

POLÍTICAS PÚBLICAS, PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

**Reginaldo de Souza Vieira, Gabrielle Scola Dutra,
Ismael Francisco de Souza e Maurício da Cunha Savino Filó**
Organizadores[as].



EDITORA ÍTHALA

© 2025 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

P769

Políticas públicas, princípio da participação popular e os objetivos do desenvolvimento sustentável / organização de Reginaldo de Souza Vieira ... [et al.] – Curitiba: Íthala, 2025.
151p.: il.; 22,5cm

Vários colaboradores
ISBN 978-65-5765-303-6

1. Políticas públicas. 2. Desenvolvimento sustentável. 3. Participação popular. I. Vieira, Reginaldo de Souza (org.). II. Dutra, Gabrielle Scola (org.). III. Souza, Ismael Francisco de (org.). IV. Filó, Maurício da Cunha Savino (org.).

CDD 333.715 (22.ed)
CDU 338.1

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

Capa: Caroline V. R. Moreira
Revisão: Karla Andreia Leite
Diagramação: Sônia Maria Borba



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 n. 9.610/98 e punido pelo art. 184 do Código Penal.

REGINALDO DE SOUZA VIEIRA
GABRIELLE SCOLA DUTRA
ISMAEL FRANCISCO DE SOUZA
MAURÍCIO DA CUNHA SAVINO FILÓ
(ORGANIZADORES(AS))

POLÍTICAS PÚBLICAS,
PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR
E OS OBJETIVOS DO
DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL



EDITORA ÍTHALA
CURITIBA – 2025

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação e entusiasmo que apresentamos a obra *Políticas públicas, princípio da participação popular e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*, fruto das pesquisas realizadas no Programa de Pós-graduação em Direito (PPGD) e no Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Socioeconômico, ambos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unes), no âmbito do Projeto “Políticas públicas, princípio da participação popular em saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável” (Edital de Chamada Pública Fapesc n. 54/2022). O projeto insere-se na visão de futuro da Unesc “Ser reconhecida como uma Universidade Comunitária, de excelência na formação profissional e ética do cidadão, na produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, com compromisso socioambiental”.

Diante disso, as pesquisas aqui apresentadas são comprometidas com a concretização dos seguintes objetivos específicos dispostos no projeto em questão: a) Compreender o as estruturas do Estado Social e Democrático de Direito; b) Compreender os fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito; c) Apresentar a organização da participação popular em saúde, tendo por referências as conferências e os Conselhos Municipais de Saúde e Sistema Único de Saúde. A presente obra reserva em seu conteúdo discussões críticas, resultantes de um esforço coletivo de pesquisadores empenhados em explorar as complexidades que envolvem três eixos temáticos, quais sejam: Eixo I – Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde (SUS) e Princípio da Participação Popular; Eixo II – Política Pública de Saúde, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Crianças e Adolescentes; e Eixo III – Políticas Públicas, Direitos Humanos e Objetivos do Desenvolvimento Sustentável: Aproximações Teóricas.

As investigações aqui apresentadas se dedicam a problematizar as múltiplas dimensões que norteiam a intersecção entre Políticas Públicas, o Princípio da Participação Popular e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) no lócus brasileiro. Nesse cenário eivado por limites e possibilidades, as políticas públicas assumem centralidade ao perfectibilizarem-se enquanto um conjunto de ações, diretrizes e programas governamentais concretos que garantem o acesso da população aos direitos fundamentais. Quando planejadas/formuladas/implementadas/avaliadas em consonância com a participação ativa

da população, as políticas públicas convertem-se em mecanismos robustos que atendem às demandas sociais, contemplando as especificidades interseccionais (gênero, raça, classe, nacionalidade, deficiência, entre outras) que atravessam os sujeitos.

Da dimensão individual à coletiva, as políticas públicas emergem enquanto mecanismos fundamentais para mitigar as vulnerabilidades humanas. Portanto, a arquitetura das políticas públicas deve ser delineada em comunhão de esforços entre os múltiplos atores sociais e o comprometimento dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, com o intuito de concretizar metas específicas. Diante disso, o princípio da participação popular potencializa a transparência, a corresponsabilidade e a operacionalização do controle social sobre as ações do Estado, ancorando-se diretamente às propostas dos 17 ODS, na medida em que incorpora as reivindicações de múltiplas vozes ao processo decisório, pressuposto imprescindível para que a funcionalidade das políticas públicas seja pautada pelas perspectivas da sustentabilidade, da inclusão social e efetivação de direitos fundamentais.

Nessa seara, a presente obra é composta por sete capítulos: no primeiro capítulo, Marcos André Vieira Meller e Reginaldo de Souza Vieira discutem o SUS e o direito fundamental e social à saúde na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88).

O segundo capítulo, Geiziane Laurindo de Moraes, Reginaldo de Souza Vieira e Dimas Oliveira Estevam abordam a participação social e a gestão no Conselho Municipal de Saúde a partir de uma análise de um Conselho no Sul catarinense (2023-2024).

Posteriormente, no terceiro capítulo, Higor Neves de Freitas e Reginaldo de Souza Vieira refletem sobre a interculturalidade e o direito à saúde por intermédio da proteção integral de crianças e adolescentes indígenas sob a perspectiva dos ODS.

Rafael Bueno da Rosa Moreira e Reginaldo de Souza Vieira apresentam, no quarto capítulo, o planejamento estratégico do combate à violência sexual contra meninas pelas equipes técnicas do SUS nos municípios brasileiros por meio do ODS n. 5 (Igualdade de Gênero).

Em seguida, no quinto capítulo, Cristiano Patricio Junior e Ismael Francisco de Souza refletem sobre a vacinação obrigatória de crianças frente a pandemia da Covid-19, estabelecendo paralelos históricos da imunização no Brasil.

No sexto capítulo, Gabrielle Scola Dutra e Janaína Machado Sturza apostam na perspectiva da fraternidade para observar os eixos da diversidade e da inclusão aplicados ao fenômeno migratório, especificamente a partir do Plano Estadual de Saúde (2024-2027) de Santa Catarina (SC) enquanto mecanismo de efetivação do direito humano à saúde dos migrantes.

Por fim, no último capítulo, Mauricio da Cunha Savino Filó e Morgana Comin Zeferrino apresentam resultados e discussões dos ODS n. 6 e n. 16 no contexto do desafio das políticas públicas no Brasil.

Em síntese, a presente obra é um convite à reflexão profunda sobre a temática proposta, estimulando o leitor a analisar os grandes desafios em emergência na seara das políticas públicas e dos ODS. No decorrer dos capítulos, a obra desafia o leitor a pensar, de maneira crítica, a importância da participação popular para garantir a efetividade, a eficácia e a eficiência das políticas públicas brasileiras.

Desejamos a todos e todas uma ótima leitura!

Criciúma (SC), setembro de 2025.

Prof. Dr. Reginaldo de Souza Vieira
Profa. Dra. Gabrielle Scola Dutra
Prof. Dr. Ismael Francisco de Souza
Prof. Dr. Maurício da Cunha Savino Filó
(Organizadores(as))

PREFÁCIO

Passada uma década do estabelecimento da Agenda 2030, plano global criado pelas Nações Unidas, composto por 17 objetivos e 169 metas, o qual convida as Nações do mundo a, juntas e, até o ano de 2030, erradicarem a pobreza, proteger o planeta, garantir a prosperidade e promover a paz, muitos são os desafios para o atingimento dessas metas, a nível global e local. A nível global, os entraves são de ordem política, econômica, ambiental e social. Guerras, crise climática, desigual distribuição da riqueza, precarização e exploração do trabalho, violência e desigualdade de gênero, acesso desigual à saúde e à alimentação são questões a serem trabalhadas.

No Brasil, idênticos desafios se apresentam. Muitos amenizados, a exemplo: da redução da mortalidade infantil; da retirada, nos anos de 2023 e 2024, de 26,5 milhões de pessoas da fome – com a consequente saída do Mapa da Fome; o atingimento, em 2024, de 88% de geração de energia renovável; o avanço no combate ao trabalho escravo; as ações em prol de um sistema de saúde acessível e eficiente, com a redução de filas para cirurgias eletivas e o fortalecimento da atenção primária; e outros. Contudo, há distintas e perversas situações que nos distanciam dos intentos da Agenda 2030, as quais devem ser estudadas, debatidas coletivamente e superadas.

A presente obra, *Políticas públicas, princípio da participação popular e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*, propõe este exercício: de refletir sobre as políticas sociais públicas, sobretudo aquelas voltadas à proteção dos grupos minoritários – como as mulheres, as crianças, os povos indígenas e migrantes, considerando a participação popular na garantia dos direitos humanos à saúde, à proteção, à inclusão e à igualdade. Um movimento importante na direção dos objetivos e das metas da Agenda 2030.

Desejo a todos/as/es uma boa leitura!

Johana Cabral

Pós-doutora pelo PPGD/Unesc
(Criciúma-SC, primavera de 2025)

SUMÁRIO

PARTE I

DIREITOS HUMANOS E DIREITO SANITÁRIO

CAPÍTULO I

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988 11

Marcos André Vieira Meller - Reginaldo de Souza Vieira

CAPÍTULO II

PARTICIPAÇÃO POPULAR E GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DE UM CONSELHO NO SUL CATARINENSE (2023-2024)..... 49

Geiziane Laurindo de Moraes - Reginaldo de Souza Vieira - Dimas de Oliveira Estevam

PARTE II

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE, OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E CRIANÇAS E ADOLESCENTES

CAPÍTULO I

INTERCULTURALIDADE E DIREITO À SAÚDE: A PROTEÇÃO INTEGRAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INDÍGENAS SOB A PERSPECTIVA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL 62

Reginaldo de Souza Vieira - Higor Neves de Freitas

CAPÍTULO II

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS PELAS EQUIPES TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS E O OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS N. 5 – IGUALDADE DE GÊNERO 77

Reginaldo de Souza Vieira - Rafael Bueno da Rosa Moreira

CAPÍTULO III

A VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA DE CRIANÇAS FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19: PARALELOS HISTÓRICOS DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL 93

Cristiano Patricio Junior - Ismael Francisco de Souza

PARTE III
POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS HUMANOS E OBJETIVOS DO
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

CAPÍTULO I

DIVERSIDADE E INCLUSÃO NA ERA DAS MIGRAÇÕES SOB A PERSPECTIVA DA FRATERNIDADE: O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024-2027) DE SANTA CATARINA (SC) ENQUANTO MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE DOS MIGRANTES 112

Gabrielle Scola Dutra - Janaína Machado Sturza

CAPÍTULO II

RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS ODS 6 E 16 E O DESAFIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL 134

Mauricio da Cunha Savino Filó - Morgana Comin Zeferino



PARTE I
DIREITOS HUMANOS
E DIREITO SANITÁRIO

CAPÍTULO I

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

Marcos André Vieira Meller¹

Reginaldo de Souza Vieira²

1 INTRODUÇÃO

O Constituinte Originário atribuiu grande importância aos direitos sociais quando da promulgação da CRFB/1988, não somente no corpo do art. 6º, mas, também, em praticamente todo o texto constitucional. Inclusive, o termo “direitos sociais e individuais” é mencionado desde o preâmbulo da Constituição. Isto é, antes mesmo do art. 1º, que versa sobre o Estado Social e Democrático de Direito (Brasil, 1988; Nunes Júnior, 2020)

1 Mestre em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Pós-graduando (lato sensu) em Direito Constitucional pelo Complexo Educacional Damásio de Jesus. Graduado em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Pesquisador do Nuped/Unesc e do LADSSC/Unesc. Advogado. E-mail: marcosmeller.adv@outlook.com.

2 Doutor e mestre em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 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 (Unesc). Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro do Conselho Editorial da EdiUnesc. Membro do Conselho Gestor do Observatório Latino-americano em Direitos Humanos Prof. Antonio Carlos Wolkmer. Coordenador do Programa Escola de Lideranças – PROEXT-PG-Capesc. Membro titular da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochepecó). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro da Rede de Pesquisa Egrupe (Unisc, FMP e Unesc). Membro titular e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, PUC-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, Furb, Ufop, Unirio, UFRJ e Furg). Coordenador Executivo da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da The International Society of Public Law. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito. Membro associado do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (Conpedi). Consultor na área de políticas públicas. Advogado vinculado à seccional de Santa Catarina. Orcid ID: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com; reginaldovieira@unesc.net.

Embora o Constituinte Originário não tenha inserido o termo “Social” na expressão “Estado Democrático de Direito”, é possível afirmar que a República Federativa do Brasil carrega consigo diversas características de um Estado Social, face ao extenso rol de direitos sociais fundamentais regulamentados (Fávaro; Vieira, 2024).

É nesse contexto que se insere o direito, na qualidade de um direito humano de caráter social reconhecido no texto constitucional de 1988 e instrumentalizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de uma política pública de Estado, construída efetivamente com a participação da sociedade.

Portanto, a partir desse recorte apresenta-se a pesquisa desenvolvida neste capítulo, que tem por escopo desenvolver o processo de surgimento do SUS, suas bases normativas e os princípios e as diretrizes que norteiam sua atuação.

Para tanto, o capítulo foi dividido em três seções/tópicos. Na primeira, serão tratados os fundamentos que norteavam as ações e os serviços de saúde antes da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, destacando a então vinculação previdenciária e não universalista. Na segunda seção, será desenvolvido o processo democrático de construção do SUS. Na última seção, a partir da construção anteriormente desenvolvida, serão discorridos os fundamentos constitucionais, das duas principais legislações que regulamentam o direito à saúde (Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990) do princípio da participação popular de demais princípios e diretrizes que direcionam o SUS e sustentam a concretização do direito fundamental e social à saúde.

Para fins de desenvolvimento do objetivo geral e dos objetivos específicos desta pesquisa (que correspondem as três seções do capítulo), foram utilizados o método dedutivo e a técnica de pesquisa documental.

2 A SAÚDE VINCULADA AO SEGURO SOCIAL: CARÁTER CONTRIBUTIVO E NÃO UNIVERSAL

Antes da promulgação do texto constitucional de 1988, o acesso à saúde se manteve vinculado a uma perspectiva meritocrática, permanecendo restrito às pessoas que se encontravam inseridas no mercado de trabalho (com vínculo empregatício formal ativo) ou, ao menos, contribuía para o seguro social, bem como a seus dependentes. Isto é, a prestação dos serviços sanitários tinha semelhanças com a atual Previdência Social no Brasil. Dependia do cumprimento do requisito da qualidade de segurado(a) (Menicucci, 2014).

Diante de tal realidade histórica, é pertinente iniciar este tópico discorrendo sobre o surgimento e evolução (principalmente legislativa) da Previdência Social brasileira, eis que possuía frontal vinculação com a prestação dos serviços sanitários.

Sendo assim, o primeiro ato significativo do Poder Público brasileiro voltado ao seguro social se deu no ano de 1923, quando, no governo do então Presidente Artur da Silva Bernardes, foi promulgada a “Lei Eloy Chaves” (Decreto n. 4.582, de 24 de janeiro de 1923). O referido diploma normativo é assim popularmente conhecido, eis que proposto pelo, à época, Deputado Federal Eloy Chaves (Brasil, 1923; Chioro; Scaff, *s. d.*).

Juntamente a Lei Eloy Chaves foi criada uma Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP), inicialmente direcionada a trabalhadores do setor ferroviário. Rapidamente, surgiram outras CAPs, todas caracterizadas pelo modelo bipartite. Isto é, financiadas pela classe empresarial e pela classe trabalhadora (Batich, 2004).

Mercadante (2002, p. 3) leciona que,

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos.

As Caixas de Aposentadoria e Pensão se expandiram em diversas regiões do Brasil, representando inúmeras classes de trabalhadores(as), porém, não existia uma legislação comum entre elas. Cada entidade estabelecia seus respectivos regimentos internos, de acordo com os anseios do segmento representado. O orçamento das CAPs era advindo das contribuições pagas pelos(as) trabalhadores(as) e pelas empresas. Por isso, variava conforme o número de associados(as), interferindo, por consequência, na efetividade da prestação dos serviços previdenciários e de acesso à saúde (Mercadante, 2002).

Entretanto, existiam segmentos da sociedade que, embora contassem com grande número de trabalhadores(as), possuíam pouca ou nenhuma representatividade em relação às CAPs. Exemplo clássico era dos(as) trabalhadores(as) rurais. À época, mais da metade da população provia sua subsistência na agricultura e/ou pecuária. Porém, os(as) agricultores(as)/lavradores(as), pela falta de mobilização, permaneciam completamente esquecidos(as), sem qualquer política pública previdenciária ou de saúde que pudesse promover a inclusão desses(as) trabalhadores(as) na sociedade. Ou seja, não existia uma Caixa de Aposentadoria e Pensão que pudesse proporcionar mínimas condições de dignidade e proteção a esse extenso setor (Batich, 2004).

As CAPs, financiadas somente pelas empresas e seus(suas) respectivos(as) trabalhadores(as), não apresentavam a eficácia protecional necessária, eis que deixavam grande número de pessoas às margens da sociedade, desprovidas de qualquer amparo estatal (Batich, 2004).

Por isso, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Sobre o tema, Oliveira, Neto e Donadone (2022, p. 4-5) aduzem que,

Em 1933, o Estado criou os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) e passou a desempenhar os papéis de controlador, financiador e administrador do sistema. Enquanto as CAPs representavam uma única empresa, os IAPs representavam categorias de trabalhadores, independente da empresa em que trabalhavam.

Foi no primeiro governo do ex-presidente Getúlio Vargas (1930-1934) que surgiram os IAPs. Esses Institutos tinham como principal característica o modelo tripartite, dispondo de recursos financeiros oriundos do Poder Público, além de serem financiados pelas empresas e seus respectivos trabalhadores. Por meio dos IAPs, o governo passou a ter maior interferência na proteção dos cidadãos, diferentemente do que acontecia na época das CAPs, mantidas tão somente por meio de contribuições vertidas pelas empresas e pelos(as) trabalhadores(as) (modelo bipartite) (Chioro; Scaff, s. d.).

Em se tratando da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (divididos em categorias profissionais), Chioro e Scaff (s. d., p. 4) traçam interessante linha temporal histórica, discorrendo que “o primeiro IAP foi o dos marítimos, criado em 1933, seguindo-se o dos comerciários e bancários (1934), industriários (1936) e o dos servidores do Estado e trabalhadores em transporte de cargas (1938)”.

Nessa fase e, de forma acentuada, a partir do final da década de 1940 e início da década de 1950, a população rural começou massivamente a abandonar o labor no campo, buscando melhores condições de vida nas áreas urbanas. É o conhecido “êxodo rural”. Consequentemente, as cidades se tornaram populosas, com elevado número de pessoas procurando empregos. Em virtude da maior empregabilidade ofertada, o setor industrial passou a crescer exponencialmente, acarretando, também, a ampliação massiva da assistência médica fornecida pela Previdência Social aos segurados e dependentes cujas categorias profissionais estavam representadas pelos IAPs (Chioro; Scaff, s. d.).

O crescimento populacional nos centros urbanos trouxe ao governo federal a necessidade de criação de uma gestão administrativa própria e exclusiva para a área da saúde. E isso aconteceu no ano de 1953 quando, após longos anos de debates encabeçados pela classe política, foi criado o Ministério da Saúde (Bertolli Filho, 2008). Com efeito, a prestação dos serviços sanitários foi definitivamente desvinculada da área da educação, eis que, anteriormente, essas duas pastas se concentravam em um único “braço do governo federal”, qual seja: o Ministério da Educação e Saúde (Hamilton; Fonseca, 2003, p. 792).

