadas, principalmente entre os profissionais do sistema de justiça criminal e das redes de atenção psicossocial de todo o Brasil. Também é importante asseverar que o STF precisa construir uma jurisprudência muito mais favorável aos inimputáveis psíquicos, no mínimo passando a seguir o entendimento do STJ sobre o limite de duração da medida de segurança.

Apesar de o recente Grupo de Trabalho de Saúde Mental do CNJ possuir diretrizes e metas altamente positivas para uma aproximação entre as medidas de segurança e a Lei n. 10.216/2001, também é necessário que o Poder Executivo brasileiro, na maioria de suas esferas, invista muito mais em centros de atenção psicossocial (CAPS) e residências terapêuticas, revertendo a tendência neomanicomial que o Governo Federal vem liderando nos últimos anos por meio de sua promoção alarmante das comunidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS

BARDI, Giovanna. **Entre a “Cruz” e a “Caldeirinha”**: Doses diárias de alienação nas Comunidades Terapêuticas religiosas. 2019. 343 f. Tese (Doutorado em Política Social). Programa de Pós-Graduação em Política Social do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2019. Disponível em: http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_13919_Giovanna%20Bardi.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p. 391-404, abril de 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264943132_Breve_historia_da_

loucura_movimentos_de_contestacao_e_reforma_psiquiatica_na_Italia_na_Franca_e_no_Brasil. Acesso em: 03 jul. 2022.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal**. v. 1: parte geral (arts. 1 a 120). 24. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2018. p. 1032.

BORGES, Mariza Monteiro. Palavras do cfp. **Inspecões aos manicômios**: relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução Nº 113 de 20/04/2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_113.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Lei 13.146 de 06 de julho de 2015a. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/13146.htm. Acesso em: 03 fev. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940**: Institui o Código Penal. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 20 jun. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941**. Institui o Código de Processo Penal. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm. Acesso em: 30 jun. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. HC 98.360/RS. DJe 2009, 23 out. 2009. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=604609>. Acesso em: 19 nov. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal de Justiça. **Súmula 527**: define tempo máximo de duração de medida de segurança. Brasília, 2015b. Disponível em: <https://www.legjur.com/sumula/busca?tri=stj&num=527>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BUDÓ, Marília De Nardin; BONGIORNO, Marina Rocha. Cidadãos de Segunda Categoria: o sofrimento mental nas decisões do superior tribunal de justiça sobre as medidas de segurança. **Revista Direitos Humanos e Democracia**, v. 7, n. 13, p. 37-57, 2019.

CAMPOS, Bruno da Silva. **Rompendo Silenciamentos**: modos de vida, dilemas e vulnerabilidades a que estão expostas pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no sistema prisional capixaba. 2018. 140 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/9023/1/tese_11874_BRUNO%20CAMPOS201804_27-90133.pdf. Acesso em: 05 jun. 2022.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2020. Edição do Kindle. Não paginado.

CAETANO, Haroldo Caetano; TEDESCO, Silvia. Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LxBKzNq8wvSwmfSjdb6rq5G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

CEIA, Eleonora Mesquita. A Jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos e o Desenvolvimento da Proteção dos Direitos Humanos no Brasil. **R. EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 61, p. 113-152, jan.-fev.-mar., 2013.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Caso Ximenes Lopes vs Brasil**: Corte Interamericana de Direitos Humanos - supervisão de sentença. Coordenadores Luis Geraldo Sant'ana Lanfredi, Isabel Penido de Campos Machado e Valter Shuenquener de Araújo. - Brasília: CNJ, 2021.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**: relatório Brasil 2015. Brasília: o autor, 2015. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

COELHO, Marcus Vinícius Furtado. Palavras do Conselho Federal da OAB. *In*: Conselho Federal de Psicologia. **Inspeções aos manicômios**: Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015. p. 9-10.

COLÉGIO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS GERAIS. **Nota Técnica sobre a publicação da Portaria GM/MS n. 1325**, de 18 de maio de 2020, que revoga a Portaria GM/MS n. 95/2014 e as respectivas referências na Portaria de Consolidação n. 2/GM/MS, que extingue o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/06/Nota-Tecnica_-_EAP-vf-condege-assinada.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

CORTE IDH - CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Audiência na Corte IDH para supervisão do cumprimento da sentença do caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. 23 de abril de 2021. Disponível em: <https://youtu.be/800sYmbqPTo>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CORTE IDH – CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. Série C, n. 149. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/casos.cfm>. Acesso em: 01 ago. 2022.

CORTE IDH - CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 5 de abril de 2022**. San José: Corte IDH, 2022. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/supervisiones/ximeneslopes_05_04_22_spa.pdf. Acesso em: 06 jun. 2022.

COSTA, Cezar Augusto Rodrigues; MECLER, Katia; SELLES, Liana Escovedo; OLIVEIRA, Letícia Fernandes de; MARQUES, Tiago Mascarenhas da Costa. Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao exame de verificação de cessação da periculosidade vigente no código penal brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 26, n. 144, p. 323-355, jun. 2018.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *In: Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, dezembro de 2011. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n12/19.pdf. Acesso em: 15 out. 2019.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: Letras Livres; Editora UnB, 2013. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/custodia_tratamento_psiquiatrico_no_brasil_censo2011.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

GASPARINI, Rodrigo Paris. **O ativismo contra a tortura no sistema prisional capixaba**: os padrões de interação entre o movimento de direitos humanos e o governo do estado no contexto das “Masmorras de Hartung”. Anais do Seminário de Ciências Sociais PGCS-UFES, v. 3, Vitória, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/?journal=scs&page=article&op=view&path%5B%5D=21729>. Acesso em: 10 maio 2022.

GOMES, Guilherme Ramos Hamer; COSTA-MOURA, Renata; HERKENHOFF, Henrique Geaquinto; HERKENHOFF, Luciana Souza Borges. Reforma Psiquiátrica e Unidade de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Espírito Santo. *Argum.*, Vitória, v. 13, n. 2, p. 177-192, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/29216>. Acesso em: 07 jun. 2022.

LEAO, Adriana; BATISTA, Alana Machado. Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da grande Vitória. *Trab. educ. saúde*, v. 18, n. 3, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 mar. 2021.

LEMOS, Clécio. Quatro críticas à medida de segurança: da insegurança da medida à desmedida do sistema. *In: MIRANDA, Angelica Espinosa; RANGEL, Claudia; COSTA-MOURA, Renata (org.). Questões sobre a população prisional no Brasil*: Saúde, Justiça e Direitos humanos. Vitória: UFES, Proex, 2016. pp. 54 - 68. Disponível em: http://proex.ufes.br/sites/proex.ufes.br/files/field/anexo/versao_com_isbn.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

LIRA, R.; DIAS, R. A Saúde Mental na Corte Interamericana de Direitos Humanos. *Revista Jurídica Consulex*, a. XIV, n. 320, p. 43-44, maio 2010. Disponível em: <http://global.org.br/programas/a-saude-mental-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos/>. Acesso em: 14 dez. 2021.

MATHES, Priscilla Gomes. **Criminalização da Loucura e Medicalização do Crime**: trajetórias e tendências da psiquiatria forense. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social. Vitória: UFSC, 2012.

MOSCON, Raquel Fabris. **Crime e Loucura na Biopolítica Contemporânea**: ética, Testemunho e Psicanálise. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/2973>. Acesso em: 09 fev. 2022.

PASTORAL CARCERÁRIA. **Hospitais Prisão**: Notas sobre os Manicômios Judiciários de São Paulo. São Paulo: Pastoral Carcerária, 2018. Disponível em: https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatrio_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf. Acesso em: 12 jun. 2022.

PASTORAL CARCERÁRIA. carceraria.org.br, 2018b. ONDE ESTÃO AS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NO RELATÓRIO INFOPEN 2016?. Disponível em: <https://carceraria.org.br/combate-e-prevencao-a-tortura/onde-estao-as- pessoas-com-transtorno-mental-no-relatorio-infopen-2016>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PEREIRA, Ivoneide Lucena; FEITOSA, Maria de Fátima Moura; GALIZA, Cíntia Jaqueline Bezerra; DOS SANTOS, Maria Mércia. Resgatando vidas e redefinindo sonhos: experiência da Residência Terapêutica de João Pessoa - Paraíba. In: SILVEIRA, MFA., SANTOS JUNIOR, HPOS. (orgs). **Residências terapêuticas**: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 259-276. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pgwpg/pdf/silveira-9788578791230-13.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

PONTES, Maria Vânia Abreu. **Damião Ximenes Lopes**: a “condenação da saúde mental” brasileira na Corte Interamericana de Direitos Humanos e sua relação com os rumos da reforma psiquiátrica. 2015. 249f. - Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza (CE).

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As mudanças na política brasileira de drogas: o avanço da lógica da justiça sobre a saúde. **Revista Cultura y Droga**, v. 25 a. 29, p. 17-39. DOI: 10.17151/culdr.2020.25.29.2.

SASSINE, Vinicius. Pazuello volta atrás e mantém serviço do SUS de apoio a presos com transtornos mentais. **O Globo**, Brasília, set. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/pazuello-volta-atras-mantem-servico-do-sus-de-apoio-presos-com-transtornos-mentais-1-24533449>. Acesso em: 07 set. 2020.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Loucura e direito penal**: Pistas para a extinção dos manicômios judiciários. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2018_t_HaroldoCaetanodaSilva.pdf. Acesso em: 01 ago. 2022.

SOARES FILHO, Marden Marques; BUENO, Paula Michele Martins Gomes. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2101-2110, jul. 2016.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, pp. 70-79, 2008. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0308/pdfs/IS28\(3\)083.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0308/pdfs/IS28(3)083.pdf). Acesso em: 10 fev. 2022.

CAPÍTULO II

“MENOS BENZODIAZEPÍNICOS, MAIS JUSTIÇA SOCIAL”: SOFRIMENTO PSÍQUICO, POLÍTICAS PÚBLICAS E MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Letícia Hobold Kammer¹

Dipaula Minotto da Silva²

Fabiane Ferraz³

João André Rodrigues⁴

Janine Moreira⁵

-
- ¹ Graduação em psicologia pela Unesc (2021); psicóloga residente no Programa de Residência em Saúde Mental, Atenção e Reabilitação Psicossocial pela Unesc (2022/2023). E-mail: leticia_kammer@unesc.net
- ² Graduada em Psicologia (2004), mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) (2019) pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFSC). Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela UNESCO (2007), e em Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP - FioCruz (2009). Formação em Educação Emocional pela Unesc (2003). Docente nos cursos de Graduação da Unesc: Psicologia e Serviço Social; tutora e docente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Unesc; docente nos Programas de Residências Multiprofissionais de Atenção Básica e Saúde da Família Unesc e de Saúde Coletiva. Membro do Câmara Técnica de Saúde Mental da Região Barbonifera/SC. Membro do Colegiado Estadual de Apoiadores a Saúde Mental do Estado de Santa Catarina. Membro da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) coordenação Sul (2019 a 2021- 2022 a atualmente). Membro do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC) - UFSC. Supervisora Clínico Institucional no CAPS II de Itajaí/SC (2022-2023). E-mail: dms@unesc.net
- ³ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (2003) com bolsa PIBIC/CNPq (2000-2003); mestrado (2005) e doutorado (2011) pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com bolsa CNPq. Doutorado Sandwich junto a Universidad de Guadalajara (2010), com bolsa CNPq. Estágio pós-doutoral junto ao Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde (EDEN/PEN/UFSC), bolsista PNPd/Capes (2012). Atualmente desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão junto a Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), no Curso de Graduação em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Unesc. Tem experiência na área de Enfermagem e Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem e educação, educação continuada, educação permanente em saúde, educação em saúde, avaliação em saúde, avaliação em programas educacionais, tecnologia educacional, gestão e gerenciamento em enfermagem e saúde, saúde coletiva e pesquisa qualitativa em saúde. E-mail: fabi.ferraz@unesc.net
- ⁴ Psicólogo/Psicoterapeuta -Mestrando em Saúde Coletiva pela Unesc. E-mail: joaoandrer@outlook.com
- ⁵ Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1990), mestrado em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (1994) e doutorado em Educação realizado na Universidade

SUMÁRIO

1. Compreensão de saúde e saúde mental: racionalidades em disputa. 2. Do que trata este estudo?. 3. Representações sociais construído teórico-metodológico para compreender o objeto de estudo. 4. Benzodiazepínicos na vida das pessoas. 5. Uso benzodiazepínicos! Com a palavra, os(as) participantes do estudo. 5.1. Os problemas da vida pressionam e adoecem. 5.2. Só é possível viver bem com o medicamento. 5.3. O medicamento causa dependência e traz prejuízos, mas parar é difícil, pois a sensação que ele proporciona é mais importante. 6. O papel social dos benzodiazepínicos a partir da teoria das representações sociais. 7. Conclusão. Referências.

1. COMPREENSÃO DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL: RACIONALIDADES EM DISPUTA

O campo da saúde mental e da saúde coletiva reconhecem a conceituação de saúde como resultado dos determinantes sociais de saúde. Desta forma, pensar em saúde engloba os fatores sociais, econômicos, raciais, psicológicos e culturais que interferem no modo de produção de saúde e doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Não é mais possível dissociar saúde de fatores estruturantes das sociedades, visto que saúde resulta e promove — ao mesmo tempo — relações entre sujeitos e grupos, estabelecidas e/ou sustentadas de acordo com cada época, período e cultura.

Conceituar saúde, passa a ser um desafio aos estudiosos da saúde coletiva, quando assumem que saúde não é apenas ausência de doença, logo, não é a métrica. No Brasil, partimos da noção de saúde como processo, como direito humano fundamental de responsabilidade coletiva, pois, de acordo com a Constituição Federal Brasileira (1988, s/p), em seu artigo 196, “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”.

Tal conceito tornou-se parte da constituição federal, porque a partir dos anos de 1970, junto ao movimento de redemocratização brasileira, estruturou-se no país o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), o qual culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Concomitante a esse, ocorre o movimento pela superação das violências no campo da saúde mental, denominado Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o

de Córdoba, na Espanha (2000), e convalidado pela Universidade Federal de Santa Catarina. Realizou estágio pós-doutoral na Faculdade de Educação na Universidade de Murcia, na Espanha (2016). É professora do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc) de Criciúma. É líder do Grupo de Pesquisa Descolonização, Educação e Processos Subjetivos. E-mail: jmo@unesc.net

qual tem como pressupostos a luta antimanicomial, ou seja, do cuidado em liberdade — o respeito aos direitos humanos, que a partir dos anos 2000 suscitou a criação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (AMARANTE, 2013; MAIA, 2020).

A história da saúde mental, anterior a implantação e implementação do SUS na década de 1990, denuncia diversas problemáticas que merecem destaque, em especial pelo espaço social designado aos “cuidados” da pessoal em sofrimento psíquico ser o manicômio. Foucault (1972) fala dos manicômios como instituição de controle sobre os corpos subvertidos à norma social de diferentes épocas. Na era clássica, com resquícios até os dias atuais, todos aqueles que eram julgados pela (i)moralidade e/ou não eram economicamente produtivos eram trancafiados e segregados, em uma perspectiva de “higienização social”.

Os Hospitais Psiquiátricos, como uma das representações das instituições totais, exercem a função de, além do aprisionamento físico, a captura ideológica, com a produção de um pensamento hegemônico. Apesar das inúmeras denúncias de violências ocorridas nestes espaços, os manicômios eram (e por alguns grupos ainda são) vistos como a “salvação” dos chamados alienados ou loucos. Para fora desse espaço, as mais diversas instituições e a sociedade de forma geral exercem a função de julgar, quase que em uma constante espionagem, os comportamentos ditos normais e desviantes de quem os acompanham (FOUCAULT, 1972). Destarte, o controle é realizado não somente pelos profissionais, mas por toda a sociedade (BRZOWSKI, 2020).

Desta forma, observa-se a manifestação simbólica dos hospitais psiquiátricos nas relações de poder estabelecidas pelo campo da medicina e do saber científico-positivista, biomédico e hospitalocêntrico. Desde os anos 2000, surgem formas mais modernas e camufladas de controle sobre os corpos vistos como desviantes da normalidade e/ou não produtivos economicamente, como a medicalização e a patologização da vida. Esse fenômeno sugere retirar a saúde mental do campo da política, da cultura, da ética, e da esfera social e recolocá-la no campo biomédico, buscando estabelecer grande parte dos fenômenos da vida em classificações internacionais de doenças, ou seja, estabelecendo transtornos, distúrbios, em fim, doenças a questões que por vezes as pessoas em outras épocas vivenciavam e criavam mecanismos de superação independente de medicamentos para isso. São, portanto, corpos físicos deslocados de suas realidades e das grandes massas populacionais (FREITAS, AMARANTE, 2017; BRZOWSKI, 2020). O alto número de pesquisas estabelecidas estritamente na linha positivista reduz os sujeitos à objetos com desequilíbrio químico, apontando este como o responsável por tais comportamentos (FURTADO, 2018).

A teoria do desequilíbrio químico surge por volta dos anos 1950, junto à era do desenvolvimento de psicofármacos. Nos anos 1960, a atenção da neurociência voltou-se

para a investigação do neurotransmissor serotonina, a partir da criação dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina, os quais agem elevando os níveis desta molécula e provocando uma melhora no humor nos casos depressivos. A partir deste dado, deduziu e criou-se a teoria de que a depressão é causada pela diminuição dos níveis de serotonina (LEO; LACASSE, 2007; FREITAS, AMARANTE, 2017; TIMIMI, 2021).

Entretanto, parafraseando Fernando Freitas e Paulo Amarante, “isso é tão lógico quanto se dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de aspirina no corpo” (2017, p. 98). O medicamento psiquiátrico age, na verdade, submetendo o cérebro à um funcionamento anormal. A partir da teoria serotoninérgica, os transtornos mentais foram justificados por estes desequilíbrios químicos dos neurotransmissores, transformando-se em uma ideia hegemônica da neurociência e do campo da saúde mental biomédica. Entretanto, uma recente revisão sistemática investigou as evidências científicas da teoria serotoninérgica e concluiu que não há associação entre depressão e baixa concentração de serotonina (MONCRIEFF, *et. al.*, 2022).

Posiciona-se aqui a necessidade de adotar um olhar para a saúde mental a partir da realidade que se impõe, ou seja, considerando os determinantes sociais. Torna-se indissociável relacionar as formas de produção de saúde e doença sob a égide do capitalismo e do neoliberalismo. Corbanezi (2021) fala sobre a teoria do capital humano, o qual reestrutura o papel do trabalho e da produção de capital para os sujeitos. O antigo trabalhador(a) que vendia aos donos da produção sua força de trabalho quantificada em horas empregadas na atividade passa agora ao acúmulo de qualidades e competências técnicas que determinarão o desempenho no acréscimo de capital, transformando-se em empreendedores de si próprios.

Nessa lógica, na sociedade atual, os sujeitos tornam-se produtivos e rentáveis investindo não somente na educação formal, mas também em tudo aquilo que permeia a vida, como as construções de relacionamentos e a forma de consumir seu tempo livre. Assim, o mercado assume o poder de regulador geral da sociedade (CORBANEZI, 2021). Nesse sentido, o autor discursa sobre a emblemática da depressão nesse contexto:

No campo específico da nosologia psiquiátrica da depressão, a ausência ou a disfunção na capacidade de desempenho se apresenta como um critério fundamental para verificar a existência de transtornos depressivos, cuja sintomatologia envolve efetivamente a fadiga, a lentidão psicomotora, a dificuldade comunicacional e a ausência de energia, de motivação, de prazer, de expectativa e de projetos futuros, entre outros *déficits*. É nesse sentido que a epidemia depressiva pode ser a expressão mais acabada de uma legião de “fracassados” que não suportam a responsabilidade inscrita na ideia de autorrealização constante, que está no cerne da biopolítica da saúde mental (CORBANEZI, 2021, p. 206).

A depressão se manifesta como problema, portanto, por impossibilitar a dinâmica do capital humano (CORBANEZI, 2021). Nessa busca pela felicidade inalcançável, as fórmulas farmacêuticas têm sido colocadas como uma forma de conquistar esse feito. Essas drogas “possibilitam estimular-se ou acalmar-se para manter-se competitivo, independente e manter suas obrigações sociais” (FURTADO, 2018, p. 48). Nesse contexto, a psiquiatria faz uma perversa aliança com a indústria farmacêutica (FURTADO, 2018; FREITAS, AMARANTE, 2017). A doença, que era pensada a partir da construção social, passa a ser produzida por interesses corporativos (FREITAS, AMARANTE, 2017).

2. DO QUE TRATA ESTE ESTUDO?

Este texto é fruto de uma pesquisa de natureza qualitativa, que usou como construto teórico metodológico as Representações Sociais. Participaram da pesquisa usuárias de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) que fazem uso de benzodiazepínico. A pesquisa seguiu as normativas da ética em pesquisa com seres humanos estabelecidas nas resoluções n. 466/2012 e 510/2016. A seleção das participantes ocorreu pela indicação da equipe de Saúde da Família (eSF), tendo como critério: fazer uso de benzodiazepínicos a mais de 6 meses, com prescrição na ESF.

As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma literal. Durante as entrevistas foi possível perceber a resistência em falar sobre os medicamentos, aparecendo, às vezes, por uma tentativa inicial de ocultar o uso do medicamento ou já sinalizando que essa discussão traria problema. Foram convidadas aproximadamente 15 pessoas para participar da pesquisa, e destas, muitas não respondiam, negavam o convite para participação ou aceitavam, mas não compareciam a entrevista.

A análise dos dados ocorreu a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que dissocia a dicotomia entre aspectos qualitativos e quantitativos, associando-se à representatividade e generalização dos resultados. O DSC alinha-se à teoria das Representações Sociais, e entende-as a partir do campo simbólico que é socialmente internalizada e vivida pelos sujeitos como individuais, produzindo discursos do tipo “na minha opinião”, “do meu ponto de vista”, entre outros. Desta forma, o DSC propõe desparticularizar o discurso por meio da fala em primeira pessoa coletiva do singular (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Para Lefevre e Lefevre (2012), o pensamento coletivo exige a consideração da dimensão sintagmática, que no DSC reúne e articula os diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma determinada opinião. Assim, no presente estudo, os dados foram classificados e agrupados de acordo com as semelhanças dos discursos, apresentado em forma de um discurso único. Conseguimos, assim, explicitar no DSC a representação social dos benzodiazepínicos para os sujeitos desta pesquisa. Como operadores do discurso, para cada resposta dada pelos sujeitos da pesquisa, foram consideradas: Expressões

Chave (ECH), Ideias Centrais (ICs) e Ancoragens (ACs). Expressões Chave - ECH “são pedaços, ou trechos, ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do depoimento, ou discurso, ou da teoria subjacente” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2012, p. 73).

Ideias Centrais - ICs são “um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível o sentido ou os sentidos 26 das ECH” (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2012, p. 76). As Ancoragens - ACs “a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer” (LEFÈVRE e LEFRÈVE, 2012, p. 78). Segundo Lefevre e Lefevre (2012), a partir da identificação das ECH, poderemos identificar tudo que for relevante e descartar o que for irrelevante a compreensão da essência do pensamento que está sendo expresso no discurso analisado. As ECHs revelam as ideias centrais (IC) permitindo a construção de um conjunto homogêneo e coerente, que comporá posteriormente o DSC.

3. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS CONSTRUTO TEÓRICO-METODOLÓGICO PARA COMPREENDER O OBJETO DE ESTUDO

A teoria das Representação Sociais (TRS) apresenta uma perspectiva para o estudo em questão com a proposta de romper com a dicotomia entre indivíduo e sociedade. O autor apresenta que as representações têm a função de convencionalizar os objetos, dando-lhes uma forma definida em uma categoria que gradativamente sucede em um modelo. Além disso, elas são prescritivas, impondo-se aos sujeitos de forma irresistível. É impossível liberta-se de todas as representações, pois elas somente podem ser repensadas (MOSCOVICI, 2015).

As representações sociais possuem duas faces interdependentes: a icônica e a simbólica. Isto é, elas sempre irão igualar uma imagem com uma ideia. As RS têm a finalidade de reconhecer e tornar familiar aquilo que é desconhecido. Nela, há três hipóteses: a desiderabilidade, quando um sujeito procura imagens que irão revelar ou ocultar suas intenções; o desequilíbrio, quando a busca de representações externas se dá para atingir um equilíbrio interno; e o controle, quando grupos filtram informações para controle do comportamento (MOSCOVICI, 2015).

A experiência como estagiária em dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps) possibilitou perceber a necessidade de fortalecimento da rede. Verificou-se que, de modo geral, os usuários têm como oferta a assistência do Caps, quando casos graves, e assistência psiquiátrica ou psicológica nos serviços de especialidades, se dando de forma desarticulada das ações de atenção básica. Este cenário produz fluxos que atribuem aos médicos da atenção básica a prescrição das drogas psiquiátricas.

A partir dessas problemáticas, buscamos neste estudo entender quais são as representações sociais das pessoas que fazem o uso de benzodiazepínicos, considerando os processos de medicalização e patologização da vida; identificar os modos de subjetivação na relação entre sujeito e benzodiazepínico; e refletir o impacto do seu uso aos cuidados de saúde mental.

4. BENZODIAZEPÍNICOS NA VIDA DAS PESSOAS

Os benzodiazepínicos, são amplamente utilizados desde a década de 1960, tendo como expoentes os medicamentos “Librium” e “Valium”. Na época, entre 15 e 25% da população do Estados Unidos já tinha utilizado algum medicamento dessa classe (FREITAS, AMARANTE, 2017). São medicamentos prescritos para a melhora da ansiedade e da insônia, e possuem alta eficácia e baixa nocividade, todavia, seu uso com tempo superior a quatro meses pode provocar quadros de dependência. Além disso, pode apresentar tolerância ao medicamento, necessitando de doses cada vez mais altas para produzir seu efeito. Ademais, a descontinuação pode provocar a síndrome de abstinência, com sintomas físicos e psicológicos graves semelhantes às abstinências de outras drogas psicoativas. Entretanto, é, ainda, um dos medicamentos mais prescritos no mundo ocidental. (NUNES, BASTOS 2016; SILVEIRA, ALMEIDA, CARRILHO, 2019; FREITAS, AMARANTE, 2017)

Apesar dos riscos, o uso dos benzodiazepínicos tem sido exponencial. Um estudo realizado em São Paulo destaca que os ansiolíticos (incluindo os benzodiazepínicos) são os medicamentos mais utilizados pela população (BLAY *et al.*, 2014). Outro estudo, realizado em 2016, fez um comparativo sobre a prevalência do uso de benzodiazepínicos com os dados sociodemográficos, e mostrou que há um aumento no consumo nas capitais de maior densidade demográfica e com maior número de profissionais da medicina, indicando o processo de medicalização da vida (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016).

5. USO BENZODIAZEPÍNICOS! COM A PALAVRA, OS(AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO

As mulheres participantes deste estudo fazem uso de algum tipo de benzodiazepínico, com tempo de uso de 3 a 17 anos. Elas escolheram nomes fictícios, que são: Celia (usa clonazepam há 12 anos); Maria (usa alprazolam há 8 anos); Margarida (usa alprazolam há 3 anos); Júlia (usa bromazepam há 17 anos). Como categorias analíticas, apresentamos aqui os Discursos Coletivos das participantes:

5.1. Os problemas da vida pressionam e adoecem

“Deu o furacão Catarina e me deu pânico do medo. A partir do momento que eu me formei, senti uma pressão psicológica bem grande. Eu fazia hemodiálise, eu nasci apenas com 1 rim, e já estava bem complicado, eu teria que tirar esse único rim. E, na época, meu plano ainda não cobria a cirurgia, e o médico queria que esperasse o plano cobrir. Daí em diante me deu uma depressão muito forte, fiquei internada, só tinha vontade de me esconder, pois sentia uma cobrança muito grande, junto com a ansiedade, o medo, a necessidade de controlar as emoções, controlar a ansiedade, controlar o medo. Então eu comecei a tomar o medicamento para me acalmar, para me relaxar, para eu conseguir sair de casa. A pressão do sistema, de ter que cumprir, de ver muitas coisas que não são corretas, de ver muita necessidade das pessoas, de ver um desvio muito grande de gastos de dinheiro, a gente vê muita coisa errada. Qualquer pessoa que quer ver o que é correto, vai adoecer. Infelizmente, hoje em dia, com a vida bem mais agitada, a gente tem que reconhecer que depende do medicamento. Mas, eu gostaria de não tomar, se eu tivesse boa, se eu me sentisse bem, se eu me sentisse segura, mas sem ele volta toda aquela sensação horrível. E se o meu comportamento está errado por causa do Rivotril, aí eu tenho que comprovar que meu comportamento está errado por causa do desprezo, da rejeição das pessoas. Por não se importarem com as pessoas, não dar bom dia, gente interesseira. Não ajo como louca, não to falando contigo porque eu tenho um distúrbio na minha mente, eu tenho sim muita tristeza, eu me sinto pequena, porque eu já tive tudo na minha vida”. (DSC: Celia, Maria, Margarida e Julia).

5.2. Só é possível viver bem com o medicamento

“Se eu tiver com ele (remédio), eu consigo passar por cima de tudo. Ele me deixa bem, eu queria viver, e com esse medicamento eu consigo. Se eu parar 2 ou 3 dias, me dá pânico, e o bromazepam me ajuda, eu sei que ele não faz bem, porque o médico me falou que ele pode me dar mal de Alzheimer, mas eu disse que não adianta, não tem como eu viver sem ele, pois volta tudo, volta o medo, a ansiedade, o choro, nada para mim está bem, eu só quero chorar. Parece que tu não vive mais sem ele. Já tive momentos assim de surtar, eu tenho que chegar em casa e tomar meu remédio, eu chego em casa: tomei, melhorei. E a depressão leva as pessoas ao suicídio, eu já pensei, mas quando fui pegar assim... digo: “Não! Não quero. Vou só tomar um Rivotril e pronto.” Ele acalma a pessoa para não fazer besteiras. E quando necessário, eu vou tomar mais para dormir, para tirar aquele tremor do corpo, aquele choro, a tristeza. Eu sei que ele tem muitas críticas, mas para mim é benefício, para mim ele é importante. Faz dois anos que eu não sei mais o que é me deitar na minha cama sem ter tomado nenhum tipo de remédio para poder dormir. Eu sei que é uma droga, eu não consigo ficar sem ele, mas não me tire agora, porque acho que eu não conseguiria viver. Quando Deus quiser me levar, eu vou tomar Rivotril. Tomar

Rivotril é até a morte. Se me tirar o Rivotril, eu sou uma mulher morta”. (DSC: Celia, Maria, Margarida e Julia).

5.3. O medicamento causa dependência e traz prejuízos, mas parar é difícil, pois a sensação que ele proporciona é mais importante

“Ele é prejudicial: uma pela dependência, outra porque não vejo outra resposta de tratamento, a não ser a medicação. O Brasil é o terceiro país do mundo que mais toma medicação controlada, o mais dependente. Quem não é dependente é usuário de droga. Mas a droga é a mesma coisa, de uma forma diferente, mas é a mesma coisa, porque também tem abstinência, também surta... eu já surtei várias vezes, no desmame, eu já fiquei oito dias sem dormir. Eu já sabia as consequências que eu teria. Eu sou dependente, mas eu faço o possível para não tomar o medicamento. Eu não posso dizer que ele me prejudica, mas ele pode prejudicar os meus órgãos por dentro. Eu até tento as vezes tirar, não tomar direto, mas se eu ficar sem o medicamento eu fico doída. Eu sou dependente, eu sou obrigada a tomar. Toda medicação tem 2 pontos: eu percebo que a memória dá uma prejudicada, mas em contrapartida traz um alívio, traz um sono bom. A ideia de não tomar mais o medicamento é muito boa, porém, é uma abstinência, a gente sabe que toda abstinência tem suas dificuldades. Mas eu tenho vontade de tentar voltar a dormir normalmente, sem esse remédio. Eu odeio ele, sinto arrependimento porque chegou ao ponto de tomar. Tu acredita numa fórmula”. (DSC: Celia, Maria, Margarida e Julia).