É evidente que a criação de um Ministério exclusivo para a saúde representou um importante momento histórico para o Brasil. Tanto é que esse acontecimento governamental é lembrado até hoje pelos(as) mais diversos(as) pesquisadores(as). Todavia, em uma perspectiva prática, não foram constatados grandes avanços na prestação dos serviços de saúde no País (Hamilton; Fonseca, 2003). Pelo contrário, não houve redução do elevado número de enfermidades que assolavam a população brasileira, gerando incapacidades permanentes para o exercício de qualquer trabalho ou para os atos da vida civil. As taxas de mortalidade, conseqüentemente, permaneceram altas. Isto é, mesmo com a criação do Ministério da Saúde, não foram implementadas políticas públicas eficientes, capazes de minimizar, principalmente, os problemas anteriormente mencionados (Bertolli Filho, 2008).

Além da ausência de efeitos positivos trazidos pela criação do Ministério da Saúde, essa fase de prestação dos serviços sanitários no Brasil foi fortemente marcada pelo “clientelismo”. Os agentes políticos se aproveitavam das estruturas públicas para promover fortalecimento político, visando, sobretudo, lograr êxito nos pleitos eleitorais futuros. Sobre a temática, Bertolli Filho (2008, p. 41) salienta que,

Além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde era o clientelismo: os partidos políticos ou os líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas – muitas vezes em números bem superiores à demanda de uma região – por votos e apoio nas épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária. Com esse tipo de interferência política, importantes projetos eram interrompidos, além de ser constante a substituição dos Ministros a Saúde. Nas duas primeiras décadas de atuação, essa pasta teve 19 titulares.

A partir de sua criação (decorrente da Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953), o Ministério da Saúde passou por diversas reestruturações. Uma das mais importantes diz respeito à criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) (por meio da Lei n. 2.743, de 6 de março de 1956), logo no início do governo do ex-presidente Juscelino Kubitschek – JK, demonstrando preocupação do Poder Público com a classe camponesa, que se encontrava desassistida (Brasil, 1953; 1956). Acerca da temática, Hochman (2009, p. 325) discorre que,

De forma bastante coerente, a primeira decisão importante de Kubitschek no campo da saúde, logo após a posse, em janeiro de 1956, foi a criação, em março, do DNERu, que unificava vários serviços nacionais criados em 1941 para lidar com as doenças do interior, tais como malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste,

brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá e tracoma. Vários centros de pesquisa do Ministério da Saúde, inclusive o Instituto de Malariologia, foram unificados no Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERu), subordinado ao DNERu.

Nesse período, o Brasil começou a direcionar o foco na medicina preventiva, mesmo que de forma muito modesta. Isso, pois, até então, a atuação governamental voltava-se somente ao modelo curativo, que consistia em combater enfermidades existentes. O ex-presidente Juscelino Kubitschek, médico de profissão, desde o pleito eleitoral, defendeu a ideia de que “o Brasil não é só doença”, demonstrando maior compromisso com a saúde da população brasileira, principalmente no que concerne ao enfrentamento das chamadas “doenças ou enfermidades de massa” (Hochman, 2009, p. 315).

Durante toda a década de 1950, os IAPs permaneceram como responsáveis pela promoção do acesso à saúde, por meio da divisão dos(as) segurados(as) e dependentes em categorias profissionais. Todavia, a população com vínculo empregatício formal ativo continuava crescendo e, progressivamente, os IAPs, por diversos motivos, não tiveram mais capacidade de prestar satisfatoriamente os serviços previdenciários e de saúde. Não havia uma legislação unificada para custear as aposentadorias e pensões em todo o Brasil. Com efeito, cada classe trabalhadora permanecia submetida aos regramentos próprios de seus respectivos IAPs, o que acarretava desigualdades entre as categorias profissionais. A disparidade no valor dos benefícios concedidos por determinados IAPs era muito grande, assim como os requisitos exigidos para concessão dos benefícios. Outra situação frequente consistia na necessidade de desvinculação de um IAP para posterior filiação a outro, na medida em que os(as) segurados(as) deixavam de exercer determinada profissão e acabavam sendo contratados(as) por outra empresa, que pertencia a uma categoria profissional totalmente diferente (Menicucci, 2014).

Diante da insustentabilidade dos IAPs, sobreveio outro acontecimento extremamente importante que marcou o governo de ex-presidente Juscelino Kubitschek. Este, diz respeito à promulgação da Lei n. 3.807, de 5 de setembro de 1960 (Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS) (Brasil, 1960). Salienta-se que o referido diploma normativo era objeto de debate no Congresso Nacional há mais de uma década, desde muito antes de JK assumir a presidência do Brasil. Contudo, foi no governo de Kubitschek que a LOPS passou a integrar, de uma vez por todas, o ordenamento jurídico brasileiro (Batich, 2004).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social estabeleceu um regramento previdenciário único para todos os segurados e dependentes no Brasil, independentemente da categoria profissional na qual estivessem vinculados. Ou seja, pôs-se um fim às disparidades normativas causadas pelos IAPs. As regras de cálculos e os requisitos

para concessão de cada benefício tiveram como “inspiração” normas regulamentadas por determinados IAPs, principalmente aquelas mais vantajosas. Tal situação fez com que a grande maioria dos Institutos de Aposentadorias e Pensões não se opusessem à unificação do sistema previdenciário (Batich, 2004).

A Lei Orgânica da Previdência Social não pôs um fim imediato aos IAPs. Pelo contrário. A extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões ocorreu somente seis anos depois, quando, em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A partir desse momento, todos os segurados e dependentes até então vinculados aos IAPs passaram a contribuir e ter acesso a benefícios previdenciários e serviços de saúde somente concedidos e ofertados pelo INPS (Menicucci, 2014).

Para Souza (2022, p. 11), a criação do INPS

[...] foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAP's) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Registra-se que, mesmo com a unificação de todos os IAPs por meio do INPS, o Poder Público não demonstrou capacidade de prover assistência à saúde a todos os segurados e dependentes de forma direta, precisando buscar apoio no setor privado, principalmente pela compra e pelo financiamento de entidades privadas, para que estas auxiliassem na prestação dos serviços sanitários (Menicucci, 2014).

Cinco anos após criação do INPS (especificamente em 1971), foi instituído o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), por meio da Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971, estipulando uma série de benefícios que poderiam ser concedidos aos trabalhadores rurais, entre eles, aposentadorias por velhice e invalidez, serviços de saúde e social, pensão e auxílio-funeral (Brasil, 1971).

Após mais de 10 anos de sua criação, o INPS foi desdobrado em três Institutos, quais sejam: INPS, IAPAS e INAMPS (conforme se depreende da leitura de um dos parágrafos anteriores), conforme Lei n. 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas).

O diploma normativo que criou o Sinpas também, à época, extinguiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, atribuindo ao INPS a completa responsabilidade de concessão e manutenção de todos os benefícios destinados à população rural. Isto é, os trabalhadores urbanos e rurais, a partir daquele momento, passaram a ser representadas

pelo mesmo Instituto. O objetivo da criação do Sinpas consistiu somente em reestruturar funções administrativas, de forma que a prestação dos serviços previdenciários, assistenciais e sanitários se tornasse organizada, eis que, antes da edição da Lei n. 6.439/1977, era do INPS a responsabilidade de garantir o acesso da população a todos esses direitos (Aguiar; Calaça, 2019; Leite, 1978).

O Iapas, na condição de Autarquia Federal vinculada ao extinto Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), entre outras atribuições, era responsável pela gestão financeira dos recursos destinados à previdência e à assistência social (incluindo serviços de arrecadação, fiscalização e cobranças de contribuições) (Brasil, 1977).

O Inamps, por sua vez, foi outra Autarquia Federal vinculada ao mesmo Ministério extinto. Para que os serviços sanitários pudessem ser prestados de forma eficiente, a referida Autarquia foi dividida em Superintendências Regionais. Os recursos financeiros arrecadados eram distribuídos proporcionalmente a essas Superintendências, levando em consideração, principalmente, a quantidade de segurados(as) e dependentes que cada região do País tinha (Souza, 2002).

Porém, tal realidade gerava desigualdades de oportunidades e condições de dignidade nas regiões brasileiras, vez que o Inamps passava a aplicar maior parte do orçamento destinado à saúde nas regiões Sul e Sudeste do País, em que a demanda populacional com vínculos empregatícios formais era superior. Persistia no Brasil um acesso à saúde desprovido de caráter universal, com “portas fechadas” para as famílias que não tinham pelo menos um de seus membros trabalhando de “carteira assinada” ou, ao menos, contribuindo para o seguro social (Souza, 2002).

Nesse diapasão, Menicucci (2014, p. 80) discorre que,

No caso da assistência à saúde, há igualmente grande diferenciação entre trabalhadores, de acordo com a região, porque esses se desenvolverão mais nas grandes empresas, tanto nacionais quanto multinacionais, e no eixo Sul-Sudeste, onde estão as maiores empresas e se verificam as melhores condições salariais e de emprego, bem como o acesso diferenciado à assistência à saúde.³

Em razão desse contexto e da vinculação do acesso aos serviços sanitários vinculados ao caráter contributivo, a grande massa da população continuava permanentemente desprovida de qualquer amparo estatal, podendo contar, no máximo, com ações humani-

3 Ressalta-se, ainda, que o Sinpas (instituído pela Lei n. 6.439/1977), também era composto por outras entidades: como: Empresa de processamento de dados da Previdência Social (Dataprev); Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); e Fundação Nacional de Assistência e Bem-Estar do Menor, além da Central de Medicamentos (Ceme) (órgão autônomo de estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (BRASIL, 1977; ESCOREL, 1999, pp. 56-57). Contudo, não serão objeto de abordagem neste estudo.

tárias, atreladas a atos de caridade (Vieira, 2013). As mais populares instituições filantrópicas que, desde o período colonial (1530-1822), foram responsáveis pela prestação dos serviços de saúde às pessoas não amparadas pelo modelo contributivo e não universal eram as Santas Casas de Misericórdia, espalhadas em praticamente todo o território brasileiro. Médicos voluntários atuavam nessas instituições, como forma de propiciar condições mínimas de dignidade ao vasto contingente populacional que se encontrava completamente às margens da sociedade (Oliveira; Neto; Donadone, 2022). Todavia, eram completamente insuficientes e ineficazes para atender às tamanhas necessidades sanitárias do exacerbado número de pessoas desassistidas pelo modelo de saúde não universal à época vigente.

A linha temporal apresentada neste estudo, no que concerne aos acontecimentos históricos que envolveram a temática da saúde no Brasil, comprova que, com o passar dos anos, o Poder Público foi, progressivamente, adotando medidas e criando institutos que distanciassem a prestação dos serviços de saúde dos serviços previdenciários. Entretanto, mesmo que a saúde representasse tema de maior atenção por parte do Estado, uma realidade permanecia idêntica e inalterada, qual seja: a obrigatoriedade de comprovação de filiação ao seguro social mediante o pagamento de contribuições como requisito de acesso às ações e serviços sanitários.

Manter incólume essa realidade seria, basicamente, continuar atentando contra a vida daquelas pessoas que, por um motivo ou por outro, não possuíam vínculo empregatício formal ativo e/ou não se encontravam vinculadas ao seguro social. Portanto, mostrava-se evidente e urgente necessidade de superar aquele modelo restritivo e não universal então vigente.

Foi no final da década de 1970 e, principalmente, a partir do início da década de 1980, que se intensificaram debates populares objetivando desvincular o acesso às ações e serviços de saúde do modelo contributivo, tornando-o universal. Diante dessa realidade, o próximo tópico abordará, de forma resumida, os principais acontecimentos históricos responsáveis pela criação do SUS, política pública institucionalizada pela CRFB/1988 e construída a partir de ampla mobilização de diversos setores da sociedade, responsável pela universalização do acesso às ações e serviços sanitários no Brasil.

3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA POLÍTICA PÚBLICA DE ESTADO A PARTIR DA CONSTRUÇÃO E MOBILIZAÇÃO DA SOCIEDADE

Quando se fala no processo histórico de criação do SUS, é necessário dissertar, principalmente, sobre três principais temáticas: 1ª) Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB; 2ª) Reforma Sanitária Brasileira – RSB; e 3ª) 8ª Conferência Nacional

de Saúde – 8ª CNS. Todos esses movimentos estão profundamente interligados, tendo sido encabeçados pelos mais diversos setores da sociedade (Vieira, 2013). Portanto, este tópico voltar-se-á ao estudo destes fatos, principais responsáveis pela posterior institucionalização do SUS na CRFB/1988.

Desde a Primeira República, especificamente a partir da década de 1920, existiam debates promovidos por agentes políticos e determinados setores da sociedade, no sentido de buscar melhorias no acesso aos serviços sanitários no Brasil. Todavia, eram movimentos considerados frágeis, não demonstrando mínima capacidade para romper com o modelo privatista então vigente (Vieira, 2013; Abreu, 2009). Os debates responsáveis, posteriormente, por uma efetiva revolução na prestação dos serviços de saúde no Brasil tiveram início no Governo Militar (década de 1970 e intensificados na década de 1980), questionando o modelo então vigente. O intuito era criar um sistema sanitário dotado de caráter universal, descentralizado e democrático, onde a população pudesse participar ativamente da sua gestão, inclusive interferindo nas escolhas tomadas pelos agentes políticos (Paim, 2009).

Inicialmente, os setores sociais se organizaram por meio do Movimento Sanitarista ou Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que defendia e construía ideias inéditas na história do Brasil no tocante à prestação dos serviços de saúde. O referido movimento caminhava na direção da efetivação de uma democracia inclusiva, focada, primordialmente, na dignidade humana (Souto; Oliveira, 2016).

Na concepção de Mercadante *et al.* (2002, p. 246), o MSRB tinha como principais proposições:

- 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços.

Segundo Vieira (2013, p. 315), o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira trouxe consigo uma missão extremamente complexa: de trazer ao Brasil a possibilidade de construção e implementação de políticas públicas por meio de debates democráticos, fazendo com que a população participasse e se envolvesse ativamente no futuro do próprio País, nesse caso, especificamente quanto à criação de um novo e inédito modelo de prestação dos serviços de saúde.

Ressalta-se que os debates promovidos pelo MRSB tiveram início principalmente no meio acadêmico, conhecido pela forte oposição que fazia ao Governo Militar então vigente à época. Outros setores sociais também tiveram ativa participação nesse diálogo, entre eles, diversos departamentos de medicina social e preventiva e escolas de saúde pública. Foram sendo construídas, a partir desse período, as premissas teóricas que, logo mais, norteariam a condução dos trabalhos da Reforma Sanitária Brasileira (Abreu, 2009).

É inegável a importância do meio acadêmico na construção teórica de um novo modelo de saúde. Todavia, o MRSB precisava e efetivamente foi além da teoria. Referido Movimento pautou sua atuação, também, em articulações políticas para expandir, cada vez mais, o número de militantes adeptos à redemocratização do País, “embutindo na cabeça da população” a importância de “virar a página” na realidade da saúde brasileira, por meio da institucionalização de um sistema dotado de caráter universal (Abreu, 2009, p. 22).

No final da década de 1970, época em que o MRSB se encontrava em constante fortalecimento, surgiram duas entidades que “tomaram à frente” nas lutas em prol da universalização da saúde no Brasil. Sobre a temática, Sousa (2014, p. 11) ressalta que,

[...] para fortalecer o movimento nesta direção surgiu o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1979) como precursores da ideia do projeto da Reforma Sanitária brasileira, que podemos resumir no lema Saúde e Democracia. Associados ao CEBES e ABRASCO, vários outros sujeitos coletivos compuseram o “Movimento Sanitário”, entre eles as universidades, o movimento sindical etc.

O principal intuito dos setores da sociedade civil que encabeçaram o MRSB e, posteriormente, a RSB era o de conseguir superar aquele modelo privatista de saúde que vigorava no Brasil, no qual o acesso às ações sanitárias dependia da comprovação de contribuições vertidas ao sistema securitário, deixando grande número de pessoas totalmente desamparadas (aquelas que não tinham, ao menos, um integrante da família com vínculo formal de emprego e/ou contribuindo). A estes seres humanos restava, tão somente, a possibilidade de recorrer a instituições de caridade.

Adentrando na temática da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), Paim *et al.* (2011, p. 1) lecionam que,

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.

O momento histórico da RSB em que todas as ideias anteriormente defendidas e planejadas puderam ser “tiradas do papel” aconteceu na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília/DF, no ano de 1986. Referida Conferência se diferenciou de todas as outras até então realizadas na história do Brasil. Isso, pois, as sete Conferências anteriores sempre tiveram acesso restrito a determinados setores sociais, só tendo direito a voz e o voto de especialistas na temática da saúde pública, principalmente vinculados a órgãos governamentais. Os rumos do País eram tomados sem a efetiva participação popular, como de praxe historicamente (Mercadante, 2002).

Na concepção de Mercadante (2002, p. 46), “a VIII CNS não só ampliou a participação de outros segmentos técnicos, sobretudo da previdência social, como incluiu ampla representação dos usuários dos serviços de saúde”.

Nesse contexto de participação social, é oportuno ressaltar o trecho do discurso de Antônio Sérgio da Silva Arouca (à época Presidente da Fundação Oswaldo Cruz), proferido na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde (a íntegra de sua fala consta nas páginas 35 a 42 dos Anais da VIII CNS). Naquela oportunidade, Arouca (1986, p. 35) homenageou e ovacionou a participação da sociedade, pelas seguintes palavras:

[...] hoje, nesta 8ª Conferência Nacional de Saúde, acho que temos um convidado, um participante que conseguiu um lugar nesta Conferência, com bastante sacrifício, e que é a sociedade brasileira organizada. Eu acho que é muito para eles que eu gostaria, hoje, quase que dedicar estas palavras. Acho que o fato de estar aqui na 8ª Conferência Nacional da Saúde, a representação de confederações nacionais de trabalhadores, de estarem aqui representados e pedindo direito à voz e a voto o movimento popular da saúde de Recife, pelo fato de estarem aqui participando associações de bairro e outras entidades da sociedade brasileira como a CNBB, a ABI, a OAB, enfim o conjunto de entidades que conseguimos identificar num mapeamento quase que exaustivo da sociedade brasileira, eu gostaria de considerá-los como membros privilegiados desta 8ª Conferência Nacional da Saúde. E a eles quero dedicar a discussão sobre essa questão de ‘Democracia é Saúde’ que vamos enfrentar.

Afinal, a 8ª CNS (realizada entre os dias 17 a 21 de março de 1986) contou com a presença de mais de 4 mil delegados(as), que representaram os mais diversos órgãos, instituições e entidades vinculadas à prestação dos serviços de saúde, partidos políticos das mais diferentes ideologias, bem como membros da sociedade civil em geral. Ou seja, foi um evento suprapartidário, voltado efetivamente à construção de um novo e revolucionário modelo de saúde no Brasil. Os participantes se dividiram em vários grupos, materializando construtivos debates, que culminaram na elaboração e aprovação de um relatório final, aprovado ao final da Conferência (Brasil, 1986).

O Relatório Final da 8ª CNS foi resultado de três intensos dias de discussões nas mesas redondas, com 38 grupos de trabalho formados por delegados e 97 grupos de trabalho compostos por participantes (135 grupos no total). Toda essa discussão se voltou a três temáticas principais: 1ª) Saúde Como Direito; 2ª) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3ª) Financiamento Setorial (Brasil, 1986).

Em relação ao primeiro tema da Conferência (Saúde Como Direito), o Relatório Final registrou, basicamente, que a garantia e acesso à saúde decorre da observância de muitos outros direitos que precisam ser respeitados pelo Estado, como: alimentação, educação, moradia, trabalho, lazer, habitação, meio ambiente saudável e equilibrado, liberdade (principalmente de expressão), participação efetiva da sociedade na gestão e organização dos serviços sanitários, entre outros. Mencionou, também, que a simples regulamentação no texto constitucional de um modelo de saúde universal não seria suficiente para que referidas mudanças pudessem ser visualizadas no cenário prático. Seria necessário, portanto, que o Estado se organizasse financeira, estrutural e estrategicamente para enfrentar todos os desafios da gestão do sistema, formulando e implementando políticas públicas em todos os níveis hierárquicos. Entre tantos outros apontamentos, os participantes da 8ª CNS também reivindicaram que a Assembleia Nacional Constituinte que se aproximava fosse pautada na democracia. Só assim seria possível construir um sistema de saúde que possibilitasse o acesso a toda população (Brasil, 1986).

A segunda temática (Reformulação do Sistema Nacional de Saúde) defendeu a total desvinculação dos serviços de saúde do sistema previdenciário, por meio da criação e institucionalização do SUS na CRFB/1988. Discorreu sobre os princípios *d. iretrizes* que deveriam nortear a gestão do SUS que, posteriormente, foram inseridos pelo Constituinte Originário no texto constitucional (universalidade, descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização, equidade, entre outros) (Brasil, 1986; 1988).

Dispôs, também, que os serviços de saúde prestados por entidades privadas seriam permanentemente fiscalizados pelo Poder Público, principalmente no tocante à mercantilização abusiva da saúde, vedando a cobrança de valores desproporcionais pelos serviços oferecidos. Foram direcionadas, de igual modo, às principais atribuições de cada um dos entes federativos responsáveis pela gestão do SUS (níveis federal, estadual e municipal), devendo haver permanente fortalecimento dos municípios na gestão do Sistema Único, principalmente para atender às demandas do setor primário (baixa complexidade) (Brasil, 1986).

Outro assunto abordado dentro do tema “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” consistiu na necessidade de criação de um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por segmentos sociais públicos e privados, de diferentes ideologias, além da

formação de Conselhos de Saúde em todos os níveis da federação, mediante eleições periódicas, promovendo, assim, a efetiva participação da sociedade civil no controle, fiscalização e gestão do SUS (Brasil, 1986).

O terceiro e último tema (Financiamento do Setor) versou sobre a criação de Fundos Únicos de Saúde em todos os níveis federativos, de modo a administrar os recursos destinados à prestação dos serviços de saúde pública. Dispôs, também, que a saúde deveria ter receita própria para a prestação de suas ações e políticas públicas, não dependendo mais da Previdência Social para custear os serviços. Situação essa que reduziria consideravelmente os gastos da Seguridade Social, permitindo que os trabalhadores urbanos e rurais pudessem ter concedidos benefícios previdenciários vantajosos (Brasil, 1986).

Outra proposta englobada na temática “Financiamento do Setor” consistiu em promover a distribuição proporcional e igualitária da arrecadação tributária destinada à saúde para todas as regiões brasileiras, uma vez que o Brasil apresentava acentuada desigualdade social em todo o seu território, com grande parte dos recursos públicos sendo aplicados nas regiões Sul e Sudeste, que proporcionavam maiores oportunidades de emprego, atraindo, portanto, maior número de trabalhadores. Por fim, listou diversas medidas que deveriam ser implementadas pelo Poder Público em eventual e futura reforma tributária, de modo a concretizar uma das principais diretrizes que norteariam a atuação do SUS, qual seja: a descentralização (Brasil, 1986).

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovado com os três temas anteriormente citados, momento em que também terminou aquele grande evento democrático. Posteriormente, houve a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que se apoiou no relatório redigido na VIII CNS para, junto aos parlamentares constituintes, conseguir efetivar no texto da CRFB/1988 praticamente todas aquelas ideias debatidas e aprovadas na Conferência realizada em 1986 (Prata, 2019).

Com a promulgação do texto constitucional, em 5 de outubro de 1988, houve a materialização e a institucionalização de um novo modelo de saúde pública, exaustivamente debatido e construído nos anos anteriores, mediante ampla participação da sociedade, principalmente, nos momentos históricos anteriormente abordados. Tendo o SUS sido institucionalizado pelo advento da CRFB/1988, o próximo tópico deste estudo voltar-se-á à análise dos principais dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, bem como dos princípios e diretrizes que envolvem a temática da saúde, direito social fundamental transdimensional intimamente ligado a todos os outros direitos de mesma hierarquia (eis que não existe hierarquia entre direitos sociais fundamentais), entre eles, em especial, o direito à vida.

4 DIREITO FUNDAMENTAL E SOCIAL À SAÚDE: LEGISLAÇÃO CONSTITUCIONAL, LEIS N. 8.080/1990 E N. 8.142/1990 E O PRINCÍPIO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Antes de entrarmos na temática deste tópico, será feita uma breve contextualização acerca do sistema da Seguridade Social, em que a saúde é integrante, juntamente à Previdência Social e à Assistência Social.

É o popularmente conhecido “tripé da Seguridade Social” e encontra previsão no art. 194, “caput”, da CRFB/1988, que dispõe: “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, 1988).

Para Santos (2016, p. 43), a Seguridade Social engloba um conjunto

[...] de normas de proteção social, destinadas a prover o necessário para a sobrevivência com dignidade, que se concretizam quando o indivíduo, acometido de doença, invalidez, desemprego, ou outra causa, não tem condições de prover seu sustento ou de sua família. É com a proteção dada por uns dos institutos componentes da seguridade social que se garantem os mínimos necessários à sobrevivência com dignidade, à efetivação do bem-estar, à redução das desigualdades, que conduzem à justiça social.

Para se ter uma noção da tamanha importância atribuída pelo legislador ao sistema da Seguridade Social, basta observar que todos os integrantes desse “tripé” são reconhecidamente direitos sociais inseridos no art. 6º, da Constituição Federal de 1988. A saúde e a Previdência Social foram inseridas com idêntica nomenclatura no corpo do art. 6º. Já a Assistência Social é encontrada no aludido dispositivo constitucional com o termo “assistência aos desamparados”. São expressões sinônimas (Brasil, 1988).

A Constituição Federal de 1988 objetivou que toda a população pudesse encontrar, de uma forma ou de outra, amparo no sistema da Seguridade Social. A saúde, nem necessita de maiores digressões: é “direito de todos e dever do Estado” (art. 196, da CRFB/1988). Já a Previdência Social é dotada de caráter contributivo, fazendo com que, via de regra (pois existem exceções), os segurados possam acessá-la somente a partir de contribuições vertidas ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) ou a algum outro regime de Previdência Social (público ou privado). De igual modo, os dependentes dos segurados, para que tenham acesso a determinados benefícios (pensão por morte e auxílio-reclusão, por exemplo), necessitam que estes últimos, entre outros requisitos, preencham o requisito “qualidade de segurado” perante o ente previdenciário (Santos, 2016).

Acerca da temática, Amado (2021, p. 152) discorre que

[...] um dos grandes traços que diferenciam a previdência social da assistência social e da saúde pública é o seu caráter contributivo, pois apenas terão cobertura previdenciária as pessoas que verteram contribuições ao regime que se filiaram, de maneira efetiva ou nas hipóteses presumidas por lei, sendo pressuposto para concessão de benefício e serviços aos segurados e seus dependentes.

Com efeito, caso uma pessoa necessite de amparo estatal, mas, ao mesmo tempo não cumpra o requisito “qualidade de segurado” perante nenhum regime de previdência social, esta poderá recorrer à Assistência Social. Para tanto, precisa se enquadrar em determinados requisitos estabelecidos em lei (Santos, 2016). A Assistência Social encontra previsão nos arts. 203 e 204, da CRFB/1988, sendo prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social. Ou seja, possui caráter não contributivo, em contraposição à Previdência Social (Brasil, 1988).

Uma conhecida política pública assistencial regulamentada tanto na legislação constitucional quanto infraconstitucional é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que corresponde à garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência (independentemente de idade mínima) e ao idoso (nesse caso, considerado a partir dos 65 anos) que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Esse conceito, quase que em sua literalidade, encontra-se esculpido no inciso V do art. 203 da CRFB/1988 (Brasil, 1988). Praticamente em uma reprodução literal do texto constitucional, também encontra previsão no art. 20, “caput”, da Lei n. 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social – Loas) (Brasil, 1993).

Observa-se que todo o sistema da Seguridade Social é voltado a proporcionar que a população consiga auferir, ao menos, renda capaz de suprir as necessidades vitais básicas, inerentes a todo ser humano. A Previdência Social (de caráter contributivo) e a Assistência Social (de caráter não contributivo) são primordiais à garantia do “mínimo existencial”, auxiliando na erradicação da pobreza e da marginalização, bem como na redução das desigualdades sociais e regionais (art. 3º, III, da CRFB/1988). Situação, esta, que vai de encontro ao princípio da dignidade da pessoa humana (fundamento da República Federativa do Brasil), esculpido no art. 1º, III, do texto constitucional promulgado em 1988 (Brasil, 1988).

Contudo, não se pode olvidar que, nos últimos anos, principalmente após a promulgação da Emenda Constitucional 103/2019 (popularmente conhecida como “Reforma da Previdência”), houve drásticas mudanças legislativas que acarretaram enrijecimento dos requisitos para acesso aos benefícios previdenciários, bem como na redução da renda mensal destes. A sistemática de cálculos de diversos benefícios foi alterada para, em

praticamente todos os casos, reduzir o valor da renda. Enquanto o custo de vida no Brasil se torna, progressivamente, cada vez mais elevado, com a inflação atingindo patamares assustadores, a EC 103/2019, em perceptiva prática, tratou de fazer com que os benefícios previdenciários, em sua grande maioria, acabem sendo concedidos no valor de um salário-mínimo (Brasil, 2019). É evidente que muitas foram as justificativas do legislador para impor tão brusca alteração na sistemática de cálculos dos benefícios. Todavia, há de se refletir se uma Emenda Constitucional, ao reduzir drasticamente direitos sociais anteriormente garantidos à população, não adentrou no núcleo intangível dos direitos e das garantias individuais, violando, portanto, cláusula pétreia expressa, consoante art. 60, § 4º, IV, da CRFB/1988. Fato é que o Poder Constituinte Derivado Reformador, com a referida alteração no texto constitucional, caminhou em sentido contrário à “erradicação da pobreza e a marginalização e redução das desigualdades sociais e regionais”, objetivo fundamental da República Federativa do Brasil (art. 3º, III, da CRFB/1988), uma vez que obrigou e continuará obrigando que a população trabalhe por muito mais tempo para, no futuro, receber muito menos do que receberia se permanecesse vigente a sistemática de cálculos dos benefícios anterior à promulgação da EC 103/2019.

Pois bem. Realizada a breve contextualização acerca da Seguridade Social (em que a saúde está inserida), o subtópico a seguir será voltado exclusivamente ao estudo da legislação constitucional sanitária.

O termo jurídico “saúde” aparece em diversas oportunidades na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988. Por isso, o texto constitucional precisa ser analisado e interpretado de forma ampla, de modo que se possa ter uma correta dimensão do quão importante se tornou o conjunto das normas sanitárias. O primeiro dispositivo da CRFB/1988 que deve ser mencionado quando se aborda referida temática, sem dúvida, é o “caput” do art. 6º. Como citado em diversos momentos deste estudo, a saúde figura como direito social fundamental (Brasil, 1988).

Na condição de direito social fundamental, a saúde foi elevada pela Constituição Federal de 1988 ao patamar protecional máximo, passando a ter, inclusive, aplicabilidade imediata, consoante art. 5º, § 1º, do referido texto constitucional. Realidade, esta, que possibilita aos profissionais do direito a tomada de medidas legais (principalmente meios processuais) que visem a rápida concretização do direito vindicado (Brasil, 1988; Schwartz; Bortolotto, 2008).

Outro ponto que merece destaque diz respeito à inserção da saúde nas dimensões dos direitos fundamentais. Inicialmente, cabe ressaltar que inúmeros autores versam sobre a temática. Maioria classifica a saúde como direito de segunda dimensão (que engloba todos os direitos sociais, culturais e econômicos). Foi nessa fase que o Estado passou a ter obrigações positivas, capazes de proporcionar condições dignas de vida à popula-

ção, buscando, efetivamente, o alcance da igualdade em seu aspecto material (Domingos; Rosa, 2019).

Todavia, não há pacificidade na literatura jurídica quanto à dimensão em que o direito à saúde se encontra inserido. Domingos e Rosa (2019, p. 87) discorrem que,

[...] enquanto alguns doutrinadores entendem ser inserido na primeira dimensão por ser ligado ao direito à vida, pessoal e independente, outros doutrinam que o direito à saúde pertence aos direitos fundamentais de segunda dimensão por exigirem do Estado uma conduta ativa, por meio de políticas públicas, que assegure a tutela, proteção, concretização da população ao efetivo acesso à saúde, pensamento pelo qual partilhamos e motivo pelo qual a segunda dimensão merece destaque.

E não é só. Outra parte da literatura jurídica entende que o direito à saúde se faz presente em todas as dimensões de direitos fundamentais, face à sua gigantesca importância. É possível afirmar, por exemplo, que a saúde possui vinculação com os direitos fundamentais de primeira dimensão, eis que umbilicalmente ligada ao direito à vida. Tocante aos direitos fundamentais de terceira dimensão, onde o meio ambiente está inserido, por exemplo, não se pode olvidar que um meio ambiente ecologicamente equilibrado é capaz de influenciar direta e frontalmente na qualidade da saúde de uma população por completo. E assim vai. Portanto, a saúde é classificada como direito fundamental de caráter transdimensional (Domingos; Rosa, 2019; Paixão Filho, 2019).

Por ser corolário do direito fundamental à vida, mostra-se oportuno fazer alusão a outros dispositivos da CRFB/1988 que, embora não mencionem expressamente o termo “saúde”, possuem direta vinculação com esse direito social. Quais sejam: 1) art. 1º, III, que esculpiu “a dignidade da pessoa humana” como fundamento da República Federativa do Brasil; 2) art. 3º, IV, que estabeleceu “a promoção do bem de todos” como objetivo fundamental da República; e 3) com toda a certeza, o próprio direito fundamental à vida, esculpido no “caput” do art. 5º, no qual é dever o Estado garantir sua inviolabilidade (Brasil, 1988).

Ressalta-se que a CRFB/1988 rompeu com o modelo privatista de prestação dos serviços de saúde e instituiu efetivamente um modelo dotado de caráter universal, isto é, de acesso a todos(as) aqueles(as) que dele necessitem. É o princípio da universalidade, que encontra previsão no art. 196, do texto constitucional:

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. 1988).

Observa-se que no texto constam os termos “redução do risco de doença e de outros agravos” e “promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, constata-se que o Constituinte Originário atribuiu à legislação que dispõe sobre saúde tanto um caráter preventivo e de promoção, na qual o Poder Público passou a atuar para evitar ao máximo a proliferação de enfermidades capazes de colocar em risco o bem-estar da população, quanto um modelo curativo. Este último, objetiva promover o tratamento de enfermidades existentes, de modo a combatê-las e curá-las (Dallari, 1995, p. 30).

Já o caráter preventivo exige do Estado dupla atuação (tanto ações negativas quanto ações positivas), de modo a evitar a proliferação de moléstias que eventualmente coloquem em risco a vida da população. Nesse sentido, Weichert (2004, p. 122) aduz que

Os ordenamentos jurídicos constitucionais da atualidade, ao consagrarem a existência de um direito social à saúde, acolheram essa dupla perspectiva. Dessa forma, assim como ocorre com os direitos fundamentais em geral, que podem ser observados em várias dimensões complementares, também o direito à saúde compreende a perspectiva individual de busca de ausência de moléstias e a coletiva de promoção da saúde em comunidade. Nessa linha, o direito à saúde implica em ações negativas e positivas do Estado e da sociedade tendentes a garantir o combate de doenças, bem como ações positivas e negativas no ambiente circundante para a prevenção da ocorrência das moléstias.

Ainda sobre o art. 196, da CRFB/1988, constata-se que o Constituinte Originário, ao inserir o termo “dever do Estado” no corpo do aludido dispositivo constitucional, sem dúvida, direcionou a todos os entes federativos a responsabilidade administrativa ou material para prestação das ações e serviços sanitários (Dallari, 1995). Realmente, essa é uma posição incontroversa, eis que o inciso II do art. 23 da CRFB/1988 disciplina que “cuidar da saúde” representa uma competência material comum a todas as unidades federadas. Complementarmente, dispõe o art. 30, VII, do texto constitucional de 1988, que compete aos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população” (Brasil, 1988).

Weichert (2004, p. 138-139) leciona que,

De qualquer forma, todos os entes federativos têm o dever de atuar na prestação dos serviços públicos de saúde. Fez bem a Constituição em assim prescrever. Isso porque o campo das competências comuns é especialmente recomendável para satisfazer a demanda por serviços naquelas áreas mais carentes de prestações positivas do Estado. A saúde, em especial, foi privilegiada não só com a sua inclusão no rol das matérias de competência comum, mas também pela consagração da

prestação dos serviços concernentes de forma ordenada e otimizada, através do Sistema Único de Saúde.

A temática da saúde também encontra previsão no âmbito das competências legiferantes, mais especificamente no art. 24, XII, da CRFB/1988, que atribui prerrogativa à União, aos Estados e ao Distrito Federal para legislarem concorrentemente sobre “proteção e defesa da saúde” (Brasil, 1988).

No tocante aos direitos trabalhistas, a CRFB/1988 assegurou o salário-mínimo como forma de atendimento às necessidades vitais básicas, de modo que os trabalhadores percebam renda que possibilite, ao menos, mínima efetivação dos direitos sociais fundamentais, sendo que, entre eles, encontra-se a saúde (art. 7º, IV). Também trouxe a necessidade de o legislador infraconstitucional editar normas sanitárias capazes de reduzir os riscos laborais nos quais os trabalhadores que desempenham determinadas profissões se encontram permanentemente submetidos (art. 7º, XXII) (Brasil, 1988).

Outrossim, regulamentou a possibilidade de intervenção federal da União nos Estados e no Distrito Federal, caso estes últimos deixem de aplicar nas ações e serviços públicos de saúde os percentuais mínimos de impostos estaduais arrecadados (art. 34, VII, “e”, da CRFB/1988). Também possibilitou a intervenção dos Estados nos municípios e da União nos municípios localizados em Território Federal, toda vez que os municípios deixarem de aplicar as porcentagens financeiras mínimas nas ações e serviços públicos de saúde (art. 35, III, da CRFB/1988). Ambos os dispositivos constitucionais tiveram suas redações dadas pela promulgação da Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000 (Brasil, 1988; 2000).

Por oportuno, destaca-se que foi a EC n. 29/2000 a responsável por inserir no ordenamento jurídico constitucional percentuais mínimos a serem aplicados por todos os entes federativos na área da saúde. Isto, pois, em momento anterior, as unidades federadas permaneciam constitucionalmente vinculadas a aplicar porcentagens mínimas da receita proveniente de impostos somente na área da educação (Brasil, 2000; Campelli; Calvo, 2007).

Como mencionado em momento anterior, o Constituinte Originário inseriu a saúde no “tripé da Seguridade Social”, formado, também, pela Previdência Social e Assistência Social, bem como regulamentou formas de financiamento do sistema securitário (arts. 194 e 195, da CRFB/1988) (Brasil, 1988).

Assegurou à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à saúde (além de inúmeros outros direitos também esculpido no texto constitucional), sendo dever solidário da família, da sociedade e do Estado zelar pela garantia e efetivação

de todas essas previsões. Cabe ao Estado, ainda, a promoção de programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem (determinação trazida pela Emenda Constitucional n. 65, de 13 de julho de 2010) (Brasil, 1988; 2010).