6. O PAPEL SOCIAL DOS BENZODIAZEPÍNICOS A PARTIR DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

No campo da saúde mental, trabalhadores e pesquisadores de diferentes áreas têm se preocupado com a banalização da prescrição de psicotrópicos, sendo os mais populares os benzodiazepínicos. No Brasil e no mundo, seja no âmbito público ou privado, evidencia-se uma epidemia de uso de drogas psiquiátricas (BRZOWSKI, 2020).

Alguns grupos têm evidenciado a preocupação quanto a falta de estudos sobre o efeito a longo prazo do uso destas drogas (SOUZA, *et. al.*, 2020, FREITAS, AMARANTE, 2017). Sabe-se, entretanto, que os benzodiazepínicos oferecem uma série de riscos com o seu uso à longo prazo, tais como déficits cognitivos, perda de memória, dores, alucinações, desequilíbrios, mudanças de comportamento, entre outros (NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA, 2016), além da dependência, tolerância e crise de abstinência (NUNES, BASTOS, 2016).

Apesar dos estudos e desta preocupação de trabalhadores do campo saúde mental, a alta procura das pessoas pelas receitas aponta para um dado alarmante, demons-

trando elementos que vão para além de objetivos terapêuticos. De acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil é o terceiro país com maior consumo de benzodiazepínicos do mundo, sendo o primeiro de Clonazepam, Diazepam e Midazolam (BRASIL, 2019). Esse retrato denuncia a cultura de medicalização da vida, configurando-se uma contenção química dos corpos. É preciso reconhecer que o uso de benzodiazepínicos deste modo caracteriza-se como um problema de saúde pública (SOUZA, *et. al.*, 2020).

De acordo com Freitas e Amarante (2017), a medicalização é compreendida como o ato de usar medicamentos como estratégia de lidar com questões que são sociais, culturais e da vida; e está associada diretamente à patologização da vida, que se caracteriza pela captura da lógica médica que transforma em patologia tais questões. Assim, sofrimentos que advêm das mais diversas esferas, e que possuem uma infinidade de possibilidades de expressão, são reduzidos à um corpo biológico deslocado da realidade.

A partir de supostos marcadores biológicos, que criaram a teoria do desequilíbrio químico, foi expandida a ideia de que o mal-estar advém do corpo, e mais especificamente de neurotransmissores, colocando a regulação destes como os responsáveis pela saúde e pela doença mental. Martins (2005) fala sobre os avanços da medicina moderna, e sobre o efeito iatrogênico provocado pela psiquiatria tradicional com a dessubjetivação, anulando a identidade dos sujeitos.

Os processos de subjetivação perante o sofrimento mental e o uso de benzodiazepínicos ocorre de maneira importante diante das relações de poder estabelecidas entre a medicina e a sociedade. Foucault (1972) fala dos poderes que atuam na disciplina individual, e a biopolítica que realiza o controle da vida da sociedade. No campo da medicalização, a medicina, a partir da psiquiatria clássica, junto a uma estrutura social mais ampla, colabora nos movimentos que docilizam e disciplinam os corpos. Isso ocorre junto a um processo mais amplo de regulação da sociedade, a partir de equipamentos do Estado, criando ou legitimando narrativas que impõem “fórmulas” sobre como a vida deve operar, excluindo os corpos dissidentes, e produzindo sujeitos economicamente úteis.

Observa-se a presença desta engrenagem que apontam o capitalismo, o trabalho, as desigualdades sociais, a fragilidade no acesso aos serviços de saúde, e condições para manutenção da qualidade de vida como importantes fatores de adoecimento. Assim, enquanto o sistema gerar dor, o medicamento faz a sedação da realidade que está posta. A medicalização da vida se configura, portanto, como um importante dispositivo para a garantia e manutenção das relações de biopoder.

Problematiza-se a linguagem que utiliza de palavras e expressões técnicas próprias da psiquiatria, como pânico, depressão, “surto”, ansiedade, que demonstram o quanto a

psiquiatria clássica produz subjetividade a partir de uma narrativa nosográfica. Os termos técnicos que explicam o sofrimento psíquico negam os problemas sociais que afetam a vida em sua singularidade.

Verifica-se, ainda, termos que remetem ao controle das emoções, destacando a ideia de impossibilidade de ter medo, estresse, nervosismo, emoções que são necessárias aos processos relacionais do ser humano. Aqui, aparece uma relação ontológica do ser a partir da doença, na qual os sintomas não são compreendidos como um alerta social, mas configurando-se como identidade do sujeito em questão, e neste sentido, a pessoa é vista como doente. Como consequência, cria-se sujeitos desfigurados de si próprio e do seu entorno. A partir do discurso positivista biomédico, o limiar entre o normal e o patológico tornaram-se estreito, com as “doenças” alcançando cada vez mais o cotidiano das pessoas.

Veras (2017) disserta sobre a subjetivação social diante do alargamento da cultura de medicalização da vida, apontando o papel das indústrias farmacêuticas como instituições que promovem e divulgam um ideal de felicidade, de saúde, de vida produtiva a partir do consumo de medicamentos. Oliveira (2018) fala que muito mais que promoção de bem-estar, qualidade de vida e necessidade de saúde, as drogas psiquiátricas tornaram-se objeto de lucro para grandes grupos da indústria farmacêutica.

Essas ideias vão ao encontro com os ideários da lógica capitalista e transmite, simbolicamente, a ideia de que o medicamento desempenha o papel de uma pílula mágica que traz felicidade. “Tu acredita em uma fórmula” (parte do discurso 3). Neste modo de vida social, vende-se a ideia de que a dor, o sofrimento e as inquietações podem ser resolvidas por meio da compra deste dispositivo. Como consequência (ou objetivo alcançado), o “doente” é visto como é um consumidor.

Observa-se nessa questão, entre sujeito e medicamento, uma relação quase simbiótica, pois o medicamento é percebido pelas participantes do estudo, como o único capaz de proporcionar bem-estar. Em momentos de sofrimento intenso, o medicamento é o responsável por manter a pessoa livre da dor, sendo as demais propostas terapêuticas e rede de apoio, alternativas satélites ou inexistentes: “se me tirar o Rivotril, eu sou uma mulher morta”.

Além disso, destaca-se a dependência reconhecida pelas participantes, mas que acima dela, o efeito é mais importante: “traz um alívio, traz um sono bom” (parte do discurso 3). Assim, retrata-se que a dependência é uma importante estratégia para as indústrias farmacêuticas continuarem lucrando. Além disso, os benzodiazepínicos têm um papel de tornar ou manter o sujeito um ser funcional, que trabalha e alimenta as engrenagens do sistema social capitalista.

Outra reflexão importante é de que os medicamentos são drogas. Por isso, questiona-se o valor moral atribuído aos benzodiazepínicos, comparando-o com outras substâncias que também provocam dependências. Enquanto as drogas ilícitas são tratadas pela imoralidade, preconceito, discriminação e estigma, os benzodiazepínicos são vistos como medicamentos que trazem bem estar as pessoas que os consomem (TEIXEIRA, *et al.* 2017; BRZOWSKI, 2020). O reconhecimento médico por meio da prescrição, altera o status moral para algo aceitável, e até mesmo desejável.

Fundamenta-se que os princípios e a prática de Redução de Danos (RD), usada como estratégia para quem busca cuidado por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, deve ser considerada como importante estratégia, também no caso de uso dos benzodiazepínicos. Teixeira *et al.* (2017) falam da importância da RD, pois não deve se ater à abstinência total, mas na minimização dos danos causados pela droga, sejam eles orgânicos ou sociais. Reduzir os danos quanto ao uso dos benzodiazepínicos, podem passar tanto pela diminuição do uso, pela prática de atividades que minimizam seus efeitos colaterais, como também por alternativas outras de cuidado em saúde mental.

No mais, se faz necessário que tracem perfis com foco na seleção de usuários que possam passar por desprescrição, bem como o desenvolvimento de protocolos de cuidado em saúde mental que evitem este itinerário à novos sujeitos. A partir de ações interprofissionais é possível criar estratégias de enfrentamento com a ampliação de propostas terapêuticas.

Evidencia-se que o cuidado em saúde mental é perpassado pela lógica da medicalização associada a cultura de patologização. Observa-se, junto ao estigma da loucura, o surgimento de novas identidades a partir do diagnóstico psiquiátrico. Como efeito, a complexidade humana é colocada em um código - dentro de um CID -, produzindo sujeitos que passam a se reconhecer como: depressivos, ansiosos, esquizofrênicos, entre outras doenças. Sujeitos “doentes” que buscam, de forma incessante, a fórmula que trará a cura, e o ideal de felicidade prometido por suas propagandas.

Resgata-se, aqui, a importância de lembrar a conceituação de saúde e de saúde mental a partir de uma construção histórica, social e cultural. Trata-se de um conceito amplo e abstrato que se constitui nas relações e se associa com as representações sociais, compilando em sua esfera macro, mas também no individual. (AMARANTE, 2013, MAIA, 2020).

Ressalta-se que o processo de cuidado deve ser feito em conjunto, ou seja, com o usuário, estimulando a criação ou fortalecimento de sua rede de apoio, prezando pela corresponsabilidade e promoção da autonomia. Assim, fundamenta-se nesse contexto de cuidado a importância daquilo que é da vida, como a arte, a cultura, a música, atividades

de lazer e outras que façam sentido para a pessoa. Contudo, isso precisa ser garantido por meio de políticas públicas que compreendam esses espaços como promotores de saúde.

A partir de estudos e do esforço da ciência em alertar sobre os riscos do uso indiscriminado de certos grupos de medicamentos, entre eles, os benzodiazepínicos, o Ministério da Saúde elaborou diretrizes para combater a lógica medicalizante. Com isso, incentiva a desprescrição e a redução do uso dos benzodiazepínicos, pensando a partir do uso racional do psicofármaco, elaboração de terapêuticas não medicamentosas, e a criação de Plano Terapêutico Singular para os usuários no âmbito do SUS. Reconhece, também, a promoção de articulações intersetoriais, integrando pesquisa, organização, e educação em saúde, fortalecendo as Prática Integrativas e Complementares (PICs). Além disso, promove o enfrentamento da cultura medicalizante, por meio da publicidade com informação para os profissionais da saúde e a sociedade (BRASIL, 2019).

Assim, ressalta-se que diante de diversos retrocessos no SUS e na política de saúde mental, a luta pelo cuidado em liberdade e de qualidade não se volta somente pela busca de superar o modelo de medicalização. É importante a compreensão de que este modelo é um importante mecanismo que rege as representações sociais no campo da saúde, que soma para a produção do sistema social como um todo. Neste sentido, evoca-se a Carta de Bauru, que inaugura o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, pela voz de trabalhadores de saúde mental:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. (...) O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (...) Contra a mercantilização (II CONGRESSO NACIONAL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL, 1987).

Assim, pensar em uma saúde ideal é pensar em um projeto de sociedade justo e igualitário, de redução das desigualdades, preconceitos e discriminações, com consciência de uma utopia. Rachel Gouveia Passos (2017) fala sobre a necessidade de um cuidado decolonial e emancipatório, auxiliando a localizar os sujeitos perante seu papel político. A emancipação da cidadania, dos direitos humanos e da autonomia são essenciais para pensar uma política de assistência em saúde mental que colabore na transformação de sujeitos, grupos e sociedade.

7. CONCLUSÃO

É preciso retomar o campo da saúde mental a partir de um olhar crítico, considerando o contexto histórico atual, entendendo a construção dos sujeitos como coletiva e social, que se associa aos determinantes sociais de saúde e que se dá na vida. Neste, os discursos coletivos sobre o uso dos benzodiazepínicos denunciam um problema de saúde pública, sendo possível perceber a lógica da patologização e medicalização da vida, que produzem modos de subjetivação a partir da psiquiatria clássica, retirando o sujeito e a produção do sofrimento da realidade.

Retrata-se a urgente necessidade de romper estes processos por meio da diluição das relações de poder estabelecidas entre medicina prescritiva e sociedade. Para tanto, evidencia-se esse fenômeno como mais uma das expressões do capitalismo, como engrenagem maior, que tem, em estados democráticos, que ser problematizado.

O que está em pauta é o papel social das drogas psiquiátricas, a partir de seu uso irracional e banalizado, que provado tamponamento de diversos problemas na estrutura social que leva milhares de pessoas a fazer seu uso. Para além de médicos (de quaisquer especialidades), colegas, familiares têm se habituado a oferecer drogas psiquiátricas como “analgésicos” para suportar o cotidiano. A isso estudiosos do campo da saúde mental estão denominando de medicalização da vida — considerado um problema grave, quando, em vez de os problemas da vida produzirem desconforto suficiente para criação de transformações estruturais coletivas e solidárias, embotam a partir de uma suposta sensação de alívio das dores existenciais.

O sofrimento psíquico tem sido reduzido à um desequilíbrio químico entre neurotransmissores passível de ser corrigido unicamente com um medicamento. É necessário superar a ideia de uma felicidade utópica, a qual a droga psiquiátrica se apresenta como solução. É neste sentido que consideramos fundamental repensar o uso dos benzodiazepínicos. Para tanto, como das estratégias possíveis deve estudar a cerca das prática de redução de danos, de desprescrição, e de promoção de saúde que considere a saúde mental como conceito ampliado.

Ainda é necessário avançar nos estudos para uma melhor compreensão do fenômeno da medicalização da vida, bem como suas relações com fatores estruturantes na sociedade, como gênero, raça e classe. Entretanto, vale ressaltar que as pesquisas neste campo já ocorrem a décadas, portanto, é fundamental pensar em formas práticas de combater a lógica medicalizante. Para tanto, posiciona-se a importância de pensar a saúde mental a partir dos determinantes sociais em saúde, formulando políticas públicas que promovam qualidade de vida e espaços de cuidado da saúde para a população.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Kelly Moreira de. **A normatização do sujeito anormal**: os efeitos da ampliação e generalização da psiquiatria sobre os modos de subjetivação na contemporaneidade. 2016. 234 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Psicologia — Ppgp, Universidade de Fortaleza — Unifor, Fortaleza, 2016.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 123 p.
- AZEVEDO, Ângelo José Pimentel de; ARAÚJO, Aurigena Antunes de; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do sngpc e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 21, n. 1, p. 83-90, jan. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
- BLAY, Sergio L. et al. Factors associated with antidepressant, anxiolytic, and other psychotropic medication use to treat psychiatric symptoms in the city of São Paulo, Brazil. **International Clinical Psychopharmacology**, [s./l.], v. 29, n. 3, p. 157-165, maio 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 09 abr. 2001.
- BRASIL. **Uso de Medicamentos e Medicalizações da Vida**: recomendações e estratégias. [recurso eletrônico]: Ministério da Saúde Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos: 2018. 33 p.
- BRASIL. **Uso de medicamentos e medicalização da vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico]: Ministério da Saúde: 2019.
- BRZOWSKI, F. S. Relações de poder em casos de dependência de álcool e outras drogas: uma reflexão. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [s. /l.], v. 12, n. 32, p. 34-55, 2020.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s./l.], v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO).
- CORBANEZI, Elton. **Saúde Mental, depressão e capitalismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2021. p. 244.
- FIGUEIRÉDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**. Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014.
- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972. 608 p

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. **Medicalização em Psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. 148 p.

FURTADO, Mariana. Regulação Biotecnológica do Sofrimento e Eviscção do sujeito: efeitos sobre a condição humana. *In*: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018. Cap. 3. p. 39-56.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Pesquisa de representação social**: um enfoque quali-quantitativo. 2. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. p. 224.

LEO, Jonathan; LACASSE, Jeffrey R. The Media and the Chemical Imbalance Theory of Depression. **Society**, [s.l.], v. 45, n. 1, p. 35-45, 28 nov. 2007.

LIMA, Elaine Aparecida de. **Eu, tu, elas**: os atravessamentos dos discursos de gênero na medicalização do sofrimento psíquico de mulheres. 2019. 111 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2019.

MAIA, J. L. F. Saúde Mental Pública no Brasil: Interfaces com a atenção básica à saúde. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [s. l.], v. 12, n. 33, p. 01-15, 2020.

MARTINS, Anderson Luiz Barbosa. **Biopsiquiatria e bioidentidade**: política da subjetividade contemporânea. 2005. 129 f. Dissertação (Doutorado) - Curso de Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 129.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONCRIEFF, J. *et al.* A teoria serotoninérgica da depressão: uma revisão sistemática das evidências. **Psiquiatria Mol** (2022). <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho Guareschi. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 404.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. BVS Atenção Primária em Saúde. **Quais os riscos do uso prolongado dos benzodiazepínicos?** 2016. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-os-riscos-do-uso-prolongado-dos-benzodiazepinicos/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

NUNES, B. S.; BASTOS, F. M. Efeitos colaterais atribuídos ao uso indevido e prolongado de benzodiazepínicos. **Saúde & Ciência em Ação**, Goiânia, v. 3, n. 1, p. 71-82, 2016.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Medicalização da Vida: Reflexões Sobre sua Produção Cultural. *In*: AMARANTE, Paulo; PITTA, Ana Maria Fernandes; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. **Patologização e medicalização da vida**: epistemologia e política. São Paulo: Zagodoni, 2018. Cap. 1. p. 11-16.

PASSOS, Rachel Gouveia. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, v. 38, p. 77-94, maio 2017.

SILVEIRA, Lia Carneiro; ALMEIDA, Arisa Nara; CARRILHO, Camila. Os benzodiazepínicos na ordem dos discursos: de objeto da ciência a objeto gadget do capitalismo. **Saúde e Sociedade**, [s./], v. 28, n. 1, p. 107-120, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO).

SOUZA, Janaina Ketelly Reis e; ALARCON, Patricia Pereira; MATTOS, Magda de; CASTRO, Ludiele Souza. Utilização de benzodiazepínicos em Estratégias Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva da Uefs**, [s./], v. 10, n. 1, p.67-74, 20 out. 2020. Universidade Estadual de Feira de Santana.

TEIXEIRA, Mirna Barros; RAMÔA, Marise de Leão; ENGSTROM, Elyne; RIBEIRO, José Mendes. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s./], v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO).

TIMIMI, Sami. **Medicina insana**: como a indústria de saúde mental cria armadilhas de tratamento prejudiciais e como você pode escapar delas. Tradução de Fernando Freitas. 2021. p. 289. [Recurso eletrônico].

VERAS, Mariana dos Reis. **A medicalização do sofrimento psíquico**: uma análise sob a perspectiva da teoria da subjetividade. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2017.

II CONGRESSO NACIONAL DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL. Manifesto de Bauru (1987). **Revista Insurgência**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 537-541, 2017.

CAPÍTULO III

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: INTERLOCUÇÃO COM A TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

Cristiano Patricio Junior¹
Graziela Cristina Luiz Damacena Gabriel²

SUMÁRIO

1. Introdução. **2.** Direito fundamental à saúde de crianças e adolescentes: a saúde mental a partir da teoria da proteção integral. **2.1.** A questão da infância: da teoria do menor à teoria da proteção integral. **2.2.** Do direito à vida e à saúde (mental) de crianças e adolescentes: uma interlocução constitucional e estatutária. **3.** As políticas públicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e a atenção especial para crianças e adolescentes. **4.** Os caminhos das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil. **5.** Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

A atenção ao sofrimento psicossocial de crianças e adolescentes ficou relegada em segundo plano na agenda política do Brasil até meados do século XX. Foi somente após um forte movimento de reestruturação institucional do Estado, no pleito popular de conquista de novos direitos, que a atenção à integralidade de cuidados com a infância e adolescência foi introduzida na base do sistema jurídico. A partir disso, a garantia de direitos sociais, como o direito à saúde, consubstancia-se pela atuação positiva do Estado na prestação por meio das políticas públicas. As políticas públicas para crianças e adolescentes inserem-se na garantia da *prioridade absoluta*, no reconhecimento da *condição especial de pessoa em desenvolvimento* e na condição de *sujeitos de direitos*.

¹ Mestre em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, foi bolsista Prosuc/Capes, modalidade II. Pesquisador do Nuped/Unesc. E-mail: crisitiano.cpj@gmail.com.

² Mestra em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc. E-mail: grazygabrieladv@gmail.com.

Desta forma, o problema de pesquisa do estudo desenha-se pela seguinte questão: de que forma se desenvolveram as políticas públicas de atenção à saúde mental articuladas, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, para garantia do direito fundamental à saúde de crianças e adolescentes?

Para aproximação de uma resposta, estipula-se a hipótese de que as políticas públicas para saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil, desenvolveram-se alinhadas aos processos sociais, políticos e reivindicatórios da saúde pública no país na década de 1980, pautadas no reordenamento institucional e na ruptura paradigmática promovida pela teoria da proteção integral incorporada pela Carta Constitucional; contudo, as estratégias, programas, ações e diretrizes de atenção à saúde mental da infância e adolescência, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), foram implementadas e organizadas de forma tardia pela agenda pública brasileira. Para ordenamento do estudo, será abordado inicialmente a transição histórica e paradigmática das concepções *menoristas* da infância para inclusão da *teoria da proteção integral* no direito brasileiro, bem como o reconhecimento do direito fundamental à saúde (mental) de crianças e adolescentes na Constituição Federal de 1988. Em seguida, será abordado o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas de atendimento à saúde de crianças e adolescentes. Por fim, será desenhado o panorama da articulação e implementação das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes no Brasil, por meio da estratégia dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). O método de procedimento utilizado foi o monográfico e o de abordagem, dedutivo, utilizando-se da pesquisa documental e bibliográfica.

2. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A SAÚDE MENTAL A PARTIR DA TEORIA DA PROTEÇÃO INTEGRAL

2.1. A questão da infância: da teoria do menor à teoria da proteção integral

Os direitos da criança e do adolescente adquiriram novos contornos a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. A Carta Constitucional foi responsável por reconhecer a teoria da proteção integral, promovendo uma verdadeira mudança paradigmática no ordenamento jurídico brasileiro, resultante da alteração substancial das interpretações históricas acerca da infância e adolescência no Brasil durante o século passado.

Ao longo do século XX, as interpretações jurídicas e sociais sobre a infância e adolescência no Brasil estavam calcadas na categoria do *menor*. A construção normativa do Código de Menores de 1927, buscou sistematizar a doutrina do direito do menor para criação de um

instrumento jurídico destinado àqueles/as meninos e meninas considerados *abandonados/as e delinquentes*. A legislação possuía um forte caráter repressivo, disciplinador, autoritário e estigmatizante que instrumentalizava a atuação do Estado na punição de crianças e adolescentes em condição de pobreza e exclusão social. Por meio da prática de institucionalização, objetivou-se retirar crianças e jovens das ruas e dos *ambientes viciosos* propensos a *delinquência, a vadiagem, a mendicância e a libertinagem* (LIMA, VERONESE, 2012).

O Código de Menores de 1979, que sucedeu a legislação anterior, instituiu a doutrina da situação irregular pela criação da categoria do *menor*, que reproduziu a condição de objetificação dos sujeitos pela lógica da incapacidade e do risco social, restringiu e violou direitos humanos fundamentais e instrumentalizou uma atuação estatal centralizada, autoritária e repressiva pautada pela Política Nacional do Bem-Estar do Menor. (CUSTÓDIO, 2009). Conforme elenca Mendéz (1993, p. 4), verifica-se uma tendência interpretativa nas legislações *menoristas* na América Latina daquele período: o pressuposto de uma divisão social da infância entre meninos/as e *menores* calcada em critérios econômicos; a centralização do poder tutelar do Estado na figura do Juiz de Menores; a patologização das situações de risco da infância; a criminalização da pobreza e a conseqüente negação sistemática das liberdades e dos princípios básicos/elementares dos direitos constitucionalmente garantidos à qualquer cidadão.

Paralelo a esse processo, uma mudança se operava no plano internacional na esteira da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. A Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959 estabeleceu diretrizes para a garantia dos direitos dos/as pequenos/as, calcada em um novo *enraizador para interpretação de seu texto*: o superior interesse da criança (VERONESE, FALCÃO, 2017, p. 17). Nessa lógica, buscou-se garantir o direito à proteção social desde o nascimento por meio do desenvolvimento humano em um ambiente de afeto, tolerância e amizade. Mesmo que não tenha imposto aspectos normativos aos Estados (*Soft Law*), a Carta de 1959 gerou um impacto expressivo na agenda política internacional da época (VERONESE, FALCÃO, 2017). A Convenção do Direitos da Criança de 1989 convoca o espírito da Carta anterior, ao enfatizar a necessidade de criação de instrumentos para a proteção da infância e a garantia de um amplo rol de direitos, por meio de legislações e políticas públicas que levem em conta os valores culturais da sua comunidade (VERONESE; PETRY, 2004).

Contudo, deve-se reconhecer que, aliado aos movimentos e pressões internacionais pela proteção à infância e adolescência, já se operava uma tensão/reivindicação por meio dos movimentos populares em território nacional. Segundo ensina Custódio (2008, p. 27), durante o movimento de redemocratização, o processo de introdução da doutrina da proteção integral se beneficiou dos movimentos sociais de defesa dos direitos da infância, que pautaram uma construção conjunta de diversos campos do conhecimento, de modo que a Teoria da Proteção Integral, para além de um construção jurídico-normativa ou uma

declaração de princípios da Organização das Nações Unidas (ONU), “incorporou na sua essência a rica contribuição da sociedade civil brasileira”.

Os movimentos sociais assumiram papéis importantes, tais como a canalização das reivindicações populares frente ao Estado, a luta pela inscrição de novos direitos, especialmente os direitos sociais, difusos e coletivos e a pressão para a efetivação dos direitos inscritos na Constituição. [...] os movimentos sociais constituem uma nova perspectiva de identidade social, na medida em que identifica novas subjetividades, articulando-as com vistas a um processo de transformação social, ou seja, sob uma perspectiva utópica do ainda não realizado (CUSTÓDIO; VERONESE, 2009, p. 70).

Aliado ao movimento internacional de (re)descoberta da infância, bem como das reivindicações de instituições, dos setores populares e da sociedade civil organizada durante o processo da assembleia constituinte, promulga-se a Constituição Federal de 1988 incorporando o paradigma da proteção integral no artigo 227, *caput*, que será materializado na garantia dos direitos fundamentais à infância e adolescência pela tríplice responsabilidade compartilhada. Assim, a Carta Constitucional de 1988 possui uma “nova base doutrinária, a qual implica que, fundamentalmente, as crianças e adolescentes brasileiros passem a ser sujeitos de direitos [...]; o indivíduo apreendido do ordenamento jurídico com possibilidades de, efetivamente, ser um sujeito-cidadão” (VERONESE, 2013, p. 49).

Por meio da diretriz constitucional, a instrumentalidade do conjunto de princípios e regras fundamentais se articula e se desenvolve por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ao promover um reordenamento político e institucional fundamentado na construção do sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente e da organização de redes descentralizadas na promoção dos direitos (CUSTÓDIO 2008). O artigo 3º da legislação estatutária estabelece às crianças e adolescentes o pleno gozo de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, os quais deverão ser assegurados por lei ou quaisquer outros meios necessários que permitam o acesso a todas as oportunidades de desenvolvimento digno e livre das suas potencialidades físicas, mentais, morais, espirituais e sociais (BRASIL, 1990). Esse conjunto de direitos deverá ser assegurado por meio da atuação conjunta da família, da comunidade, da sociedade e do Estado (artigo 4º do ECA e 227 da CF/88), pois a responsabilidade é mutualística, ou seja, exige-se uma atuação positiva de todos os atores fazendo da tríplice responsabilidade um verdadeiro sistema de compartilhamento de responsabilidade compartilhadas (SOUZA, 2016, p. 81).

A prioridade absoluta no atendimento das necessidades das crianças e dos adolescentes está inscrita no artigo 4º, § único, da legislação estatutária que compreende:

- a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e
- d) a destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 1990).

Os princípios estruturantes e concretizadores do direito da criança e do adolescente, em especial a própria *proteção integral*, estão diretamente vinculados à garantia da dignidade desses seres humanos que se encontram em *condição peculiar de desenvolvimento*, pois “[...] constituem-se em novas elementares para a construção paritária e igual da democracia, senão, do próprio regime democrático a ser renovado diuturnamente” (RAMIDOFF, 2007, p. 48).

2.2. Do direito à vida e à saúde (mental) de crianças e adolescentes: uma interlocução constitucional e estatutária

O direito fundamental à vida e à saúde das crianças e adolescentes está descrito no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, ao passo que imputa o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar a sua realização com absoluta prioridade (BRASIL, 1988). Da mesma forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 7º dispõe que a proteção à vida e à saúde será garantida “mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990). Não por acaso o direito à vida assume o protagonismo acima de todos os outros direitos: a vida constitui-se enquanto condição do *direito a ter direitos* e é pré-condição da própria dignidade da pessoa humana (SARLET, 2015). Na esteira dos direitos sociais garantidos em nossa base constitucional, reconhece-se que o imperativo de preservação da vida humana não ocorre apenas pela ausência de enfermidades, mas por uma garantia dos *elementares padrões de dignidade* (SARLET, 2015).

Esse imperativo decorre de um processo histórico de evolução da própria questão social. A crise do Estado liberal se pautava na intervenção mínima em assuntos econômicos e pela pouca interferência legislativa nos direitos individuais e desenhou-se pelo agravamento da desigualdade social, pela ausência de proteção trabalhista, pelo surgimento dos movimentos socialistas e pela necessidade de ampliação da máquina estatal (VIEIRA; VIEIRA, 2011). A emergência em apaziguar os conflitos sociais populares vai redefinir as bases axiológicas do próprio Estado e determinar uma postura positiva, intervencionista e garantidora de um rol de direitos fundamentais, substanciada no Estado de Bem-estar social (LIMA, VERONESE, 2012). Segundo Vieira e Vieira (2011), o Estado Democrático de

Direito, expressão do Estado Brasileiro atual, reorienta as perspectivas do direito à vida e à saúde, elevando-os à condição de direitos humanos fundamentais.

Contudo, ainda deve-se estabelecer o conceito de *saúde* para a plena compreensão da abrangência do direito fundamental. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946). Nessa perspectiva, pode-se entender que o conceito de saúde vai além das tensões entre o normal e o patológico; saúde busca concretizar as potencialidades dos sujeitos em uma vida digna. Na mesma esteira, a Convenção Americana de Direitos Humanos de 1969, ratificada no Brasil em 1992, entende a saúde como o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social que deverá ser garantido por meio do compromisso dos Estados-parte em reconhecer a saúde como bem público (VIEIRA; VIEIRA, 2011).

Conforme bem expressa o artigo 3º da Lei Orgânica Saúde (8.080/90), as determinantes e condicionantes dos níveis de saúde se expressam dentre outros aspectos na alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente sadio, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990b). Isto é, no acesso a um conjunto de bens e direitos sociais básicos para garantia de uma vida digna. Segundo Sarlet (2015, p. 327), o direito fundamental à saúde merece enorme destaque, pois é marcado pela interdependência e sobreposição de outros bens e direitos necessários à vida humana e que são autonomamente protegidos.

A perspectiva da proteção integral à infância e adolescência perpassa no reconhecimento da especial condição de pessoa em etapa de desenvolvimento físico, psicológico, mental e social que repercutirá ao longo de toda a vida. O necessário desenvolvimento sadio perpassa, dentre outros aspectos, pela atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, tanto na promoção, prevenção, assistência e reabilitação psicossocial, pois, segundo a OMS

Crianças e adolescentes com boa saúde mental são capazes de alcançar e manter bem-estar e funcionamento psicológico e social ótimos. Devem ter senso de identidade e autoestima, relações familiares e com seus pares sólidas e seguras, habilidade de aprender e produzir, capacidade para enfrentar os desafios do desenvolvimento e utilizar os recursos culturais para maximizar o crescimento. Além disso, boa saúde mental de crianças e adolescentes é crucial para que alcancem participação social e econômica ativa (RIBEIRO; PAULA, 2013).

Observa-se que para garantir a proteção integral do desenvolvimento psicossocial sadio de crianças e adolescentes, as políticas públicas de saúde mental devem ser orientadas pelos princípios da teoria da proteção integral. Da mesma forma que as

garantias normativas se desenvolveram em um processo de lutas históricas, a partir de uma visão transdisciplinar sobre o tema da infância, as políticas de atendimento à saúde mental devem ser transdisciplinares buscando a valorização das potencialidades dos sujeitos.

Segundo Benevides (2002), o trabalho em saúde mental, além do diagnóstico, deve trabalhar a promoção da saúde mental para não resumir as individualidades dos sujeitos no processo dicotômico do *patológico* e do *normal*, uma vez que a saúde permeia toda a multiplicidade de planos existenciais do indivíduo e de seus modos de viver. A garantia da prioridade absoluta, descrita no artigo 227 da Constituição Federal, se concretiza no artigo 4º do ECA quando dispõe uma preferência na realização das políticas sociais públicas à infância e adolescência. Segundo Custódio (2008, p. 34), além de critério interpretativo para a solução de conflitos, esse princípio torna-se uma *diretriz de ação para efetivação dos direitos fundamentais*, pois estabelece a prioridade de realização das políticas públicas e inclusive a destinação de recursos de forma privilegiada.

O princípio da ênfase nas políticas sociais básicas visa a promover o reordenamento institucional, provendo um conjunto de serviços de efetivo atendimento às necessidades de crianças, adolescentes e suas próprias famílias por meio de políticas de promoção e defesa de direitos, bem como, de atendimento em todos os campos destinados à efetivação dos direitos fundamentais (CUSTÓDIO, 2008, p. 35).

Da mesma forma, no campo das políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes, é dever do Estado garantir a promoção, prevenção, assistência e reabilitação psicossocial, bem como todos os mecanismos eficientes e necessários ao pleno desenvolvimento nesta etapa da vida de forma prioritária, orientada e atualizada com as transformações médicas e sociais (REIS, 2017).

Ao alçar à saúde (e à vida) enquanto direito fundamental, o texto constitucional buscou garantir o direito de todos/as no acesso universal e igualitário aos serviços de promoção, recuperação e proteção da saúde; ao mesmo tempo que reclamou o dever do Estado na prestação de saúde por meio de políticas sociais. Em uma leitura conjunta do texto constitucional (artigos 196 a 200, e 227 da CRFB/88) e estatutário (artigos 4º, 7º e seguintes da Lei 8.089/90), podemos compreender que a dimensão da proteção à saúde de crianças e adolescentes deverá ser realizada de forma prioritária, integral e respeitando:

- 1) a especial condição de pessoa em desenvolvimento; e
- 2) a condição de sujeitos de direitos.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A ATENÇÃO ESPECIAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A garantia ao direito de *saúde* foi drasticamente ampliada pela normativa constitucional. Inclusa no rol de direitos sociais básicos (artigo 6º da CFRB/88), a saúde passa a integrar a ordem social sendo dever do Estado garantir “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.” (BRASIL, 1988). O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS, Lei 8.080/90), vem para materializar a saúde como direito fundamental de todos e todas ao instituir um “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” (BRASIL, 1990b).

Para compreensão de Vasconcelos e Pasche (2006), o Sistema Único de Saúde pode ser entendido como um

[...] arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar [...] Assim, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços assistenciais. É um sistema complexo que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531-532).

A concepção do SUS foi permeada por um conceito ampliado de saúde ao longo do processo histórico-político-ideológico de problematização do *direito à saúde*, com forte participação da sociedade durante a redemocratização do Brasil nos anos de 1980. Destaca-se, nesse processo, o papel importante que desempenhou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) que congregou diversos intelectuais, movimentos e organizações estudantis, sindicais e comunitárias da área da saúde, todos e todas pleiteando a saúde pública universal (VIEIRA, 2013). O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

[...] sintetizou uma articulação da Sociedade no processo de abertura política do país e para que ele viesse a ocorrer, o que culminou em um rompimento com o modelo de monismo jurídico e da representação da cidadania, já que as bases normati-

vas do SUS não foram construídas pela democracia representativa, mas foram fruto do espaço de ágora que a Sociedade havia construído por décadas e que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde (VIEIRA, 2013, p. 315).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, se organizou em três grandes mesas-redondas para discutir a saúde como direito inerente à cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o seu financiamento. Segundo o relatório da Conferência Nacional de Saúde, a necessidade da participação popular é um dos princípios do sistema público de saúde e será realizado por meio das entidades representativas na formulação, gestão, planejamento, execução e avaliação das políticas e ações de saúde (VIEIRA, 2013).

Após os processos histórico-político-ideológicos que permearam a Assembleia Constituinte, no arranjo organizacional do SUS estabeleceram-se os *princípios doutrinários* e as *diretrizes organizativas* para direcionar e sistematizar todo conjunto de serviços, ações e programas prestados pelo Estado, formando “a base do ideário e da lógica da organização do sistema” (RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 334). Segundo a normativa constitucional e legal, compreendem os princípios doutrinários do SUS a *universalidade*, a *integralidade* e a *equidade*; e enquanto diretrizes organizativas para o funcionamento do sistema tem-se a *descentralização*, a *regionalização* e a *participação comunitária*. Destaca-se o princípio da *integralidade* que, segundo Matta (2007, p. 70-73), pode ser entendido por 4 sentidos:

- 1) histórico: pela contraposição à antiga dicotomia entre prevenção e assistência (cura) da saúde;
- 2) epistemológico: crítico ao reducionismo do processo saúde/doença, adotando um conceito ampliado de saúde;
- 3) de planejamento: para formulação de políticas públicas tendo em vista a atenção às necessidades de grupos específicos, como mulheres, idosos, crianças e adolescentes; e
- 4) das relações entre saúde, trabalho e educação, ou seja, da formação dos trabalhadores em saúde.

Nesse contexto, as políticas públicas atuam na concretização dos direitos pela ação do Estado. Segundo Bucci (2001, p. 13), “política pública é um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular” que congrega “[...] o fim da ação governamental, as metas nas quais se desdobra esse fim, os meios alocados para a realização das metas e, finalmente, os processos de sua realização”. Segundo o conceito proposto por Schmidt (2018), políticas públicas podem ser entendidas como “um conjunto de decisões e ações adotadas por órgãos públicos e organizações da sociedade intencionalmente

coerentes entre si, que, sob coordenação estatal, destinam-se a enfrentar um problema político” (SCHMIDT, 2018, p. 127). A concepção de resposta aos problemas políticos leva em conta a dinâmica entre as demandas e apoios que se originam no ambiente social (*inputs*) e a forma com que o sistema político processa as demandas na realização de ações e decisões (*outputs*) (SCHMIDT, 2018). Nessa dinâmica desenvolve-se um processo de retroalimentação: as respostas políticas da ação estatal geram novas demandas sociais em um ciclo sistêmico (SCHMIDT, 2018).

A partir dessa análise conjuntural, o desenvolvimento de políticas públicas leva em conta um campo de conhecimentos teóricos (acadêmicos) e empíricos (emanados do discurso popular) que buscam promover uma ação governamental ou modificá-la; “o processo de formulação de política pública é aquele através do qual os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real” (SOUZA, 2003, p. 5). Segundo Gelinski e Seibel (2008), o processo de formulação de políticas públicas deve levar em consideração tanto a concepção de Estado adotada quanto os sujeitos que as realizam (*policy makers*), pois ao estabelecer esses dois elementos definem-se o público-alvo das políticas públicas e quais as demandas sociais se tornam relevantes a ponto de ingressarem na agenda pública.

Atualmente, o direito à saúde insere-se no contexto do Estado Democrático de Direito comprometido com o bem-estar social e com a garantia ampla da realização das potencialidades dos sujeitos em uma vida digna. Porém, como visto anteriormente, as concepções históricas da infância e adolescência no Brasil obedeceram a uma certa linearidade pela lógica do *menorismo*, da delinquência e da criminalização da pobreza que definiam o “estado de coisas” que impediram essas demandas de ingressarem na “agenda política” (RUA, 1998).

Pela inauguração da sistemática constitucional, impõe-se o desenvolvimento de uma política pública de saúde integral, ou seja, especializada e que atenda às necessidades particulares de crianças e adolescentes enquanto pessoas em especial condição de desenvolvimento; conjugada com uma atuação integrada e coerente dos demais atores governamentais e não governamentais corresponsáveis por garantir a efetividade dos seus direitos. O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, a partir dos princípios do ECA, ampliou as possibilidades de articulação de estratégias de transformação social da infância e adolescência, fundamentada em uma organização de redes descentralizadas (CUSTÓDIO, 2008). As políticas de atendimento operacionalizam o sistema na medida em que norteiam a atuação de todo o conjunto articulado de ações. Conforme o artigo 88 do ECA, as diretrizes constituem-se: na municipalização do atendimento e criação de programas específicos para crianças e adolescentes; na criação dos conselhos como espaços privilegiados de participação popular nas três esferas da federação, enquanto órgãos deli-

berativos e controladores das ações; na manutenção de fundos vinculados às deliberações dos conselhos, dentre outras estratégias.

Nesse cenário, tendo como referência toda a sistemática inaugurada pela Constituição Federal de 1988, por meio da criação do SUS, da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90) e da atuação do Sistema de Garantia de Direitos do ECA (Lei 8.069/90), principalmente com as linhas de ação e diretrizes da política de atendimento estatutária (artigo 87 e 88 do ECA), pode-se destacar o desenvolvimento de um conjunto de estratégias de organização dos serviços de saúde direcionadas à atenção especial de crianças e adolescentes. São exemplos dessas estratégias: o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN - 2000); o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004); o Pacto pela Saúde (2006); Mais Saúde Direito de Todos/Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (2008); Rede Cegonha (2011); Brasil Carinhoso (2012); a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança em 2015; dentre outras estratégias intersetoriais, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) em 2002, que incluíram, ainda que tardiamente, as demandas oriundas do sofrimento psicossocial de crianças e adolescentes na agenda política brasileira.

As políticas públicas atendimento especializadas na garantia da atenção integral à saúde da criança e do adolescente operacionalizam um conjunto de princípios, diretrizes, estratégias, ações e responsabilidades dos órgãos públicos e são capazes de reordenar os serviços de saúde para garantir a integralidade de proteção dos direitos fundamentais dos meninos e meninas brasileiros.

4. OS CAMINHOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

As políticas públicas de saúde mental, até meados de 1970 no Brasil, seguiram as linhas gerais de atuação estatal europeia desde o século XIX, por meio do modelo manicomial e dos hospitais psiquiátricos de assistência aos portadores de transtornos mentais que se caracterizavam como instituições totais e punitivas, de desumanização dos sujeitos e de violação dos direitos e garantias individuais (MATEUS, 2013). Foi apenas na virada do século que as críticas ao modelo hospitalocêntrico foram capazes de buscar alternativas na assistência psiquiátrica comunitária baseada na desinstitucionalização manicomial (MATEUS, 2013).

Até então, as *políticas* públicas de assistência destinadas às crianças e adolescentes seguiam a mesma lógica: a institucionalização dos/as meninos e meninas pobres e estigmatizados/as. Segundo Rizzini e Rizzini (2004), a proposta de intervenção Estatal para os *menores abandonados e em situação irregular*, durante o período republicano e durante

a ditadura militar, pautou-se na internação em instituições de assistência como o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e a Fundação do Bem-estar do Menor (Fundabem), com forte caráter tutelar, repressor e punitivo.

A antiga prática de recolher crianças em asilos propiciou a constituição de uma cultura institucional profundamente enraizada nas formas de “assistência ao menor” propostas no Brasil perdurando até a atualidade. O recolhimento, ou a institucionalização, pressupõe, em primeiro lugar, a segregação do meio social a que pertence o “menor”; o confinamento e a contenção espacial; o controle do tempo; a submissão à autoridade - formas de disciplinamento do interno, sob o manto da prevenção de desvios ou da reeducação dos degenerados (RIZZINI; PILOTTI, 2011, p. 20).

Nas primeiras décadas do século XX, o caráter *higienista* e *menorista* elaborou seu discurso nas críticas às medidas correcionais e carcerárias do sistema adulto, privilegiando a prevenção e reeducação. Porém, na prática, as medidas adotadas eram sempre a segregação e o confinamento dos *menores* em instituições totais que reproduziam a mesma sentença punitiva; o objetivo era trazer maior vigilância e controle sobre a população pobre, afastando a *infância material ou moralmente abandonada* das famílias estigmatizadas pelo mito da desorganização (RIZZINI; RIZZINI, 2004; RIZZINI; PILOTTI, 2011). Nesse cenário, contribuíram para o fenômeno da institucionalização as representações sociais sobre a família pobre e *desestruturada*, ambiente do qual era papel do Estado proteger o *menor*.

A idéia de proteção à infância era antes de tudo proteção contra a família. Foi sobretudo, a partir da constituição de um aparato oficial de proteção e assistência à infância no Brasil, na década de 1920, que as famílias das classes populares se tornaram alvo de estudos e formulação de teorias a respeito da incapacidade de seus membros em educar e disciplinar os filhos (RIZZINI; RIZZINI, 2004, p. 39).

Em paralelo a esse processo histórico, as políticas públicas do campo da saúde mental adulta se desenvolveram alinhadas ao processo da saúde pública no Brasil. No contexto do reordenamento político-institucional que culminou com a Assembleia Constituinte, os debates sobre a saúde mental ganharam força pela forte participação dos movimentos sociais principalmente com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental em 1978, e com a posterior incorporação dos usuários do sistema, passando a denominar, em 1987, de Movimento pela Luta Antimanicomial (MATEUS, 2013). Todo o movimento de reforma culminou na edição da Lei n. 10.216/01 para direcionar a política nacional de saúde mental na garantia da proteção de pessoas que possuem sofrimento psicológico, por meio dos

cuidados comunitários para promoção da saúde e inserção social, adotando a internação hospitalar como medida de exceção (RIBEIRO; PAULA, 2013).

O debate sobre saúde mental infantojuvenil consolidou-se somente após o estabelecimento do sistema adulto de saúde, alicerçado pelas discussões dos movimentos sociais e pela introdução de novos paradigmas sobre a infância. Apenas no ano de 2001, com a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, elaborou-se um conjunto de deliberações, a partir da ampla participação da sociedade civil, para orientar a política nacional de saúde mental de crianças e adolescentes (PNSMCA), quais sejam:

- a)** a política orienta-se pelos princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Lei 10.216/01;
- b)** crianças e adolescentes são considerados como *sujeitos psíquicos* e de direitos;
- c)** a política pauta-se pela intersectorialidade como marca estruturante, pela construção de redes de cuidado com base territorial e pelas particularidades das crianças e adolescentes dos municípios atendidos;
- d)** a estratégia dos Centros de Atendimento Psicossocial (Caps) estende-se às crianças e adolescentes;
- e)** a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes vai além da medicalização e institucionalização, que deverão ser geridos com cautela; e
- f)** as ações de saúde mental opõem-se ao controle e ajustamento de conduta de crianças e adolescentes com sofrimento psicossocial (COUTO, DELGADO, 2015, p. 16).

Assim, a saúde mental de crianças e adolescentes foi atendida por duas ações primordiais: a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), por meio do SUS e a construção de estratégias intersectoriais de saúde mental para a assistência de crianças e adolescentes, que, segundo Couto e Delgado (2015), constituem a *rede intersectorial potencial*. Posteriormente, em 2011, definiram-se as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que para além da reestruturação institucional dos serviços de saúde, assume a perspectiva do cuidado em rede para a criação, ampliação e articulação de pontos de cuidado para pessoas com sofrimento psíquico; destina-se a criar uma rede de ambientes “[...] produtores de relações sociais, as quais estejam alicerçadas em princípios e valores que tenham como horizontes a transformação social e consequentemente, a construção de espaços sociais para as pessoas em sofrimento psíquico” (FERNANDES et. al; 2020, p. 730).

Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), criados em 2002 pela portaria n. 336, do Ministério da Saúde, tornaram-se a primeira e principal estratégia pública de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes no país, uma vez que se

fundamentam pela intersectorialidade e pelos cuidados de base comunitária e territorial para ampliação dos laços sociais e familiares (MATEUS, 2013).

O objetivo dos Capsi é oferecer atendimento à população infantojuvenil de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social, pelo acesso à escola, lazer, cultura, esportes, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O acompanhamento clínico realizado nos Capsi contempla atenção diária, intensiva, efetiva, personalizada e promotora de vida através de dispositivos como Projeto Terapêutico Singular e Técnico de Referência (RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 335).

Nessa perspectiva, existe uma mudança radical nas políticas de saúde na medida em que se busca romper com o modelo de silenciamento e apagamento proposto pela institucionalização. A regra é criar espaços que deem condições dignas para que o sujeito enfrente as suas vicissitudes e não se personifique a partir delas; é possibilitar o cuidado integral por meio de esforços comuns da família, da comunidade e dos espaços sociais em que estão inseridos.

Segundo Couto e Delgado (2015, p. 28), a inclusão, ainda que tardia, no debate político das demandas de saúde mental de crianças e adolescentes por meio da Reforma Psiquiátrica, representa “[...] a superação da desassistência e da ausência de modelos ou projetos de cuidado que amparassem ações cidadãs e não segregadoras”, diversas das práticas de intervenção Estatal que foram adotadas pela política de internação durante a vigência da concepção *menorista*. Os imperativos do desenvolvimento de uma política de atendimento específica para a atenção integral à saúde mental estão alinhados com os princípios norteadores do direito da criança e do adolescente, uma vez que atendem à especial condição de pessoa em desenvolvimento e a prioridade absoluta nas políticas sociais. Da mesma forma, uma nova experiência que se baseia no comunitarismo e no papel importante da família no processo atende à corresponsabilidade compartilhada no desenvolvimento pleno das potencialidades dos sujeitos.

Apesar dos avanços na construção de políticas públicas de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, segundo Ribeiro e Paula (2015), ainda é necessário um processo de construção tendo no horizonte uma maior organização e ampliação dos serviços de saúde, por meio

- a)** do desenvolvimento de uma maior na inserção comunitária;
- b)** da ampliação do número de CAPSi em todo o território brasileiro;
- c)** do aumento da acessibilidade e a qualidade dos serviços de atenção à saúde mental, principalmente nas ações de prevenção e promoção;

- d)** do investimento em serviços específicos às necessidades dos transtornos que acometem principalmente adolescentes, como ansiedade, depressão e automutilações;
- e)** da construção permanente das *redes de cuidado* pelo fomento de espaços (inter) setoriais de cuidado cotidiano, como encontros e reuniões dos profissionais da rede;
- f)** do investimento em equipes multiprofissionais para uma intervenção interdisciplinar;
- g)** da inclusão da família no desenvolvimento dos projetos terapêuticos singulares; e
- h)** do investimento em pesquisa, avaliação e monitoramento do processo de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes (RIBEIRO; PAULA, 2013, p. 338-343).

Segundo Couto e Delgado (2015), crianças e adolescentes são *sujeitos plenos* e como todo ser humano podem ser atravessados por sofrimentos e adoecimentos mentais que impossibilitam a construção ou manutenção de laços sociais. A construção de espaços e redes de cuidado deve levar em consideração a corresponsabilidade da família e da comunidade, a prioridade de tratamento e a condição especial de pessoa em desenvolvimento para não reduzir as ações de cuidado em *tratamento*, correção, reeducação ou adaptação de comportamentos.

5. CONCLUSÃO

A Constituição Federal de 1988 inaugurou o entendimento de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos os quais deverão ser garantidos com absoluta prioridade pela família, pela comunidade, pela sociedade e pelo Estado, conforme os preceitos da teoria da proteção integral instrumentalizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Nesse panorama, o direito fundamental à saúde de crianças e adolescentes será concretizado a partir da realização de políticas públicas que levem em consideração a especial condição de pessoa em desenvolvimento, a prioridade na sua formulação e implementação, a soma de esforços por meio da participação da família e da comunidade em corresponsabilidade e a orientação pelo paradigma da proteção em sua integralidade.

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) busca atender o direito fundamental à vida e à saúde por meio da materialização de um conjunto organizacional de serviços de proteção, promoção, prevenção e reabilitação que é marcado transversalmente pela participação social e popular.

Contudo, observa-se que a história das políticas sociais destinadas às crianças e adolescentes foi marcada pela desassistência, pelo apagamento e pela institucionalização enquanto estratégia Estatal de tratamento dos *menores abandonados e delinquentes*. Aliado a esse processo de estigmatização, o mito das famílias desestruturadas foi capaz de

expulsar o ambiente familiar e comunitário da proposta *higienista* e *menorista* de tratamento à saúde da criança e do adolescente.

Por isso, as políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes desenvolveram-se tardiamente em relação à atenção de saúde adulta. Foi apenas no processo democrático de lutas sociais pela atenção à infância e adolescência, aliado a todo o panorama internacional, constitucional e estatutário da proteção integral, que possibilitou-se desenvolver diretrizes, programas e ações de saúde mental de caráter integral e comunitário que considerassem a plena capacidade e possibilidade de desenvolvimento dos sujeitos no seio social. Destacam-se as ações promovidas pelo Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) enquanto ações provocadoras desse processo, mas ainda demandam ser fortalecidas para ampliação em todo o território nacional.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, Regia. Saúde Mental: a importância de se assegurarem direitos. In: **Clínica e política: subjetividade e violação dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: Te Corá, 2002, p. 171-177.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 2 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 20 ago. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 20 ago. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). **Direitos humanos e políticas públicas**. 2. ed. São Paulo: Pólis, 2001. p. 1-60.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, ago. 2015.

CUSTÓDIO, André Viana. **Direito da criança e do adolescente**. Criciúma: Unesc, 2009. p. 112.

CUSTÓDIO, André Viana. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, p. 22-43, jan. 2008. ISSN 1982-9957. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/657/454>. Acesso em: 14 maio 2021.

CUSTÓDIO, André Viana. VERONESE, Josiane Rose Petry. **Crianças esquecidas**: A exploração do trabalho infantil doméstico no Brasil. Curitiba: Multidéia, 2009.

FERNANDES, A. D. S. A., MATSUKURA, T. S., LUSI, I. A. O., FERIGATO, S. H., & MORATO, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 28, n. 2, p. 725-740. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>.

GELINSKI, Carmen R. O. G.; SEIBEL, Erni J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v. 42, n. 1 e 2, p. 227-240, out. 2008. Acesso: 25 ago. 2021.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **Os direitos da criança e do adolescente**: a necessária efetivação dos direitos fundamentais. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012. p. 243 (Pensando o Direito no Século XXI; v. 5).

MATEUS, Mário Dinis. Aspectos históricos das políticas de assistência em saúde mental. In: MATEUS, Mario Dinis (org.). **Política de saúde mental**: do caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 54-75.

MATTA, Gilmar Corrêa. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; MOURA, Ana Lucia. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 61-80.

MÉNDEZ, Emilio García. **Direito da Criança Legislaciones infante juveniles en América Latina**: modelos y tendencias. Brasília: Online, 1993. 112 p. Disponível em: <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wpcontent/uploads/2013/12/Legisla%C3%B3n-infante-juveniles.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

RAMIDOFF, Mário Luiz. **Direito da Criança e do Adolescente**: por uma propedêutica jurídico-protetiva transdisciplinar. 2007.432 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/12287>. Acesso em: 26 ago. 2021.

REIS, Patrícia dos. O direito fundamental à saúde sob a ótica do princípio da proteção integral: um estudo em face da obesidade infantil brasileira In: VERONSE, Josiane Rose Petry. **Direito da criança e do adolescente**: novo curso - novos temas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. p. 11-41.

RIBEIRO, Edith Lauridsen; PAULA, Cristiane Silvestre de. Política de saúde mental para crianças e adolescentes. In: MATEUS, Mario Dinis (org.). **Política de saúde mental**: do caps Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 322-346.

RIZZINI, Irene; PILOTTI, Francisco. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio, 2004.

RUA, Maria das Graças. **Análise de políticas públicas:** Conceitos Básicos. Washington, Indes/BID, 1997. Disponível em: <https://www.univali.br/pos/mestrado/mestrado-em-gestao-de-politicas-publicas/processo-seletivo/SiteAssets/Paginas/default/RUA.pdf> Acesso em: 20 ago. 2021.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais:** uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12 edição. Livraria do Advogado, 2015.

SCHMIDT, João Pedro. **Para estudar políticas públicas:** aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. Revista do Direito, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set. 2018.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, [s./], n. 16, p. 20-45, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-45222006000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2021.

SOUZA, Ismael Francisco de. **O reordenamento do programa de erradicação do trabalho infantil (PETI):** estratégias para concretização de políticas públicas socioassistenciais para crianças e adolescentes no Brasil. 2016. 279 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Direito - Mestrado e Doutorado em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11624/1304>. Acesso em: 20 ago. 2021.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHÉ, D.F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G.W. *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 531-562.

VERONESE, Josiane Rose Petry. A proteção integral da criança e do adolescente no direito brasileiro. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Brasília, v. 79, n. 1, p. 38-54, mar. 2013. Trimestral. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12178/38379>. Acesso em: 20 ago. 2021.

VERONESE, Josiane Rose Petry. FALCÃO, Wanda Helena Mendes Muniz. A criança e o adolescente no marco internacional. In: VERONESE, Josiane Rose Petry. **Direito da criança e do adolescente:** novo curso - novos temas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. p. 11-41.

VERONESE, Josiane Rose Petry; João Felipe Corrêa. **Adoção internacional e mercosul:** aspectos jurídicos e sociais. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2004, p. 277.

VIEIRA, Reginaldo de Souza; VIEIRA, Roseli Schminski. O direito à saúde da criança e do adolescente. In: CUSTÓDIO, André Viana; VIEIRA, Reginaldo de Souza (org.). **Estado, política e direito:** políticas públicas e direitos sociais. 3. ed. Criciúma: Unesc, 2011. p. 79-100.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A Cidadania na República Participativa:** pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde. 2013. 540 f. Tese (Doutorado em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CAPÍTULO IV

DESEMPENHO DOS HOSPITAIS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM SANTA CATARINA POR MEIO DO MÉTODO DA ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS (DEA)

Debora Aparecida Almeida¹
Dimas de Oliveira Estevam²
Reginaldo de Souza Vieira³

-
- ¹ Doutora em Desenvolvimento Socioeconômico pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc. (2023). Foi bolsista Fapesec. Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Regional de Blumenau (2006), graduada em Administração pela Universidade do Contestado (1994), especialista em tecnologias em educação a distância pela Universidade do Contestado - UnC (2014). Foi professora da Universidade do Contestado - UnC durante 25 anos. Tem experiência profissional na área de comércio varejista e também em estudos, pesquisas e projetos no âmbito governamental. Foi Gerente de Desenvolvimento Econômico Sustentável e Agricultura da Secretaria de Desenvolvimento Regional de Curitiba e também desempenhou atividades na área de captação de recursos nesta área vinculada a Associação dos Municípios da Região do Contestado - Amurc. Atuou como membro titular do Comitê de Ética em Pesquisa [UnC]. Atualmente integra a Associação Catarinense de Pesquisadores em Economia Catarinense. E-mail: almdebora@gmail.com
- ² Doutor em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (Ufsc) em 2009. Realizou pós-doutoramento pelo Centro de Investigação em Sociologia Econômica e das Organizações (Socius) vinculado ao Instituto Superior se Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Lisboa (ULisboa) em 2017. Mestre em Administração e Bacharel em Economia pela UFSC. Pesquisador e Docente Permanente (Mestrado e Doutorado) do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor colaborador do PPGD/Unesc (Programa de Pós-Graduação em Direito). No âmbito da Educação Superior exerce as seguintes funções: Editor-Chefe da EdiUnesc e Presidente do Conselho Editorial da Editora da Universidade do Extremo Sul Catarinense (EdiUnesc), Coordenador do Programa de Ações em economia solidária (Paes/Unesc) e Coordenador-Adjunto do PPGDS/Unesc. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Desenvolvimento Socioeconômico, Agricultura Familiar e Educação do Campo (Gidafec). Professor do Curso de Graduação em Ciências Econômicas da Unesc. Foi Presidente da Associação de Pesquisadores em Economia Catarinense (Apec) entre 2013 e 2017. E-mail: doe@unesc.net.
- ³ Doutor (2013) e Mestre (2002) em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor, pesquisador e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/Unesc). Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor titular da Universidade do Extremo Sul Catarinense, com atuação na graduação em Direito. Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro da Rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro e Coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da Rede de Pesquisa Direito e Políticas Públicas (RDPP). Membro da Rede Egrupe. Membro da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (RECIJUR). Advogado. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com.

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Procedimentos metodológicos. 4. Apresentação de resultados. 5. Os principais resultados da pandemia em Santa Catarina. 6. Conclusão. Referências

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo trata da pandemia do COVID-19 e especificamente como a pandemia afetou a reestruturação do trabalho por parte do ambiente da saúde, especificamente o atendimento dos hospitais.

Santa Catarina, segundo informações do boletim epidemiológico, teve a maior alta de confirmações da Covid-19 desde o início da pandemia. Já foram confirmados casos em todos os 295 municípios catarinenses e 246 cidades registraram pelo menos um óbito. O Governo do Estado estima que haja 285 cidades com casos ativos. O local com a maior quantidade de confirmações de infecção pelo novo coronavírus é Florianópolis, que soma 34.922 casos. Em seguida, estão Joinville (34.494), Blumenau (22.084), São José (19.271), Criciúma (14.873), Palhoça (13.046), Balneário Camboriú (12.909), Itajaí (12.532), Chapecó (11.198) e Brusque (10.751)

A taxa de ocupação dos leitos de UTI pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina é de 88,3%. Isso significa que, dos 1.458 leitos existentes no estado, 171 estão livres e 1.287 estão ocupados, sendo 651 por pacientes com confirmação ou suspeita de Covid-19. (SANTA CATARINA, 2020).

Os argumentos favoráveis ao estudo são: a pesquisa se ocupará explicitamente de medidas econômicas que avaliam a relação entre insumos e produtos ou custos e produtos. Os inputs, outputs e os custos para o cálculo da produtividade tendem a estar disponíveis nas informações de execução físico-financeiras dos órgãos governamentais.