As ações e serviços de saúde foram reconhecidos como de relevância pública, consoante art. 197, da CRFB/1988. No bojo do art. 198, o Constituinte Originário estabeleceu as diretrizes do Sistema Único de Saúde, sendo elas, principalmente: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (participação popular). No mesmo artigo, ainda, foram esculpidas as regras gerais para o financiamento do SUS. O art. 199, por sua vez, assegurou a possibilidade de prestação das ações e serviços de saúde por entidades privadas, regulamentando algumas vedações (como a proibição da destinação de recursos públicos a entidades privadas com fins lucrativos que atuem na prestação de serviços sanitários). Por fim, o art. 200 estipulou um extenso rol de competências do SUS (Brasil, 1988).

Resta, portanto, completamente perceptível que as normas constitucionais precisam ser interpretadas de forma ampla. A dimensão protecional que o Constituinte Originário atribuiu à saúde possui imensurável significância. Todavia, nem todas as normas inseridas na CRFB/1988 que versam sobre a temática são dotadas de eficácia plena.⁴ Por esse motivo, coube ao legislador infraconstitucional editar leis (complementares e ordinárias) que regulamentassem as ações e os serviços públicos de saúde, criassem mecanismos de participação e fiscalização popular na prestação dos respectivos serviços, bem como estabelecessem critérios para aplicação dos recursos públicos na área da saúde em todas as esferas de governo, sendo as principais abordadas no subtópico seguinte.

Aith (2006) leciona que as Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 possuem diversas semelhanças, sendo as principais fontes infraconstitucionais do direito sanitário existentes no Brasil. Todos os assuntos abarcados por esses dois diplomas normativos poderiam, tranquilamente, ter sido incorporados a uma única lei, principalmente em virtude de suas questões comuns, como, por exemplo, a temática da participação da comunidade no dia a dia do SUS. Contudo, preferiu o legislador editar duas normas distintas.

Pois bem. O primeiro diploma normativo editado pelo Congresso Nacional após a inserção do SUS no texto da CRFB/1988 consistiu na Lei n. 8.080/1990, popularmente conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esta dispôs “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Brasil, 1990a).

4 Ao mencionar a expressão “eficácia plena”, fez-se alusão à teoria da “Aplicabilidade das Normas Constitucionais”, de José Afonso da Silva, que classifica as normas constitucionais em três modalidades distintas: a) normas constitucionais de eficácia plena; b) normas constitucionais de eficácia contida (reduzíveis ou restritivos); e c) normas constitucionais de eficácia limitada (Silva, 2008, p. 80-81).

Conforme art. 4º, “caput”, da Lei n. 8.080/1990, o SUS representa “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 [...]” (Brasil, 1990a).

Aith (2006, p. 204) sintetiza as principais disposições contidas na Lei Orgânica da Saúde. Segundo o autor,

[...] a LOS colabora na definição do Direito à saúde: estrutura do SUS – tornando claros seus objetivos e suas atribuições, as diretrizes que devem orientar sua organização, direção e gestão, a forma como estão distribuídas as tarefas entre as três esferas de poder e a forma de participação da comunidade na gestão do sistema em cada uma dessas esferas; disciplina a participação dos serviços privados na prestação de assistência à saúde e a formulação e execução da política de recursos humanos na área da saúde; organiza o financiamento do SUS – tratando expressamente de recursos, da gestão financeira, do processo de planejamento e do orçamento, inclusive das transferências intergovernamentais de recursos financeiros. A LOS é, portanto, uma Lei-quadro destinada a esclarecer o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado da saúde. Ela orienta em grande parte a produção de diversas normas jurídicas de Direito Sanitário.

Desde sua redação original, a Lei Orgânica da Saúde regulamentou os órgãos responsáveis pela gestão do SUS em cada esfera de governo, consoante art. 9º, do aludido diploma normativo:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Brasil, 1990a).

Constata-se, então, que cada ente federativo conta com órgão próprio para auxiliar os respectivos chefes do Poder Executivo na gestão do SUS. Tal divisão de atribuições contribui (e muito) para a melhor organização prestacional dos serviços. Todavia, o SUS

permanece tendo “direção única”. Isto é, todos esses órgãos integram um único sistema de prestação de ações e serviços sanitários. Este é o princípio/diretriz da unidade ou unicidade, que será objeto de abordagem no próximo subtópico deste trabalho.

Não bastasse, a Lei n. 8.080/1990 foi a responsável por regulamentar: competências das direções nacionais, estaduais, municipais e distritais do SUS (arts. 16 a 19); atenção à saúde da população indígena (arts. 19-A a 19-H); subsistema de atendimento e internação domiciliar (art. 19-I); subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (art. 19-J); e assistencialismo terapêutico e incorporação de tecnologia em saúde (arts. 19-M a 19-U) (Brasil, 1990a).

Os princípios e as diretrizes do SUS (explícitos e implícitos na CRFB/1988 e na Lei n. 8.080/1990), com exceção do princípio/diretriz da “participação da comunidade” (previsto no art. 198, III, da CRFB/1988 e art. 7º, VIII, da Lei n. 8.080/1990), que consistiu no principal motivo e justificativa para que o legislador editasse a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1988 e 1990b), norteiam as ações e serviços prestados pelo sistema.

Tal diploma normativo foi incorporado ao ordenamento jurídico brasileiro poucos meses após a edição da Lei Orgânica da Saúde (n. 8.080/1990), tendo sido responsável por regulamentar e institucionalizar a participação da comunidade na gestão do SUS, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990b).

Já em seu art. 1º, foram institucionalizadas duas instâncias colegiadas aptas a promover a efetiva participação da sociedade na gestão do SUS, inclusive tendo espaço para atuar na implementação de políticas públicas. Estas, dizem respeito às conferências e aos conselhos de saúde (Brasil, 1990b; Matta, 2007).

Matta (2007) explica, sob a égide do texto legal, que as conferências de saúde são realizadas quadrienalmente, em todos os níveis de governo. Durante esses eventos, temas relevantes e atuais da área sanitária são postos em debate. Faz-se um levantamento e avaliação de todas as ações e serviços sanitários que vêm se mostrando eficazes, bem como os que necessitam de aperfeiçoamento, ou, ainda, outros que precisam ser implementados, com o intuito de enfrentar novos problemas sociais vinculados à saúde. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, todos os eventos subsequentes da mesma espécie passaram a contar com ampla participação da população, dos mais diversos setores da sociedade.

Vieira (2013, p. 352-353) ressalta que as conferências de saúde fazem parte de

[...] um processo que se iniciará pelas conferências municipais, as quais definirão as diretrizes municipais para a área da saúde e escolherão delegados para compo-

rem as conferências estaduais, que também definirão as diretrizes estaduais para a área da saúde e escolherão delegados a comporem a conferência nacional. Portanto, esse processo se constitui, pelo menos formalmente, da base para cima, com base nas orientações da convocatória da Conferência Nacional de Saúde.

Isto é, os debates têm início na “base da pirâmide” (que são os municípios), onde os agentes políticos se encontram mais próximos da população, sendo, via de regra, maiores e melhores conhecedores dos anseios sociais. Com efeito, os principais e mais recorrentes problemas enfrentados pelos municípios na área da saúde tendem a ser objeto de debates quando da realização das conferências estaduais e, por fim, da Conferência Nacional de Saúde.

Aith (2006) defende que as temáticas debatidas nas conferências de saúde possuem grandes chances de se tornar objeto de regulamentação normativa futura. Isto, pois, representam diretamente os anseios sociais, gerando incontestável influência perante os Poderes Executivo e Legislativo, onde se encontram os agentes políticos legitimamente eleitos pelo povo.

Portanto, para Aith (2006, p. 263), “as Conferências de Saúde são fontes indiretas importantíssimas, uma vez que as normas jurídicas produzidas com base em suas deliberações contam com a legitimidade social”.

Os conselhos de saúde, por sua vez, são instâncias que objetivam o constante fortalecimento da cidadania e da democracia participativa, devendo promover reuniões em caráter permanente, onde serão abordados os principais assuntos da área da saúde pertinentes ao respectivo ente federativo. É de suma importância ressaltar que os conselhos de saúde não são meros órgãos de consulta do chefe do Poder Executivo, mas instâncias deliberativas, capazes de tomar decisões que vincularão os rumos tomados pela administração pública (Brasil, 1990b; Weichert, 2004; Vieira, 2013).

O § 2º do art. 1º da Lei n. 8.142/1990 define na completude o conceito de conselho de saúde:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990b).

Embora devam se reunir em caráter permanente para deliberar sobre os assuntos sanitários de sua competência, é sabido que nem todos os conselhos de saúde espalhados pelo Brasil atuam de maneira realmente efetiva, cumprindo os ditames legais. Pelo contrário. Muitos conselhos de saúde (especialmente municipais) acabam sendo criados, tão somente pela imposição legal e como forma de os municípios ficarem aptos a receber recursos públicos, consoante exigência do art. 4º, II, da Lei n. 8.142/1990 (Brasil, 1990b; Vieira, 2013).

Rolim *et al.* (2013, p. 145) afirmam que tais órgãos de controle social e exercício da democracia e cidadania participativa não podem ficar somente na teoria. A lei precisa ser cumprida. É imprescindível que a sociedade ocupe os espaços que são seus por direito, institucionalizados e/ou fortalecidos com o advento do Estado Social e Democrático de Direito. Todavia, por falta de tempo, interesse e/ou simplesmente por puro desconhecimento das próprias leis, comumente a participação popular nos conselhos de saúde não se mostra satisfatória.

Inclusive, Gohn (2007, p. 88-89) ressalta que, em muitos municípios,

[...] os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal, e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites locais, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de se tornarem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos.

Infelizmente, essa é a realidade que se vislumbra em diversas regiões do Brasil. D'outro modo, não se pode olvidar, também, que muitos foram (e continuam sendo) os avanços trazidos pela institucionalização dos conselhos de saúde com possibilidade de participação da sociedade civil. O Constituinte Originário, ao inserir o princípio da participação da comunidade no inciso III do art. 198 da CRFB/1988, já tinha prévio conhecimento de que os mais satisfatórios níveis de participação popular nas instâncias deliberativas não seriam alcançados da noite para o dia. Pelo contrário, tal princípio/diretriz foi inserido no texto constitucional para que pudesse se tornar, progressivamente, mais conhecido e efetivado pela população.

Coerentemente, Ilbilio e Vieira (2020) frisam que os avanços trazidos pela CRFB/1988 no que concerne à possibilidade de participação da comunidade na área da saúde não podem ser interpretados como a resolução imediata de todos os problemas de participação democrática e exercício da cidadania, mas, sim, precisam ser vistos como um mero “ponto de partida”. Isto é, representam, tão somente, o início de uma longa caminha-

da, sendo necessário que a sociedade civil permaneça lutando constantemente em prol da ampliação e ocupação das instâncias colegiadas.

Portanto, incontroversa a importância dos dois diplomas normativos supramencionados, inseridos no ordenamento jurídico brasileiro no ano de 1990, com objetivo de regulamentar a legislação constitucional sanitária que institucionalizou o SUS.

4.1 Princípios e diretrizes do SUS

Os princípios e diretrizes do SUS representam pilares para garantia da eficácia prestacional dos serviços sanitários no Brasil, tendo sido resultado da ampla mobilização social ocorrida durante o MRSB e a RSB (esta última, que viveu seu auge através da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde). Podem ser encontrados tanto no corpo da CRFB/1988 quanto na Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS (VIEIRA, 2013).

Salienta-se que a literatura jurídica não consegue chegar a um consenso sobre os conceitos de “princípios” e “diretrizes” do Sistema Único de Saúde. Alguns juristas defendem a ideia de que se tratam de expressões sinônimas, enquanto outros apresentam distinções entre aludidos termos. Isto, porque, o Constituinte Originário e o legislador infraconstitucional, ao elaboraram os textos, respectivamente, da CRFB/1988 e da Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), não estabeleceram com precisão quais seriam os princípios e quais seriam as diretrizes do Sistema Único (MATTA, 2007).

Segundo Matta (2007, p. 63), o texto constitucional de 1988 somente fez alusão às “diretrizes do SUS”, não mencionando, em momento algum, a expressão “princípios”. Por outro lado, a Lei Orgânica da Saúde, em seu Capítulo II, versa sobre os “princípios e diretrizes” do Sistema Único de Saúde. Inclusive, existem “diretrizes” do SUS no texto da CRFB/1988 que são tratadas como “princípios” no bojo da Lei n. 8.080/1990, a exemplo da “descentralização”, “integralidade” e “participação da comunidade” (art. 198, I, II e III, da CRFB/1988 e art. 7º, II, VIII, e IX, da Lei n. 8.080/1990).

De outro modo, mesmo que o Constituinte Originário não tenha feito expressa menção ao termo “princípios”, entende-se que eles também estão contemplados no texto constitucional. A universalidade, por exemplo, é amplamente conhecida pelos operadores do direito e, até, pela população em geral, como sendo um princípio. E esta, como por diversas vezes já ressaltado neste estudo, encontra-se esculpida no art. 196, da CRFB/1988 (Brasil, 1988).

Mais um ponto que merece destaque é que a Lei n. 8.080/1990, no rol de incisos de seu art. 7º (atualmente são 14 incisos), ampliou significativamente o número de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde inicialmente estabelecidos pelo Constituinte

Originário (Brasil, 1988 e 1990a). Diante dessa realidade, como forma de delimitação, abordar-se-ão, nesta pesquisa, somente os princípios. *d.* iretrizes previstos no texto constitucional de 1988 (implícita ou explicitamente).

Inicialmente, faz-se alusão ao princípio/diretriz da universalidade, que pode ser facilmente encontrado no texto do art. 196, da CRFB/1988, mesmo que não esteja previsto exatamente nesses termos. Já na Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei nº 8.080/1990), encontra-se previsão nos arts 2º, § 1º e 7º, I (BRASIL, 1988 a 1990a).

Destaca-se que o princípio da universalidade certamente é o mais conhecido entre todos os princípios que regem o SUS. Inclusive, foi mencionado com preferência em relação aos demais no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ficando estabelecido que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria garantir a “universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas” (Brasil, 1986).

E não é para menos. Afinal, o surgimento do Sistema Único de Saúde, que tem o princípio da universalidade como um de seus principais pilares (talvez o principal), foi responsável por “sepultar” por completo aquele modelo excludente e desigual anteriormente vigente em que somente as pessoas com vínculo empregatício formal ativo e/ou que vertiam contribuições para a seguridade social (bem como seus dependentes) poderiam ter acesso às ações e serviços sanitários (Roncalli, 2003, p. 34).

Acerca dessa “virada de página”, Noronha e Pereira (2013, p. 6) discorrem que, “com a universalidade, o sistema de saúde brasileiro prescreve o rompimento do padrão anterior de políticas públicas segmentadas, para que se torne público, universal, e igualitário, e se realize como uma política inclusiva”.

Complementarmente, Chioro e Scaff (*s. d.*, p. 21) aduzem que, em razão do princípio da universalidade,

Todas as pessoas têm direito à saúde, independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir, com isto, a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

Constata-se, então que, antes da criação do SUS, justamente a população mais carente (que, majoritariamente, não vertia contribuições para o regime previdenciário) era aquela que permanecia completamente desamparada no tocante ao acesso às ações e serviços de saúde. A desigualdade promovida pelo Estado era discrepante. Até porque, via de regra, quem contribuía para a Previdência também auferia renda fixa, podendo manter uma vida minimamente digna. D’outro modo, quem não era contribuinte do seguro social, além

de, muito provavelmente não auferir qualquer renda, ficava completamente às margens da sociedade, sem qualquer assistencialismo governamental de caráter sanitário (Weichert, 2004).

Com a criação do SUS, voltado a ações de caráter preventivo e curativo, as pessoas mais carentes que, anteriormente, encontravam-se completamente desamparadas, passaram a dispor de proteção governamental no tocante ao assistencialismo sanitário. De igual maneira, as pessoas que já contribuíam para o seguro social (bem como seus dependentes) antes do advento do SUS (isto é, que já eram amparadas pelo modelo anterior) permaneceram protegidas pelo novo Sistema, sendo este último, agora, extremamente mais humanizado. Percebe-se, então que, em virtude do princípio da universalidade, toda a população (sem distinções) passou a dispor das ações e serviços públicos de saúde (Weichert, 2004).

Outros princípios. *d*.iretrizes constitucionais de grande relevância no dia a dia do SUS são, respectivamente, a igualdade e a equidade. Por estarem intimamente ligados, optou-se pela abordagem conjunta dos aludidos princípios neste estudo. Oportuno ressaltar que a equidade é criação da Reforma Sanitária Brasileira, eis que, no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, restou estabelecido que o novo Sistema Único de Saúde no Brasil deveria proporcionar acesso equitativo aos usuários que necessitassem dos serviços sanitários. A equidade foi reconhecida, portanto, como um dos princípios do SUS (Brasil, 1986).

Vieira (2013, p. 336) leciona que o princípio da igualdade encontra previsão no texto constitucional de 1988 e possui frontal vinculação com a equidade. Ambos, se efetivados, garantem o respeito à dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil. Para que seja atingida a igualdade entre todos os cidadãos em seu aspecto material, comumente se mostra necessário o uso da equidade, que consiste em proporcionar maior atenção àquelas pessoas mais vulneráveis, sendo o conceito de vulnerabilidade aplicado, nesse caso, aos mais diversos sentidos.

Segundo Vieira (2013, p. 337),

[...] dentro das demandas e das condições dos usuários do SUS, deve haver a priorização daqueles que mais necessitem dos serviços públicos de saúde, mesmo que, para tanto, tenha que se cometer um ato de desigualdade formal, configurando-se como uma discriminação positiva, a exemplo das ações afirmativas.

Portanto, igualdade e equidade, ao mesmo tempo que apresentam determinadas diferenças, são princípios umbilicalmente ligados, eis que só se tornará possível alcançar a igualdade material de forma satisfatória se a equidade for constantemente aplicada, após

constatação da realidade social de cada usuário do SUS. Carvalho (2013, p. 14) define a equidade como sendo “a igualdade adjetivada pela justiça. Pela equidade buscamos tratar diferentemente os diferentes (equidade vertical) e igualmente os iguais (equidade horizontal)”.

Para finalizar, Matta (2007) entende que a igualdade, em seu aspecto formal (todas as pessoas sendo detentoras dos mesmos direitos) surgiu como forma de reforçar e/ou complementar os ideais defendidos pelo princípio da universalidade. Isto é, tendo o SUS caráter universal, a priori, todos os usuários possuem o mesmo direito de dispor das ações e serviços sanitários. Ocorre que a complexidade da vida humana apresenta infinitas diferenças. Cada ser humano é único. A partir dessa constatação, “entra em cena” o princípio da equidade, diagnosticando as peculiaridades, especificidades e, portanto, necessidades de cada pessoa e, com isso, adota todas as ações e medidas necessárias, objetivando que ninguém fique desamparado pelo sistema.

Adiante, faz-se alusão à regionalização e hierarquização. Tal princípio/diretriz encontra previsão no art. 198, “caput”, da CRFB/1988, que dispõe: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]”. Já a Lei n. 8.080/1990 regulamenta a regionalização e hierarquização em inúmeros artigos, como: 7º, IV, “b”; 8º; 18, II e 19-G (Brasil, 1988; 1990a).

O princípio/diretriz da regionalização e hierarquização também possui a RSB e a 8ª Conferência Nacional de Saúde como seu respectivo nascedouro. Nesse sentido, o Relatório Final da 8ª CNS dispõe que a “regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços” figuraria como princípio norteador do inédito Sistema Nacional de Saúde que estava prestes a ser institucionalizado no Brasil (Brasil, 1986).

O Brasil, tão extenso territorialmente e multicultural como é, com seus mais de 210 milhões de habitantes, apresenta incontável diversidade de necessidades populacionais, podendo as demandas sanitárias variar de região para região. Portanto, para que as ações e serviços de saúde prestados pelo SUS consigam atender a contento a população residente em cada parte do País, é necessário que o Sistema Único seja regido pelo princípio/diretriz da regionalização e hierarquização (Matta, 2007).