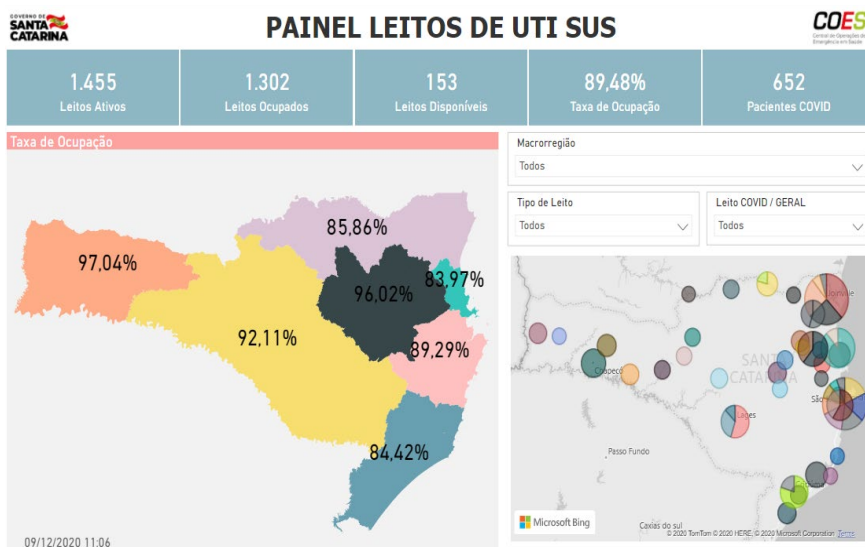
Também é importante salientar que, dada a relevância do estudo tanto para o setor de saúde quanto para o setor público, registrar quais são os níveis de eficiência dos investimentos e seus critérios é de fundamental importância para tomada de decisão.

São 49 hospitais prestando atendimento aos pacientes, destes, 1210 leitos de UTI ativos e 396 novos leitos de UTI foram ativados (conforme a figura 1). Dos 1.376 leitos 1455 de UTI existentes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Santa Catarina, há 1302 ocupados, sendo 652 por pacientes com confirmação de infecção por coronavírus. A ocupação é de 89,48% e há 153 leitos livres atualmente. (SANTA CATARINA, 2020)

Porém para que se possa avaliar a eficiência do processo não somente do ponto de vista da área de saúde e ajustá-lo as questões econômicas convém utilizar outras métricas, neste sentido cabe aqui buscar uma análise criteriosa e técnica partindo da análise

envoltória de dados, também muito utilizada na área de saúde para avaliar a eficiência dos investimentos públicos. Neste caso será útil para avaliar o quão eficiente os recursos estão sendo destinados para dirimir os impactos provenientes da pandemia.

Figura 1: Total de leitos de UTI ativos



Fonte: Santa Catarina (2020).

Na plataforma governamental do Estado de Santa Catarina, estão disponibilizadas as informações necessárias para definição dos inputs e outputs necessários para elaboração do método de pesquisa e da sua aplicabilidade.

A problemática apresentada centra-se nos seguintes aspectos:

- a) Os benefícios gerados justificam os custos?
- b) É possível obter melhores resultados por um custo equivalente ou inferior?
- c) Existem alternativas de intervenção mais eficientes?

O objetivo geral será analisar os padrões de desempenho dos hospitais do Estado de Santa Catarina quanto ao enfrentamento da Pandemia do COVID-19 por meio da análise envoltória de dados (DEA), especificamente nas regiões Meio Oeste, Serrana e Grande Florianópolis.

As dificuldades que poderão surgir são: identificar o produto relevante de um processo da intervenção nem sempre é simples; integrar o conceito de qualidade à medida de produtividade é, no mínimo, um desafio complexo. A produtividade é uma medida interna

do sistema de entregas da política, nada pode dizer sobre os resultados para os destinatários da política.

Como objetivos específicos destacam-se: identificar os produtos e recursos que compõe a intervenção e sua sistemática; estabelecer critérios de produtividade por meio da eficiência e suas particularidades; avaliar o desempenho dos processos previamente definidos conforme constam seus indicadores.

Na primeira parte do artigo apresenta-se a introdução, problemática, justificativa e objetivos, na segunda parte estão esboçados os referenciais teóricos sobre políticas públicas e saúde, na terceira parte segue os procedimentos metodológicos os quais estabelecem o método, procedimentos, técnica e análise, na quarta parte apresentam-se os resultados obtidos e sua análise. Por fim, na quinta parte as considerações finais encerram a parte textual do artigo em seguida são apresentadas as bibliografias utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A representação dos estudos sobre política se configura da seguinte maneira:

Figura 2: Representação dos estudos de política



Fonte: adaptado de Mattos e Baptista (2015).

A seguir, descreve-se resumidamente quais seriam os principais pontos considerados para uma narrativa de representação dos estudos sobre política conforme Mattos e Baptista (2015).

O primeiro ponto: quer dizer que ao analisar uma política é preciso considerar primeiramente onde ela se insere na história geral, bem como reconhecer sua história específica.

O segundo ponto: remete à compreensão de que são os sujeitos que fazem a história. Partimos do reconhecimento de que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos e que existem diferentes inserções dos mesmos no debate e processo político.

O terceiro ponto: os espaços de relação e negociação utilizados pelos sujeitos no processo de construção dos discursos da ação política. Na análise política convencional as arenas formais de negociação — o parlamento, a burocracia executiva, as arenas instituídas com a participação da sociedade civil organizada, os organismos internacionais e outros espaços incluídos no espectro de uma institucionalidade de governo seriam os principais âmbitos de investigação. Em alguma medida também se destacariam os ringues informais de negociação, como algumas redes de movimentos sociais que exercem interação mais direta com as instituições formais.

O quarto ponto: conteúdo de uma proposta política. Os conteúdos carregam o que há de saber em disputa e podem dar pistas importantes sobre as apostas em curso (MATTOS, BAPTISTA, 2015).

Para Lescura Freitas Júnior e Pereira (2013), a administração pública brasileira passou por três grandes momentos, desde que se iniciou a colonização do país pelos portugueses, até os dias atuais. Considerando-se na sua evolução o patrimonialismo interesses pessoais confundidos com os interesses públicos, a burocratização na qual a impessoalidade, normas claras e a hierarquia se sobrepõem aos interesses pessoais, e um terceiro ponto em que as práticas gerenciais privadas são inseridas nas práticas de gestão pública no intuito de agilização de processos.

Conforme Dagnino (2014), o objeto central visa compreender sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e avaliação) — que apresentam uma característica descritiva — e o objeto central aqui mencionado visa apoiar os elaboradores de política, juntando conhecimento a elaboração de políticas, contribuindo diretamente na tomada de decisões, revelando assim o caráter prescritivo ou propositivo, além disso os tipos de analistas de políticas públicas podem ser o técnico, aquele que atua na academia ou em pesquisa, o político que se interessa pela análise política e pela sua influência, e o empreendedor que quer usar a sua análise para influenciar a política.

A política pública⁴ como manifestação concreta do espaço da política enquanto ação estatal, pode ser instrumentalização com ou sem a sociedade. Também se consubstancia como um campo em disputa, seja no âmbito político quanto econômico, tendo em vista os interesses hegemônicos dos detentores do capital. Portanto, nesta disputa, a concretização, em especial de políticas públicas sociais, pode sofrer restrições em matéria de consolidação dos direitos fundamentais, a partir da lógica neoliberal e da redução de investimentos sociais.

Assim, observa-se a tendência tem sido a redução e a restrição de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado. As possibilidades preventivas e até redistributivas ficam cada vez mais restritas. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 significou um dos maiores avanços na política social brasileira, com possibilidade de estruturação tardia de um sistema amplo de proteção social, a partir dos princípios promulgados no artigo 194 do Capítulo II (Da Seguridade Social) Do Título VII (Da Ordem Social) da Constituição. O desafio da implementação destes princípios amplos, porém completos, não deu conta de uma seguridade social híbrida, distorcida, retardatária e inconclusa como a brasileira. O país foi pego no meio do caminho da sua tentativa de montar o seu estado do bem-estar social, atropelado pelo ajuste neoliberal.

Uma melhoria lenta de indicadores como taxa de mortalidade e educação básica durante os anos 1990, porém a pobreza e a extrema pobreza é acompanhada de uma pauperização das políticas sociais.

Instala-se o “**Estado de Mal-Estar**”, aquele que para Soares (2000) há restrição do acesso de bens de consumo coletivo e aos direitos sociais, e uma articulação entre assistencialismo focalizado que não pode ser confundido com assistência social, e mercado livre este último mercado consumidor.

A privatização gera um mal-estar entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, ao mesmo tempo que propicia um espaço lucrativo para o capital. O seguro e a assistência social ao longo do caminho foram incorporando uma roupagem Beveridgiana (inglesa) à previdência social constitucional ganhou ares de inspiração bismarckiana (alemã) e o sistema de proteção desde a Era Vargas ganhou uma cara perversa do sistema americano de mercado.

Conforme já sinalizado, os direitos mantidos na Constituição não ocorreu pela efetivação de um Ministério da Seguridade Social, sendo que as políticas de saúde, previdência

⁴ Ela é termo de difícil definição como nos ensina Albaladejo (2014). Secchi (2013, p.2), afirma que a política pública “possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante.”

e assistência social seguem com orçamentos e ministérios específicos, com fundos e conselhos específicos. Na esfera da previdência, tem-se a exclusão dos trabalhadores, que são os principais financiadores da gestão da política. Na saúde, o principal paradoxo é o Sistema Único de Saúde, fundado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, regionalização, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado, minado pela péssima qualidade dos serviços, falta de recursos, ampliação dos esquemas privados que sugam os recursos públicos e a instabilidade dos financiamentos (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Destaca-se que o Sistema Único de Saúde como concretização do direito humano e fundamental à saúde previsto na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 se consubstancia na qualidade uma “instituição jurídica criada pela Constituição Federal para organizar as ações e serviços públicos de saúde no Brasil” (AITH, 2007, p. 340).

Conforme Vieira (2013, p. 329): “o SUS não se constitui em uma política de governo, mas em um patrimônio da Sociedade brasileira, que é a sua mentora”.

Para Giovanella, Franco e Almeida (2020), sobretudo a partir de 2017, as ameaças ao modelo assistencial da universalidade, integralidade e equidade no SUS, o desmantelamento das políticas públicas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sob a justificativa de maior de maior autonomia ao gestor municipal, contribuindo para a redução e extinção das equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Dentre algumas mudanças ocorridas, destacam-se a universalidade dos recursos a partir de 2019 em que as políticas de APS sinalizam para o cuidado individual e as modalidades de financiamento sinalizam para perdas expressivas para maioria dos municípios.

Para Campos (2018), a sustentabilidade do SUS depende tanto de um novo profissional quanto de uma nova política de pessoal que dê conta da diversidade de regiões brasileiras e de novas especialidades.

É importante salientar pontos cruciais para a reorganização do SUS, os quais veremos a seguir:

Quadro 1: Consolidar e qualificar políticas e práticas de saúde

Acesso	Humanização e Qualidade	A qualidade concreta do cuidado são os pontos que, concretamente, mais interessam à população, todo o resto são meios.
Expansão da Estratégia	Saúde da Família	A reordenação do funcionamento da rede de serviços implica em reforçar o papel de regulação da Atenção Básica e informatizar o SUS mediante sistema integrado.
Filas	Insuficiência da Capacidade Instalada	Eliminar filas com investimento e melhor gestão de hospitais e serviços especializados.
Reordenamento da Área Hospitalar	Especialidades	Para isto será importante aplicar diretrizes da atenção primária de saúde em ambulatórios, dentre outras ações.
Serviços Isolados	Interligação Paciente/Familiar	(Interligação é realizada pelo paciente/familiar); utiliza departamentalização segundo categorias profissionais/especialidades.
Unidades de Produção	Equipes Interdisciplinares	Referência e apoio matricial, modelo de gestão que cobre responsabilidade por coorte de pessoas: instituir formas de cogestão do cuidado e de gestão participativa.
Comunicação e Integração	Sociedade e Sustentabilidade	A sociedade é fundamental para a democratização e para a sustentabilidade do SUS.

Fonte: adaptado de Campos (2018).

Compactuando com Campos (2018), quando tão bem faz a interligação entre as questões de qualificação e práticas da saúde também devemos alinhar a luta constante daqueles que vivem essa luta cotidiana, neste sentido, vale citar Dantas (2018, p.1)

Acreditamos que é preciso reconhecer os limites dessa forma de fazer política. O primeiro, diríamos, é de método: é um erro apostar todas as fichas na política institucional, nos arranjos pelo alto, que dispensam ou relegam a segundo plano a luta pela base e revela, em verdade, certo fetiche do Estado como lugar de poder, incolor, insípido e inodoro, e supostamente à disposição, para livre utilização, dos vencedores dos pleitos eleitorais. Esta crítica já foi iniciada pelo Movimento Sanitário, mas a despeito da pedagógica realidade que experimentamos, o *modus operandi*, ao que tudo indica, ainda pretende vida longa. Um segundo limite é de programa. É preciso que se diga: não há espaço para apostas políticas consequentes na construção de um Estado de bem-estar no Brasil, nem tampouco haverá conquistas (mesmo parciais e no interior dessa ordem) se não produzirmos o enfrentamento do capitalismo a partir das classes subalternas. A crise estrutural

do sistema do capital não comporta mais tais concessões de anéis para manutenção dos dedos, tanto nos países do capitalismo central quanto em formações sociais de caráter *dependente* como a nossa. Um terceiro limite que ressaltamos é prático e guarda coerência com os dois anteriores: a pesada ofensiva burguesa, global, sobre o Fundo Público⁵.

O SUS é de fundamental importância para a manutenção e a existência dos Hospitais regionais e comunitários, universitários e filantrópicos não há como atender a população sem apoio do Estado, não haverá um sem o outro.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa concentrou-se em um estudo descritivo de cunho quantitativo, permeado por um levantamento bibliográfico e documental alicerçado em dados obtidos via plataforma governamental: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/>. A população da pesquisa compreendeu os hospitais privados, públicos e comunitários do Estado de Santa Catarina das regiões do Meio Oeste, Serra e grande Florianópolis.

A Análise Envoltória de Dados (DEA) é uma técnica não-paramétrica que emprega programação matemática para construir fronteiras de produção de unidades produtivas (DMUs) que empregam processos tecnológicos semelhantes para transformar múltiplos insumos em múltiplos produtos. Foi utilizada nos anos 1970 nos Estados Unidos na área educacional para avaliar a educação inclusiva por Charnes, Cooper e Rhodes (1978) e no Brasil foi utilizada primeiramente pela Universidade Federal de Santa Catarina nos Estudos de Lapa, Lopes e Lanzer (1995).

Especificamente para este estudo, os insumos e produtos que foram utilizados são os seguintes:

⁵ De novo, é preciso que se diga: o tão debatido subfinanciamento do SUS não é apenas nem principalmente a causa do enfraquecimento das bandeiras do Movimento Sanitário, mas sim resultado concreto da nossa derrota na luta de classes no campo da Saúde. Não é possível combater a falta de recursos tão somente com a formação de frentes parlamentares, edição de leis e normas nem com a ocupação de postos-chave na máquina estatal. Mais do que um gargalo, o subfinanciamento do sistema grita o que não se quer ouvir: o SUS (mesmo não pleno nem totalmente público) não cabe na atual dinâmica do capitalismo internacional, que se expressa de forma particular no Brasil. Daí extraímos duas assertivas: 1. Entender rigorosamente e enfrentar radicalmente essa derrota é nosso papel enquanto trabalhadores e militantes da saúde; 2. Ignorar essa concretude, insistindo em apostas e métodos que não ameaçam o status quo, é sair derrotado já de partida.

(i) **Inputs de Número de Contaminados:** aqui serão coletados dados para saber quanto o número de contaminados no território catarinense. Especificamente as regiões estudadas.

(ii) **Inputs de capital:** número de leitos SUS. Os leitos de UTI e de isolamento são classificados como complementares pela COVID-19, no entanto, também fazem parte dos inputs de capital. Neste caso, quando existentes, eles foram somados ao total de leitos gerais, visto que a utilização principalmente dos leitos de UTI implica altos custos para o funcionamento do hospital.

(iii) **Inputs financeiros:** valor médio mensal recebido do SUS referente às internações cobradas durante o primeiro semestre de 2020. Essa variável tem sido comumente utilizada na aplicação da DEA.

Os outputs utilizados serão os seguintes:

(i) **Internações e Procedimentos da COVID-19 realizados no período:** foi considerado o número médio mensal de internações SUS.

(ii) **Proxy (indicador aproximado) de qualidade:** esse indicador avaliará a eficiência da taxa de repasses do SUS x Leitos disponíveis e os valores empenhados X curados-contaminados.

A importância da decomposição da eficiência resultará da capacidade de mensurar, para os hospitais, as magnitudes desses dois componentes da eficiência produtiva e, portanto, as suas importâncias relativas, possibilitando estimar o impacto de ações corretivas na redução das ineficiências. A análise final será do custo-benefício e do custo efetividade com um software específico⁶.

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Desde o começo da pandemia, em março de 2020, os dados foram sendo monitorados na plataforma governamental, porém para análise das informações pertinentes aos dados analisados as informações foram coletadas no final de novembro de 2020.

⁶ Sistema Integrado de Apoio a Decisão - SIAD (ÂNGULO MESA et al., 2005).

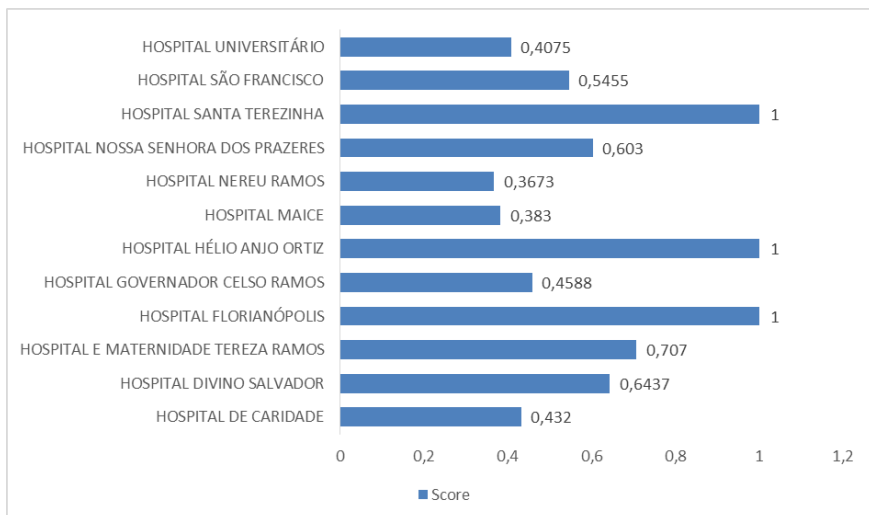
Figura 3: Risco potencial por região



Fonte: Santa Catarina (2020).

Dentre as 16 regiões de saúde do Estado, 14 estão em nível gravíssimo. Em relação ao boletim da primeira semana de dezembro, a região Foz do Rio Itajaí foi reclassificada, passando de gravíssimo (vermelho) para grave (laranja). A região do Extremo Oeste permanece em nível grave.

Gráfico 1: Score dos Repasses X Leitos



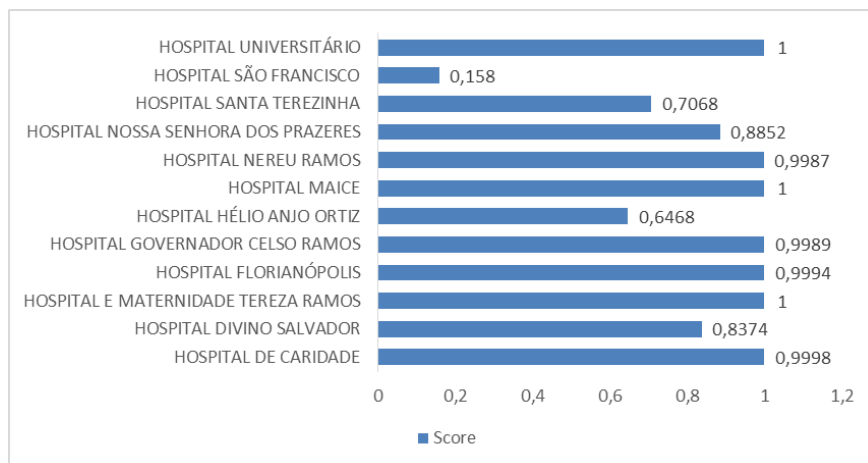
Fonte: elaborado pelos Autores (2020).

Conforme os repasses feitos pelo SUS e a quantidade de leitos de UTI disponíveis, os índices de eficiência ficaram assim determinados: o Hospital Santa Terezinha de Joaçaba, o Hospital Hélio Anjos Ortiz de Curitiba e o Hospital Florianópolis foram os mais eficientes com indicador máximo.

Na sequência, apresenta-se o Hospital e maternidade Tereza Ramos de Lages com indicador 0,707, depois vem o Hospital Divino Salvador da Grande Florianópolis com indicador de 0,6437, seguido do município de Lages com o Hospital Nossa Senhora dos Prazeres com indicador de 0,603, depois aparece o Hospital São Francisco de Concórdia com indicador de 0,5455 e em seguida o Hospital Governador Celso Ramos da Grande Florianópolis com 0,4588, aí vem o Hospital Universitário da Região Meio Oeste com 0,4075.

Por fim temos o Hospital Maice de Caçador com 0,383 e o Hospital Nereu Ramos de Florianópolis com 0,3673.

Gráfico 2: Valores Empenhados X Curados e Contaminados



Fonte: elaborado pelos Autores (2020).

Com relação aos valores empenhados e a capacidade instalada para atendimento aos contaminados caso precisem de cuidados e levando em consideração os curados que já fizeram uso da estrutura dos Hospitais, há que se considerar o desgaste dos equipamentos e em alguns casos até mesmo de pessoas. Nesta etapa, a situação vem se encontrando bastante caótica na maioria dos hospitais do estado, considerando a contaminação das equipes de saúde e a (quase) lotação das UTI's.

Em termos de eficiência, os mais eficientes foram o Hospital Universitário localizado no meio oeste catarinense, Hospital Maice de Caçador, e Hospital e Maternidade Tereza Ramos de Florianópolis, com índice de indicador máximo. Na sequência aparecem

o Hospital de Caridade, Hospital Florianópolis, Hospital Governador Celso Ramos, Hospital Nereu Ramos, todos da Grande Florianópolis, aí segue com o Hospital Nossa Senhora dos Prazeres da Região Serrana, retorna para Grande Florianópolis com o Hospital Divino Salvador, aí vem o Hospital Santa Terezinha do Meio Oeste e o Hospital Hélio Anjos Ortiz (Curitibanos) e por último o Hospital com o índice mais preocupante de todos que é o Hospital São Francisco (Concórdia) com um indicador de 0,158.

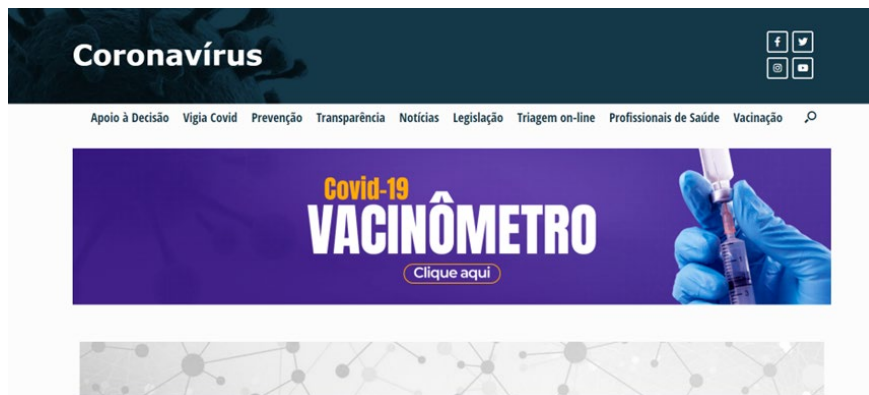
Como todos os demais Hospitais elencados tiveram seus índices de eficiência acima de 0,5 e a maioria acima 0,7, é possível inferir que seus empenhos suprem a demanda de contaminados de suas regiões. Em alguns casos, os hospitais acabam por atender demandas regionais mais amplas e esse fator também deve ser considerado como fator externo.

5. OS PRINCIPAIS RESULTADOS DA PANDEMIA EM SANTA CATARINA

É válido mencionar que o ano de 2021 foi decisivo para a área de saúde no Brasil, pois com o avanço da vacinação e todo esforço em ações de prevenção, não foi diferente no Estado de Santa Catarina.

O governo do Estado de Santa Catarina mantém um portal (<https://www.coronavirus.sc.gov.br/>) que apresenta dados e informações de âmbito estadual, regional e municipal.

Figura 4: Coronavírus



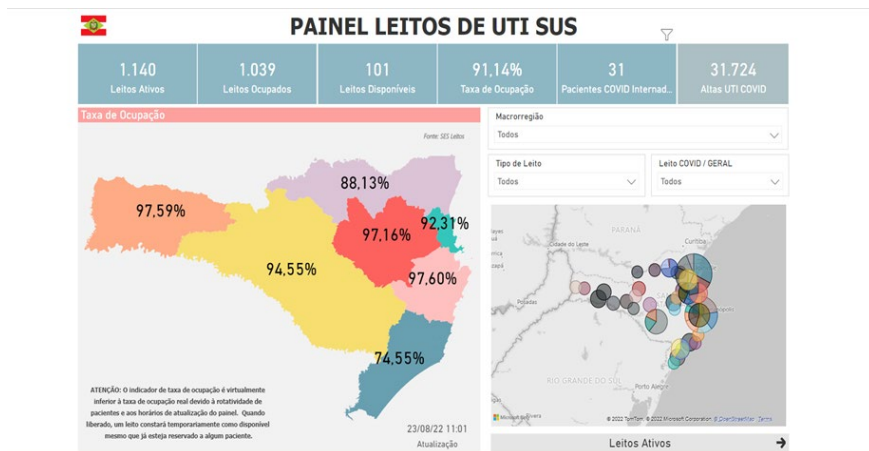
Fonte: Santa Catarina (2022).

Foram confirmados no Estado de Santa Catarina (de 2020 a 23 de agosto de 2022) 1.857.689 casos, destes o total de óbitos foi de 22.338, sendo que 57,52% eram homens e 42,48% eram mulheres. Outro ponto relevante é que nos casos confirmados 53,56% eram mulheres e 46,4% eram homens. Também é notório que 295 municí-

pios confirmaram pessoas positivadas e 294 municípios apresentaram óbitos. (SANTA CATARINA, 2022)

Os municípios com maior índice de confirmações de positivados foram: Joinville, Florianópolis, Blumenau, Chapecó, Itajaí, Jaraguá do Sul, São José e Criciúma. Os municípios com o maior número de óbitos foram: Joinville, Florianópolis, Itajaí, Chapecó, Blumenau, Criciúma, São José e Lages. Neste contexto, relacionando com as regiões em estudo apenas a Grande Florianópolis aparece com um número significativo de contaminados, já na relação que apresenta os maiores índices de óbitos temos duas regiões representadas a região da Grande Florianópolis e a Serra Catarinense.

Figura 5: Painel de Leitos de UTI



Fonte: Santa Catarina (2022).

Na segunda quinzena de agosto de 2022, o Estado de Santa Catarina (2022) tinha 1145 leitos ativos, 1039 leitos ocupados e 106 disponíveis, a taxa de ocupação foi de 90,74%, Porém com relação a pacientes com COVID internados o resultado é de 33 pacientes. A região da grande Florianópolis teve uma taxa de ocupação de 96,62% e a Região Serrana e do Meio Oeste com 92,12%.

No mesmo período, ou seja, na segunda quinzena de 2022, o total de doses de vacinas por região demonstra que a vacinação contribuiu de forma primordial para redução de óbitos. Na região da Grande Florianópolis foram recebidas 1.352.804 vacinas, foram aplicadas 1.243.197 restando 109.607 vacinas. Na região do Meio Oeste foram recebidas 280.285 vacinas, foram aplicadas 255.448 restando 24.837 vacinas. Na região da Serra Catarinense foram recebidas 318.146 vacinas, foram aplicadas 279.741 restando 38.405 vacinas (SANTA CATARINA, 2022).

6. CONCLUSÃO

A melhoria nos processos de tomada de decisão por parte dos gestores e pessoas diretamente envolvidas nas decisões nos ambientes de saúde, propiciando a possibilidade de repensar algumas questões e até reavaliar suas vivências e posturas, é um processo de aprendizagem e de reflexão que pode ser muito útil em um momento ímpar como esse que estamos vivendo na atualidade. Afinal, ter 89,48% das UTI's ocupadas causa espanto, medo, e remete-nos a refletir sobre o que aconteceu ao longo do caminho, que parte da lição não foi bem feita, são muitas as causas e muitos os problemas que estão sendo enfrentados e infelizmente estamos à beira do colapso.

A análise aqui apresentada revela que a maior participação das pessoas na participação política e social pode trazer melhores resultados, quando observamos os resultados e os indicadores é possível perceber onde os recursos estão sendo bem aplicados, onde poderão ser escassos e onde precisam de mais precaução, parcimônia e alento.

Um ponto bem interessante analisado é que os hospitais do interior do estado mostraram-se mais eficientes que os da Grande Florianópolis, comprovaram que conseguem gerir seus recursos em momentos de crise com eficiência e eficácia. Isso também voltou a acontecer em um cenário pessimista quando o comparativo de valores empenhados e capacidade instalada.

A análise ora feita demonstra o que foi bem feito ou não, e, em um cenário mais pessimista, o que pode ser caótico e como os hospitais poderão se precaver fazendo sua “lição de casa” antecipadamente, principalmente aqueles que nessa situação fora de controle atendem inúmeros municípios de seu entorno e que, vivem essa constante tarefa de instruir e educar para o óbvio.

Apesar da situação estar muito mais favorável em 2022, os cuidados e o monitoramento continuam ativos, mesmo com a abertura e flexibilização a qual os governos estaduais e municipais adotaram ainda há muita preocupação e cuidado principalmente para os grupos de risco.

Um fator que não pode deixar de ser elucidado é que os investimentos na área hospitalar que foram efetuados no estado e especificamente nas regiões da Grande Florianópolis, Serra Catarinense e Meio Oeste estão garantindo um melhor atendimento e infraestrutura para a população, considerando o alto índice de leitos ocupados nas UTI-s e a baixa ocupação de leitos por COVID.

Por fim, sugere-se a possibilidade de ampliação de estudos e pesquisas sobre a produção científica e no processo de informação no intuito de otimizar as operações de publicização de resultados.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

ALBALADEJO, Gema Pastor. Elementos conceptuales y analíticos de las políticas públicas. In: ALBALADEJO, Gema Pastor. **Teoría y Práctica de las Políticas Públicas**. Valencia – Espanha: TIRANT LO BLANCH: 2014.

ANGULO MEZA, L.; BIONDI NETO, L.; SOARES DE MELLO, J.C.C.B.; GOMES, E.G.; COELHO, P.H.G. Free software for decision analysis: a software package for data envelopment models. In: 7th **International Conference on Enterprise Information Systems – ICEIS**, 2005, v. 2, p. 207-212.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo Cortez, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601707&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2020.

CASADO, Frank Leonardo. Análise envoltória de dados: conceitos, metodologia e estudo da arte na educação superior. **Sociais e Humanas**, Santa Maria, v. 20, n. 01, jan./jun. 2007, 59-71.

CHARNES, A.; COOPER, W. W.; RHODES, E. Measuring the efficiency of decision making units. **European Journal of Operational Research**, v. 2, n. 6, p. 429-444, 1978.

DAGNINO, Renato *et al.* Metodologia de análise de políticas públicas. In: COSTA, Greiner; DAGNINO, Renato (Orgs.). **Gestão estratégica em políticas públicas**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2014, p. 51-114.

DANTAS, André Vianna. Saúde e luta de classes: em busca do que e como fazer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1715-1716, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601715&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 dez. 2020.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475&lng=pt&nrm=iso. Epub 06-Abr-2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 30 ago. 2020.

LAPA, J.S, LOPES, A.L.M e LANZER,E. Análise Envoltória de Dados aplicada à avaliação de IES: determinação dos pesos relativos e valoração dos insumos e produtos. **XXVII SBPO**, Vitória, 1995.