Segundo Teixeira (2011), para que a regionalização possa ser ao máximo efetivada, os gestores (principalmente locais e regionais) do SUS precisam delimitar uma base territorial na qual prestarão as ações e serviços de saúde. Durante e após a delimitação, se faz necessário estudar e compreender as principais necessidades sanitárias da população que reside naquele espaço territorial.

Complementarmente, Matta (2007, p. 75) afirma que uma rede de serviços sanitários regionalizada “deve focar a noção de território, onde se determinam perfis populacio-

nais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região”.

Portanto, os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), por exemplo, responsáveis pela prestação dos serviços de atenção primária à saúde em determinada localidade, devem conhecer com profundidade a realidade e as necessidades da população que reside naquele espaço territorial. Conhecendo bem as demandas dos moradores daquela região, aludidos colaboradores da UBS terão capacidade de “cortar pela raiz” incontáveis problemas de saúde que, caso não tivessem sido combatidos logo de início pela atenção primária, poderiam se agravar, não restando aos cidadãos alternativa senão recorrer aos níveis de média e alta complexidade do SUS que, vale dizer, são extremamente mais custosos ao erário.

No parágrafo anterior, fez-se alusão aos níveis de complexidade do SUS (baixa, média e alta). Com efeito, neste momento, torna-se oportuno versar sobre a hierarquização, que consiste na organização da prestação das ações e serviços públicos de saúde em níveis crescentes e distintos de complexidade. Segundo Weichert (2004, p. 165),

Dividindo-se a rede em níveis hierarquizados de complexidade (v.g., atendimento primário, baixa, média e alta complexidade) e distribuindo-se as unidades por regiões, cria-se uma espécie de pirâmide de serviços, de modo a que haja uma distribuição abundante de serviços primários e de baixa complexidade em todas as localidades (tarefa primordial dos Municípios) e, conforme a extensão geográfica e a densidade populacional, sucessivamente, serviços de média e alta complexidade. Não há, efetivamente, necessidade de grande número de hospitais de alta complexidade, ou seja, de Municípios os manterem, sendo essa tarefa mais afeta aos Estados, que têm o domínio regional da situação da saúde.

Portanto, a prestação dos serviços sanitários no Brasil é dividida em níveis crescentes de complexidade (rede hierarquizada), cada qual com suas específicas atribuições/responsabilidades. Da atenção primária, por exemplo, é exigido grau tecnológico menos avançado e um atendimento mais “clínico geral”. Caso a situação não consiga ser resolvida no primeiro nível de complexidade do SUS, deverá o paciente ser encaminhado aos níveis de média e/ou alta complexidade (a depender da necessidade), que demandam mais avançado grau de tecnologia para prestação dos serviços, bem como a atuação de profissionais extremamente especializados. Por consequência, também acarreta maiores custos ao erário (Teixeira, 2011).

Tem-se o princípio/diretriz da unidade/unicidade. Tal ideia principiológica surgiu somente com a criação do SUS (institucionalizado por meio da promulgação da CRFB/1988). Acerca do assunto, Gomes (*s. d.*, p. 198) discorre que, por meio

[...] do disposto no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, que se refere a um “sistema único”, implantou-se a unicidade como princípio, de modo que o serviço deve ser prestado pelos três entes da federação de maneira indiferenciada para todos.

Nessa toada, Vieira (2013) leciona que, embora existam os níveis de atenção primária, média e alta complexidade (hierarquização) e a prestação dos serviços sanitários precise manter consonância com as demandas de cada espaço geográfico, podendo variar de região para região (regionalização), o princípio da unidade ou unicidade continua existindo, eis que todas essas ações integram o mesmo sistema sanitário, que é o SUS.

Com efeito, a ideia de unidade/unicidade consiste em dizer que o SUS é o único sistema público responsável pela prestação das ações e serviços de saúde no Brasil, por mais que tão complexos e diversos estes(as) sejam.

A unicidade, portanto, representa completamente o oposto do que acontecia em momentos anteriores à criação do SUS, quando as ações e serviços de saúde no Brasil eram prestados, por exemplo, pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Em todo esse período, não havia uniformização das regras de acesso a esses serviços. Cada CAP e cada IAP tinha liberdade para adotar regimentos internos próprios, o que gerava exorbitantes disparidades normativas e sociais. Com a criação da Lops (em 1960) e, especialmente, com o advento do INPS, em 1966 (que extinguiu os IAPs), começou a haver maior padronização no que concerne aos serviços previdenciários e sanitários. Todavia, ainda não se tratava de um sistema universal, deixando vasta camada populacional completamente desamparada.

Mais um importante princípio/diretriz do SUS diz respeito à descentralização, encontrando regulamentação no art. 198, I, da CRFB/1988 e no art. 7º, IX, da Lei n. 8.080/1990. Assim como diversos outros princípios. *diretrizes* do Sistema Único de Saúde, é corolário da Reforma Sanitária Brasileira, estando previsto no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que dispôs que o SUS deveria ser regido pela “descentralização na gestão dos serviços” (Brasil, 1986; 1988; 1990a).

Weichert (2004, p. 166) discorre que

O princípio da descentralização dos serviços e ações de saúde refere um objetivo e um vetor a serem gradativamente implementados. É um princípio que se articula com o da regionalização e hierarquização, indicando que os serviços devem ser primordialmente executados pelos Municípios. Lembre-se, a propósito, o teor do artigo 30, inciso VII, que confere aos Municípios a tarefa de prestar serviços de atendimento à saúde da população.

Sem dúvida, os agentes políticos municipais são aqueles que convivem diariamente com a população. Com efeito, via de regra, conhecem com maior profundidade os anseios sociais. Por esse motivo, a CRFB/1988, ao institucionalizar o SUS, atribuiu grande autonomia aos entes locais para prestação das ações e serviços de saúde, justamente porque seus representantes legitimamente eleitos conhecem (ou, ao menos, deveriam conhecer) melhor as necessidades sanitárias dos municípios, logrando, por consequência, maior êxito quando da formulação e implementação de políticas públicas como instrumentos de resolução de problemas políticos (Weichert, 2004).

É evidente que o fato de atribuir aos municípios a tarefa de prestar a maioria das ações e serviços sanitários não representa, obrigatoriamente e por si só, sinônimo de “boa gestão”. Pelo contrário. Inúmeros fatores podem influenciar na eficácia ou ineficácia de um governo. Os próprios compromissos firmados em campanha pelos agentes políticos vencedores das eleições municipais (prefeito e vice-prefeito) podem dizer se aquela gestão que se inicia despenderá maior ou menor atenção à área sanitária, em que pese as políticas públicas vinculadas à saúde devam sempre figurar no topo das agendas governamentais. Outra situação que possui o condão de interferir na eficácia da gestão municipal em saúde é que nem todos os municípios possuem a mesma infraestrutura e “quadro de pessoal” disponíveis, quer seja por má gestão, quer seja pela insuficiente aplicação da verba pública na área sanitária ou, ainda, porque simplesmente são de menor porte (arrecadando, via de regra, recursos insuficientes para fazer frente aos tantos anseios sociais na área sanitária) (Yunes, 1999, p. 67).

De todo modo, mesmo com dificuldades (comuns e existentes em todas as administrações públicas de todos os entes federativos), Vieira (2013) é assertivo ao afirmar que a descentralização possibilita a concretização da cidadania participativa, pois não resta dúvida de que os agentes políticos municipais são os mais preparados para colocar em prática grande maioria das ações e serviços do SUS, uma vez que presenciam rotineiramente as demandas e angústias vivenciadas pelos municípios/usuários.

Dando sequência ao estudo e à abordagem dos princípios. *diretrizes*, destaca-se o princípio/diretriz da integralidade, que encontra amparo no inciso II do art. 198 da CRFB/1988, determinando ao SUS a obrigatoriedade de promover “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988). Posteriormente, a Lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), no inciso II de seu art. 7º, trouxe como princípio do Sistema Único de Saúde a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990a).

Não diferente dos demais, o princípio/diretriz da integralidade é considerado um “filho” da Reforma Sanitária Brasileira, tendo sido esculpido no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que dispôs que o inédito Sistema Nacional de Saúde (que estava prestes a ser implantado no Brasil) seria calcado na “integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo” (Brasil, 1986, p. 10).

Isto é, de acordo com o princípio/diretriz da integralidade, nenhum ser humano, na condição de paciente do SUS, poderá permanecer desamparado ou sem atendimento. Por expressa imposição constitucional, o Sistema Único de Saúde no Brasil tem a obrigação de acolher toda e qualquer pessoa que dele necessite, em nada importando o quão duradouro, complexo e dispendioso ao erário venha a ser o tratamento de saúde (Aith *et al.*, 2014). Afinal, como anteriormente mencionado, o SUS engloba todos os níveis de complexidade existentes, dando ênfase, aqui, para a alta complexidade, que exige equipamentos modernos, eficientes e tecnológicos (sendo, por consequência, extremamente custosos), bem como a atuação de profissionais extremamente especializados para realização de procedimentos difíceis. Segundo Matta (2007, p. 71), “isso significa afirmar que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, ou seja, da vacina ao transplante [...]”.

Portanto, a integralidade, que possui foco nas ações preventivas de saúde (conforme expressa previsão constitucional), representou incontroversa ruptura de paradigmas no tocante à prestação dos serviços sanitários no Brasil, uma vez que passou a exigir do SUS um olhar panorâmico acerca das condições de saúde de seus pacientes, devendo o Sistema Único adotar todas as medidas que se mostrarem necessárias à perseguição e à manutenção da vida humana, direito fundamental, cuja inviolabilidade deve ser garantida pelo Estado (Brasil, 1988; Matta, 2007; Vieira, 2013).

5 CONCLUSÃO

Este capítulo teve como temática principal o estudo do processo de construção e institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da promulgação da CRFB/1988. Inicialmente, abordou-se como ocorria a prestação das ações e serviços sanitários no Brasil antes do advento do SUS, sendo a saúde dotada de caráter contributivo e não universal, deixando vasto contingente populacional completamente desamparado, podendo recorrer, tão somente, a instituições de caridade.

Com o passar dos anos, principalmente a partir da década de 1970 e intensificados na década de 1980, diversos setores da sociedade, irresignados com a ineficácia da prestação dos serviços sanitários no Brasil, iniciaram debates com o objetivo de promover completa alteração no modelo sanitário então vigente. Isto é, fazer com que o acesso à saú-

de deixasse de ser restrito à determinado número de pessoas e passasse a ser universal, independente de contribuições à seguridade social.

Esse processo de mobilização social, democrático e participativo teve por base o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB); Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, no ano de 1986, conhecida como constituinte da saúde.

Nessa senda, constatou-se que a criação do SUS representou verdadeiro “divisor de águas” no tocante à prestação das ações e serviços de saúde no Brasil.

Frisou-se, também, que pela primeira vez na história, a saúde foi elevada à condição de direito social fundamental (alcançando, assim, seu patamar protecional máximo), conforme expressa previsão da CRFB/1988.

Também foram analisados os principais diplomas normativos (constitucionais e infraconstitucionais) que regulamentaram e continuam regulamentando o Sistema Único de Saúde no Brasil, incluindo os princípios e as diretrizes que organizaram e direcionam o funcionar dessa política pública de Estado.

Dois princípios. *d*.iretrizes foram desenvolvidos com mais profundidade nesta pesquisa: universalidade e participação social/popular. O primeiro, por significar o rompimento com a lógica excludente do seguro social e representar a construção de uma política pública inclusiva, lastreada na seguridade social e nos fundamentos sociais e políticos do Estado Social e Democrático de Direito. A participação social/popular por espelhar e essência do direito humano e fundamental à saúde e do Sistema Único de Saúde como a concretização enquanto política pública deste direito reconhecido constitucionalmente.

O SUS é uma conquista democrática. Não surgiu em gabinetes. Foi moldado nas lutas sociais contra a Ditadura Militar de 1964-1985. Ele é um patrimônio do povo brasileiro e sua defesa é uma tarefa que de toda sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. A. de. **Reforma Sanitária**: O Processo de Constitucionalização do Sistema Único de Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado em Direito Político e Econômico) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2009.

AITH, F. M. A. **Teoria Geral do Direito Sanitário**. 2006. 458 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses.d.isponiveis/6/6135/tde-23102006-144712/publico/TeseFernandoAith.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

AITH, F. M. A. *et al*. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. R. **Dir. sanit.**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-

39, mar./jun. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/276405801_Os_principios_da_universalidade_e_integralidade_do_SUS_sob_a_perspectiva_da_politica_de_doencas_raras_e_da_incorporacao_tecnologica. Acesso em: 10 set. 2025.

AMADO, F. **Curso de Direito e Processo Previdenciário**. 14. ed. ver., ampl. e atual. Salvador: Ed. JusPodivm, 2021.

AROUCA, A. S. Democracia é saúde. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1986, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: DF, 1986. p. 35-42.

BATICH, M. Previdência o Trabalhador: uma trajetória inesperada. São Paulo em perspectiva, v. 18, n. 3, p. 33-40, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/FW6BPGx3MvRhB4zGD7cnBxD/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. 11. reimp. São Paulo: Editora Ática, 2008.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n. 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos.d.pl/dpl4682-1923.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 103**, de 12 de novembro de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 20 set. 2025

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 65**, de 13 de julho de 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar n. 11, de 25 de maio de 1971**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp11.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/1920.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 2.743, de 6 de março de 1956**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/12743.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 3.807, de 05 de setembro de 1960**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/13807.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 6.439, de 1º de setembro de 1977**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16439.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dezembro 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. M. O cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1613-1623, jul. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G9vWSh4xznyYjhZc3rWFDj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2025.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/HpvKjJns8GhnMXzgGDP7zzR/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2025.

CHIORO, A.; SCAFF, A. **A Implantação do Sistema Único de Saúde**. s. d. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec: Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1995.

DOMINGOS, L. de O.; ROSA, G. F. de C. O direito fundamental e coletivo à saúde no contexto da judicialização. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 1-132, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/524/593>. Acesso em: 20 set. 2025.

ESCOREL, S. **Contexto: o Sistema Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FAVARO, B.; VIEIRA, R. de S. Fundamentos teóricos do Estado Social e Democrático de Direito. *In*: VIEIRA, R. de S. (org.). **Direitos humanos: reflexões contemporâneas** [recurso eletrônico]. Curitiba: Ithala, 2024. Disponível em: <https://www.ithala.com.br/wp-content/uploads/2025/03/ebook-direitos-humanos-reflexoes-contemporaneas-2024.pdf>. Acesso em: 10 set. 2025.

GOHN, M. da G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GOMES, D. C. C. **Aplicação dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) Diante da Constituição Federal de 1988 e Legislação em Vigor**. Série Aperfeiçoamento de Magistrados 8. Judicialização da Saúde Parte II. s/d, p. 195-200.

HAMILTON, W.; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 791-825, set./dez. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/FjGyqQWgtwp3m7BKkD-6ZnRr/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2025.

HOCHMAN, G. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 16, julho, p. 313-331, 2009. Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/tzNTpBKqTq9hdHZCs7zYqRn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2025.

ILIBIO, M. B.; VIEIRA, R. de S. **A participação social em saúde**: uma leitura a partir da democracia. Criciúma: Unesc, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/handle/1/8605>. Acesso: 30 ago. 2025.

LEITE, C. B. SINPAS: a nova estrutura da previdência social brasileira. **R. Inf. legisl.**, Brasília, a. 15, n. 57, jan./mar. 1978. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/181061/000361302.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 25 set. 2025.

MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 61-80. Disponível em:

<https://arca.fiocruz.br/items.d.1502a2d-87df-4d6b-ba98-4dd9b6437c3e>. Acesso em: 20 ago. 2025.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YP-C5x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2025.

MERCADANTE, O. A. *et al.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. *In*: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 235-313.

MERCADANTE, O. A. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

NORONHA, J. C. de; PEREIRA, T. R. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 3. p. 19-32. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kqw/pdf/noronha-9788581100173-03.pdf>. Acesso em: 10 set. 2025.

NUNES JÚNIOR, F. M. A. **Curso de Direito Constitucional**. 4. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

OLIVEIRA, A. L. M.; NETO, M. S.; DONADONE, J. C. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 31, n. 1, e200150, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YK5By6PLB5YcpG8N-8qHB5Gn/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2025.

PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. 2011. p. 1. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772004.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2025.

PAIXÃO FILHO, R. L. de C. Da Relação Existente Entre os Direitos Transindividuais e o Sistema de Saúde Suplementar no Brasil. **Unisanta Law and Social Science**, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/816>. Acesso em: 20 ago. 2025.

PRATA, P. R. dos S. Revisitando a História da VIII Conferência Nacional de Saúde: raízes dos dilemas e desafios do SUS. **Ciências Saúde**, v. 30, n. 4, p. 55-62, 2019. Disponível em: <https://revis->

taccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/535. Acesso em: 20 set. 2025.

ROLIM, L. B. *et al.* Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJjx7VHV7xWkhSHq/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2025.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em: 20 set. 2025.

SANTOS, M. F. dos. **Direito Previdenciário Esquemático**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2016.

SCHWARTZ, G.; BORTOLOTTI, F. W. A dimensão prestacional do direito à saúde e o controle judicial de políticas públicas sanitárias. **Revista de informação legislativa**, Brasília, a. 45, n. 177, jan./mar. 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/160191>. Acesso em: 20 set. 2025.

SILVA, J. A. da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 7. ed. 2. tir. São Paulo: Malheiros, 2008.

SOUSA, M. F. de. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 11-16, mar. 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448>. Acesso em: 20 set. 2025.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ng8xP69Fyq4XmWjGBxVBGLB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2025.

SOUZA, R. R. de. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Editora MS. Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE. Ministério da Saúde. **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**, São Paulo, Brasil, ago. 2002. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 10 set. 2025.

TEIXEIRA, C. **Os Princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia, jun. 2011. Disponível em: <https://mediaserver.almg.gov.br/acervo/33/381/2033381.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

VIEIRA, R. de S. **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) – Florianópolis, PPGD-UFSC, 2013.

WEICHERT, M. A. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/T35WtSVrNg3ddVyVTy3c37C/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2025.

CAPÍTULO II

PARTICIPAÇÃO POPULAR E GESTÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DE UM CONSELHO NO SUL CATARINENSE (2023-2024)

Geiziane Laurindo de Morais¹

Reginaldo de Souza Vieira²

Dimas de Oliveira Estevam³

-
- 1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS) da Unesc – Linha de Pesquisa: Desenvolvimento e Gestão Social. Mestra em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional – Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde e Integralidade) no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – PP-GSCol pela Unesc (2021). Especialista em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Unesc (2021). Graduada em Educação Física – Bacharelado pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Foi Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Promoção da Saúde (Gepps) do curso de Educação Física da Unesc de 2015 a 2022. Professora do curso de Educação Física e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, Atenção e Reabilitação Psicossocial da Unesc. Professora Extensionista e Membro da Equipe da Diretoria de Extensão, Cultura e Ações Comunitárias (Dirext) da Unesc, onde desenvolve atividades e ações de Extensão. Possui experiência nas áreas de Educação Física, Promoção da Saúde, Saúde Coletiva, Saúde Mental e Saúde Pública. Orcid id: <https://orcid.org/0000-0002-0968-7326>. Email: geisi.morais@hotmail.com.
 - 2 Doutor e mestre em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 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 (Unesc). Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro do Conselho Editorial da EdiUnesc. Membro do Conselho Gestor do Observatório Latino-americano em Direitos Humanos Prof. Antonio Carlos Wolkmer. Coordenador do Programa Escola de Lideranças – PROEXT-PG-Capesc. Membro titular da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochapecó). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro da Rede de Pesquisa Egrupe (UNISC, FMP, Unesc). Membro titular e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, PUC-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, FURB, Ufop, Unirio, UFRJ E Furg). Coordenador Executivo da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da The International Society of Public Law. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito. Membro associado do Conpedi (Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito). Consultor na área de políticas públicas. Advogado vinculado a seccional de Santa Catarina. Orcid id: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com; reginaldovieira@unesc.net.
 - 3 Doutor em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Realizou pós-doutoramento pelo Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações (Socius) vinculado ao Instituto Superior se Economia e Gestão (ISEG) da Universidade Lisboa (ULisboa). Mestre em Administração e Bacharel em Economia pela UFSC. Pesquisador e docente permanente (Mestrado e Doutorado) do Programa de Pós-

1 INTRODUÇÃO

A redemocratização do Brasil, iniciada com o fim da ditadura militar, foi marcada por transformações no campo das políticas públicas. Um dos avanços desse período foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que reformulou a abordagem do país em relação à saúde pública e introduziu o princípio fundamental da participação popular/social (Ilibio e Vieira, 2020).

A participação popular é um processo que envolve diferentes atores da sociedade na formulação, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas (Souza; Heller, 2019). Essa prática promove a corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade, promovendo uma gestão compartilhada por meio do diálogo. Essa participação é importante para garantir que as políticas de saúde atendam às necessidades da população, promovendo uma gestão mais transparente e eficiente (Gomes *et al.*, 2018). A criação de espaços para a participação popular ocorre por meio de conselhos, conselhos gestores, conferências, audiências e consultas públicas (Pereira, 2019).

No âmbito da saúde pública, a importância da participação popular é explicitada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990a), que estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS. Em conformidade com a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990b), cada esfera de governo deve contar com conselhos de saúde, que são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes. Esses conselhos são compostos por representantes do governo, usuários do sistema, profissionais de saúde e prestadores de serviços, e devem seguir a Resolução n. 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que determina a paridade entre seus membros: 50% usuários, 25% profissionais de saúde e 25% gestores e prestadores de serviços.

Os conselhos de saúde têm a responsabilidade de formular estratégias e fiscalizar a execução das políticas de saúde, incluindo aspectos econômicos e financeiros. Os conselheiros devem se reunir mensalmente, registrar atas das reuniões e dispor de infraestrutura adequada para funcionamento (Whendausen; Kleba, 2012).

Este estudo é voltado para o Conselho Municipal de Saúde de um município do sul catarinense. Ao investigar as atividades e o funcionamento deste conselho, o objetivo é descrever como a participação social é implementada e operacionalizada em um contexto

-Graduação em Desenvolvimento Socioeconômico (PPGDS/Unesc). Professor permanente 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 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. Email: doe@unesc.net. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8116-2209>.

municipal. O estudo visa detalhar as atividades realizadas pelo conselho local e analisar como essas atividades contribuem para a gestão e a melhoria dos serviços de saúde na região.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa adota uma abordagem qualitativa, utilizando a análise documental de cinco atas a partir de reuniões realizadas entre maio de 2023 e março de 2024 pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS) de um município do sul catarinense. A escolha deste município foi baseada em critérios de oportunidade e proximidade com a localidade.

A análise documental foi por meio da avaliação de atas das reuniões, destacando as principais atividades realizadas, os processos de planejamento e execução, os mecanismos de participação popular e a frequência nas atividades. A partir dessa análise, foi possível compreender as atividades desenvolvidas pelo Conselho Municipal de Saúde, identificar recomendações para aprimorar seu funcionamento e contribuir para o fortalecimento da política de saúde no município.

A pesquisa documental, dentro dessa perspectiva teórica, utiliza métodos e técnicas voltados para a compreensão, análise e extração de informações presentes nos documentos. No percurso metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa, permitindo uma compreensão detalhada e aprofundada dos dados (Junior *et al.*, 2021).

Após a coleta das informações, os dados foram categorizados manualmente em uma planilha do Excel, o que facilitou a organização e a análise das informações. Foi aplicada a técnica de análise de conteúdo para categorizar e interpretar os dados extraídos, com o objetivo de identificar as principais atividades descritas nas atas. Os resultados foram organizados em um quadro e categorizados em temas como “reunião”, “pauta”, “participantes” e “descrição”, com base nas informações presentes em cada ata.

O acesso aos documentos do conselho foi viabilizado pelo presidente do CMS, que disponibilizou as atas das reuniões. O objetivo do estudo foi avaliar todas as atas das reuniões realizadas no decorrer dos anos de 2023 e 2024. Portanto, foram disponibilizadas apenas as atas de cinco reuniões, supostamente o total realizado nesse período.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de maio de 2023 a março de 2024, foram realizadas apenas cinco reuniões do conselho, refletindo uma frequência limitada de encontros para a deliberação de

questões voltadas à saúde pública. A participação nessas reuniões foi geralmente restrita a dois conselheiros principais: o presidente do conselho e o secretário municipal de saúde. A seguir, são apresentadas as principais pautas discutidas em cada reunião, juntamente aos participantes e a descrição dos acontecimentos.

Quadro 1. Reuniões do Conselho Municipal de Saúde de um município do sul catarinense (maio de 2023 a março de 2024)

Reunião	Pauta	Participantes	Descrição
Reunião 1 (AD Referendum ATA 144/2023)	Solicitação para habilitação de dez novos leitos de saúde mental, conforme a Portaria 003/2017 MS	Presidente do conselho e secretário municipal de saúde	A reunião ocorreu de forma remota via WhatsApp. A proposta foi submetida para apreciação dos membros, sendo aprovada por unanimidade, apesar da não nomeação dos participantes
Reunião 2 (ATA 145/2023)	Discussão sobre o plano de trabalho para elevação da categoria do hospital na Política Hospitalar Catarinense	Presidente do conselho, diretor do hospital, conselheiros não identificados	Realizada virtualmente, a reunião focou na promoção do hospital de Porte II para Porte III, o que resultaria em um aumento significativo da receita mensal. A proposta foi aprovada por unanimidade
Reunião 3 (AD Referendum ATA 146/2023)	Deliberação sobre o interesse do município em participar do Novo PAC, visando a construção de uma nova unidade de saúde	Presidente do conselho, secretário municipal de saúde, conselheiros não identificados	A reunião remota destacou a importância de cadastrar o município para ser contemplado com essa infraestrutura. A pauta foi aprovada por unanimidade
Reunião 4 (AD Referendum ATA 147/2024)	Solicitação do Hospital para pleitear a habilitação de uma sala de estabilização com um leito pelo SUS	Presidente do conselho, secretário municipal de saúde, conselheiros não identificados	A reunião foi conduzida via WhatsApp. A proposta de habilitação da sala de estabilização, essencial para urgências, foi aprovada por unanimidade

Reunião	Pauta	Participantes	Descrição
Reunião 5 (ATA 148/2024)	Discussão sobre a Programação Anual de Saúde (PAS) 2024 e apresentação do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2023	Presidente do conselho, secretário municipal de saúde, prefeito, contabilista, assessor de saúde, equipe técnica da secretaria municipal de saúde	Reunião presencial nas dependências do Gabinete do Prefeito Aprovada a PAS 2024, o RAG 2023, e a Prestação de Contas 2023 Foram discutidas aquisições para a saúde, como novas ambulâncias, e foi anunciado o novo Secretário Municipal de Saúde

**Elaborado pelos pesquisadores(as) (2024).*

A pauta sobre a expansão dos leitos de saúde mental (Reunião 1) representa um avanço importante para atender à demanda por cuidados em saúde mental. No Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) foi implementada para proporcionar uma abordagem integrada ao cuidado psicossocial, incluindo Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Atenção Primária à Saúde, e comunidades terapêuticas. Essa rede contribui para a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2011).

Apesar desses avanços, a intervenção hospitalar continua sendo fundamental. Os hospitais gerais precisam de leitos psiquiátricos para atender pacientes em crise, pois os serviços extra-hospitalares não são suficientes para gerenciar essas situações emergenciais (Echebarrena; Silva, 2021). O uso de leitos psiquiátricos em hospitais gerais ajuda a reduzir o estigma associado aos transtornos mentais, melhora o cuidado da saúde física dos usuários e garante a continuidade do cuidado entre a comunidade e o hospital (Botega, 2006; Desviat; Moreno, 2012).

A Política Nacional de Saúde Mental orienta a substituição das internações em hospitais psiquiátricos por hospitais. No entanto, no Brasil, os leitos em hospitais gerais representam apenas 10% do total oferecido por hospitais psiquiátricos (Brasil, 2019).

Mesmo em países que substituíram hospitais psiquiátricos por redes comunitárias e hospitais gerais, o cuidado hospitalar ainda é importante para formuladores de políticas, profissionais e usuários. Isso ocorre porque os novos padrões de cuidado muitas vezes não atendem às necessidades e expectativas dos usuários. Há necessidade de treinamento para profissionais de saúde mental, adequação de recursos financeiros e logísticos, entre outras medidas (Echebarrena; Silva, 2021).

A decisão do conselho de realizar reuniões de forma remota e sem a participação de todos os membros pode levantar questões sobre transparência e representatividade. É

importante destacar como esse processo é percebido pela comunidade e como isso afeta a legitimidade das decisões tomadas.

Para Vieira (2013, p. 458), essa ausência efetiva de participação da coletividade no âmbito dos Conselhos de Saúde pode transformá-los em um órgão que “funciona mais por uma necessidade cartorial de recebimento dos recursos federais da área da saúde do que para servir como arena de debates e formulação das políticas públicas de saúde”.

Portanto, ao invés de ser um instrumento de fortalecimento da política pública de saúde e da participação da sociedade na defesa do Sistema Único de Saúde, torna-se uma instância esvaziada, longe da sociedade e apenas proforma (Pereira; Vieira, 2020).

Tal contexto não se coaduna com a concepção transformadora que se fundamenta o surgimento dos espaços conselhistas como expressão da democracia participativa, da participação popular e do controle social de políticas públicas.

Em relação à elevação de porte do hospital (Reunião 2), destaca-se que a assistência hospitalar no SUS é planejada para atender às necessidades da população, garantindo um atendimento de qualidade com uma equipe multiprofissional, regulação de acesso e segurança do usuário. Integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a outras políticas intersetoriais, a política visa garantir a continuidade do cuidado, promovendo equidade e transparência, conforme as diretrizes dos colegiados do SUS (Brasil, 2023).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAH), estabelecida na Portaria de Consolidação n. 2, de 28/07/2017, define as diretrizes para a organização dos hospitais no SUS, incluindo critérios de qualidade, complexidade e infraestrutura para cada nível de atendimento. A política orienta a integração dos hospitais com a rede de saúde, exige a adequação de recursos e infraestrutura, e estabelece processos de avaliação e certificação para garantir o cumprimento dos padrões para elevação de porte (Brasil, 2017).

Para a transição do porte II para o porte III, o hospital deve passar por uma avaliação das suas necessidades e capacidades, ajustar sua infraestrutura e recursos, e qualificar sua equipe. Além disso, deve estar bem integrado com a rede de saúde e ser aprovado pelos órgãos competentes. Hospitais de porte III oferecem serviços de alta complexidade, com tecnologia avançada e maior capacidade de atendimento, melhorando a qualidade do serviço e reduzindo a necessidade de deslocamento para outros municípios, inclusive para leitos de saúde mental (Brasil, 2017; Brasil, 2023).

A reunião foi realizada de forma virtual, com conselheiros não identificados, o que pode trazer à tona questões sobre a transparência das decisões e a participação dos conselheiros. Deve-se refletir como a governança pode ser aprimorada para garantir maior participação e controle social.

A participação no Novo PAC (Brasil, 2024a), destacada pelos conselheiros na Reunião 3, é importante para o investimento em infraestrutura capaz de atender às demandas dos serviços de saúde. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) é um programa de investimentos gerido pelo governo federal em parceria com o setor privado, estados, municípios e movimentos sociais. O programa está estruturado em medidas institucionais e nove eixos de investimento. As medidas institucionais incluem atos normativos de gestão e planejamento que incentivam o aumento dos investimentos públicos e privados no Brasil, enquanto os eixos abrangem obras e serviços destinados à população (Brasil, 2024a).

O PAC prevê um investimento total de R\$ 1,7 trilhão em todos os estados, sendo R\$ 1,3 trilhão até 2026 e R\$ 0,4 trilhão após 2026. Esse investimento tem como objetivo incentivar a transição para uma economia ecológica, fomentar a modernização industrial, apoiar o desenvolvimento sustentável do país e criar oportunidades de emprego (Brasil, 2024a).

A aprovação unânime do projeto reflete um consenso sobre sua importância, mas a falta de participação identificada dos conselheiros novamente destaca a necessidade de maior transparência e envolvimento no processo decisório.

Na reunião 4, foi discutida a implementação da Sala de Estabilização (SE) (Brasil, 2024b), um componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU), que oferece assistência temporária e qualificada para estabilizar pacientes graves ou críticos 24 horas por dia, 7 dias por semana. Localizada em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios e Hospitais menores, a SE é equipada com tecnologia especializada e conta com uma equipe multidisciplinar capacitada para lidar com emergências médicas graves. Além disso, a SE é integrada a outros níveis de atenção, garantindo o encaminhamento adequado e a continuidade do cuidado (Brasil, 2024b).

A Programação Anual de Saúde (PAS) (Brasil, 2024c) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Brasil, 2024d), discutidos na Reunião 5, são instrumentos fundamentais para a gestão da saúde pública. A PAS é um documento que define metas e aloca recursos financeiros para a implementação das políticas de saúde estabelecidas pelo Governo Federal a cada ano. Ela se baseia nas diretrizes do Plano Municipal de Saúde, que orienta as ações e serviços de saúde no âmbito municipal, levando em consideração os determinantes sociais e a estrutura da rede de serviços do município para garantir o cumprimento dos princípios do SUS.

Já o RAG é um relatório que apresenta os resultados alcançados pelo SUS ao longo do ano, avaliando a eficácia e a eficiência das ações realizadas. Além de ser uma ferramenta para o planejamento e a melhoria do sistema de saúde, ele serve como base para atividades de controle e auditoria e é um importante mecanismo para garantir a transparência e a participação social na gestão do SUS (Brasil, 2024d).

O RAG de 2023, juntamente à prestação de contas, destacou avanços para o município, como a redução das filas de espera e o êxito em mutirões de saúde. As medidas implementadas pelo município têm gerado resultados positivos para a saúde da população e aumentado a eficiência dos serviços prestados. A aprovação das contas financeiras referentes aos anos de 2018, 2019, 2020 e 2023 ressalta os resultados de uma gestão responsável com os recursos públicos.

A transparência e a precisão das informações fornecidas garantem um melhor acompanhamento e fiscalização por parte do Conselho de Saúde, do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas (Brasil, 2003).

Os conselhos de saúde no Brasil se destacam pela sua capacidade deliberativa, conferindo aos membros poder direto na formulação de políticas e programas de saúde, diferenciando-se de conselhos consultivos que apenas oferecem espaços de discussão sem autoridade decisória (Bortoli; Kovaleski, 2020; Serapioni; Romani, 2011). Enquanto isso, a participação social engloba diversas formas de engajamento cidadão em debates públicos sobre questões sociais e políticas, incluindo fiscalização, opinião e protagonismo (Brutscher; Cruz, 2020). Esse engajamento é importante para mobilizar ações que abordem e superem problemas sociais, promovendo um maior autocuidado e preocupação comunitária com a saúde e qualidade de vida (Bortoli; Kovaleski, 2020).

É necessário implementar reformas que revitalizem o projeto de cidadania, promovendo a participação dos cidadãos na tomada de decisões e na definição de objetivos comuns. A educação é importante nesse processo, ao empoderar a comunidade por meio da informação e da conscientização sobre sua participação em questões comunitárias e políticas, bem como na gestão da saúde (Whendausen; Kleba, 2012).

As conferências e os conselhos de saúde se consolidaram como canais estratégicos para reivindicações e avaliações no SUS, rompendo com o centralismo e promovendo maior inclusão da sociedade nos processos decisórios. Avaliar suas fragilidades e potencialidades é importante para aprimorar essas instâncias participativas e fortalecer a democracia brasileira (Ilbio; Vieira, 2020).

4 CONCLUSÃO

O estudo das atas analisadas demonstrou que temas de interesse da saúde do município foram pautados nas reuniões do conselho municipal de saúde, como a expansão dos leitos de saúde mental, a elevação do hospital de Porte II para Porte III, a participação no Novo PAC e a criação da Sala de Estabilização.

Entretanto, o número pequeno de reuniões realizado no período, bem como a forma como elas ocorreram não se coaduna com a concepção de participação popular prevista no texto constitucional de 1988, na Lei n. 8.142 de 1990 e na Resolução n. 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

A participação popular e o controle social em políticas públicas é uma conquista da sociedade no bojo do modelo de Estado Social e Democrático de Direito erigido como pilar estruturante da República Federativa do Brasil. Nesse modelo, a democracia não deve ser apenas um item formal, mas se consubstancia como um princípio estruturante para todo o Estado brasileiro.

Portanto, ao não fortalecer e atuar com limitações em termos de frequência de reuniões e à participação de seus membros enfraquece a concepção de participação popular em saúde.

Os conselhos municipais de saúde, como espaços de conquista democrática e cogestão entre o Estado e sociedade, para cumprirem sua missão estratégica devem ser fortalecidos e serem reconhecidos socialmente. Para tanto, a realização de pelo menos uma reunião mensal, preferencialmente presencial, com a efetiva participação de todos os seus membros (e com convite para que os usuários do SUS possam estar também presentes caso tenham interesse) é uma condição essencial para a sua existência e evitar que este órgão fruto de uma conquista democrática se torne apenas mais um espaço cartorial e formal.

O Conselho Municipal de Saúde de um município do sul catarinense, apesar de suas limitações em termos de frequência de reuniões e à participação de seus membros, tem avançado na implementação de políticas e de estratégias de saúde.

No entanto, é fundamental desenvolver ações que fortaleçam a participação social na gestão da saúde, garantindo uma gestão mais eficiente e transparente. A participação dos conselheiros e da comunidade contribuirá para o avanço das políticas públicas e para a promoção da saúde da população.

REFERÊNCIAS

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D. F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde em debate**, v. 43, p. 1168-1180, 2020.

BOTEGA, N. J. **Prática Psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL. Casa Civil. **Programa de Aceleração do Crescimento – Novo PAC**. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/novopac/conheca-o-programa>. Acesso em: 24 jul. 2024.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 24 jul. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 24 jul. 2024.

BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: responsabilidade e controle**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais de R\$ 2 milhões para ampliar rede de Saúde Mental**. 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45927-mais-de-r-2-milhoes-para-ampliar-rede-de-saude-mental>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Gestão Financeira do SUS**. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2003. Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/publicacoes/manual_gestao_fin_sus.pdf. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ação de Saúde (PAS)**. 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/pas>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de julho de 2017**. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-de-consolidacao-n-2-de-28-de-julho-de-2017-134131220>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Diário Oficial da União, 26 dez. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2024d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento/rag#:~:text=0%20Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Gest%C3%A3o,e%20efici%C3%Aancia%20na%20sua%20execu%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Estabilização**. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes.d.ahu/atencao-de-urgencia/sala-de-estabilizacao>. Acesso em: 26 jul. 2024.

BRASIL. **Resolução n. 453, de 14 de março de 2012**. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/resolucoes/2012/resolucao-no-453.pdf/view>. Acesso em: 26 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Práticas do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm#apresentacao>. Acesso em: 27 jul. 2024.

DESVIAT, M.; MORENO, A. Las reformas tardías. *In*: DESVIAT, M.; MORENO, A. (ed.). **Acciones de salud mental en la comunidad**. Madrid: AEN, 2012. p. 37-48.