LESCURA C., FREITAS JR, D. B. e PEREIRA, R. **Aspectos culturais predominantes na administração pública brasileira**. Viçosa/MG: IV EMAPEGS, 2013. Disponível em: https://www.google.com.br/search?sourceid=navclient&hl=pt-BR&ie=UTF-8&r1z=1T4VASJ_ptBRBR511BR511&q=Aspectos+Culturais+Predominantes+na+Administra%C3%A7%C3%A3o+P%C3%BAblica+Brasileira+. Acesso em: 08 mar. 2020.

LOPES, A.L.M., LAPA, J.S. e LANZER,E. Eficiência produtiva em serviços governamentais: o caso da universidades federais brasileiras. **First International Congress of Industrial Engineering e XV Congresso Nacional de Engenharia de Produção**, São Carlos, 1995.

MATIAS, W. B.; MASCARENHAS, F. As transformações da atuação do Estado e as políticas sociais contemporâneas. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n.1, p. 120-134, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4755/475547478009/index.html> Acesso em: 15 mar. 2021.

MATTOS, Ruben Araújo de; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria, (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 509 (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde).

MACIEL, R.; ESTEVAM, D. O.; SALVARO, G. I. J. e BUSARELLO, C. S. A relação entre a Previdência Social Rural e a permanência dos/as idosos/as no campo residentes nos municípios da região da Amrec – Associação dos Municípios da Região Carbonífera. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. , v.19, p.621 - 638, 2014. Disponível em: [file:///D:/Downloads/42887-222242-1-PB%20\(2\).pdf](file:///D:/Downloads/42887-222242-1-PB%20(2).pdf) Acesso em: 24 jan. 2021.

SANTA CATARINA. **Coronavírus**. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/>. Acesso em: 24 maio 2020.

SANTA CATARINA. **Coronavírus**. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/>. Acesso em: 23 ago. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013

SESTELO, J. A. F. et al. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 26, Número Especial, p. 1097-1126, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n4art10> Acesso em: 24 jan. 2021.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na república participativa: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde**, 2013. 540 f. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Departamento de Engenharia de Produção-TEP. **SIAD**. Análise Envolvória de Dados. Disponível em: <http://tep.uff.br/software/> Acesso em: 24 maio 2020.

CAPÍTULO V

A COOPERAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA NA ESFERA LOCAL NO ÂMBITO DO ARCO SUL EM TEMPOS DE PANDEMIA DO CORONAVÍRUS: ANÁLISE DA PROPOSTA DE AJUSTE COMPLEMENTAR AOS ACORDOS ENTRE BRASIL E ARGENTINA E BRASIL E URUGUAI

Betieli da Rosa Sauzem Machad¹
Glênio Borges Quintana²
Ricardo Hermany³

-
- ¹ Doutoranda em Direitos Sociais e Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), no eixo temático de Diversidade e Políticas Públicas, com bolsa Prosuc/Capes, modalidade I (2021). Bolsista da Confederação Nacional de Municípios (CNM), convênio Apesc/CNM. Mestre em Direitos Sociais e Políticas Públicas pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), na linha de pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social, com bolsa Prosuc/Capes, modalidade II (2020). Pós-graduada em direito processual público pela Universidade de Santa Cruz do Sul - Unisc (2020). Graduada em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - Unisc (2016). Integrante do Grupo de Pesquisa Gestão Local e Políticas Públicas - coordenado pelo Prof. Dr. Ricardo Hermany; vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Unisc e certificado pelo CNPq. E-mail: betielisauzem@yahoo.com.br.
- ² Mestre em Direito pelo Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) com bolsa CNPq. Graduado em Direito pela Universidade da Região da Campanha (URCAMP). Integrante Grupo de Pesquisa Gestão Local e Políticas Públicas vinculado ao programa de Pós Graduação em Direito da Unisc. E-mail: glenioquintana@hotmail.com
- ³ Possui graduação em Ciências Jurídicas e Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996), mestrado em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul (1999), doutorado em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (2003), doutorado sanduíche pela Universidade de Lisboa (2003) e estágio pós-doutoral pela Universidade de Lisboa (2011). Atualmente é professor da Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Direito Mestrado/Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul ? UNISC. Tem experiência na área de Direito com ênfase em Direito Constitucional e Direito Administrativo, atuando principalmente nos seguintes temas: federalismo, poder local, municipalismo, (re)fundação do Estado, concretização da Constituição e crise do Estado-nação. E-mail: hermany@unisc.br.

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. O federalismo cooperativo brasileiro em tempos de Covid-19. 3. O direito à saúde na esfera local e as políticas públicas. 4. Análise da proposta de ajuste complementar aos acordos entre República Federativa do Brasil e República Argentina, e República Federativa do Brasil e República Oriental do Uruguai. 5. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

O modelo de sistema federal desenvolvido no Brasil e apoiado pela Constituição de 1988 enfrenta diversos desafios em razão da amplitude geográfica, da diversidade econômica e da capacidade de governança do país, tendo em vista seu tamanho continental e as peculiaridades encontradas em cada entidade da federação, especialmente no âmbito local. O impasse gerado por essa conjuntura política, econômica e estrutural resultou em diferentes posicionamentos no debate sobre centralização e descentralização, bem como em distintos rumos das políticas públicas.

Destaca-se que em termos de políticas públicas nas regiões de fronteira a realidade sofre impactos de amplitudes maiores, principalmente nas políticas voltadas para a concretização do direito à saúde, tendo em vista os atrasos ao longo da história que essas regiões sofreram, formando obstáculos ao desenvolvimento dos setores. Frisa-se que essa situação tem se agravado a partir da pandemia do coronavírus. Desta forma, o estudo desenvolvido nesta pesquisa apresenta como tema e objetivo geral o de analisar a cooperação em matéria de saúde pública na esfera local no âmbito do Arco Sul — Brasil, Argentina e Uruguai — no contexto da pandemia do coronavírus.

Desse modo, busca-se responder ao seguinte questionamento: os acordos existentes entre Brasil e Argentina e Brasil e Uruguai podem representar um avanço nas políticas públicas de saúde, visando concretizar eficientemente esse direito fundamental? Assim, visando responder ao problema de pesquisa, utiliza-se o método de abordagem dedutivo, tendo em vista que se parte da análise geral do federalismo no contexto da saúde — premissa maior —, buscando inferir dados específicos voltados para a cooperação em saúde pública na faixa de fronteira do Arco Sul — premissa menor.

Já o método de procedimento hermenêutico, visando a interpretação correta dos dados e materiais analisados. A técnica de pesquisa adotada volta-se à documentação indireta observando o fundamento das legislações existentes e de estudos bibliográficos contidos em livros, periódicos, dissertações e teses, além da abordagem referente a acordos firmados entre o Brasil e Argentina, e Brasil e Uruguai.

O estudo é dividido em três objetivos específicos, os quais visam: primeiro, estudar a formação do federalismo brasileiro e a divisão de competências federativas — comuns e concorrentes; segundo, verificar direito e as políticas públicas de saúde enfatizando a necessidade de cooperação na faixa de fronteira; por fim, terceiro, analisar os acordos celebrados entre Brasil e Argentina e Brasil e Uruguai relacionados com a temática da saúde, para verificar se tais acordos tendem a viabilizar a cooperação e prestar auxílio em matéria de saúde em tempos de Covid-19.

2. O FEDERALISMO COOPERATIVO BRASILEIRO EM TEMPOS DE COVID-19

A Federação é uma organização do Estado no qual apresenta-se como pressuposto a união política entre as partes, as quais são dotadas de autonomia — política, administrativa e financeira — nos limites da Constituição. Desse modo, sua instrumentalização ocorre por meio de uma constituição que estrutura o pacto federativo.

Cabe mencionar que não existe um modelo de federalismo universal, tendo em vista que cada Constituição e Estado detém as suas peculiaridades e não são idênticos. Bercovici (2004) ressalta que o objetivo do modelo de Estado Federativo é a unidade, na qual seja assimilada e respeitada a pluralidade. Contudo, ressalta-se que a autonomia não se opõe à unidade, mas à centralização em determinados setores e órgãos do Estado, ou seja, a autonomia é um sujeito ativo na formação da unidade estatal — participação.

Portanto, a essência do federalismo está pautada na unificação das totalidades políticas que sejam diferenciadas por meio de um conjunto de regras comuns, postas para que a colaboração comum seja efetivada entre os seus sujeitos, sendo os mesmos são dotados de autonomia para que ocorra a sua participação. Desta forma, Soares e Machado (2018, p. 19) destacam que por meio da análise da origem do federalismo é evidente a ideia de dupla autonomia territorial, apresentando como propósito o da garantia de uma nova institucionalidade voltada para a conciliação e maximização dos benefícios de uma comunidade política centralizada — Estado nacional — com a preservação da autonomia para os seus integrantes — descentralização.

O pacto federativo originado nos Estados Unidos da América exigiu um forte trabalho de “engenharia institucional”, tendo em vista a dupla autonomia territorial, do centro político federal (a União) e das subunidades federadas (os estados). Além disso, o modelo de sistema federativo instituiu um sistema de controles mútuos — sistema de freios e contrapesos institucionais (*checks and balances*) —, visando a limitação da atuação dos poderes central e subnacionais, oportunizando o equilíbrio de poder.

Frisa-se que a supremacia do Estado Federal em relação aos estados federados está consubstanciada na Constituição em três aspectos:

- 1) por meio do sistema de repartição de competências entre o Estado Federal e os estados federados;
- 2) a existência de princípios fundamentais da organização Federal; e
- 3) o estabelecimento de um tribunal supremo para ser o guardião da Constituição (BONAVIDES, 1998).

Nesse sentido, salienta-se as principais características do federalismo por intermédio de quatro premissas:

- 1) é necessário uma Constituição, ou lei máxima, que estabeleça a forma de Estado Federal;
- 2) que exista duas ou mais esferas de governo, federal ou estadual — vale frisar que no Brasil os municípios são incluídos como esfera de governo —, sendo tais esferas dotadas de autonomia financeira, ou seja, que tenham seus próprios recursos financeiros para os seus gastos; autonomia administrativa com capacidade de auto-organização dos serviços públicos; autonomia política para que elejam seus próprios governantes; evidencia-se, ainda, que os Estados federados são dotados de Poder Legislativo, Executivo e Judiciário, podendo inclusive formular suas próprias Constituições.
- 3) a indivisibilidade dos entes que compõem a federação; e
- 4) que seja implementada a repartição de competências entre os membros da federação (CASSEB, 1999).

Os limites da divisão dos poderes dependem da natureza e histórico da federação. Em alguns Estados que adotam o sistema federal a descentralização é mais proeminente concedendo aos Estados-membros competências mais amplas, como ocorre nos Estados Unidos da América. Já em outros a seara de competências da União é mais ampla, ao passo que é reduzida a atuação dos Estados, como no caso do Brasil, no regime da Constituição de 1967 e da Emenda Constitucional de 1969, em que foi construído um federalismo nominal. Por conseguinte, as federações com formação centrípeta tendem a ser mais descentralizadas e as de formação centrífuga são menos. (SILVA, 2006, p. 102).

Cabe mencionar que o processo de descentralização territorial é composto por diversas dimensões — política, legislativa, administrativa e fiscal —, sendo que essas variam de forma independente, além disso estabelecem configurações que tendem a distribuir, ao governo central, prerrogativas de formulação e poderes de coordenação para implementar políticas públicas através dos governos subnacionais, além de contribuírem para o desenvolvimento de políticas sociais e redistributivas. Portanto, outro ponto importante

ao se analisar o federalismo e seus efeitos é a descentralização administrativa, tendo em vista que essa pode gerar maior ou menor grau de autonomia subnacional, desconstruindo a noção de que toda descentralização pode significar maior poder aos entes subnacionais frente ao governo nacional.

Logo, a descentralização administrativa é conceituada como a transferência de competências para os entes subnacionais, sendo que essa deve estar acompanhada da descentralização fiscal para que não ocorra uma maior dependência de estados e municípios frente à União (SOARES; MACHADO, 2018).

Evidencia-se que com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, o modelo de federalismo brasileiro passou a ser voltado para a distribuição de poderes mais equilibrada entre todas as esferas de governo, tendo como finalidade o de diminuir as tensões existentes, anteriormente, no relacionamento desigual entre o governo central e os governos subnacionais. Por conseguinte, nota-se que a Constituição de 1988 enfatiza o federalismo cooperativo, em que o Estado visa garantir uma atuação solidária e coordenada para que sejam realizadas as metas comunitárias (PUCCINELLI JÚNIOR, 2012).

Desse modo, verifica-se que o sistema federal desenvolvido no Brasil e apoiado pela Constituição de 1988 tem como desafio o de enfrentar a amplitude geográfica, a diversidade econômica e capacidade de governança do país, o qual possui tamanho continental. O impasse gerado por essa conjuntura política, econômica e estrutural resultou em diferentes posicionamentos no debate sobre centralização e descentralização, bem como em distintos rumos das políticas públicas que redefiniram o papel do Estado no contexto de aprofundamento das reformas na década de 1990.

Ressalta-se que o Brasil adotou o modelo de Estado Federal para a divisão espacial do poder entre os entes — União, estados-membros, Distrito Federal e municípios —, nos termos do artigo 18, *caput* da Constituição de 1988, os quais são dotados de autonomia. Bonavides (2009) frisa que, conforme disposto no referido artigo, os municípios foram inseridos na organização político-administrativa da República Federativa do Brasil, formando, ao lado do Distrito Federal, a terceira esfera de governo, alterando substancialmente a tradição dual executada no federalismo brasileiro até então, ou seja, fazendo com que surja uma nova dimensão básica.

Ao contrário de muitas federações, a brasileira adota um sistema composto por três níveis de governo, formando um federalismo trino e *sui generis*, visto que no Direito comparado não existe nada semelhante, em razão de que os municípios foram incluídos como membros da federação dotados de autonomia. Destaca-se que por meio de tais pressupostos é construído um complexo sistema de distribuição de competências privadas, distribuídas horizontalmente, e de competências concorrentes, divididas verticalmente, sendo autorizada a participação dos entes subnacionais no âmbito das competências

próprias da União por meio de delegação. Assim como, por meio da cooperação subsidiária é assumida a responsabilidade da União auxiliar os entes menores, quando estes não conseguirem realizar as tarefas sozinhos.

Com isso, verifica-se que a partir de 1988 foram previstas normas de autonomia direcionadas diretamente aos municípios, ou seja, passou a estar previsto inclusive o poder de auto-organização, além de que todos os municípios passaram a dispor de competência para a elaboração de suas próprias Leis Orgânicas, conforme previsto no artigo 29 (BERCOVICI, 2004). Salienta-se que a Constituição prevê a autonomia municipal por meio dos artigos 18; 29; e 34, inciso VII, alínea “c, isto é, os entes locais possuem atribuições e capacidade de autoadministração, autogoverno e auto legislação (MEIRELLES, 2010).

De outro modo, cabe ressaltar que a Constituição de 1988 passou a enumerar a divisão de competências de forma diferenciada devido ao complexo quadro de entes federativos, ou seja, evidencia-se que a “coluna vertebral” que sustenta a repartição de competências entre os entes federativos encontra-se nos artigos 21 ao 30 da Constituição (CORRALO, 2012). Assim, as competências da União são divididas em: materiais concorrentes, no artigo 21, e legislativas privativas, no artigo 22; de acordo com o artigo 25, os estados-membros recebem a competência residual, e conforme disposto no artigo 18, §4º, possuem a competência para criar municípios. Para os municípios, a previsão de suas competências encontra-se expressa nos artigos 29 e 30.

A Constituição de 1988 também fez previsão expressa do federalismo cooperativo no Brasil nos artigos 23 e 24. Além disso, o artigo 24 estipula as áreas de competências legislativas concorrentes da União, estados-membros e Distrito Federal, e o artigo 23 prevê as competências materiais administrativas comuns para União, estados-membros, municípios e Distrito Federal. Portanto, todos os entes federados exercem competências comuns em condições de igualdade, sem qualquer subordinação, bem como a atuação de um não exclui a dos outros. De acordo com as diretrizes constitucionais, todos os entes possuem a obrigação de prestar os serviços relacionados às matérias do setor social.

Desse modo, evidencia-se que os entes federativos nos três diferentes níveis devem atuar em prol do interesse público de forma coordenada e cooperada, especialmente em demandas voltadas para à saúde pública, tendo em vista que os recursos são finitos e as demandas emergentes e necessárias. Além disso, acentua-se tal necessidade e o quadro se agrava diante da pandemia do coronavírus, o que justifica o interesse pela abordagem do direito à saúde e das políticas públicas.

3. O DIREITO À SAÚDE NA ESFERA LOCAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para estabelecer um conceito de saúde pública é necessário considerar a conjuntura social, econômica, cultural e política, tendo em vista que a saúde não possui o mesmo significado para todas as pessoas, sempre dependerá da época, da classe social, do lugar, dos valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas para sua promoção, proteção e recuperação (SCLIAR, 2007).

Quando se analisa a saúde, se torna comum dar uma conotação essencialmente individualista: o Estado é possuidor do papel de protetor da vida do indivíduo contra as adversidades (epidemias, ataques externos etc.) ou simplesmente garantidor da não violação à integridade física dos indivíduos (condenar atos de tortura e de violência física, por exemplo), tendo o dever de reparar o dano na ocorrência da violação desse direito (responsabilidade civil). Entretanto, a saúde também conta com uma conotação social, pois o Estado almeja a igualização social e isso inclui: prestar os serviços de saúde pública, fornecer medicamentos, construir hospitais em especial para ajudar as pessoas carentes.

Destaca-se que é possível conectar a saúde com a democracia, uma vez que exige a participação de todos na gestão do Sistema Único de Saúde, conforme determina o artigo 198, inciso III da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Nesse sentido, Vieira (2013) frisa que não basta cuidar das pessoas que estão doentes ou buscar a prevenção de todos contra o surgimento de novas doenças, mas sim executar ações que propiciem condições ao cidadão de possuir saúde. O direito à saúde foi positivado internacionalmente somente em 1948, por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

Dessa forma, a saúde deve ser pensada como um processo em construção e não como algo acabado, sendo influenciada pelo meio no qual o sujeito humano convive e pelas relações políticas, econômicas e sociais — algo em construção ou reconstrução em que a amplitude de seu significado irá depender dos interesses e das forças sociais envolvidas no processo. Assim, o espaço da saúde se qualifica como um ambiente em que a cidadania pode e deve ser exercitada, no qual as forças sociais que compõe a Sociedade atuam para que ela venha representar não unicamente uma promessa, mas se concretize como um instrumento de resgate da dignidade humana (VIEIRA, 2013).

Mediante esta lógica de equilíbrio entre liberdade e igualdade, o poder local, com base na participação popular, é o que se mostra com mais propriedade para resolver as demandas de saúde que a população clama. Desse modo, mesmo existindo uma definição universal — como no caso da OMS — e uma constitucional — como no art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) —, a forma como o direito à saúde é exercido depen-

de de como cada lócus comunitário define quais são as demandas prioritárias. O direito à saúde só pode ser verdadeiramente assegurado em uma organização estatal e social que dê forças ao poder local, vez que a responsabilidade deve ser especificada para que o direito seja garantido de forma plena (DALLARI 1988).

Além disso, evidencia-se que a Constituição de 1988 versa sobre a saúde em diversos momentos de seu texto, não limitando apenas a um direito social, mas sim discriminando os fundamentos de como esse direito será exercido. Neste sentido merece destaque:

- 1)** os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais que almejam o avanço da condição social (art. 7º, incisos IV e XXII);
- 2)** competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no que tange os cuidados da saúde (art. 23, inciso II);
- 3)** competência da União, dos Estados e do Distrito Federal para legislar concorrentemente sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24 inciso XII);
- 4)** competência dos municípios de prestar os serviços de atendimento à saúde (art. 30, inciso VII);
- 5)** intervenção da união nos estados e distrito federal (art. 34, inciso VII, “e”) e também nos municípios (art. 35, inciso III);
- 6)** a obrigação do ministério público de cuidar se os direitos estão sendo garantidos (art. 129, inciso II);
- 7)** a consolidação da saúde (art. 194);
- 8)** um dos elementos da seguridade social (art. 195);
- 9)** o conceito do sistema único de saúde (art. 196);
- 10)** a relevância pública das ações e serviços de saúde (art. 197);
- 11)** os princípios do SUS (art. 198);
- 12)** assistência à saúde empenhada pela iniciativa privada (art. 199, § 1º);
- 13)** as competências do SUS (art. 200);
- 14)** e o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar o direito à saúde à criança e ao adolescente (art. 227) (BRASIL, 1988; VIEIRA, 2013).

É importante salientar que demandas sociais estão sempre além da capacidade de atendimento das instituições públicas, pois diante da escassez de recursos o poder público tende a priorizar certas necessidades, relegando ou secundarizando outras. Desta maneira, as prioridades assumidas pelo governo constituem o cerne das políticas, devendo-se notar, todavia, que as respostas aos problemas muitas vezes atendem a certos interesses e não a todos, porque em uma sociedade desigual, o governo eventualmente adota medidas que beneficiam igualmente a todos (SCHMIDT, 2018).

As políticas públicas são compreendidas como mecanismos para efetivação de direitos, por meio dos quais o governante busca satisfazer os interesses públicos ou buscar soluções para os problemas sociais. Portanto, verifica-se que as políticas públicas são construídas a partir de uma série de ações e decisões consistentes com o propósito de atingir um único objetivo específico. Desta forma, o Poder Executivo pela via das políticas públicas visa implementar um plano de ação estruturado em fases, incluindo a tomada de decisões políticas, com o atendimento adequado das necessidades, tendo como escopo o de atender aos interesses públicos e satisfazer direitos ou resolver problemas sociais. (MILLON, 2010).

Bucci (2006) conceitua que a política pública é um plano de ação governamental, produzido por meio de um processo ou conjunto de processos juridicamente regulados, que visa coordenar os meios que estão à disposição do Estado e das atividades privadas para realizar objetivos sociais relevantes e políticos determinados. Portanto, a política pública deve buscar efetivas as metas definidas, de acordo com determinadas prioridades, utilizando os meios necessários para atingir a sua consecução e realizar em um determinado período de tempo.

A maioria dos governos adere a políticas focalizadas, ou seja, que sejam voltadas para certos segmentos da sociedade ou políticas universais que apoiam determinados grupos da população, como é o caso do Sistema Único de Saúde. Desta forma, frisa-se que é por meio da integração e combinação de umas e outras, com base no planejamento sistêmico, que se torna viável atender de melhor modo às necessidades da sociedade.

Além disso, verifica-se que nas democracias, a lógica política exige que os governantes atendam rapidamente às demandas sociais, sob pena destas se tornarem inviáveis, tendo em vista que as demandas sociais levam a constantes ajustes nas políticas existentes e ao surgimento de novas políticas. Portanto, política pública pode ser entendida como um conjunto de decisões e ações tomadas por instituições públicas e organizações da sociedade, que se articulam deliberadamente, pela coordenação estatal, buscando enfrentar problemas políticos (SCHMIDT, 2018).

Ressalta-se, ainda, que pesquisas práticas com ênfase nas políticas públicas que inclui diversos aspectos, enfatizando a eficácia da participação do cidadão e o discernimento em face das complexidades da gestão pública, em que o pleno entendimento das políticas cria condições para ações cidadãs mais qualificadas e potentes. O conhecimento dos cidadãos é muito importante, tendo em vista que é necessário que ele entenda os mecanismos e os dispositivos legais das políticas públicas que tendem a afetá-lo, quem participa da formulação, como implementá-las, quais interesses foram atendidos e quais não foram, principais forças envolvidas, espaços de participação existentes. Portanto, é

importante destacar que a pesquisa científica de políticas permite que os indivíduos percebam as complexidades que envolvem a gestão pública (SCHMIDT, 2018).

Cabe salientar que por meio dos entes locais a participação cidadã nas políticas públicas e na gestão torna-se viável, visto que estão mais próximos dos por dos cidadãos e de suas necessidades, entendendo e conhecendo a realidade que se perpassa e as políticas públicas necessárias para atender as demandas dos indivíduos inseridos em uma comunidade específica. Conforme Costa (2015), as entidades locais são fundamentais para o funcionamento das instituições republicanas, porque representam a escola de governo e o aprendizado da cidadania.

Desse modo, voltando-se para o contexto da pandemia do coronavírus, enfatiza-se a necessidade de existirem políticas públicas voltadas para o combate e que promovam a cooperação entre os países fronteiriços ao Brasil, tendo em vista a livre circulação existente. Além disso, a referida demanda torna-se latente em razão da extensa faixa de fronteira que o Brasil possui, a qual percorre 11 estados e 588 municípios.

Desta maneira, o Brasil, assim como os demais países com o qual ele faz fronteira, devem incentivar a cooperação nas fronteiras visando sempre a garantia da proteção dos direitos da população, especialmente na saúde pública, diante do quadro instaurado a partir da Covid-19. Com isso, passa-se a análise de acordos existentes entre os municípios do Arco Sul, que fazem fronteira com os municípios da Argentina e do Uruguai, os quais demonstram a intenção destes de formularem políticas públicas de cooperação entre municípios na área da saúde.

4. ANÁLISE DA PROPOSTA DE AJUSTE COMPLEMENTAR AOS ACORDOS ENTRE REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E REPÚBLICA ARGENTINA, E REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E REPÚBLICA ORIENTAL DO URUGUAI

Segundo a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 20, § 2º, a faixa de fronteira está definida como um espaço territorial de 150 km (BRASIL, 1988) que avança dentro do território nacional, contando essa quilometragem a partir da linha divisória — ou linha limítrofe — do Brasil com o país que ele faz divisa. Se um município está localizado dentro desta faixa de 150 km, ele é considerado um município de fronteira, não importando se existe outro município mais perto do país vizinho.

A faixa fronteiriça brasileira vai do estado do Amapá até o estado do Rio Grande do Sul, formando assim 15.719 quilômetros de fronteira, os quais percorrem 11 estados e 588 municípios. Com isso, esses necessitam de uma legislação distinta em algumas matérias,

pois apresentam demandas diferentes dos demais municípios, as quais formam um grande corpo de cidadãos brasileiros que devem ser ouvidos, uma vez que a população que reside nestes municípios fronteiriços é composta por aproximadamente 10 milhões de habitantes (BRASIL, 2007).

Também é importante a relevância da manutenção adequada da faixa, já que o Brasil faz fronteira praticamente com todos os países da América do Sul, com exceção somente do Chile e do Equador, enfatizando e não deixando dúvidas que o Brasil possui posição estratégica e força no continente sul-americano.

Essa localização privilegiada que o Brasil possui mostra uma potencialidade de realizar acordos benéficos para si e para os países vizinhos, no sentido de criar uma cooperação com mútuas vantagens. Algo comum a quase todos os estados brasileiros é terem as suas regiões de fronteira como área com menor índice de desenvolvimento humano e social do estado (PEIXOTO, 2017).

Existe uma divisão para a região da faixa de fronteira no Brasil dividida em 3 Arcos (BRASIL, 2005): o Arco Sul, referente ao estado do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná; o Arco Central que se refere aos estados de Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul; e o Arco Norte dos estados do Amapá, Pará, Roraima, Amazonas e Acre.

No caso dos municípios do Arco Sul — que fazem fronteira com os municípios da Argentina e do Uruguai —, frisa-se que existe um grande interesse na criação e fomento de políticas públicas que estabeleçam formas de cooperação entre municípios na área da saúde. Para isso tramita na Câmara dos Deputados a MSC 795/2018 — Ajuste Complementar ao Acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Argentina sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas para a Prestação de Serviços de Assistência em Emergência e Cooperação em Defesa Civil (BRASIL, 2018), celebrado em fevereiro de 2017.

Nesta MSC 795/2018, objetiva-se a complementação do acordo entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina sobre localidades fronteiriças vinculadas (BRASIL, 2016), a qual está em vigor desde 2011, além de trazer diversas políticas de cooperação entre os países, como a possibilidade dos cidadãos residentes nessas localidades encaminharem a Carteira de Trânsito Vicinal Fronteiriço, que garante a possibilidade de exercício de trabalho, ofício ou profissão em qualquer uma das localidades vinculadas, além de garantias de acesso ao ensino público e atendimento médico nos serviços públicos de saúde.

Além disso, também tramita a MSC 797/2018 — Ajuste Complementar ao Acordo de Residência, Estudo e Trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios para a Prestação de Assistência de Emergência e Cooperação em Defesa Civil (BRASIL, 2018b), celebrado em novembro de 2013. Esta propõe um ajuste ao acordo entre o governo da

República Federativa do Brasil e o governo da República Oriental do Uruguai para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços brasileiros e uruguaios (BRASIL, 2004). O acordo também tende a concretizar políticas de cooperação entre os dois países para trazer aos estrangeiros residentes em localidades fronteiriças direitos como: possuir residência na localidade vizinha, situada no território da outra parte; garantir o possível exercício de trabalho, ofício ou profissão no país vizinho; e frequentar estabelecimentos de ensino públicos ou privados.

Os dois acordos existentes entre as nações têm a mesma ótica, buscando a criação de instrumentos que promovam uma maior integração das comunidades fronteiriças, com o intuito de melhorar a qualidade de vida de suas populações. Este tipo de ação deve ser impulsionado no sentido de promover um processo de integração bilateral cada vez maior entre as nações e, nesse mesmo sentido, estão as duas propostas de ajuste complementar, para agregar maiores vantagens aos dois acordos em vigor.

Ambas propostas de ajustes complementares versam sobre a cobertura legal aos profissionais que ultrapassarem a fronteira de seu país para atuar no país vizinho em serviços de emergência quando este necessitar, assim como ter uma cobertura legal de seguro de responsabilidade civil para seus veículos de assistência e de emergência que cruzarem a fronteira.

Ademais, os ajustes preveem que ambos os países designaram os chamados Pontos Focais, que são localidades dentro da faixa de fronteira que serão onde os trabalhadores do país vizinho prestarão seus serviços de assistência e emergência, mantendo todos os seus direitos, benefício e garantias, isso é, seus direitos trabalhistas e seus direitos previdenciários seguem sendo regidos pelas leis de seu país de origem. Também é objetivo dos ajustes, além do amparo legal às equipes atuando em outro país, a livre movimentação na fronteira para veículos que estão em missão de assistência ou emergência de um município para outro, tendo assim a garantia de proteção para os bens públicos envolvidos, assim como servidores e terceiros.

O acordo já citado entre Brasil e Argentina foi firmado em Puerto Iguazú, em 30 de novembro de 2005, e entrou em vigor em 7 de julho de 2011, nos termos de seu artigo XII (BRASIL, 2016), e tem por objetivo estreitar as relações entre os dois países para melhorar a qualidade de vida da população de fronteira, como exposto no início do próprio texto do decreto, “tendo em conta que são coincidentes as vontades de criar instrumentos que promovam a maior integração das comunidades fronteiriças, buscando melhorar a qualidade de vida de suas populações” (BRASIL, 2016).

Nesta mesma vertente está o acordo citado entre Brasil e Uruguai, que também em seu texto inicial aborda os laços históricos de amizade entre os dois países, além de expor o desejo de reafirmar “soluções comuns com vistas ao fortalecimento do processo de

integração entre as Partes” (BRASIL, 2004). Este texto foi celebrado em Montevideu anos — antes mesmo do acordo entre Brasil e Argentina, em 21 de agosto de 2002 —, porém só entrou em vigor em 14 de abril de 2004.