ECHEBARRERA, R. C.; SILVA, P. R. F. Leitões de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 223-234, 2021.

FÉRNANDEZ, E. G. Novos instrumentos de participação: entre a participação e a deliberação. p. 19-40. *In*: SILVA, E. M.; CUNHA, E. S. M. (org.). **Experiências internacionais de participação**. São Paulo: Cortez, 2010.

GOMES, A. M. *et al.* Reflections and collective production about being a municipal health counselor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 71, supl. 1, p. 496-504, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700496&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2024.

ILIBIO, J.; VIEIRA, R. A. **A participação social em saúde: uma leitura a partir da democracia radical**. Criciúma: Ediunesc, 2020. 196 p. *E-book*. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8605/1/A%20participa%3a7%c3%a3o%20social%20em%20sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2024.

JUNIOR, J. A. *et al.* Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 44, p. 36-51, 2021. Disponível em: https://www.google.com/search?q=metodologia+qualitativa+analise+documental&oq=metodologia+qualitativa+para+an%C3%A1lise+d&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCAGBEAAYFhgeMgYIABBFgDkyCAGBEAAYFhgeMgoIAhAAGIAEGKIEMgoIAxAGIAEGKIEMgoIBBAAGIAEGKIEMgoIBRAAGIAEGKIEMgoIBhAAGIAEGKIEOgEIOtC1OWowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8. Acesso em: 28 jul. 2024.

PEDRINI, D. M.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. Controle social e fortalecimento da democracia participativa: dilemas e perspectivas. p. 229-237. *In*: PEDRINI, D. M.; ADAMS, T.; SILVA, V. R. (org.). **Controle social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios**. São Paulo: Paulus, 2007.

PEREIRA, I. P. *et al.* O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1767-1776, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rkMjkw7FqKzKD6bzsQnqpvq/?lang=pt>. Acesso em: 28 jul. 2024.

PEREIRA, J. S.; VIEIRA, Reginaldo de Souza. Democracia participativa: reflexões acerca do surgimento dos conselhos de participação popular no ordenamento jurídico brasileiro. *In*: WOLKMER, A. C.; VIEIRA, R. de S. (org.). **Direitos humanos e sociedade, volume II [recurso eletrônico]**. Criciúma: EdiUnesc, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8101/3/Direitos%20humanos%20e%20sociedade.pdf>. Acesso em: 25 set. 2025

SALIBA, N. A. *et al.* Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, nov./dez. 2009.

SILVA, B. T.; LIMA, I. M. S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 319-328, 2021.

SOUZA, C. M. N.; HELLER, L. Deliberative effectiveness in municipal sanitation and health councils: a study in Belo Horizonte-MG and in Belém-PA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4325-4334, nov. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104325&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2024.

VIEIRA, R. de S. 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), Programa de Pós-Graduação em Direito – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WHENDAUSEN, Á. L. P.; KLEBA, M. E. (org.). **Conselhos gestores e empoderamento**: vivências e potenciais da participação social na gestão pública. Jundiaí: Paco Editorial, 2012.

PARTE II

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE,
OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO
SUSTENTÁVEL E CRIANÇAS E
ADOLESCENTES

CAPÍTULO I

INTERCULTURALIDADE E DIREITO À SAÚDE: A PROTEÇÃO INTEGRAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INDÍGENAS SOB A PERSPECTIVA DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Reginaldo de Souza Vieira¹

Higor Neves de Freitas²

1 INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde constitui um dos fundamentos essenciais para a garantia da dignidade da pessoa humana, sendo reconhecida pela Constituição Federal de 1988 como direito de todos e dever do Estado. Entretanto, quando se trata dos povos

-
- 1 Doutor e mestre em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 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 (Unesc). Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro do Conselho Editorial da EdiUnesc. Membro do Conselho Gestor do Observatório Latino-americano em Direitos Humanos Prof. Antonio Carlos Wolkmer. Coordenador do Programa Escola de Lideranças – Proext-PG-Capesc. Membro titular da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochapecó). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro da Rede de Pesquisa Egrupe (Unisc, FMP e Unesc). Membro titular e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, PUC-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, Furb, Ufop, Unirio, UFRJ e Furg). Coordenador Executivo da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da The International Society of Public Law. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito. Membro associado do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Direito. Consultor na área de políticas públicas. Advogado vinculado a seccional de Santa Catarina Orcid id: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com; reginaldovieira@unesc.net.
 - 2 Pós-doutorando em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), com bolsa Fapesc. Doutor e mestre em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc). Professor do Curso de Direito do Centro Universitário da Região da Campanha. Pesquisador Recém-doutor Fapergs (Edital 10/2024 ARD/ARC). Advogado. E-mail: higordfreitas@urcamp.edu.br.

indígenas, especialmente crianças e adolescentes, observa-se a persistência de desigualdades estruturais e barreiras socioculturais que dificultam o pleno acesso aos serviços de saúde. Essa realidade evidencia a necessidade de compreender o direito à saúde sob a óptica da interculturalidade, a fim de assegurar políticas públicas que respeitem o contexto de diversidade.

O objetivo geral é compreender o direito à saúde das crianças e adolescentes indígenas, sob a visão da interculturalidade, da proteção integral e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Já os objetivos específicos buscam contextualizar o marco teórico da proteção integral e o direito à saúde e analisar o direito à saúde de crianças e adolescentes indígenas.

O problema de pesquisa questiona: como se estrutura o direito à saúde para crianças e adolescentes indígenas, levando-se em consideração a proteção integral, a interculturalidade e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável? A hipótese inicial indica que há um arranjo institucional integrado que articule a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), com pleno respeito às especificidades culturais e territoriais. Assim, há uma operação em consonância com a Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem e com a Estratégia Saúde da Família (ESF), assegurando, inclusive em áreas rurais e de difícil acesso, a atuação de equipes dedicadas com planos de deslocamento adequados, processos contínuos de capacitação e a presença sistemática da vigilância epidemiológica. Assim, deve-se estruturar políticas públicas de saúde a partir dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que garantam o contexto de diversidade e territorialidade dos povos indígenas.

A importância jurídica decorre da necessidade de efetivar a proteção integral e o direito à saúde de crianças e adolescentes indígenas. A relevância social manifesta-se na necessidade de planejar e de formular políticas públicas de saúde que considerem a diversidade cultural em toda a rede de atendimento, como forma de garantir os direitos fundamentais de crianças e adolescentes indígenas e identificar práticas violadoras de direitos. O valor acadêmico evidencia-se na construção de aportes teóricos sobre as interseções entre direito à saúde, interculturalidade e proteção integral de crianças e adolescentes indígenas.

Para enfrentar tal problema foram utilizados os métodos de abordagem dedutivo e o de procedimento monográfico, com as técnicas de pesquisas documental e bibliográfica. As bases consultadas na presente pesquisa foram o Google Acadêmico, o Banco de Tese e Dissertações da Capes, revistas acadêmicas qualificadas no Qualis, bem como o Ministério da Saúde.

2 O MARCO TEÓRICO DA PROTEÇÃO INTEGRAL E O DIREITO À SAÚDE

A teoria da proteção integral foi incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, instituindo uma responsabilidade compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado. Essa concepção assegura às crianças e aos adolescentes um conjunto de direitos fundamentais, reconhecendo-os como sujeitos de direitos e impondo deveres específicos a esses três entes na promoção, proteção e garantia de seu desenvolvimento integral:

Art. 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, à 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).

Essa teoria rompeu com as concepções da tradição menorista, que se caracterizava por uma lógica repressiva e de controle social sobre a infância e estabeleceu uma nova perspectiva jurídica. A partir dela, consolidou-se o Direito da Criança e do Adolescente como um ramo autônomo do ordenamento jurídico, fundamentado em uma base principiológica própria, que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e titulares de direitos fundamentais (Custódio, 2008).

Dessa forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, consolidou a teoria da proteção integral mediante um conjunto de dispositivos legais voltado à efetivação e à promoção dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes (Brasil, 1990). Trata-se de um marco jurídico que promove uma atuação contínua e articulada em diferentes esferas de ação, com vistas à consolidação de uma cidadania participativa e inclusiva. Além disso, o Estatuto representa um instrumento de mobilização social, na medida em que estimula a atuação conjunta dos órgãos democráticos e da sociedade civil na formulação, execução e monitoramento das políticas públicas voltadas à infância e à adolescência, fortalecendo o controle social e a corresponsabilidade institucional (Freitas, 2025).

A efetivação das políticas públicas voltadas aos direitos fundamentais de crianças e adolescentes passou a ser orientada pelo princípio da prioridade absoluta, conforme disposto no art. 4º do ECA:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Brasil, 1990).

A concretização desses direitos está diretamente vinculada à implementação de políticas públicas que considerem as condições peculiares de pessoa em desenvolvimento, conforme preconiza a base principiológica da teoria da proteção integral. Entre os direitos fundamentais assegurados, destaca-se o direito à saúde, que passou a ser reconhecido como direito social pela Constituição Federal de 1988, nos termos do art. 7º, IV e XXII (Brasil, 1988).

Esse reconhecimento estabeleceu a competência concorrente entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios para sua efetivação, configurando-o como um direito universal, destinado a todos os cidadãos e dotado de caráter indivisível e inalienável:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Dessa forma, o direito à saúde passou a ser compreendido como um direito subjetivo público e um dever do Estado, que tem a obrigação de assegurar a oferta dos serviços necessários ao atendimento integral da população, conforme dispõe o art. 30 da Constituição Federal. Com isso, foram estabelecidas garantias jurídicas voltadas à concretização desse direito, entre as quais se destaca a possibilidade de intervenção da União nos Estados, no Distrito Federal e nos municípios, quando estes deixarem de aplicar o mínimo constitucional exigido nas ações e serviços públicos de saúde, nos termos do art. 34, VII, “e”, da Carta Magna (Brasil, 1988). Além disso, impõe-se ao poder público o dever de implementar políticas que assegurem o acesso universal e igualitário aos serviços de

saúde, como expressão concreta da dignidade da pessoa humana e da proteção integral de crianças e adolescentes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído como um dos elementos centrais da Seguridade Social, nos termos do art. 194 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Para Borges, Meller e Vieira (2023, p. 243), o Sistema Único à Saúde, na qualidade de política pública,

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.

Essa criação representou um marco na estruturação da política pública de saúde, ao introduzir um modelo baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços. A partir disso, consolidou-se a responsabilidade compartilhada entre a família, a sociedade e o Estado, assegurando que o direito à saúde fosse efetivamente garantido a todas as pessoas, com atenção especial a crianças e adolescentes. Nesse contexto, estruturou-se um compromisso constitucional de proteção integral previsto no art. 227, estabelecendo uma atuação conjunta e contínua voltada à promoção do bem-estar e ao desenvolvimento pleno da infância e da adolescência (Brasil, 1988; Custódio, 2009).

A distribuição dos serviços de saúde no território nacional deve respeitar os princípios da resolutividade e da economia de escala, o que implica que serviços mais especializados tendem a ser concentrados, enquanto os de menor complexidade devem estar amplamente distribuídos. Nesse contexto, a Atenção Básica à Saúde (ABS) constitui o nível essencial e universal do sistema, presente em todo o país e responsável por atuar como porta de entrada e centro de coordenação do cuidado, garantindo o acesso aos níveis secundário e terciário por meio das pactuações intermunicipais e das redes regionais de saúde. Compete aos municípios o desenho e a gestão dessa porta de entrada, observando os princípios constitucionais que orientam o SUS. A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) é o principal instrumento normativo que regulamenta as responsabilidades, a organização e o financiamento das ações de atenção primária, tendo sido publicada inicialmente há mais de uma década e já contando com sua terceira versão, que atualiza e aprimora as diretrizes para a consolidação desse nível de atenção (Faria, 2020; Borges; Meller; Vieira, 2023).

O art. 7º do ECA estabelece que crianças e adolescentes devem ter assegurada a proteção à vida e à saúde por meio da implementação de políticas sociais públicas que garantam condições dignas e um pleno desenvolvimento humano. Nesse mesmo sentido, o art. 11 do referido Estatuto dispõe sobre o acesso integral às ações e serviços de saúde, os quais devem ser ofertados pelo SUS, observando-se o princípio da equidade no atendimento e nas políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Essa proteção jurídica concretizou-se por meio da criação de redes articuladas e intersetoriais, responsáveis pelo desenvolvimento e pela execução de políticas públicas voltadas à infância e à adolescência. Nesse contexto, destaca-se o Sistema de Garantia de Direitos, que abrange as políticas de atendimento, proteção, justiça e promoção de direitos. Esse sistema é composto por órgãos governamentais e entidades não governamentais, organizados nos âmbitos da União, dos Estados e dos Municípios, com a finalidade de assegurar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (Custódio; Freitas, 2019).

O primeiro nível estruturante das políticas públicas voltadas à infância, que integra o direito à saúde, corresponde ao atendimento, coordenado pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, instâncias atuantes nos âmbitos federal, estadual e municipal. Compostos de forma paritária por representantes do poder público e da sociedade civil, esses conselhos asseguram a gestão democrática e participativa das políticas destinadas à infância, exercendo funções de formulação, deliberação, controle e fiscalização. Dotados de autonomia e caráter deliberativo, são responsáveis por garantir o investimento, a execução e o acompanhamento de ações estratégicas voltadas à proteção integral de crianças e adolescentes (Moreira, 2020).

Dessa forma, prima-se pela valorização da realidade local, a partir de uma perspectiva de municipalização do atendimento, estruturada de modo integrado e compartilhado, que fomente a cooperação entre os diversos atores envolvidos. As políticas públicas devem ser planejadas e executadas considerando as particularidades territoriais e a colaboração entre os entes e segmentos sociais. Nesse processo, fortalece-se o sentimento de pertencimento comunitário, uma vez que a efetividade das ações públicas depende da participação ativa dos cidadãos nos mecanismos que orientam o processo decisório municipal (Hermany, 2005; Vieira, 2013).

Portanto, a execução dessas políticas e dos serviços de atendimento, estruturada por meio de um sistema articulado de garantia de direitos, tem como objetivo assegurar o acesso aos direitos fundamentais à educação, à assistência social, ao esporte, à cultura e ao lazer, bem como à saúde, sempre fundamentada nos princípios democráticos (Freitas, 2025).

Desse modo, há o reconhecimento do direito à saúde como direito público subjetivo e a criação do SUS, que representam marcos fundamentais na consolidação do Estado

Social e Democrático de Direito e na concretização dos direitos sociais no Brasil. A proteção integral de crianças e adolescentes, prevista no art. 227 da Constituição Federal, exige a implementação de políticas públicas intersetoriais e articuladas de saúde com a rede de atendimento e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

3 O DIREITO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES INDÍGENAS A PARTIR DA INTERCULTURALIDADE E DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem orienta a construção de uma atenção integral com base no reconhecimento de suas características específicas e na consideração de fatores socioculturais, econômicos e de gênero que influenciam suas condições de vida e saúde. Essa política propõe a articulação entre diferentes setores e níveis de atenção, a fim de promover ações coordenadas e integradas que assegurem a efetivação dos direitos desse público. A descentralização do SUS é um dos elementos estruturantes dessa política, possibilitando que as ações sejam implementadas de forma territorializada e adequada às realidades locais. Entre os princípios que norteiam o SUS, destaca-se o da integralidade da atenção, que exige a organização dos serviços com base em estratégias de prevenção, promoção e recuperação da saúde (Brasil, 2010).

No contexto das crianças e adolescentes indígenas, o direito à saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988 é complementado pelos princípios da prioridade absoluta e da proteção integral, que orientam o ordenamento jurídico à plena efetivação dos direitos humanos e fundamentais dessa população. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde devem ser estruturadas de forma a garantir o atendimento integral às crianças indígenas, respeitando suas especificidades culturais e territoriais (Cabral; Freitas, 2020).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) tem como principais atribuições o planejamento, a coordenação, a supervisão, o monitoramento e a avaliação da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Desse modo, cabe à Secretaria a responsabilidade de gerir e coordenar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS), assegurando a promoção da saúde e a integração dos povos indígenas ao sistema público nacional de saúde (Ministério da Saúde, s. d. b).

Entre suas funções, destacam-se o planejamento e a supervisão das ações de saneamento básico e das estruturas de atenção à saúde indígena, além da orientação e acompanhamento das práticas de atenção integral e de educação em saúde, respeitando as especificidades socioculturais de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Ademais, atua no fortalecimento da participação social dos povos indígenas na formulação

e no controle das políticas de saúde, estimulando a articulação intersetorial entre órgãos governamentais e entidades da sociedade civil relacionadas à temática. A Secretaria apoia, ainda, a produção de estudos e pesquisas voltados à saúde indígena e desenvolve ações voltadas à organização, à sistematização e à disseminação de conhecimentos sobre essa área, contribuindo para a consolidação de práticas culturalmente adequadas e cientificamente fundamentadas (Freitas, 2025).

Com o objetivo de assegurar o direito à saúde dos povos indígenas, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), unidades gestoras descentralizadas que integram o Sasi-SUS. Esses distritos têm a função de reorganizar a rede de atenção à saúde indígena, promovendo um reordenamento das práticas sanitárias e o desenvolvimento de atividades administrativas, técnicas e gerenciais voltados à melhoria do atendimento prestado às comunidades indígenas (Brasil, 2025).

Destaca-se que o Brasil conta com 34 DSEIs, distribuídos de acordo com critérios territoriais baseados nas ocupações geográficas e socioculturais dos povos indígenas. Essas unidades abrangem 351 polos-base, responsáveis pela coordenação do atendimento e pela execução das ações de saúde em diferentes regiões do país:

Tabela 01 – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

DSEI	Estados Atendidos	Município Sede
1 - Alagoas e Sergipe	AL, SE	Maceió
2 - Altamira	PA	Altamira
3 - Alto Rio Juruá	AC	Cruzeiro do Sul
4 - Alto Rio Negro	AM	São Gabriel da Cachoeira
5 - Alto Rio Purus	AC	Rio Branco
6 - Alto Rio Solimões	AM	Tabatinga
7 - Amapá e Norte do Pará	AP, PA	Macapá
8 - Araguaia	MT	São Félix do Araguaia
9 - Bahia	BA	Salvador
10 - Ceará	CE	Fortaleza
11 - Cuiabá	MT	Cuiabá
12 - Guamá-Tocantins	PA	Belém
13 - Interior Sul	SC	Florianópolis
14 - Kaiapó do Mato Grosso	MT	Colíder

DSEI	Estados Atendidos	Município Sede
15 - Kaiapó do Pará	PA	Redenção
16 - Leste de Roraima	RR	Boa Vista
17 - Litoral Sul	PR	Curitiba
18 - Manaus	AM	Manaus
19 - Maranhão	MA	São Luís
20 - Mato Grosso do Sul	MS	Campo Grande
21 - Médio Rio Purus	AM	Lábrea
22 - Médio Rio Solimões e Afluentes	AM	Tefé
23 - Minas Gerais e Espírito Santo	MG, ES	Governador Valadares
24 - Parintins	AM	Parintins
25 - Pernambuco	PE	Recife
26 - Porto Velho	RO	Porto Velho
27 - Potiguara	PB	João Pessoa
28 - Rio Tapajós	PA	Itaituba
29 - Tocantins	TO	Palmas
30 - Vale do Javari	AM	Atalaia do Norte
31 - Vilhena	RO	Cacoal
32 - Xavante	MT	Barra do Garças
33 - Xingu	MT	Canarana
34 - Yanomami	RR	Boa Vista

Fonte: Ministério da Saúde, 2025.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena estrutura-se, portanto, a partir desses distritos, de modo a respeitar e incorporar as especificidades culturais, territoriais e sociais de cada povo indígena. A coleta e o monitoramento das informações sobre as ações e condições de saúde são realizados por meio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), que reúne dados primários obtidos pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), responsáveis pelo acompanhamento direto das comunidades e

pela produção de informações essenciais para o planejamento e a avaliação das políticas públicas nessa área (Brasil, 2025).