Seguindo os mesmos objetivos dos documentos pré-existentes estão os dois Ajustes Complementares, que são de grande interesse para os municípios localizados na faixa de fronteira, tendo em vista que proporciona uma garantia legal para os profissionais do país vizinho poderem trabalhar e ajudar o país com suas demandas de emergência. Ainda, estabelecem seguro de responsabilidade civil para veículos de emergência que estejam atuando do outro lado de sua fronteira, isto é, possuem uma cobertura em caso de pagamento de indenização na possibilidade de haver danos corporais e materiais causados a terceiros.

Os municípios fronteiriços, sejam do Brasil, Argentina ou Uruguai, têm muito a ganhar com a livre circulação das equipes que poderão atender tanto as zonas urbanas, suburbanas e rurais de todas as localidades vinculadas. Esses espaços são designados por seus países correspondentes e têm o dever de solicitar, quando for necessário, o envio de equipes de atendimento de assistência e emergência para auxiliar a outra parte, as quais podem ser transportadas para a localidade vinculada do outro país por seus próprios veículos de emergência.

No entanto, mesmo com todas as vantagens — que os Ajustes Complementares podem propiciar aos municípios das três nações —, seu potencial não foi explorado ao máximo, visto que as propostas referidas em tais documentos poderiam abranger uma gama muito maior de necessidades que os municípios fronteiriços enfrentam. No texto dos referidos documentos está especificado que esta transição, tanto de equipes de assistência e emergência quanto de seus veículos, será restrita à hipótese de situação de emergência e condicionada à solicitação do auxílio da Nação que celebrou o acordo.

No texto dos dois Ajustes Complementares existe uma definição, comum aos dois documentos, referente ao serviço de assistência e emergência, abordando que: “Entende-se por “serviços de assistência de emergência” os atendimentos prestados em Localidades Vinculadas em ocorrências de menor magnitude, tais como incêndios e acidentes de trânsito”. Mas somente na MSC 795, que trata de ajustar o acordo já existente entre Brasil e Argentina, existe a definição de cooperação em defesa civil, que discorre: “Entende-se por “cooperação em defesa civil” os atendimentos prestados em Localidades Vinculadas em contextos de calamidade e desastres”.

Os dois Ajustes Complementares analisados pecam em cercear a livre transição de equipes de serviço de emergência e de veículos de emergência somente em casos de emergências ou no caso do acordo entre a República Federativa do Brasil e a República da Argentina, em situações de calamidade ou desastres. Desta forma, em razão da pandemia

do coronavírus torna-se necessário o cumprimento e o fortalecimento dos laços originados pelos referidos acordos, tendo em vista que tendem a gerar uma proximidade dos municípios brasileiros com os estrangeiros, concretizando a cooperação entre as fronteiras, visando o auxílio mútuo para a suprir as necessidades da população no enfrentamento do Covid-19.

5. CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido apresentou como tema e objetivo geral o de analisar a cooperação em matéria de saúde pública na esfera local no âmbito do Arco Sul — Brasil, Argentina e Uruguai — no contexto da pandemia do coronavírus. Além disso, buscou responder ao seguinte questionamento: os acordos existentes entre Brasil e Argentina e Brasil e Uruguai podem representar um avanço nas políticas públicas de saúde, visando concretizar eficientemente esse direito fundamental?

Desta forma, em primeiro enfoque estudou-se a formação do federalismo brasileiro e a divisão de competências federativas — comuns e concorrentes. Nesse sentido, constatou-se que todos os entes federativos devem atuar em prol do interesse público de forma coordenada e cooperada, especialmente em demandas voltadas para à saúde pública, tendo em vista que os recursos são finitos e as demandas emergentes e necessárias. Além disso, acentua-se tal necessidade e o quadro se agrava diante da pandemia do coronavírus.

Em um segundo momento, verificou-se o direito e as políticas públicas de saúde enfatizando a necessidade de cooperação na faixa de fronteira, em que se destacou a necessidade de existirem políticas públicas voltadas para o combate e que promovam a cooperação entre os países fronteiriços ao Brasil, tendo em vista a livre circulação existente. Além disso, a referida demanda torna-se latente em razão da extensa faixa de fronteira que o Brasil possui, a qual percorre 11 estados e 588 municípios.

Desta maneira, o Brasil, assim como os demais países com o qual ele faz fronteira, devem incentivar a cooperação nas fronteiras visando sempre a garantia da proteção dos direitos da população, especialmente na saúde pública, diante do quadro instaurado a partir da Covid-19.

Por fim, analisou-se os acordos celebrados entre Brasil e Argentina e Brasil e Uruguai relacionados com a temática da saúde, para verificar se tais acordos tendem a viabilizar a cooperação e prestar auxílio em matéria de saúde em tempos de Covid-19. Assim, notou-se que essa livre movimentação é vantajosa para as três nações não somente em casos como incêndios e acidentes de trânsito, mas também para casos menos graves, porém essenciais.

Assim, toda ambulância, não importando a gravidade da situação ao qual ela está atendendo, deve poder, em não havendo capacidade de suprir o atendimento em seu pró-

prio município, levar o paciente com sua enfermidade ao município vizinho do outro lado da fronteira, sendo o município registrado como uma das localidades vinculadas.

É uma realidade para alguns municípios da fronteira brasileira, assim como argentina ou uruguaia, que o município vizinho no seu próprio país seja demasiadamente longe para buscar certas demandas. Assim, se o município vizinho, de outra nação, fornecer tal atendimento e estiver em melhor logística, o cidadão — foco de toda a política pública — terá maior chance de ter sua enfermidade tratada.

Portanto, é necessário que ocorra um maior diálogo entre os atores, para que assim seja concretizada de melhor forma a cooperação entre os países em matéria de saúde pública, conforme objetivo dos acordos firmados, ou seja, viabilizando o acesso aos serviços e a concretização do direito fundamental à saúde para a população que ocupa as faixas de fronteira.

REFERÊNCIAS

BERCOVICI, Gilberto. **Dilemas do Estado Federal Brasileiro**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

BONAVIDES, Paulo. **Ciência Política**. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Programas Regionais. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira/Ministério da Integração Nacional**, Secretaria de Programas Regionais, Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira – Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=697-proposta-reestruturacao-do-programa-desenvolvimento-da-faixa-fronteira-7&category_slug=mercosul-162&Itemid=965. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Decreto nº 8.636/2016, **Acordo Entre a República Federativa do Brasil e a República Argentina Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas**. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/D8636.htm. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Decreto nº 5.105/2004, **Acordo Entre o Governo da República Federativa do Brasil e o Governo da República Oriental do Uruguai para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios**. 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/D5105.htm. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. MSC 795/2018 – **Ajuste Complementar ao Acordo Entre a República Federativa Do Brasil e a República Argentina Sobre Localidades Fronteiriças Vinculadas, Para a Prestação De Serviços De Assistência De Emergência e Cooperação em Defesa Civil**. 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2190323>. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. MSC 797/2018 - **Ajuste Complementar ao Acordo Para Permissão de Residência, Estudo e Trabalho a Nacionais Fronteiriços Brasileiros e Uruguaios, Para a Prestação De Serviços De Assistência De Emergência E Cooperação Em Defesa Civil**. 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2190344>. Acesso em: 18 ago. 2021.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de políticas públicas em direito. *In: Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.

CASSEB, Paulo Adib. Federalismo: aspectos contemporâneos. **Coleção saber jurídico**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 1999.

CORRALO, Giovanni da Silva. O poder municipal na elaboração e execução de políticas públicas. 2012. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 116-130, jan./jun. 2012.

COSTA, Nelson Nery. **Direito Municipal Brasileiro**. 7. ed. rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2015.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**, 1978.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito administrativo brasileiro**. 36. ed. São Paulo: Malheiros, 2010.

MILLON, Lara Vanessa. Participação popular nas políticas públicas municipais: eficácia e implementação. **Revista de Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 17, p. 59-71, 2010.

PUCCINELLI JÚNIOR, André. **O federalismo cooperativo e a reserva do possível no âmbito da saúde, educação e saúde pública**. Tese (Programa de Estudos Pós-Graduados em Direito), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

SCHMIDT, João P. Políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. 2018. **Revista do Direito**. Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set./dez. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2006.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Angelo. **Federalismo e políticas públicas**. Brasília: Enap, 2018.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na República Participativa: Pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os Conselhos de Saúde**. Florianópolis, SC, 2013. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito.

CAPÍTULO VI

DESAFIOS DA GESTÃO DO CUIDADO: O OLHAR DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Jessica Tavares Friske¹

Cristiane Damiani Tomasi²

Liliana Maria Dimer³

Luciane Bisognin Ceretta⁴

-
- ¹ Enfermeira graduada pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC; Pesquisa em Saúde Coletiva com ênfase em Atenção Primária à Saúde intitulada: “DESAFIOS DA GESTÃO DO CUIDADO: O OLHAR DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”; Habilitada em Suporte Avançado de Vida em Pediatria pelo Instituto Paulista de Treinamento e Ensino em parceria com a American Heart Association. Capacitada em cuidados às pessoas com feridas. E-mail: jessicafriske@gmail.com
 - ² Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2008), mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2010) e doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2014). Atualmente é professora da Universidade do Extremo Sul Catarinense, no curso de Enfermagem, Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, orientadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva na Universidade do Extremo Sul Catarinense. Ministra disciplinas principalmente na área de Saúde Coletiva, como Epidemiologia, Interação Comunitária e Seminários Integrativos. E-mail: cdtomasi@unesc.net
 - ³ Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Sul de Santa Catarina (2002). Atualmente é enfermeira da Prefeitura Municipal de Criciúma e enfermeira da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Professora nos cursos de enfermagem e medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: SAÚDE COLETIVA, SUS E DIABETES. E-mail: lilidimer@unesc.net
 - ⁴ Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, local em que atua como docente. Graduação em Direito (em andamento) na Unesc. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e Educação na Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde, Epidemiologia, Atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Diabetes e Hipertensão Arterial) e Docência na Saúde. Coordena o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). É articuladora do CIES (Comissão de Integração Ensino e Serviço da Região Carbonífera de SC). Na pesquisa, dedica-se aos estudos com Doenças Crônicas, especialmente Diabetes, Estudos Epidemiológicos e Processos de Gestão e de Educação Permanente em Saúde. É líder do Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, Vice-Líder do LADSSC - Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva; Integralidade e educação na saúde (Gecies), integrante do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Laboratório de Psiquiatria Translacional e Coordena o Grupo de Pesquisa em Gestão Universitária da Unesc. Atualmente é Reitora da Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional da Unesc, Presidente da Acafe, Conselheira Titular no Conselho Estadual de Educação de SC

SUMÁRIO

1. Introdução. 2. Resultados. 2.1. Longitudinalidade e desafios da gestão do cuidado. 2.2. Autonomia e integralidade do cuidado. 2.3. Coordenação do cuidado e registros de enfermagem. 3. Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo será apresentado o resultado de um estudo qualitativo, descritivo e de campo, que teve como objetivo identificar os principais desafios encontrados pelos Enfermeiros na gestão do cuidado à saúde, nas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Criciúma. Foram realizadas entrevistas com 10 profissionais Enfermeiros de ESF diferentes, nas quais dialogou-se a respeito da gestão do cuidado à saúde, praticada nos seus cotidianos. A análise dos dados foi realizada com a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin 2016. O projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Unesc com parecer favorável de n. 5.172.144 e mediante assinatura de carta de aceite sob número de processo 625685, pela prefeitura do município de Criciúma, sendo todos os aspectos éticos respeitados conforme as resoluções 196/96 e 466/12,

(CEE) e no Conselho Nacional de Educação (CNE), 3ª Titular no Conselho Fiscal na Associação Brasileira das Instituições Comunitárias de Educação Superior ABRUC e 1ª Tesoureira no Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras - CRUB. E-mail: luk@unesc.net.

⁵ Graduada em Enfermagem e Obstetria pela Universidade do Sul de Santa Catarina (1989). Curso de especialização em Administração Hospitalar - Unaerp (1997); Especialização em Metodologia do Ensino para profissionalização em Enfermagem (UFSC (2001); Especialização em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem - ENSP (2003); Especialização em Regulação e Saúde área de concentração: Controle, Avaliação e Auditoria Unesc (2008); Especialização em Processo Educacionais na saúde com ênfase em aprendizagem significativa - Hospital Sirio Libanês (2016) atualmente em andamento Especialização em Gestão do trabalho e da educação na saúde (UFRN). Qualificação de gestores do SUS pela Fiocruz (2011); Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (2008). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense Unesc (2017). E-mail: vsd@unesc.net

⁶ Enfermeira Professora da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Graduada pela Universidade do Sul de Santa Catarina. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC Especialista em Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde; Especialista em Saúde Coletiva com Área de Concentração em Saúde da Família; Especialista em Regulação em Saúde. É Membro do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva - LADSSC/Unesc. Membro do Comitê de mortalidade Materna e infantil de Criciúma. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família. Conselheira do Conselho regional de enfermagem Coren SC. Coordenadora das CâmarasTécnicas do Coren SC. Coordenadora do Curso de Enfermagem Unesc. E-mail: iona@unesc.net.

do Conselho Nacional de Saúde (CNS) garantindo a confidencialidade, a privacidade e o anonimato, substituindo os nomes dos entrevistados por codinomes “nomes de teóricas da Enfermagem”, escolhidas aleatoriamente.

“Criciúma é considerado o maior município do sul catarinense e está entre os cinco maiores de Santa Catarina, tanto no âmbito populacional como no econômico”, com uma população estimada de 219.393 habitantes e contando com uma área territorial de 234,865 km² em 2021, conforme dados do IBGE. Está entre as 16 regionais de saúde do estado, classificada como região carbonífera, juntamente a outros 11 municípios, formando a Associação dos Municípios da Região Carbonífera. Criciúma possui 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais 36 atuam como ESF. Sua divisão se dá em 6 distritos sanitários de saúde (Amrec) (CRICIÚMA, 2020 p. 5; IBGE, 2021).

A Consolidação do Sistema Único de Saúde deu-se pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, na qual, na Seção II da Saúde, nos artigos 196, 197 e 198, expressa 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”, devendo ser executada diretamente pelo poder público ou indiretamente por participação de poder privado, funcionando com uma rede regionalizada e hierarquizada em acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Firma-se posteriormente pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Trata-se da Lei Orgânica da Saúde que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outros, os princípios, as diretrizes e os objetivos do SUS (BRASIL, 1990).

Ainda em 1990 foi sancionada a lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1999 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”, apresentando o marco histórico da inserção da comunidade na participação das decisões e estratégias a serem adotadas para melhorar os serviços oferecidos pelo SUS. A participação da comunidade se dá por meio dos conselhos de saúde, que são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, tendo sua composição e organização estabelecida em regimento próprio definido por cada esfera governamental (União, Estados e Municípios), sendo que, a cada 4 anos ou extraordinariamente, os representantes formados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), tendo representação no CNS, se reúnem, nas conferências de saúde, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde (BRASIL, 2003).

Com isso, evidencia-se a autonomia aos gestores municipais para que eles possam coordenar o serviço de maneira que supra as necessidades reais da sua população,

entendendo a aplicabilidade das diretrizes de descentralização político-administrativa, com direção única, ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde, representando uma maior aproximação da proposta de um novo modelo de atenção (BRASIL, 2003).

Desde então, houve várias mudanças nos financiamentos da atenção básica até os dias atuais, iniciando pela publicação da PNAB de 2006, que definiu a ESF como modelo prioritário de implementação de serviços na APS, consequentemente adicionando recursos federais como incentivo, para adesão do novo modelo. Revisada em 2011, a PNAB estabeleceu novos valores para cálculo, por meio de critérios de vulnerabilidade socioeconômica e implementou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), com objetivo de adicionar recursos mediante a avaliação de desempenho das equipes de ESF (MASSUDA, 2020).

A Atenção Primária à Saúde representa o primeiro nível de contato das pessoas, da família e da comunidade com o SUS. Constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde que tem como foco a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das pessoas. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), devendo garantir o acesso universal e em tempo oportuno às pessoas, ofertando a mais ampla e possível variedade de ações e serviços, com base no princípio da integralidade, com responsabilização por coordenar o cuidado dos pacientes em sua trajetória clínica por meio de uma relação contínua e de confiança. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos tipos de serviço (BRASIL, 2020).

O Desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde como um novo modelo de atenção, comportando uma equipe multiprofissional, que trabalha de forma interdisciplinar, para prestar cuidado em saúde integral a todas as famílias que fazem parte da população que está sob sua responsabilidade, partindo do conhecimento da realidade dessa população e suas necessidades, por meio da construção de vínculo e cuidado longitudinal, estão relacionadas às atribuições da ESF (BRASIL, 2015).

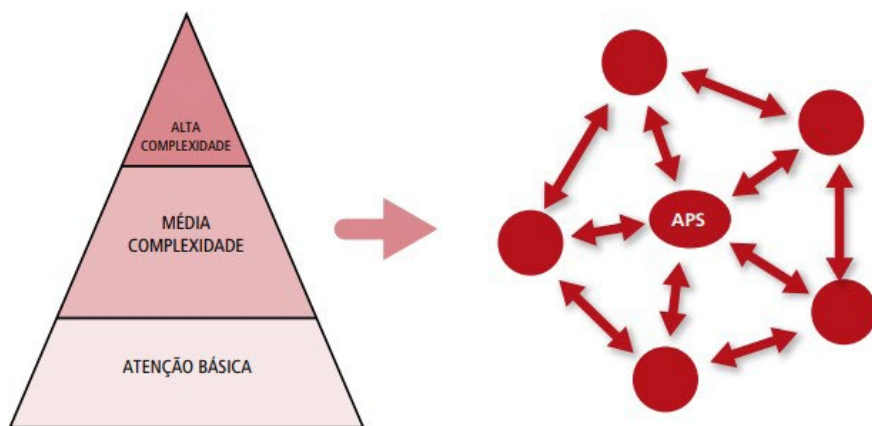
Ainda em 2011 foi anunciado o decreto 7.508 de 2011 a fim de regulamentar a lei 8.080/90, dispor sobre a organização do SUS, “reafirmar a regionalização como estratégia para o reordenamento da política de saúde e organizar as regiões em redes de atenção à saúde com resolutividade local/regional” (MEDEIROS *et al.*, 2017).

Segundo a portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para que a APS possa ordenar a RAS, se faz necessário o

reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade e a organização dos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo com a programação dos serviços de saúde com base nas necessidades das pessoas. No que se refere ao cumprimento desses pressupostos a PNAB dispõe de princípios (Universalidade; Equidade; Integralidade) e diretrizes (Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade). Sendo que é um ponto fundamental o desenvolvimento de territórios de saúde, descentralizando a assistência e o cuidado com o indivíduo, trazendo como meta a promoção da saúde, surgindo assim as redes de atenção básica como a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Mendes (2011) demonstra, por meio da figura 1, que a concepção de redes hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, demonstrando o poder da APS como ordenadora das RAS e desmistificando o conceito de que o cuidado à saúde prestado pela APS seja menos complexo do que os prestados pelas redes de média e alta complexidade. Esse conceito distorcido de complexidade leva políticos, gestores, profissionais e a população a uma desvalorização da APS e um desentendimento do seu real significado.

Figura 1: Mudança do sistema piramidal e hierárquico para o sistema poliárquico das redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011.

A criação do PSF foi uma tática utilizada pelo MS para expandir e aperfeiçoar a APS, tirando o foco do indivíduo doente e trazendo a família para o centro do cuidado (BRASIL, 2015). O primeiro movimento foi em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), buscando diminuir a mortalidade infantil e materna, nas regiões Norte e Nordeste, por meio da oferta dos serviços de saúde, alcançando áreas mais pobres e introduzindo a noção de cobertura das famílias por região. Depois de analisar a progressão

e avanço da prestação de serviços em saúde por meio do PACS, entidades governamentais entenderam a necessidade de continuar com esse modelo de atenção à saúde e de incorporar outros profissionais nesse processo, iniciando pela supervisão do profissional de Enfermagem, nos serviços prestados pelos agentes comunitários de saúde. (ROSA; LABATE, 2005).

O primeiro momento em que foi utilizado o termo ESF formalmente foi por meio da publicação da portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que foi revogada pela portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde”, sendo atualizada posteriormente pela portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017, onde é descrito todo o processo de funcionamento da APS em conjunto com as RAS e as especificidades da ESF (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Segundo Soratto (2015), a construção e a implementação da ESF são resultado de um longo processo de discussões entre atores sociais com pensamentos opostos, tomando forma com respaldo na PNAB e estando constantemente em processo de reformulação. Soratto ainda evidencia, por meio da figura 2, a constituição da ESF como proposta de mudança no modelo da assistência à saúde, trazendo uma visão mais ampla sobre o processo de saúde-doença.

Figura 2: Modelo tradicional de saúde X modelo da ESF

MODELO TRADICIONAL DE SAÚDE	PARÂMETROS	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Baseado nas premissas da biomedicina.	PRINCÍPIOS	Baseado nas premissas da Atenção Primária em Saúde e do Sistema Único de Saúde.
Pautada no entendimento de saúde como ausência de doença.	CONCEPÇÃO DE SAÚDE	Adota uma noção mais ampla do processo saúde-doença.
Centrada no médico.	RELAÇÃO PROFISSIONAL	Amplia para uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar.
Centrada na doença e cura.	ASSISTÊNCIA	Inclui ações curativas, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de reabilitação.
É a ação profissional voltada à pessoa que necessita de tratamento de doenças.	FINALIDADE DO TRABALHO	É a ação profissional voltada para uma assistência ampliada, prestada às pessoas e à coletividade de uma área adstrita.
O corpo físico do indivíduo/parte afetada do corpo.	OBJETO DE TRABALHO	É o ser humano com carência de saúde na sua integralidade; em seu contexto familiar, cultural e social.
São equipamentos e materiais como maca, gaze, seringa, entre outros, bem como protocolos assistenciais, conhecimento estruturado sobre clínica.	INSTRUMENTOS DE TRABALHO	São equipamentos, materiais e protocolos assistenciais, similares aos usados no modelo tradicional, agregando outros com vistas a contemplar a dimensão integral do sujeito.
É a atividade assistencial realizada, como por exemplo, o curativo feito, o diagnóstico realizado, a prescrição fornecida.	PRODUTO DO TRABALHO	É a assistência realizada agregando outras dimensões como: ações educativas, implantação de programas e de medidas para mudanças nos indicadores sociais e de morbimortalidade.

Fonte: Soratto, 2015.

De acordo com Brasil (2017), para que se desenvolva a assistência à saúde utilizando o modelo de ESF a equipe mínima para compor esse serviço deve dispor de médico, enfermeiro, ambos preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de Enfermagem e agente comunitário de saúde (quantidade por equipe definida de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local). Podendo fazer parte da equipe, o agente, de combate às endemias e os profissionais de saúde bucal são: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal, além da recomendação da inserção de um gerente de atenção básica.

Para garantir a coordenação do cuidado e ampliar o acesso com resolutividade, a PNAB recomenda que as equipes de ESF tenham um número de 2.000 a 3.500 pessoas como população adscrita, dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da APS, podendo sofrer alterações de acordo com as especificidades do território, a fim de garantir a qualidade da assistência à saúde (BRASIL, 2017).

Melo *et al.* (2018) destaca que a agregação da figura do gerente de atenção básica objetiva a qualificação do processo de trabalho nas ESF, sendo essa uma mudança significativa na PNAB de 2017, desde que os critérios profissionais para a sua contratação considerem apenas qualificação profissional e não critérios meramente políticos, seguindo a recomendação da PNAB de que esse profissional deve ser de nível superior, não membro da equipe de ESF e com experiência em atenção básica, levando em consideração que gestão e assistência em saúde são práticas que devem andar de mãos dadas para que haja oferta de serviço adequado, conforme as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Em 2019, por meio da portaria 2.979 de 12 de novembro, o atual governo do Brasil estabeleceu o Programa Previne Brasil com o objetivo de instituir um novo modelo de financiamento da APS, como substituto dos até então utilizados. Foram introduzidas 3 modalidades de análise para o custeio da APS: Captação ponderada — considerando a população cadastrada na equipe de ESF e na equipe de APS no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB); a vulnerabilidade socioeconômica da população; o perfil demográfico por faixa etária e a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Pagamento por desempenho — considerando os resultados de indicadores, definidos pelo MS, alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES); Incentivo para Ações Estratégicas — considerando as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde, mediante a adesão de programas e estratégias criadas e instituídas por meio de atos normativos governamentais (MASSUDA, 2020; BRASIL, 2019).

Almeida *et al.* (2011) relata que as mudanças ocorridas desde os anos 90, com intuito de fortalecer a APS, tiveram o objetivo de aumentar o poder do primeiro nível de atenção, transformando-a na coordenadora do cuidado por meio das RAS e incluindo atividades de prevenção e promoção da saúde, cuidados voltados à comunidade e execução de procedimentos antes realizados somente na atenção hospitalar. Com aporte de uma equipe multiprofissional, a população pôde então ter acesso a uma gama maior de serviços em saúde, com maior resolutividade e agilidade.

De acordo com Cecilio (2011 p. 589), a gestão do cuidado em saúde é definida como “o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia”. Realizada em diversas dimensões que estão interligadas, contudo apresentam especificidades individuais. Tem foco nas unidades de serviço de saúde e também na trajetória do usuário/paciente, na qual o profissional gestor depara-se com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais e de gestão de pessoal), adoção de protocolos, regulamentos, modelos de avaliação da qualidade dos serviços e ajustes das deficiências institucionais, com planejamento e novas propostas de melhorias (GRABOIS, 2011).

Segundo a Lei n. 7.498, de 25 de junho de (1986), que “dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências”, o Enfermeiro além de todas as atividades de Enfermagem deve dirigir o serviço de Enfermagem da instituição de saúde, seja ela pública ou privada. Demonstra-se, portanto, a responsabilidade gerencial exclusiva do Enfermeiro sobre os serviços de assistência de Enfermagem, além das práticas privativas da assistência de Enfermagem que esse profissional tem a cumprir obrigatoriamente mediante a lei do exercício da Enfermagem (BRASIL, 1986).

Para Grabois (2011), gestão do cuidado é onde o profissional gestor encontra situações que demandam articulação de planejamento, organização de recursos e novas propostas de melhorias para assistência em saúde. Já para Fernandes *et al.* (2010) o gerente atua como mediador do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, analisando e identificando problemas, para buscar possíveis soluções e reorganizar as práticas de saúde para alcançar aquilo que ele planejou.

Duarte, Souza e Rosso (2019 p. 124) relatam que “a gestão do cuidado se refere a solucionar problemas de comunicação, para compartilhar informações e conhecimentos entre os profissionais envolvidos na assistência”. “A gerência constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde, pois incorpora um caráter articulador e integrativo, em que a gerência e o cuidado são determinantes do processo institucional dos serviços de saúde” (FERREIRA; ABRAHÃO, 2020, p. 3).

Conforme Oliveira e Becker (2019), o gestor da APS deve atuar como ator de mudanças na assistência à saúde, estando comprometido com os princípios e diretrizes da PNAB, exercendo a gestão de forma integrada com ESF, a fim de promover a assistência à saúde centrada na família, de forma dinâmica por meio de uma equipe multiprofissional, que atua de forma ativa articulando os serviços oferecidos pelas UBS, trazendo eficácia aos serviços por meio dos processos gerenciais. O profissional Enfermeiro tem se destacado no desenvolvimento das políticas públicas de saúde direcionando os serviços de forma que obedeçam aos termos da PNAB e os preceitos do SUS.

Em um estudo realizado no ano de 2019 intitulado “Configuração da gestão do cuidado de Enfermagem no Brasil: uma análise documental” os pesquisadores analisaram 33 resoluções de Enfermagem e separaram os resultados em três categorias: atribuições privativas para o gerenciamento de Enfermagem, deveres e obrigações do Enfermeiro no âmbito gerencial e a autonomia profissional para a prática gerencial, onde pode-se concluir que o Enfermeiro possui atividades privativas, na atuação do gerenciamento que envolvem os serviços e cuidados de Enfermagem. Entre as atribuições privativas, destacam-se a supervisão realizada pelo Enfermeiro em todos os cuidados prestados pela equipe de Enfermagem, bem como a direção dos serviços de Enfermagem, a coordenação, planejamento, organização e avaliação do cuidado prestado (ANDRADE *et al.*, 2019).

O profissional Enfermeiro é conhecido por compreender o ser humano na sua integralidade por meio da realização do processo de Enfermagem, identificando as necessidades dos indivíduos e da comunidade no seu ambiente natural, prestando assistência integral à saúde. A gestão das UBS faz parte, na maioria das vezes, da competência dos Enfermeiros, pois além de trabalhar na assistência aos pacientes, desempenham funções administrativas e de gestão da equipe multiprofissional. O processo de gestão ainda implica em garantir a continuidade da atenção em saúde, por meio da comunicação das RAS (DUARTE; SOUZA; ROSSO, 2019 OLIVEIRA; BECKER, 2019; FERREIRA; ABRAHÃO, 2020).

Mesmo com os avanços da ESF como modelo APS, a assistência à saúde no âmbito do SUS possui grande influência do modelo tradicional de assistência, onde as ações são fragmentadas e hierarquizadas de forma vertical, centrada no indivíduo doente, dificultando o poder de decisão e governabilidade dos profissionais, quando encontram problemas que envolvem níveis maiores de gestão (FERMINO *et al.*, 2017; PINTO *et al.*, 2019).

Frente a esses apontamentos, observa-se o quão desafiador é planejar, executar e avaliar o modelo de gestão do cuidado à saúde exposto dentro dos preceitos do SUS. Para que ocorram mudanças necessárias na saúde, as relações interpessoais e profissionais devem ser fortalecidas e aperfeiçoadas, por meio do vínculo e conexão de todos os atores envolvidos no processo de gestão em saúde, atuando em um sistema de saúde configurado em redes e bem estruturado (SODER *et al.*, 2018).

2. RESULTADOS

Os Enfermeiros entrevistados estão na faixa etária entre 30 e 47 anos; 9 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino; 5 ocupavam o cargo de Enfermeiro e estavam na condição de gestor da ESF e 5 ocupavam o cargo de Enfermeiro, sendo o cargo de gestor ocupado por outro profissional da equipe ou profissional especificamente administrativo; o tempo de formação desses profissionais variou entre 8 e 22 anos e apenas 1 dos participantes não possuía especialização, 4 com alguma especialização na área de gestão em saúde ou APS e 5 com especialização nas áreas de urgência, emergência e cuidados a pacientes críticos. 6 estão vinculados a ESF por concurso público e 4 por processo seletivo, dos quais 1 cumpre carga horária semanal de 30 horas, enquanto os outros cumprem 40 horas semanais de jornada de trabalho.

Percebe-se a predominância de mulheres entre os participantes do estudo, sendo esta uma característica da profissão. Outro dado que chama atenção é a responsabilidade destes profissionais pelo cargo de gestor, para além de suas atribuições como Enfermeiro na equipe. O tempo de formação de pelo menos 8 anos e o fato de terem uma especialização na área, pode significar mais experiência e até mesmo maior capacidade teórico-prática na gestão.

As primeiras atividades relacionadas ao cuidado e, conseqüentemente, à Enfermagem, foram desenvolvidas por mulheres. Por conta de construções culturais que vinculam o cuidado a uma atribuição da mulher é que se percebe uma maior representatividade feminina nesta profissão, como também na pesquisa apresentada. Com as modificações do mercado de trabalho e profissionalização da Enfermagem, cresceu o número de homens atuando como Enfermeiros, além disso o atual mercado de trabalho exige profissionais qualificados e competentes, que tenham conhecimento científico associado à realização das técnicas de Enfermagem, alcançando o cuidado integral à saúde (TREVISIO *et al.*, 2017).

O tempo de formação destes profissionais é outro fator que contribui para entrega de um serviço de qualidade, vislumbrando as suas vivências, experiências adquiridas e busca por especialização, durante a sua jornada profissional, para a construção de profissionais mais qualificados (MENDONÇA *et al.*, 2018; ALVES; PUGGINA, 2021).

As perguntas feitas para os profissionais Enfermeiros por meio de entrevistas e aplicação de questionário, foram inspiradas nos princípios e diretrizes da APS: Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do cuidado. Com intuito de relacionar as respostas obtidas e fazer uma análise mais profunda dos dados, as respostas dadas pelos Enfermeiros foram divididas em três classes:

- a) Longitudinalidade e desafios da gestão do cuidado;

- b) Autonomia e Integralidade do cuidado;
- c) Coordenação do cuidado e registros de Enfermagem.

2.1. Longitudinalidade e desafios da gestão do cuidado

No diálogo com os Enfermeiros os temas variaram principalmente entre: continuidade de atendimento pelo mesmo profissional, comunicação efetiva entre profissionais e pacientes, diferentes canais de acesso do paciente para tirar dúvidas, confiança entre pacientes e profissionais e conhecimento do paciente e seu contexto pelos profissionais.

A longitudinalidade representa a continuação do cuidado do indivíduo desde o seu comprometimento em realizar atos de prevenção em saúde, o envolvimento dos diversos níveis de atenção à saúde em solucionar uma demanda trazida pelo mesmo, até o acompanhamento dos resultados obtidos em toda essa trajetória (BRASIL, 2017). Ao analisar as respostas dos Enfermeiros, há evidências de incongruências, o que traz um questionamento a respeito da aplicabilidade da longitudinalidade no processo de gestão do cuidado. Contudo, quando questionados sobre: o que você entende por gestão do cuidado à saúde? Qual seu conceito de gestão? Fica evidente o conhecimento destes sobre o termo e a relação dele com o atributo Longitudinalidade, conforme apresentado nos discursos que seguem:

“Parte do cuidado integral, entender o contexto de vida do paciente pra poder fazer um plano terapêutico de cuidado pra ele. Ter conhecimento dos determinantes de saúde (acesso à escola, educação, saúde) [...]” (Orem).

“Vai desde você conhecer a sua população, criar um vínculo e saber as necessidades deles, não só no momento da doença, mas também na prevenção. Requer saber sobre a saúde integral, se há ou não vulnerabilidade social, que serviços que a unidade pode ofertar pra esses pacientes [...]” (King).

Mediante estas respostas, pode-se inferir que os Enfermeiros participantes do estudo conhecem sobre longitudinalidade, pois discorrem sobre seu significado e importância quando questionados sobre a gestão, talvez este atributo nem sempre faça parte do cotidiano dos Enfermeiros, por outro lado, alguns deles, além de conhecerem provavelmente “vivem” a longitudinalidade em sua prática diária.

A longitudinalidade é uma das diretrizes do SUS e das RAS, que devem ser operacionalizadas na APS, que tem como objetivo construir um cuidado contínuo entre paciente e profissional, por meio de vínculo e responsabilização compartilhada entre os envolvidos

no processo de cuidado, ou seja, paciente, família e profissionais que prestam assistência à saúde (BRASIL, 2017).

Os desafios encontrados para a efetivação da gestão do cuidado são diversos e envolvem vários fatores ligados aos profissionais, aos usuários dos serviços de saúde, aos modelos de prestação de serviços de saúde implementados pelos representantes políticos, entre outros destacados nos discursos dos participantes da pesquisa quando questionados: Quais os principais desafios encontrados na gestão do cuidado no seu cotidiano?

“Falta de profissional, às vezes como enfermeira eu posso resolver o problema inicial daquele paciente, mas falta profissional pra dar continuidade no cuidado [...]” (Levine). “Entrega do paciente à proposta terapêutica [...]” (Orem).

“Nós ficamos muito dependentes de que ferramentas a gente tem e que ferramentas a gestão (prefeitura) oferece pra gente, desde estrutura física, possibilidades de implementar algum tipo de atendimento, acompanhamento, se a gente não ter um suporte da gestão, a gente não consegue fazer muita coisa e fica na ponta apenas tapando o sol com a peneira [...]” (King).

“Tempo para se dedicar ao atendimento, principalmente prescrição de Enfermagem” (Horta).

Com estes relatos percebe-se que os desafios encontrados pelos Enfermeiros do município de Criciúma vão desde a falta de profissionais para dar continuidade ao cuidado, assim como a falta de disponibilização, por parte da gestão de saúde do município, de ferramentas para a melhoria da assistência à saúde como estrutura adequada, implementação de atendimentos estratégicos para as comunidades locais, a própria visão do cuidado à saúde que ainda segue um modelo biomédico, que foca em cuidar de doentes em vez de cuidar da comunidade, fazendo uso da prevenção de agravos e promoção da saúde.

Outras dificuldades citadas foram a entrega do paciente à proposta terapêutica ofertada para a melhoria da sua condição de saúde, a sobrecarga de trabalho dos profissionais Enfermeiros — em atender as demandas dos usuários, da equipe de saúde e das tarefas gerenciais — e ainda o fato de a alimentação de dados ser feita em diversos sistemas, por não haver um sistema único que otimize o tempo deste profissional.

Mediante a apresentação dos desafios relatados pelos Enfermeiros, subte-se que haja falha na gestão municipal em distribuir um quantitativo de profissionais, de acordo com a população de abrangência de cada UBS, assim como déficit de recurso físico e ferramentas ideais para entrega de um serviço de saúde de qualidade. Em contrapartida, outros profissionais trazem nos seus relatos informações que levam a refletir sobre o ge-

renciamento do tempo, definição de prioridades para aplicabilidade de assistência à saúde e o compromisso das pessoas em “fazer a sua parte” com relação a sua própria saúde.

O processo para efetivação da assistência à saúde é um dos pilares da gestão do cuidado e deve ser pensado de maneira exclusiva para cada paciente, tendo em vista o cuidado individual e integral, planejando ações e possibilitando a continuidade do cuidado, a fim de acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e outros fatores importantes na vida das pessoas, até que se alcance a integridade da saúde de cada usuário do serviço de saúde (BRASIL, 2017). Outro fator imprescindível para gestão do cuidado é o bom funcionamento das UBS, onde a oferta de serviços, atendimentos, procedimentos e insumos estão em equilíbrio com as demandas existentes e a entrega da equipe de saúde (BICA *et al.*; 2020).

Os entrevistados foram indagados sobre a interferência dos desafios encontrados na gestão do cuidado com a aplicação da prática de assistência à saúde com a seguinte pergunta: esses desafios interferem na prática de assistência à saúde? De que forma?

“Sim, com certeza interfere, de forma a gente não chegar a um resultado tão positivo, porque se o paciente não adere ao que a gente orienta, o paciente também não faz a parte dele, a gente também não vai ter resultado, não depende só do profissional, depende de todo o sistema em conjunto” (Watson).

“Se tivesse talvez mais de um profissional médico e enfermeiro, acho que daria conta, é uma população com muita rotatividade. Cadastrados são 4.600 e pouco, mas tem muito mais, porque nós temos áreas descobertas, então não tem como fazer todo esse trabalho” (Nightingale).

Os relatos mostram a relação da gestão do cuidado com a prestação de assistência à saúde e as consequências geradas a partir dos desafios encontrados pelos Enfermeiros no cotidiano. A gestão do cuidado é uma ferramenta utilizada para criar estratégias e suprir as demandas existentes nas ESF, tal ferramenta está intimamente ligada com a prática de assistência à saúde, pois é por meio dela que se torna possível realizar uma assistência integral.

Soder (2018) descreve que é possível traçar objetivos que direcionem ações eficientes e efetivas, recorrendo à gestão em saúde, todavia a falta de recursos compromete o sistema de saúde e influencia as estratégias e ações em saúde, fazendo com que os gestores de ESF mudem as prioridades planejadas pela gestão do cuidado e ainda que seja importante que o profissional de enfermagem conheça os trâmites administrativos e burocráticos, que vão além do sistema de saúde e potencialize suas estratégias e ações na APS baseado na realidade local.

2.2. Autonomia e integralidade do cuidado

No diálogo sobre o princípio Integralidade, o tema principal é a referência e contrarreferência, no que diz respeito às consultas com especialistas, aborda-se sobre o agendamento, o conhecimento e acompanhamentos da equipe quanto a ocorrência da consulta, os encaminhamentos provenientes da mesma, as orientações dadas aos pacientes, as informações da equipe para o especialista e vice versa e a continuidade dos cuidados.

Organizar os fluxos e contrafluxos da atenção em saúde em rede é um grande desafio e exige o desenvolvimento de competências do Enfermeiro para permear as esferas gerencial e assistencial, nas quais juntas coordenam o cuidado integral à saúde. É necessário que este profissional tenha conhecimento do funcionamento das RAS da sua região e autonomia para direcionar o usuário do serviço de saúde, para os diversos níveis de atenção à saúde, efetivando o seu papel como integrante da APS, que é a ordenadora das RAS instituída pelo SUS, e como gestor e coordenador do cuidado (MOLL *et al.*, 2017).

A maioria das respostas levam a pensar que os Enfermeiros desenvolvem muito bem o sistema de referência e contrarreferência na prática, que provavelmente há acesso adequado e atenção especializada de qualidade com continuidade pela equipe de saúde da ESF. Porém alguns Enfermeiros demonstraram com suas respostas fragilidade quanto a esse sistema e conseqüentemente, desconhecimento a respeito da trajetória dos seus usuários, nos serviços ofertados fora da APS, assim como a falta de retorno dos profissionais, por meio de contrarreferência, para efetuar a continuidade do cuidado.

Os resultados apresentados a seguir denotam o entendimento dos enfermeiros sobre o termo governabilidade e a sua aplicabilidade, enquanto profissionais assistenciais e gestores, em busca da melhoria da gestão do cuidado em saúde. A primeira pergunta foi: você conhece o termo governabilidade? O que é para você?

“Sim, ter autonomia para fazer o que eu sei, o que eu tenho de conhecimento e experiência nesses anos de trabalho” (Horta).

“Seria o ato de administrar, de coordenar, sei lá eu penso assim, não sei se estou certa, depois eu vou até pesquisar isso aí (risos)” (Roy).

“Conheço sim, governabilidade é o teu poder de gerenciar, a tua limitação, até onde tu vais, até onde tu não podes ir, isso é governabilidade, até onde eu posso ir, se eu tenho a capacidade de resolução daquele problema” (Rogers).

O termo governabilidade foi associado aos termos autonomia e gerenciar, que nas suas literalidades são entendidos como os atos de ter livre arbítrio para tomar decisões e coordenar situações ou serviços. Porém alguns participantes demonstraram insegurança no conhecimento do termo e relataram existir um limiar para exercer a governabilidade dentro dos seus ambientes de trabalho, ao incluir outros atores nas situações exemplificadas.

O termo governabilidade é com mais frequência utilizado no ramo da política, a qual, segundo Lima e Zuffo (2020), está dividida em três estruturas: a primeira se trata da capacidade do poder público de reconhecer os problemas mais importantes, inerentes a população, e criar políticas de enfrentamento baseando-se em uma escala de prioridades. A segunda está relacionada a aplicação da gestão por meio de planejamento e fornecimento de recursos necessários para a sua aplicação e a terceira é destacada pela capacidade de liderança e articulação política dos agentes governamentais.

Frente ao exposto, quando questionados sobre ter governabilidade como enfermeiros para exercer a assistência à saúde, o termo é compreendido e relatado na sua complexibilidade.

“Nem sempre, tudo depende do outro porque nós trabalhamos em equipe” (Levine).

“Assistência sim, a parte de fazer o serviço do enfermeiro, procedimentos, consultas, isso sim. As vezes na parte de visita a gente tem falta de deslocamento e acaba indo com o próprio carro ou vê com um familiar do paciente pra buscar, a gente vê outras possibilidades” (Watson).

Apesar de a maior parte das respostas serem positivas para a aplicação da governabilidade enquanto Enfermeiros, todos os entrevistados relataram algum tipo de empecilho para exercer a assistência à saúde na sua totalidade, por serem dependentes de outros profissionais ou não terem autonomia para gerenciar situações que precisam ser resolvidas em outros níveis da RAS.

Pereira e Oliveira (2018), em um estudo sobre a autonomia do Enfermeiro na APS, mencionam que a autonomia em Enfermagem nesse espaço é exercida por dispositivos legais que regulam a sua atuação, como a PNAB, as legislações específicas da profissão, os cadernos de Atenção Básica, assim como os protocolos assistenciais do ministério da saúde e por vezes do município em que esse profissional atua. Além disso, existem outros fatores que podem restringir a autonomia do Enfermeiro como interferências políticas e a visão assistencial biomédica ainda predominante nos ambientes de saúde.

Quando perguntado a respeito da governabilidade enquanto gestor da ESF, para melhorar a assistência à saúde, para os gestores e na visão dos não gestores, com base no que eles presenciam no dia a dia, as observações foram:

“Parcialmente, pois na aplicabilidade da assistência dependendo do que eu propor as vezes a secretaria de saúde também não vai aceitar, eu tenho que ter limites no que eu quero ofertar, a minha governabilidade é limitada” (Orem).

“Sim, eu acredito que sim, tem algumas unidades que tem outros profissionais como gestores de saúde, mas não tem a função de enfermeiro, então eu acho que fica uma lacuna entre a assistência e a gestão, eu acho que as duas são inerentes a profissão do enfermeiro” (King).

Os depoimentos corroboram os limites da governabilidade dos gestores das ESF de Criciúma, a falta de suporte ou talvez engajamento da secretaria de saúde, em determinadas situações, criando uma lacuna entre as esferas da gestão municipal e a gestão das ESF. Um dos entrevistados ainda se refere a uma outra lacuna existente, quando os cargos de enfermeiro e gestor da UBS são ocupados por profissionais diferentes, já que gestão do cuidado e assistência à saúde são atividades muito familiares à prática do Enfermeiro.

Cabe salientar que mesmo que a ESF comporte um profissional gestor que não seja enfermeiro, a gestão da equipe de Enfermagem é privativa ao Enfermeiro conforme a legislação do exercício profissional, deste modo, não pode ser executada por nenhum outro profissional, o que incorre em exercício ilegal da profissão, caso ocorra.

No âmbito da saúde, Rossi e Chaves (2015) destacam a governabilidade como o terceiro vértice do “triângulo do governo Matusiano” que expressa o poder que determinado ator tem para realizar seu projeto, suprimindo as demandas e exigências impostas, por um projeto de governo, entendendo que tal ator possui capacidade de governo nas suas funções laborais. No contexto da pesquisa, seria o poder que o gerente de atenção básica tem, para suprir as demandas e exigências impostas pelo planejamento de saúde do município, com base na sua autonomia profissional para exercer as funções que lhe são atribuídas.

Cabe ressaltar que, conforme a PNAB (2017), o profissional entendido por gerente de atenção básica, deve ser um profissional com qualificação preferencialmente a nível superior, com experiência em atenção básica e que garanta um planejamento de saúde, de acordo com as necessidades da comunidade que está sob sua responsabilidade, a organização do processo de trabalho, a coordenação e integração das ações na APS, não devendo este ser um profissional integrante da equipe da ESF em que atua. Esta é uma realidade ainda não vivida por muitos profissionais que desempenham o papel de gestor

de atenção básica no município de Criciúma, na sua maioria eles são profissionais que também desempenham outras funções dentro da equipe de APS, sendo uma grande parte deles profissionais que desempenham o papel de Enfermeiro, já que, ainda sob a perspectiva da PNAB, é ele quem deve supervisionar, gerenciar e avaliar os serviços prestados pelos técnicos/auxiliares de Enfermagem e também dos agentes comunitários de saúde.

2.3. Coordenação do cuidado e registros de enfermagem

No diálogo sobre a diretriz Coordenação do cuidado, os principais temas são: registros de atendimentos anteriores, acesso dos pacientes aos seus prontuários, existência de fluxograma dos resultados de exames laboratoriais, uso de “*guidelines*”, auditoria de prontuários, lista de problemas e de medicamentos presentes nos prontuários.

Acerca dos resultados, observou-se que a maioria das respostas indicam que os profissionais têm acesso aos registros de atendimentos anteriores com lista de problemas, de medicamentos e fluxogramas de exames laboratoriais; os pacientes têm acesso aos prontuários; os profissionais utilizam “*guidelines*” e além disso o serviço conta com auditoria nos prontuários. Neste cenário, acredita-se que os profissionais estão conseguindo acompanhar a trajetória de saúde dos usuários do serviço, fazendo uso dos registros de enfermagem nos sistemas de informações.

Esses achados são de extrema relevância para que o Enfermeiro construa um planejamento eficiente e tome decisões que realmente impactem o processo de gestão do cuidado de maneira positiva. Foram encontradas também respostas que denotam, como em todos os processos, que existem alguns fatores que ainda impedem esses profissionais de efetivamente serem agentes modificadores da qualidade de vida e saúde da comunidade da área de responsabilidade da equipe.

O processo de Enfermagem é uma ferramenta que acompanha o Enfermeiro há muitos anos e é por meio dele que este profissional colhe informações, as organiza e planeja o cuidado de um indivíduo, na sua singularidade, respeitando as suas diferenças, escolhas, crenças e levando em consideração tudo aquilo que importa como influência no processo de modificação da saúde. Sendo assim, fazendo uso dos registros de enfermagem e do conhecimento científico profissional, o Enfermeiro é capaz de tomar decisões eficazes para ser um agente modificador da saúde.

A seguir apresentam-se os relatos das melhorias ou mudanças que os enfermeiros participantes deste estudo consideram importantes para o aperfeiçoamento da gestão do cuidado à saúde:

“Ter sempre a equipe completa, nós estamos sem médico há 3 meses, já tive momentos de eu ficar na unidade sozinha, sem técnico, já precisei ir pra sala de vacina porque a técnica ficou doente, então acaba sobrecarregando o enfermeiro, tu não consegue fazer um planejamento, porque não tem equipe fixa, fixo aqui sou eu, as agentes comunitárias e a higienizadora” (Roy).

“A nossa dificuldade aqui é o espaço físico, a gente poderia ter muito mais atendimentos, fazer muito mais procedimentos, abrir mais agenda, mas a gente não faz por causa do espaço físico. Tem muitos profissionais que acabam não tendo sala pra atender, então isso dificulta as vezes um pouquinho, a nossa parte é mais estrutural mesmo, nós temos bastante profissionais e as vezes a gente briga por sala (risos), nós ficamos 3 enfermeiras dentro de uma sala, e as vezes é preciso sair e achar um cantinho mais reservado, pra atender alguns pacientes” (Watson).

“Eu gostaria que os protocolos de enfermagem estivessem implantados, deveria ter um acesso melhor de estacionamento pros pacientes e funcionários, a estrutura aqui é uma doação, se eu fosse fazer a unidade eu gostaria dela nos padrões do ministério da saúde. Fazer o fortalecimento do trabalho da equipe multiprofissional, implantaria o NASF novamente e investiria mais na parte de promoção a saúde” (Rogers).

Um dos entrevistados pontuou a importância da adesão dos protocolos de enfermagem na APS, a fim de dar maior autonomia para esses profissionais atuarem e agilizarem os processos de atendimento nas ESF, sem comprometer o seu exercício profissional. Outro, em especial, comenta sobre possuir uma estrutura que não comporta o quantitativo de profissionais atuantes na sua ESF, comprometendo a oferta de uma maior variedade de atendimentos e serviços de saúde.

Porém nota-se, por meio das narrativas, que a falta de profissionais e os problemas de estrutura física, aparecem de forma recorrente na pesquisa, como um problema enfrentado nas ESF do município de Criciúma e que tal influência diretamente na eficácia da gestão do cuidado, sobrecarregando e desestruturando as equipes de saúde atuantes, dificultando o acesso aos serviços de saúde e comprometendo a qualidade da assistência.

Neste sentido, um estudo realizado com 20 enfermeiros de ESF em Pelotas/RS, apontou que a insatisfação com a estrutura física do local de trabalho desmotiva os profissionais e que a falta de um dos integrantes da equipe multiprofissional impacta negativamente nos processos de assistência à saúde de uma UBS, trazendo sobrecarga de trabalho aos profissionais atuantes e comprometendo a qualidade da prestação de serviço (FERMINO *et al.*, 2017).

A comunicação é um dos meios mais importantes para efetivação do trabalho em equipe e para a continuidade do cuidado, dentro dos serviços de saúde, a comunicação efetiva é fator essencial para uma assistência integral, pois sem ela as informações podem ser interpretadas de maneira errônea, levando a sérios prejuízos. O profissional enfermeiro deve estar sempre atento à interpretação, dos usuários dos serviços que recebem informações inerentes a sua saúde e dos profissionais que compartilham o cuidado de uma mesma pessoa, pois a captação de informações está relacionada às vivências, culturas e conhecimento de cada indivíduo. Sendo assim, a fim de analisar a interferência da comunicação, no processo de gestão do cuidado, foi levantado o seguinte questionamento: existe comunicação eficiente entre a equipe para aplicação da gestão do cuidado?

“Sim, essa equipe é composta por profissionais bem comprometidos e a gente tenta, a gente tem um espaço na quarta feira pra reunião, ele foi reduzido infelizmente, era o único espaço que nós tínhamos para estar fazendo planejamento de processo do trabalho, ele foi reduzido de 2 horas pra 1 hora por semana, eu acho que é pouco, mas nesse meio tempo a gente tenta alinhar bastante coisa e a equipe é sempre comprometida” (King).

“Sempre tem um pouco de dificuldade, mas nós também estamos trabalhando isso” (Johnson).

“Falha nós sempre temos, mas acredito que agora está ficando mais organizado, conversa e diálogo entre a equipe, a equipe é bem unida também, existe uma troca entre os colegas quando surge alguma dúvida ou quando fica pendente algum serviço, nós temos reunião nas quartas feiras das 16:00 às 17:00 e conseguimos ver o que falta, o que precisa melhorar e tem dado certo (Newman).

Destaca-se que há certa fragilidade no quesito comunicação entre equipe apontada pelos Enfermeiros, mostrando a importância e o desafio de estar sempre buscando formas de melhorar a comunicação entre equipe para o aperfeiçoamento da assistência de saúde. Algumas falas mostram que existe comprometimento e organização por parte de algumas equipes, fazendo uso de um espaço para reunião, para alinhamento de pensamentos e estratégias. Mas há presença de falas que evidenciam certo comodismo com os serviços da maneira como eles se apresentam no momento, o que torna necessário um maior empenho do Enfermeiro em elaborar formas de alinhar a comunicação da equipe de enfermagem e demais profissionais.

A falta de comunicação eficiente entre equipe é um dos problemas enfrentados diariamente pelos profissionais que estão à frente do trabalho em equipe, e requer algumas aptidões que nem todo profissional consegue desenvolver, como liderança, estratégia, per-

severança, imparcialidade e compromisso. Lidar com pessoas de culturas e ideais distintos é algo desafiador, mas extremamente necessário para que o trabalho em equipe funcione e haja uma oferta de serviço de qualidade, principalmente em se tratando de saúde, pois a falha de comunicação neste serviço pode desencadear severos problemas, que são preveníveis por meio de uma comunicação eficiente (WITISKI *et al.*, 2019).

O Enfermeiro como profissional responsável pela equipe de Enfermagem carrega a incumbência de exercer uma comunicação eficiente em equipe, pois é graças à sua supervisão e estratégia que se desenvolvem os serviços de assistência de Enfermagem, nos diversos estabelecimentos de saúde e variados níveis de atenção à saúde. Na ESF não é diferente, pois sem a atuação deste profissional e sem uma comunicação de equipe eficiente, a entrega da assistência de Enfermagem se torna um desafio além dos já enfrentados no cotidiano dos Enfermeiros, no desenvolvimento das suas tarefas. Os relatos dos Enfermeiros participantes mostram alguns destes desafios, em resposta à pergunta: qual seu maior desafio no desenvolvimento das suas tarefas?

“São vários, eu tive algumas conquista, por exemplo quando eu cheguei aqui não se tinha a procura por coleta de preventivo e pré-natal e foi uma coisa que eu fiz, um trabalho de conscientização e hoje tem uma adesão boa, tem preventivo todos os dias, nós temos 30 gestantes em acompanhamento, mas eu ainda sinto falta de ver o trabalho concluído, porque nesse bairro nós temos muita rotatividade de pessoas, então você inicia o tratamento de sífilis por exemplo e na próxima semana a pessoa não aparece, ou inicia o pré- natal e daqui 2 ou 3 meses a gestante sai do bairro” (Roy).

“Hoje após 2 anos de pandemia, é manter o equilíbrio emocional da equipe. A parte motivacional da equipe. Existe desmotivação por vários motivos, na parte salarial, envolvimento de gestão, pandemia... Talvez se os profissionais tivessem mais motivados as coisas funcionariam melhores” (Orem).

Essas declarações apontam os diversos problemas e dificuldades enfrentadas pelos Enfermeiros na organização e aplicação da gestão do cuidado. As discussões a respeito deste assunto são infundáveis e perpassam a esfera profissional da área da Enfermagem, são desafios que merecem a atenção das esferas governamentais para que em conjunto (profissionais e representantes governamentais) possam ser criadas estratégias resolutivas que garantam uma assistência à saúde de qualidade nos serviços da APS, a fim de solucionar as demandas presentes nas ESF, evitando o comprometimento do acesso dos usuários dos serviços de saúde a outros níveis de atenção e ofertando a continuidade e acompanhamento da trajetória de saúde das pessoas.

Em um estudo intitulado “Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem”, os resultados encontrados permitem refletir sobre a organização do sistema de saúde, dos setores estruturantes e das ações desenvolvidas pelos atores envolvidos na gestão do cuidado, em favor de mudanças estratégicas de gestão planejada, conforme a realidade dos territórios de atuação da APS, por meio da ESF e obedecendo os princípios e diretrizes do SUS (SODER, 2018).

O Enfermeiro como um dos atores envolvidos na gestão do cuidado que mobiliza a efetiva organização do serviço, se caracteriza por profissional que desde o início da sua formação é instigado a ser um agente de mudança nos ambientes de saúde, por meio do seu conhecimento científico, da assistência do cuidado em saúde, da promoção à saúde e principalmente da educação em saúde, levando informação baseada em ciência e promovendo a mudança da qualidade de saúde das pessoas que passam pelo seu caminho.

3. CONCLUSÃO

Com os dados obtidos neste estudo, observou-se que existem problemas comuns enfrentados pelos Enfermeiros na gestão do cuidado à saúde, nas ESF do município de Criciúma. Tais problemas interferem diretamente e indiretamente na qualidade e na efetivação da prestação da assistência à saúde, impactando a vida dos usuários dos serviços de saúde que buscam por atendimento e serviço de qualidade.

Os relatos dos profissionais Enfermeiros participantes da pesquisa mostraram que os principais desafios enfrentados na gestão do cuidado em Criciúma estão relacionados principalmente à falta de profissionais, problemas de estrutura física, comprometimento dos pacientes com a terapêutica elaborada para a melhoria da sua saúde e qualidade de vida, falha na comunicação das RAS e suporte da secretaria municipal de saúde para exercer a gestão do cuidado.

A gestão do cuidado vai além da governabilidade do profissional enfermeiro, o que o impossibilita por vezes de prestar uma assistência à saúde efetiva e de qualidade; é necessário que todos os atores envolvidos no cuidado à saúde — gestores, profissionais da equipe multiprofissional, família e indivíduo — estejam engajados, com pensamentos e estratégias alinhadas, para que ocorra a aplicação do cuidado integral.

Sugere-se a aplicação de outras linhas de pesquisa que abordem um quantitativo maior de entrevistados, a fim de se criar um diagnóstico situacional dentro da gestão do cuidado no município de Criciúma ou em outros municípios da região, para avaliar os serviços disponíveis na APS, além de mais estudos que abordem a temática da gestão do cuidado e outros que falem sobre gerenciamento do tempo dos enfermeiros, para contribuir

com essa categoria de profissionais que desempenham tantas tarefas de âmbito assistencial e gerencial.

Recomenda-se o fortalecimento do sistema de registro de informações para comportar todos os serviços ofertados na APS, ou seja, que “conversem” otimizando o tempo dos profissionais, eliminando a existência de vários Softwares que necessitam ser alimentados para que haja registro das trajetórias dos pacientes quanto a consulta, vacinas, uso de medicamentos, consultas em serviços de especialidades e em outros serviços das RAS.

Outra recomendação importante seria a implementação de um projeto de educação permanente nos serviços de saúde que compõem as RAS, a fim de salientar a forma em que elas estão organizadas no município e como deve ser realizada a comunicação entre as redes e a APS, pelos profissionais. Como dito neste estudo, a comunicação eficiente entre os participantes da gestão do cuidado é um dos pilares essenciais para obtenção da qualidade da assistência à saúde e continuidade do cuidado, fazendo com que os princípios e diretrizes do SUS e da APS sejam verdadeiramente vividos e desfrutados nos ambientes de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de *et al.* Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>. Acesso em: 21 nov. 2021.

ALVES, Francine da Costa; PUGGINA, Ana Claudia Giesbrecht. Influência da satisfação acadêmica na comunicação de enfermeiros. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4000/2651>. Acesso em: 14 jun. 2022.

ANDRADE, Selma Regina de *et al.* Configuração da gestão do cuidado de enfermagem no Brasil: uma análise documental. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 1, 2019. Disponível em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/1926/508>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Casa de Ideia, 2016. 277 p. Traduzido por Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BICA, Matheus Couto et al. Gerenciamento do cuidado em estratégias saúde da família na percepção de enfermeiros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 74, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/42518/html>. Acesso em: 14 jun. 2022.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS**, Brasília, 2003. p. 38. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 de junho de 2013. p 59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Casa Civil. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25694. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8142-28-dezembro-1990-366031-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Casa Civil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. p. 9273. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm. Acesso em: 7 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055, col. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017. p 68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019. p. 97. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180#wrapper>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, constante do Anexo I desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 nov. 1998. p 8 - 14. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acesso em: 13 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Telessaúde Sergipe. **Quando foi iniciada a Estratégia de Saúde da Família no Brasil?** Sergipe: BVS-Biblioteca virtual em saúde, 28 jul. 2015. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quando-foi-iniciada-a-estrategia-de-saude-da-familia-no-brasil/>. Acesso em: 7 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção À Saúde. Ministério da Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos**, 2021. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=02&VListar=1&VEstado=42&VMun=420460&VSubUni=&VComp=. Acesso em: 14 nov. 2021.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, p. 589-599, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmM-gwSpNRkSrt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2021.

CRICIÚMA. Secretaria Municipal da Saúde de Criciúma. Prefeitura Municipal de Criciúma. **Plano Municipal De Saúde 2018-2021 (Ajustado)**. 2020. p. 1-59. Disponível em: https://transparencia.criciuma.sc.gov.br/outros/60be69f32234b-plano-municipal-de-saude_2018_2021.pdf. Acesso em: 14 nov. 2021.

DUARTE, Lígia Vanessa Silva Cruz; SOUZA, Marta Rovey de; ROSSO, Claci Fátima Weirich. A gestão do cuidado e seus desafios no Estado de Goiás: registro do território e integração entre os níveis assistenciais, 2013-2014. **Aps Em Revista**, v. 1, n. 2, p. 121-131, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/32/29>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FERMINO, Veridiana *et al.* Estratégia Saúde da Família: gerenciamento do cuidado de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42691/22858>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FERNANDES, Marcelo Costa *et al.* Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 11-15, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QcKkg3sPJ8Fd7hpyR7Zt6tsf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2021.

FERREIRA, Adicéa de Souza; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Gerência do cuidado em enfermagem na Estratégia Saúde da Família: revisão sistemática. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, n. 5, pág. e68953087, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3087/5305>. Acesso em: 27 nov. 2021.

GRABOIS, Victor. Gestão do cuidado. *In*: GONDIM Roberta O.; GRABOIS Victor; JUNIOR Walter V.M. (Org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 153-186. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_320215091.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. **Portal cidades e estados**. Santa Catarina: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma/panorama>. Acesso em: 14 nov. 2021.

LIMA, Danstin Nascimento; ZUFFO, Catia Eliza. O papel da gestão pública na gestão de recursos hídricos: uma gestão contemporânea a luz da governabilidade e governança. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 70143-70154, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/16969>. Acesso em: 28 maio. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 13 jun. 2022.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 129- 140, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/KVYqFXPY8LsdX4ZHtXWGzKp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 jun. 2022.

MELO, Eduardo Alves *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/pt>. Acesso em: 27 nov. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília, **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. *et al.* (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos práticos e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018. Cap. 2 p. 337-367.

MOLL, Marciana Fernandes *et al.* O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, [online], v. 11, n. 1, p. 86-93, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11881>. Acesso em: 14 jun. 2022.

OLIVEIRA, Simone Machado Kühn de; BECKER, Bruna. **Gestão em enfermagem na atenção básica**. Porto Alegre: Sagah Educação S.A., 2019. 179 p.

PEREIRA, Juliana Guisardi; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 627-635, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/RYqyz7Xdt6ZrtXT9RhKJ9Q/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 14 jun. 2022.

PINTO, Antonio Germane Alves *et al.* Gestão do cuidado e da clínica no atendimento aos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n.

1, p. 23-31, 2019. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/2169>. Acesso em: 27 nov. 2021.

ROSSI, Thaís Regis Aranha; CHAVES, Sônia Cristina Lima. Implementação da atenção especializada em saúde bucal em dois municípios na Bahia/Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. SPE, p. 196-206, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ycMXDtJxZNVZygSYP9Pf3ZP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 maio. 2022.

SODER, Rafael *et al.* Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: Perspectiva da equipe de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 76-80, 26 nov. 2018. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2018.v9.n3.1496>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496/465>. Acesso em: 31 out. 2021.

SODER, Rafael *et al.* Práticas de enfermeiros na gestão do cuidado na atenção básica. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 36, n. 1, p.1561-2961, 18 mar. 2020. Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2815/531>. Acesso em: 30 out. 2021.

SORATTO, Jacks *et al.* Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, p. 584-592, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cbR-vR568RNnwjVkWKRdtDfy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2021.

TREVISO, Patrícia *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. Disponível em: <https://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/59>. Acesso em: 28 maio. 2022.

WITISKI, Mateus *et al.* Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/46988/751375140140>. Acesso em: 14 jun. 2022.

CAPÍTULO VII

A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA O FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Jesser Rodrigues Borges⁷
Marcos André Vieira Meller⁸
Reginaldo de Souza Vieira⁹

SUMÁRIO

1. Introdução. **2.** O surgimento do Sistema Único de Saúde e o direito social fundamental à saúde previsto na Constituição Federal de 1988. **3.** Considerações acerca da atenção primária à saúde no Brasil. **4.** Dificuldades e desafios enfrentados pela atenção primária à saúde no Brasil. **5.** Conclusão. Referências.

1. INTRODUÇÃO

Antes da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a assistência à saúde, fundamentado no modelo de seguro social, se resumia em ações curati-

⁷ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). E-mail: jesserborges@gmail.com

⁸ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/UNESC). E-mail: marcosavmeller@yahoo.com.br

⁹ Doutor (2013) e Mestre (2002) em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor, pesquisador e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD/Unesc). Professor e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor titular da Universidade do Extremo Sul Catarinense, com atuação na graduação em Direito. Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro da Rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro e Coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da Rede de Pesquisa Direito e Políticas Públicas (RDPP). Membro da Rede Egrupe. Membro da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (RECIJUR). Advogado. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com.

vas. Esse modelo, atendia somente os contribuintes da previdência social, deixando a maioria da população brasileira sem a atenção de uma política pública estatal na área da saúde.

Com o advento da CRFB/1988 e posterior surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis n. 8.080/90 e 8.142/90, os serviços de saúde concentraram esforços além da recuperação, na prevenção e promoção da saúde, na qualidade de um direito universal, passível de ser acessado por todos e todas, sem distinções.

Ainda, é essencial destacar que a saúde foi reconhecida pelo Poder Constituinte Originário como direito social fundamental, consoante art. 6º, da CRFB/1988.

Nesse contexto, é incontroverso o fato de que o SUS representa grande conquista para o Brasil, sendo uma política pública de Estado (VIEIRA, 2013), com aproximadas três décadas. Contudo, diversos problemas ainda se apresentam no âmbito do Sistema Único, necessitando, dessa forma, do constante debate entre agentes políticos e a sociedade, visando o seu aperfeiçoamento e implementação na sua plenitude.

A presente pesquisa tem por objetivo geral buscar identificar em que medida a atenção primária à saúde, enquanto estratégia e ação estruturada pelo Ministério da Saúde de modo descentralizada, contribui para o fortalecimento do SUS.

É nesse contexto que a atenção primária à saúde ganha enfoque, pois organizada de modo descentralizado a partir de um estrutura de saúde o mais próxima possível da população, por meio da qual é possível identificar as necessidades de âmbito local. Por meio da atenção primária os agentes de saúde realizam os primeiros atendimentos para prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e outras ações para o desenvolvimento da saúde plena da população, razão pela qual a atenção primária revela-se como instrumento indispensável para a concretização do direito fundamental à saúde pública em sua integralidade, sendo o objeto de análise da presente pesquisa.

Na pesquisa, utilizou-se do método dedutivo conjugado com pesquisa qualitativa e técnica de pesquisa bibliográfica e documental.

2. O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO SOCIAL FUNDAMENTAL À SAÚDE PREVISTO NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

O reconhecimento do direito à saúde, enquanto direito humano fundamental, é uma conquista relativamente recente. O conceito de saúde, como atualmente conhecido, somente foi desenvolvido com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 1948. Oportunidade em que se propôs um conceito amplo do direito à saúde, visando não apenas o tratamento de doenças mas tam-

bém a prevenção e reabilitação da saúde física, mental e emocional, ou seja, proporcionar bem estar pleno ao indivíduo (SCLIAR, 2007).

Contudo, no caso brasileiro, em período anterior à promulgação da CRFB/1988, o acesso à saúde era garantido única e exclusivamente aos(às) trabalhadores(as) com CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social assinada ou que contribuíam de forma autônoma para o regime previdenciário, configurando assim, um modelo de saúde previdenciário, ou seja, contributivo (GRANJA *et al.*, 2010, p. 3).

Essa realidade gerou severas consequências à população, especialmente pelo fato de que, naquele momento histórico, estava à mercê do trabalho informal, razão pela qual não possuíam acesso aos serviços de saúde. Portanto, esse primeiro modelo contributivo foi extremamente seletivo e proporcionou a exclusão da maior parte da população, especialmente das classes menos favorecidas ou das populações que exerciam outras atividades que não aquelas estabelecidas formalmente pelo sistema imposto. Como resultado, a população ficava desassistida ou dependia das instituições de caridade para um atendimento mínimo, o qual era direcionado apenas para cuidados paliativos a fim de amenizar a dor.

Nessa conjuntura, tal modelo de prestação de serviços de saúde vinha trazendo, a cada dia, maiores consequências à população, desencadeando uma grande crise, conforme preceitua Polignano (2001, p. 17):

[...] priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); -aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente; - diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; - incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema [...].

O modelo contributivo previsto na legislação não se mostrava mais compatível com a realidade social. Por isso, o debate acerca de políticas públicas de saúde se intensificaram em âmbito nacional.

O principal evento que debateu políticas públicas de saúde foi a VIII CNS - Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, tendo configurado momento histórico preponderante para a posterior regulamentação do SUS no texto constitucional (AGUIAR, 2011, p. 44).

Tal conferência, realizada em Brasília/DF, tinha o intuito de reconhecer a saúde como um direito de todos e dever do Estado, criando, para tanto, um sistema único de prestação aos serviços de saúde que pudesse abranger a todos os cidadãos e contar com a participação maciça deles, envolvendo a sociedade brasileira para auxiliar na promoção de constantes melhorias no sistema. No evento, compareceram mais de 5.000 participantes, vindos de todo o Brasil (PAIM, 2002, p. 62).

Ela rompeu com o modelo até existente de conferências, ao incluir a participação da sociedade civil como delegados(as) da VIII CNS. Isso ocorreu do bojo do processo de reconstrução democrático do Brasil após a ditadura militar de 1964-1985.

Esses participantes englobavam diversas classes sociais, representando, também, variados setores da sociedade. Ao final, o principal resultado da Conferência foi a instituição do projeto da RSB - Reforma Sanitária Brasileira (CHIORO; SCAFF, p. 14).

Nessa linha, no que diz respeito à Reforma Sanitária Brasileira e a ampla participação popular que nela ocorreu, Paim *et al.* (2011, p. 1) salientam:

Uma característica fundamental da reforma sanitária brasileira é o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado.

Verifica-se, portanto, que a construção de um Sistema Único de Saúde, de caráter universal e igualitário, é decorrência das lutas implementadas pelos movimentos sociais, sobretudo do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, os quais se mostravam inconformados o modelo então existente. Ademais, tais movimentos sociais estavam intimamente relacionados com o processo de redemocratização do Brasil, o qual ganhava forma naquele período. Nesse sentido, sustenta Vieira (2013, p. 320) que:

Restou demonstrado [...] que o direito à saúde foi inserido na CRFB/1988 a partir da mobilização e da organização da Sociedade, que definiu, no contexto do processo de redemocratização do país, as bases normativas deste e do que viria a se constituir o SUS. Portanto, foi a Sociedade que fez a Constituinte da saúde na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Após amplos debates, atendendo a mobilização social, o Poder Constituinte Originário inseriu o Sistema Único de Saúde no texto da CRFB/1988. De acordo com o art. 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988):

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.

Posteriormente, o Sistema Único de Saúde foi regulamentado pelas Leis n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 (conhecida como Lei Orgânica da Saúde) e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (que regulou o financiamento e a participação popular em saúde). Desta forma, o modelo de assistencialismo à saúde até então vigente no Brasil foi radicalmente alterado, acarretando vários avanços, especialmente no que se refere à universalidade e igualdade no atendimento à população, independentemente de sua condição socioeconômica, possibilitando o atendimento de comunidades anteriormente excluídas do acesso aos serviços de saúde (BELMIRO; VIEIRA, 2020).

De forma pioneira, a saúde foi elevada ao patamar de direito social fundamental, esculpida no art. 6º, da CRFB/1988, segundo o qual “São 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 e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (grifamos) (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

Além do mais, a saúde foi incluída ao lado da Assistência e da Previdência Social, formando o amplo sistema da Seguridade Social, previsto no artigo 194, “caput”, da CRFB/1988, *in verbis*: “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” (BRASIL, Constituição Federal, 1988).

Com a criação desse sistema, mantido pela sociedade, a Previdência Social se manteve no modelo contributivo. Todavia, os serviços de saúde e de assistência social migraram para modelo não contributivo. Ou seja, no que diz respeito aos dois últimos, todos os cidadãos, sem distinções, passaram a dispô-los. Enquadram-se como direitos sociais fundamentais inerentes ao efetivo exercício da cidadania (DELGADO; JACCOD; NOGUEIRA, 2009, p. 9).

Com tal previsão, o Estado tornou-se o garantidor desse direito, devendo proporcionar o efetivo acesso a todas as pessoas que dele necessitarem. Na condição de direito social fundamental, possui aplicabilidade imediata (CORREA, 2017, p. 2).

Ademais, o modelo proposto objetiva não apenas garantir o tratamento de doenças, mas proporcionar acesso amplo às políticas públicas de saúde para promoção, prevenção e reabilitação em todos os aspectos, de modo que se observa uma mudança de paradigma em relação a concepção de saúde então adotada no período anterior a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Adiante, a Constituição estipulou, em seu art. 23, II, que “cuidar da saúde” configura competência administrativa ou material comum a todos os entes federativos da República Federativa do Brasil, significa dizer que cabe à União, ao Estados e aos Municípios, por intermédio do Sistema Único de Saúde, implementarem políticas públicas para dar concretude ao direito à saúde, as quais são efetivadas de modo descentralizado dentro da esfera de competência de cada ente federativo (BRASIL, Constituição Federal de 1988).

No que concerne às competências legislativas, a Constituição Federal de 1988 roga, em seu art. 24, inciso XII, que é competência concorrente da União, Estados e Distrito Federal legislar sobre a “proteção e defesa da saúde”. Ainda, preceitua o art. 30, inciso VII da Constituição que os municípios possuem competência para “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (BRASIL, Constituição Federal de 1988).

Deste modo, uma vez que cabe ao Poder Público o dever de cuidar, bem como de prestar os serviços de saúde com qualidade, faz-se necessário, para tanto, que este tenha a dignidade da pessoa humana como princípio basilar. Essa é a linha de raciocínio trazida por Martini e Sturza (2017, p. 27):

[...] para o pleno desenvolvimento de cada pessoa, enquanto membro ativo de uma sociedade democrática e igualitária, são exigidos não somente a garantia do acesso universal ao Direito à Saúde, mas também o seu efetivo cumprimento e satisfação, através da ativa intervenção de um Estado calcado na dignidade da pessoa humana, buscando remover obstáculos e promover a saúde para todos os seus cidadãos, pois Direito à Saúde é direito à vida, o bem máximo de cada ser humano enquanto membro de um Estado Democrático de Direito que tem (ou deveria ter) como escopo o efetivo exercício da cidadania.

Diante de tal cenário, percebe-se que, para alcançar o mais elevado respeito possível a este tão importante princípio que norteia o texto constitucional e rege a vida dos indivíduos, é imprescindível que a todos seja proporcionado o acesso aos direitos sociais, sobretudo à saúde em sua concepção mais ampla. Ou seja, proporcionar condições para o exercício dos direitos, cumprimento dos deveres e garantia de uma vida digna (SILVA, 2016, p. 2).

Face ao contexto histórico apresentado, é incontroverso o fato de que a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um rompimento paradigmático na prestação dos serviços de saúde no Brasil, e para melhor. O Sistema Único de Saúde alterou o foco na prestação dos serviços de saúde pública, se mostrando voltado não apenas para o tratamento, mas também para a prevenção e reabilitação das doenças e enfermidades, proporcionando, além da melhor proteção à vida, uma considerável economia aos cofres

públicos (SILVA, 2016, p. 2). Além do mais, o direito à saúde passou a ter como base estruturante o princípio da universalidade no atendimento e do acesso igualitário, razão pela qual toda a população passou a ter direito à saúde, independentemente de sua situação socioeconômica, de modo que as população e comunidades anteriormente excluídas passaram a ter acesso aos serviços de saúde por meio do SUS.

3. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Antes de tudo, é essencial ressaltar que o SUS é composto por três níveis de complexidade, quais sejam: baixa, média e alta complexidade, formando um sistema pautado nas diretrizes da descentralização, regionalização e hierarquização, previstas na CRFB/1988.

As ações de baixa complexidade, atenção básica ou primária, têm as UBS - Unidades Básicas de Saúde e equipes de ESF - Estratégia Saúde da Família como principais prestadoras de serviços, atendendo, quantitativamente, muito mais pessoas do que os demais níveis. Já as UPAs - Unidades de Pronto Atendimento, hospitais secundários e centros de especialidades, responsáveis pelos atendimentos de média complexidade, possuem equipamentos providos de maior tecnologia, atendendo, na maioria dos casos, pacientes encaminhados da atenção básica. Por fim, os serviços de alta complexidade são prestados por hospitais que realizam cirurgias complexas, transplantes e disponibilizam leitos nas UTI's - Unidades de Terapia Intensiva, dentre outros (BRASIL, 2013, p. 1).

Diferentemente do que acontece na atenção primária da saúde, os níveis de média e alta complexidade exigem a presença de tecnologia mais avançada, bem como de atendimentos prestados por especialistas da área da saúde. Tal situação, por consequência, torna os procedimentos mais custosos e por vezes mais demorados (MACEDO; MARTIN, 2014, p. 1).

Ao observar que os níveis de assistência à saúde no Brasil são divididos entre baixa, média e alta complexidade, Pinto e Giovanella (2016, p. 4) afirmam que "a unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada obrigatória do sistema, servindo de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico do sistema de saúde".

A estruturação dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil se deu a partir do ano de 1994, quando o Ministério da Saúde implantou as equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF que, alinhadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, foram responsáveis por oferecer, de forma universal, uma prestação de serviços mais humanizada, com estreitamento dos vínculos entre profissionais da saúde e população (CAMPOS, 2019, p. 2).

A Portaria n. 2.436/2017 do Ministério da Saúde atualizou as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à saúde – PNAB, estabelecendo, em seu artigo 2º o conceito de atenção básica, segundo o qual:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017).

A fim de proporcionar maior efetividade da atenção primária à saúde, esta foi estruturada de forma descentralizada com o objetivo de proporcionar acesso mais próximo do cidadão, garantindo o atendimento à saúde em sua concepção mais ampla, ou seja, promover “a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...]” (BRASIL, Ministério da Saúde). Portanto, é por meio da atenção primária à saúde que a população realiza um primeiro atendimento via SUS, por meio da qual se efetiva a prevenção, diagnóstico e até mesmo o tratamento da maior parte das doenças, ressalvados os casos de média e alta complexidade.

Assim, cabe às Secretarias Municipais, na área de atuação do respectivo município, a inserção de equipes de Estratégia e Saúde da Família (ESF), que possuem como função a organização dos serviços de saúde na localidade, respeitando sempre os princípios e diretrizes impostos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p. 23).

Como atribuições a serem seguidas e respeitadas por todas as equipes de Estratégia de Saúde da Família, tem-se a obrigatoriedade da realização de cadastramentos domiciliares a todas as pessoas residentes no território do respectivo município de atuação, para que diagnósticos possam ser realizados, identificando possíveis enfermidades que venham a colocar em risco a saúde da população, de modo a proporcionar atuação sistêmica preventiva (BRASIL, 2007, p. 23).

As equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF são compostas por no mínimo: um médico generalista ou com especialidade em saúde da família; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Além do mais, também podem contar com profissionais de saúde bucal (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017). Verifica-se, portanto, que a ESF atua em âmbito local, atenda às necessidades da população próxima e é formada por uma equipe multidisciplinar especializada no atendimento da saúde da família.

É por intermédio da Estratégia de Saúde da Família-ESF que são organizadas as Unidades de Saúde da Família-USF, postos de atendimento primário à saúde instalados em

âmbito local, inserida no contexto das comunidades, a fim de proporcionar mais facilidade no acesso à saúde pela população. A título de exemplo, por meio das USF é possível realizar “consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos [...]” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2017).

Em 21 de outubro de 2011, por meio da Portaria n. 2.488, o Ministério da Saúde aprovou nova Política Nacional de Atenção Básica à saúde, promovendo novas diretrizes para sua estruturação. Merecem destaque os avanços implementados para proporcionar maior cuidado e atenção com comunidades/populações menos favorecidas, tais como a implementação dos programas: “Consultório de Rua” cujo objetivo é realizar o atendimento da população em situação de rua; Estratégia de Saúde da Família para populações ribeirinhas; Programa Saúde na Escola, Telesaúde, dentre outros (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

Visando dar maior efetividade a estes programas, a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB prevê a realização de repasses de recursos federais como incentivo aos estados e municípios que implementarem as políticas públicas nela previstas.

Verifica-se, pois, que a atenção primária à saúde compreende um complexo de ações descentralizadas, cujo objetivo é identificar e atender as necessidades em saúde o mais próximo possível das comunidades, a fim de implementar aqueles programas que proporcionem melhores soluções aos problemas identificados. Para dar concretude a elas há previsão de repasses financeiros da União aos Estados e Municípios. Assim, verifica-se que a APS é uma ferramenta indispensável para dar efetividade ao direito fundamental à saúde, pois possibilita o acesso da população aos serviços de saúde em âmbito local.

4. DIFICULDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Comparativamente, são inquestionáveis os avanços na prestação dos serviços de saúde no Brasil após a promulgação da CRFB/1988 e dos instrumentos normativos implantados na sequência, especialmente no que se refere à Política Nacional de Atenção Básica, aqui sob análise. Entretanto, alguns problemas ainda são constantemente enfrentados pelos profissionais que atuam no âmbito da política de atenção primária à saúde, impactando diretamente o atendimento da população.

Nessa linha, para Pontes (2009, p. 3), a demora na realização dos exames e consultas representa um problema extremamente comum, que ocasiona verdadeiro descontentamento dos(as) usuários(as) do SUS no que diz respeito à atenção básica. Tal morosidade resulta em filas de espera para obtenção de acesso a esses procedimentos, agravando, muitas vezes, o quadro de saúde do paciente em virtude da falta de efetividade no seu atendimento.

Em regra, a demora no atendimento ao usuário está relacionada ao excesso de pessoas que necessitam utilizar os serviços disponibilizados pelo primeiro nível hierárquico do SUS. Ou seja, geralmente, a quantidade de profissionais é insuficiente para atender toda a demanda (PONTES, 2009, p. 3).

Dados do Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, no ano de 2009, comprovam que os serviços de atenção básica à saúde no Brasil oneraram os cofres públicos em R\$ 8,5 bilhões, enquanto os serviços de média e alta complexidade, mesmo tendo atendido menor número de pessoas, mas em virtude da realização de atendimentos especializados, custaram, para o governo federal, R\$ 25,3 bilhões (BRASIL, 2011, p. 15).

Já em 2014, o Conass divulgou que os recursos transferidos para a manutenção da atenção primária representaram R\$ 14,7 bilhões, enquanto o valor repassado para o funcionamento dos serviços de média e alta complexidade foi de R\$ 41,9 bilhões (BRASIL, 2015, p. 7).

Ou seja, pode-se afirmar que houve certa proporcionalidade entre os repasses, uma vez que, tanto no ano de 2009 quanto em 2014, a atenção básica atendeu número muito maior de usuários e demandou, aproximadamente, apenas um terço em comparação ao que foi gasto nos serviços e ações de média e alta complexidade.

Outrossim, de acordo com estatísticas do Ministério da Saúde, além de atender a grande maioria das demandas da população, as Unidades Básicas de Saúde, por meio das equipes de Estratégia Saúde da Família, se bem equipadas e organizadas, são capazes de resolver, aproximadamente, 85% dos problemas trazidos pelos usuários, evitando que estes tenham que buscar atendimento de média e alta complexidade (BRASIL, 2019).

Apesar de todos os benefícios acima apresentados em relação a atenção primária, atualmente tem se observado uma redução sistemática dos investimentos públicos destinados à concretização dos direitos sociais, especialmente no que se refere à saúde, objeto do presente estudo.

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde demonstram que, no ano de 2020, o orçamento previsto para investimento com saúde foi de 187,51 bilhões, dos quais 25,8 bilhões foram destinados à atenção básica. Já para o ano de 2021 havia previsão orçamentária de 180,54 bilhões, ou seja, uma redução de aproximadamente 7 bilhões para o período, apesar do aumento dos valores dos insumos e serviços. Em relação à atenção básica, há previsão orçamentária para 2021 de aproximadamente 18,3 bilhões, significa dizer que dos cortes implementados a grande maioria está concentrada na atenção básica, justamente aquela que proporciona maior inclusão social e realiza mais atendimentos (BRASIL, Portal da Transparência, 2021).

Em sendo assim, observa-se uma sistemática de redução dos gastos públicos especialmente no que se refere à atenção básica em saúde, como resultado será inevitável a redução tanto qualitativa como quantitativa, impactando diretamente o atendimento da população.

Face às informações apresentadas, fica evidente a necessidade de constante fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil, apesar dos constantes ataques que vem sofrendo recentemente. Por meio da atenção primária é possível prevenir doenças e evitar que os indivíduos venham a ter enfermidades mais graves, bem como garantir a eficiência na aplicação de recursos públicos para a área da saúde, uma vez que se mostra mais vantajoso investir na prevenção de doenças e outros agravos do que trata-las quando já em estágio avançado. Razão pela qual evidencia-se que as ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária à saúde, apesar das dificuldades apontadas, constituem-se em importante instrumento para a concretização do fundamental direito à saúde.

5. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa foi possível identificar que a construção do Sistema Único de Saúde – SUS, consolidado na Constituição Federal de 1988, é resultante dos movimentos sociais e do processo de redemocratização do Brasil, o que representou uma mudança paradigmática, rompendo com um sistema excludente e meramente assistencialista, vindo a se constituir em um modelo de caráter universal e igualitário, destinado ao atendimento pleno da população, o qual possibilitou o alcance de comunidades/populações anteriormente excluídas de qualquer possibilidade de acesso à saúde.

A fim de dar maior efetividade ao sistema de atendimento proposto, o SUS foi estruturado de maneira descentralizada, possibilitando a identificação e atendimento das necessidades em âmbito regional e local. Nesse sentido, desenvolveu-se a atenção primária à saúde, estruturada em âmbito local, próximo das comunidades, e destinada a realizar atendimentos de baixa complexidade em diversos âmbitos (prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação).

De todo exposto, concluiu-se que as ações estruturadas por intermédio da atenção primária à saúde constitui-se em importante instrumento para a concretização do direito fundamental à saúde da população, contribuindo com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS, estruturada de modo a proporcionar maior contato com as realidades locais e, desta forma, propor soluções condizentes com essa realidade, buscando a participação popular, contribuir com qualidade de vida dos moradores das comunidades. Ademais, muito embora as dificuldades e desafios que a atenção primária enfrenta atualmente (sobretudo diante dos cortes orçamentários identificados), restou evidenciado que a APS proporciona economia aos cofres públicos, pois atua principalmente de modo preventivo evitando o agravamento de doenças. Logo, constata-se que a atenção primária

à saúde é instrumento indispensável para o fortalecimento do SUS e garantia do direito fundamental à saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS**: Sistema Único de Saúde, antecedentes, percurso perspectivas e desafios. 2011.

BELMIRO, Michel Ilíbio; VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A participação social em saúde**: uma leitura a partir da democracia radical [recurso eletrônico]. Criciúma/SC: EdiUnesc, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/8605>. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2007, p. 23. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**: Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 2015, p. 7. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L04_ASSIS-DE-MEDIA-E-ALTA-COMPL_jun2015.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**: Coleção Para Entender a Gestão do SUS. 2011, p. 15. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde**. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>. Acesso em: 29 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 25 ago. 2021.

BRASIL. Controladoria-Geral da União. **Portal da transparência**. Disponível em: <http://www.portal-transparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2021>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CAMPOS, Nayara Rúbio. **O Surgimento do NASF e a Atuação do Serviço Social**. 2019, p. 2. Disponível em: <https://www.cress-mg.org.br/arquivos/simposio/0%20SURGIMENTO%20DO%20NASF%20E%20A%20ATUA%C3%87%C3%83O%20DO%20SERVI%C3%87O%20SOCIAL.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

CORREA, Karina Ambrozio. **Direito à saúde**: a responsabilidade do Estado e a judicialização da saúde. 2012, p. 2. Disponível em: <https://facnopar.com.br/conteudo-arquivos/arquivo-2017-06-14-14974729091845.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Seguridade social**: redefinindo o alcance da cidadania. 2009, p. 9. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4347/1/bps_n17_vol01_seguridade_social.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

GRANJA, Gabriela Ferreira et al. **Equidade do sistema de saúde brasileiro**: uma teoria fundamentada em dados. 2010, p. 3-12. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n1/a1415.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. **Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS)**: significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. 2014, p. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140597.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

MARTINI, Sandra Regina; STURZA, Janaina Machado. **A dignidade humana enquanto princípio de proteção e garantia dos direitos fundamentais sociais**: o direito à saúde. 2017, p. 27. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/367/453>. Acesso em: 28 ago. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde Política e Reforma Sanitária**. Acesso em: 27 ago. 2020.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **Implantação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 27 ago. 2020.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011, p. 1. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. **Do programa à estratégia saúde da família**: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). 2018, p. 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2001, p. 17. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-\[16-030112-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-[16-030112-SES-MT].pdf). Acesso em: 27 ago. 2020.

PONTES, Ana Paula Munhen de *et al.* **O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde**: o que pensam os usuários? 2009, p. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>. Acesso em: 29 ago. 2020.

SILVA, Michelle Emanuella de Assis. **Direito à saúde**: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. 2016, p. 2. Disponível em: file:///C:/Users/marco/Downloads/12251-Texto%20do%20artigo-36237-1-10-20170608.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

VIEIRA, Reginaldo de Souza. **A cidadania na república participativa**: pressupostos para a articulação de um novo paradigma jurídico e político para os conselhos de saúde, 2013. 527 f. Tese (Doutorado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.



REGINALDO DE SOUZA VIEIRA

Doutor (2013) e Mestre (2002) em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor, pesquisador e Coordenador do Programa de

Pós-Graduação em Direito (PPGD/Unesc) e pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor titular da Universidade do Extremo Sul Catarinense, com atuação na graduação em Direito. Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro da Rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro e Coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da Rede de Pesquisa Direito e Políticas Públicas (RDPP). Membro da Rede Egrupe. Membro da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (RECIJUR). Advogado.

E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com

LUCIANE BISOGNIN CERETTA



Graduação em Enfermagem. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999). Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, local em que atua como docente. Graduação em Direito (em andamento) na Unesc.

Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e Educação na Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Planejamento e Gerência de Serviços de Saúde, Epidemiologia, Atenção as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Diabetes e Hipertensão Arterial) e Docência na Saúde. Coordena o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). É articuladora do CIES (Comissão de Integração Ensino e Serviço da Região Carbonífera de SC). Na pesquisa, dedica-se aos estudos com Doenças Crônicas, especialmente Diabetes, Estudos Epidemiológicos e Processos de Gestão e de Educação Permanente em Saúde. É líder do Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, Vice-Líder do LADSSC - Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva; Integralidade e educação na saúde (Gecies), integrante do Grupo de Pesquisa em Epidemiologia, Laboratório de

Psiquiatria Translacional e Coordena o Grupo de Pesquisa em Gestão Universitária da Unesc. Atualmente é Reitora da Universidade do Extremo Sul Catarinense - Unesc, Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado Profissional da Unesc, Presidente da Acafe, Conselheira Titular no Conselho Estadual de Educação de SC (CEE) e no Conselho Nacional de Educação (CNE), 3ª Titular no Conselho Fiscal na Associação Brasileira das Instituições Comunitárias de Educação Superior ABRUC e 1ª Tesoureira no Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras - CRUB. e-mail: luk@unesc.net.

MARCELO LAMY



Pós-Doutorando em Políticas Públicas em Saúde no PPG da Escola FIOCRUZ de Governo/Brasília; Doutor em Direito Constitucional (PUC-SP); Mestre em Direito Administrativo (USP); Bacharel em Direito (UFPR).

Professor Permanente e Vice-Coordenador do PPG Stricto Sensu, Mestrado em Direito da Saúde (Unisanta); Professor da Faculdade de Direito (Unisanta, ESAMC); Líder do Grupo de Pesquisa CNPq/Unisanta "Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde"; Diretor geral do Observatório dos Direitos do Migrante (Unisanta); Coordenador do Laboratório de Políticas Públicas (Unisanta). Currículum: <http://lattes.cnpq.br/9347562683746206>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8519-2280>. E-mail: marcelolamy@unisanta.br

SANDRA MARA CAMPOS ALVES



Doutora em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Pesquisadora em Saúde Pública e Coordenadora do Programa de Direito Sanitário, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF. <https://orcid.org/0000-0001-6171-4558> E-mail: smcalves@gmail.com