Nesse contexto, é fundamental reconhecer os desafios estruturais e operacionais enfrentados pelo Sasi-SUS. Entre os principais problemas identificados estão a alta rotatividade de profissionais de saúde nos polos-base, consequência dos contratos temporários de trabalho e a insuficiente formação desses profissionais quanto ao conhecimento das práticas culturais, sociais e linguísticas das comunidades atendidas (Azevedo; Brand; Colman, 2013).

Observa-se uma precariedade generalizada nos serviços de saúde indígena, evidenciada pela escassez de profissionais qualificados, pela falta de infraestrutura e de meios de transporte adequados para o deslocamento das equipes, bem como pelas grandes distâncias geográficas que separam as aldeias dos centros de atendimento (Ministério do Desenvolvimento Social, 2019).

A mobilidade territorial dos povos indígenas, como ocorre com os Guarani, representa um dos principais desafios para a efetivação das políticas públicas de saúde. Esses deslocamentos constantes estão relacionados aos impactos da globalização e à integração ao sistema capitalista de produção como forma de subsistência, o que leva muitas famílias a se estabelecerem temporariamente em áreas urbanas, margens de rodovias e regiões de fronteira (Freitas, 2019).

Essa dinâmica de migração contínua exige que os serviços de saúde adotem estratégias flexíveis e interculturais, capazes de atender a populações em trânsito e respeitar suas especificidades culturais e territoriais. Isso reflete nas limitações nos sistemas de informação e registro da saúde indígena, especialmente no Siasi e nos cadastros da Funasa, que frequentemente não incluem pessoas em deslocamento. Dessa forma, a ausência de dados atualizados e completos sobre essas populações compromete a continuidade do atendimento, bem como dificulta a formulação de diagnósticos adequados e do planejamento das políticas públicas (Azevedo; Brand; Colman, 2013).

Ressalta-se que muitos profissionais de saúde não possuem preparo adequado para lidar com as dimensões culturais, linguísticas e tradicionais dos povos indígenas atendidos, além de permanecerem por curtos períodos nos cargos, em razão da alta rotatividade das equipes. Essa ausência de formação específica e de continuidade no atendimento compromete a efetividade das ações de saúde e dificulta o reconhecimento de situações de violação de direitos. A falta de capacitação direcionada ao atendimento de crianças e adolescentes indígenas, considerando suas particularidades culturais e sociais, limita a capacidade dos profissionais de identificar vulnerabilidades e de promover uma atuação alinhada aos princípios da proteção integral (Freitas, 2019).

A Estratégia Saúde da Família constitui uma das principais ações voltadas à reorganização da Atenção Básica à Saúde no Brasil, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Essa iniciativa tem como finalidade ampliar, qualificar e consolidar a atenção primária, promovendo uma reorientação dos processos de trabalho em saúde e fortalecendo os fundamentos de universalidade, integralidade e equidade. A estratégia adota uma abordagem territorial, com o propósito de assegurar a saúde das pessoas e das comunidades por meio da atuação de equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento contínuo das famílias em seus respectivos territórios (Brasil, *s. d.a*).

Nas comunidades situadas em áreas rurais ou de difícil acesso, a política prevê a atuação das Equipes de Saúde da Família Rural, que seguem um planejamento itinerante de deslocamento com o objetivo de atender a todas localidades sob sua responsabilidade em intervalos regulares de até 60 dias. Essas equipes são responsáveis pela execução das ações de Atenção Básica e podem contar com unidades de apoio destinadas exclusivamente à prestação de serviços, especialmente em locais onde não há outras equipes de saúde atuando (Freitas, 2025).

Já a vigilância epidemiológica é compreendida como um conjunto articulado de ações voltadas à produção de conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva. O objetivo é identificar, monitorar e intervir sobre mudanças relevantes nesses fatores, orientando a implementação de medidas preventivas e de controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como de outros agravos que possam afetar a saúde da população (Ministério da Saúde, 2009).

O direito à saúde de crianças e adolescentes indígenas, deve ser analisado sob a perspectiva dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. Isso porque exige políticas integradas que enfrentem determinantes sociais, culturais e territoriais da saúde e se alinhem aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em especial Erradicação da Pobreza (ODS 1), Fome Zero e Agricultura Sustentável (ODS 2), Saúde e bem-estar (ODS 3), Educação de Qualidade (ODS 4), Igualdade de Gênero (ODS 5), Água Potável e Saneamento (ODS 6), Redução das Desigualdades (ODS 10), Cidades e Comunidades Sustentáveis (ODS 11), Vida Terrestre (ODS 15), Paz Justiça e Instituições Eficazes (ODS 16) e Parcerias e Meios de Implementação (ODS 17). A efetivação desse direito demanda proteção social e renda para as famílias, segurança alimentar e nutricional com respeito aos sistemas alimentares tradicionais, acesso oportuno e de qualidade à atenção básica e especializada com abordagem intercultural, inclusão escolar com educação em saúde, enfrentamento das violências com recorte de gênero e idade, água segura e saneamento adequado nas aldeias, ações afirmativas que reduzam desigualdades históricas, ordenamento territorial que garanta moradia digna e mobilidade do cuidado, preservação dos ecossistemas e dos territórios indígenas como condição de saúde coletiva, fortalecimento de conselhos e instituições com participação e controle social e, por fim, cooperação mul-

tissetorial e federativa que assegure financiamento contínuo, monitoramento e avaliação com indicadores sensíveis às especificidades indígenas (ONU, s. d).

Destaca-se que precisa-se de um foco relativo ao ODS 3 (Saúde e Bem-estar), a fim de óbitos evitáveis na primeira infância até 2030, alcançando no máximo 5 por mil no período neonatal e 8 por mil até cinco anos (meta 3.2); assegurar cobertura universal com acesso a serviços essenciais e a medicamentos e vacinas eficazes e a preços acessíveis (meta 3.8); reduzir substancialmente mortes e doenças associadas a químicos perigosos e à poluição do ar, da água e do solo (meta 3.9); apoiar pesquisa e garantir acesso a vacinas e medicamentos essenciais utilizando as flexibilidades do TRIPS conforme a Declaração de Doha (meta 3.b); ampliar financiamento e formação, provimento e retenção de pessoal de saúde, priorizando territórios vulneráveis, em que se destaca os territórios indígenas (meta 3.c); e fortalecer a capacidade local para alerta precoce, redução e gestão de emergências e riscos sanitários (meta 3.d) (ONU, s. d.).

A fim de garantir o direito à saúde de crianças e adolescentes indígenas, estrutura-se um arranjo que integra a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS) e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), com respeito às especificidades culturais e territoriais. Além disso, articula-se à Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem e à Estratégia Saúde da Família (ESF), que, inclusive em áreas rurais e de difícil acesso, atuam com equipes dedicadas e planos de deslocamento, devendo contar com capacitação contínua e com a atuação sistemática da vigilância epidemiológica.

4 CONCLUSÃO

A partir da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente, consolida-se uma nova compreensão da infância e da adolescência como sujeitos de direitos, impondo à família, à sociedade e ao Estado a tríplice responsabilidade por sua proteção integral. O SUS materializa o direito à saúde como direito público subjetivo e atua, de forma intersetorial e articulada, na rede de atendimento e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, assegurando os direitos fundamentais de crianças e adolescentes.

No contexto de crianças e adolescentes indígenas, o direito à saúde assegurado pela Constituição de 1988 articula-se aos princípios da prioridade absoluta e da proteção integral, pois as políticas públicas devem garantir atendimento integral, com respeito às especificidades culturais e territoriais. Nesse sentido, a Sesai é responsável por planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em conformidade com as diretrizes do SUS, bem como por gerir o Sasi-SUS. Para assegurar esse direito, foram instituídos os Distritos Sanitários Especiais

Indígenas (DSEIs), unidades gestoras descentralizadas que reorganizam a rede de atenção, reordenam as práticas sanitárias e desenvolvem ações administrativas, técnicas e gerenciais voltadas à melhoria do cuidado nas comunidades indígenas.

Desse modo, respondendo ao problema de pesquisa, que questiona sobre as políticas de saúde para crianças e adolescentes indígenas, demonstra-se que há uma operação realizada pelos DSEIs, unidades gestoras descentralizadas que integram o Sasi-SUS). No Brasil, são 34 DSEIs distribuídos segundo critérios territoriais que consideram as ocupações geográficas e socioculturais dos povos indígenas, abrangendo 351 polos-base responsáveis pela coordenação do atendimento e pela execução das ações de saúde em diferentes regiões do país.

Assim, as políticas de saúde para crianças e adolescentes indígenas enfrentam desafios estruturais e operacionais que fragilizam a continuidade e a qualidade do cuidado, como alta rotatividade decorrente de vínculos temporários, formação insuficiente das equipes quanto às dimensões culturais, sociais e linguísticas, escassez de profissionais qualificados, deficiências de infraestrutura e de transporte, além das grandes distâncias entre aldeias e serviços.

Ressalte-se que o direito à saúde de crianças e adolescentes indígenas deve ser analisado sob a perspectiva da Agenda 2030, articulando-se com Erradicação da Pobreza (ODS 1), Fome Zero e Agricultura Sustentável (ODS 2), Saúde e Bem-estar (ODS 3), Educação de Qualidade (ODS 4), Igualdade de Gênero (ODS 5), Água Potável e Saneamento (ODS 6), Redução das Desigualdades (ODS 10), Cidades e Comunidades Sustentáveis (ODS 11), Vida Terrestre (ODS 15), Paz Justiça e Instituições Eficazes (ODS 16) e Parcerias e Meios de Implementação (ODS 17), principalmente quanto ao cumprimento das metas relativas à Saúde e ao Bem-estar.

Já a Política Nacional de Saúde do Adolescente e do Jovem apoia-se no poder local, reconhecendo que as ações estratégicas devem responder às demandas específicas de cada território. Por isso, a descentralização do SUS é um pilar que integra e adequa as intervenções às realidades locais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganiza a Atenção Básica e, em áreas rurais ou de difícil acesso, atua por meio de Equipes de Saúde da Família Rural com planejamentos de deslocamento que garantem cuidado integral. Já a vigilância epidemiológica é compreendida como um conjunto articulado de ações voltadas à produção de conhecimento sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, M. M. A.; BRAND, A.; COLMAN, R. Os Guarani nos seus processos de mobilidade espacial e os desafios para as políticas públicas na região fronteiriça brasileira. *In*: AZEVEDO, M. M. A.; BAENINGER, R. (org.). **Povos indígenas: mobilidade espacial**. Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp, 2013.
- BORGES, J. R.; MELLER, M. A. V.; VIEIRA, R. de S. A atenção primária à saúde como instrumento para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *In*: VIEIRA, R. de S.; CERETTA, L. B.; LAMY, M.; ALVES, S. M. C. (org.). **Temas em direito sanitário & saúde coletiva, tomo II [recurso eletrônico]**. Curitiba: Ithala, 2023. Disponível em: <https://www.ithala.com.br/wp-content/uploads/2024/04/ebook-direito-sanitario.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 20. jul. 2024.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069compilado.htm. Acesso em: 20. jul. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/estrutura/dsei>. Acesso em: 17 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em: 08. out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. (s. d.)a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 24 maio 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**. Estratégia Saúde da Família. (s. d.)b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 8 out. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Saúde Indígena (SESAI)**. (s. d.). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 17 out. 2025.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento. **Relatório sobre as oficinas devolutivas da pesquisa: estudos etnográficos sobre o Programa Bolsa Família entre os Povos Indígenas**. Brasília, DF: MDS, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2019.
- CABRAL, J.; FREITAS, H. N. de. Covid-19 e a hipervulnerabilidade dos povos originários: o direito à saúde e a proteção integral da criança indígena. **Revista da Jornada de Pós-Graduação e Pesquisa-Congrega Urcamp**, v. 16, p. 210-216, 2020.
- CUSTÓDIO, A. V. **Direito da criança e do adolescente**. Unesc, 2009.

CUSTÓDIO, A. V. Teoria da proteção integral: pressuposto para compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do direito**, n. 29, p. 22-43, 2008.

CUSTÓDIO, A. V.; FREITAS, H. N. de. As políticas de saúde na prevenção e erradicação do trabalho infantil. *In*: GORCZEWSKI, C. **Direitos Humanos e Participação Política**. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2018.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção básica à saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

FREITAS, H. N. de F. **A articulação intersetorial de políticas públicas para a prevenção e erradicação do trabalho infantil indígena no Brasil contemporâneo no contexto da sustentabilidade territorial**. 2025. 268 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2025.

FREITAS, H. N. de F. **A prevenção e erradicação do trabalho infantil indígena Guarani na comercialização de artesanatos nas ruas: uma análise das políticas públicas a partir do reordenamento do PETI**. 2021. 155 f. Tese (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2021.

HERMANY, R. O princípio da subsidiariedade e o direito social de Gurvitch: a ampliação das competências municipais e a interface com a sociedade. *In*: LEAL, R. G.; REIS, J. R. dos (org.). **Direitos Sociais e Políticas Públicas: desafios contemporâneos** Tomo 5. 1. ed. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2005. v. 5. p. 1403-1424.

MOREIRA, R. B. da R. **As estratégias e ações de políticas públicas para a erradicação da exploração sexual comercial nos municípios brasileiros no contexto** jurídico e político da teoria da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente. 2020. 292 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2016.

ONU BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. (s. d.). Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 22 out. 2025.

VIEIRA, R. de S. **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) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CAPÍTULO II

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS PELAS EQUIPES TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS E O OBJETIVO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS N. 5 – IGUALDADE DE GÊNERO

Reginaldo de Souza Vieira¹

Rafael Bueno da Rosa Moreira²

1 INTRODUÇÃO

O estudo trata do combate à violência sexual contra meninas, sendo delimitado no planejamento estratégico da atuação das equipes técnicas do Sistema Único de Saúde.

1 Doutor e mestre em Direito pelo Programa de Pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). 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 (Unesc). Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro do Conselho Editorial da EdiUnesc. Membro do Conselho Gestor do Observatório Latino-americano em Direitos Humanos Prof. Antonio Carlos Wolkmer. Coordenador do Programa Escola de Lideranças – Proext-PG-Capesc. Membro titular da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochapecó). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro da Rede de Pesquisa Egrupe (Unisc, FMP e Unesc). Membro titular e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijui, Unifap, UFMS, PUC-Campinas, Unif, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, FURB, Ufop, Unirio, UFRJ e Furg). Coordenador Executivo da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da The International Society of Public Law. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito. Membro associado do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (Conpedi). Consultor na área de políticas públicas. Advogado vinculado a seccional de Santa Catarina Orcid ID: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>. E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com; reginaldovieira@unesc.net.

2 Pós-doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), com bolsa de Pós-doutorado Sênior da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (Fapesc). Doutor e mestre em Direito com Pós-doutorado pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Professor do Curso de Direito do Centro Universitário da Região da Campanha (Urcamp). E-mail: rafaelbmoreira2@yahoo.com.br.

de (SUS) nos municípios brasileiros em busca de tal finalidade, tendo um olhar para a igualdade de gênero. O marco teórico é o da proteção integral aos direitos da criança e do adolescente com interseccionalidade à diversidade de gênero, primando-se pela análise da participação popular no espaço municipal por meio das atribuições do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e sua interação com o Conselho Municipal de Saúde. Propõe-se, ainda, uma abordagem sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especialmente, o de número 5, que trata do alcance da igualdade de gênero e do empoderamento de mulheres e meninas, em sua meta 5.2, que visa eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas pública e privada. A investigação sobre o tema se justifica em face da importância do estudo de violações de direitos de crianças e adolescentes nas dimensões social, política, acadêmica, jurídica e econômica no atual contexto brasileiro.

O problema de pesquisa que busca ser respondido com a abordagem é: como deve ocorrer o planejamento estratégico do combate à violência sexual contra meninas pelas equipes técnicas do SUS nos municípios brasileiros?

A hipótese inicial dispõe que o Brasil garantiu a proteção jurídica aos direitos da criança e do adolescente tendo bases consistentes para o combate da violência sexual contra crianças e adolescentes. Entretanto, há limitações de políticas públicas para seu cumprimento no âmbito do Sistema de Garantia de Direitos. Em consequência, as equipes técnicas dos serviços de atendimento do SUS necessitam de capacitação, estrutura e treinamento continuado para o desenvolvimento de ações estratégicas com o foco no enfrentamento das violências sexuais contra meninas.

O objetivo geral da pesquisa é demonstrar a necessidade de planejamento estratégico para o efetivo combate à violência sexual contra meninas pelas equipes técnicas do SUS nos municípios brasileiros. Para alcançar o objetivo geral, delineou-se como objetivos específicos: contextualizar a violência sexual contra meninas no Brasil; verificar a proteção jurídica aos direitos da criança e do adolescente no Brasil e a meta 5.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU); e analisar o planejamento estratégico de atuação das equipes técnicas do SUS no combate à violência sexual contra meninas e as atribuições do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Utiliza-se do método de abordagem dedutivo e do método de procedimento monográfico. A técnica de pesquisa é a bibliográfica, por meio da análise de artigos científicos, teses, dissertações e livros sobre o tema que foram selecionados mediante pesquisas nas bases do Google acadêmico, academia.edu e no Catálogo de Teses e Dissertações da Capes.

2 O CONTEXTO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS NO BRASIL

Na atualidade, a violência sexual contra crianças e adolescentes é uma violação de direitos que acontece, principalmente, no ambiente intrafamiliar. Nessas situações, a violência sexual é originada por pessoas que têm o dever de cuidar e proteger, estando em esferas de poder superiores em razão do quesito geracional e da referência familiar. A violência sexual é ocasionada por uma lógica adultocêntrica que coisifica o sujeito, ou seja, tem-se o intuito de satisfação dos desejos de cunho sexual por adultos a partir da exploração das desigualdades de poder em relação às crianças e adolescentes (Sousa, 2020, p. 13-25).

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é considerada uma “[...] transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento” (Guerra, 2001, p. 32-33).

O Brasil efetuou a subdivisão da violência sexual em abuso e exploração sexual, tendo anualmente a execução de campanha nacional de sensibilização sobre o tema em espaços comunitários, utilizando-se de distintas estratégias, na data de 18 de maio, que é o dia nacional de combate ao abuso e à exploração sexual de crianças e adolescentes.

O abuso sexual pode ser conceituado como toda a relação sexual ou pornográfica de adultos com crianças ou adolescentes. Os atos são caracterizados pelo desrespeito, em decorrência do não consentimento e/ou da não compreensão da ação, da maturidade sexual e do desenvolvimento humano em sua integralidade. É relevante destacar que a presencialidade no mesmo ambiente, o contato físico e a utilização de força física não são fatores indispensáveis para que se configure o abuso sexual. Então, para a constatação do abuso sexual basta o ato da violação da liberdade e/ou da dignidade sexual no período geracional da infância (Pedersen; Grossi, 2011, p. 27).

Como requisitos para a caracterização do abuso sexual, estão: 1) “poder hierárquico superior do abusador sobre a vítima, cujo estágio de desenvolvimento não permite compreender ou mesmo reagir diante do que ocorre”; 2) “existência de diferença de idade cronológica ou de desenvolvimento social cognitivo entre vítima e abusador”; e 3) “o agressor visa, com seus atos, obter sua própria satisfação sexual” (Silva, 2019, p. 505).

Por sua vez, a exploração sexual pode ser conceituada como:

Pode-se defini-la como toda atividade sexual ou pornográfica realizada ou oferecida por crianças e adolescentes, ou seja, qualquer pessoa com idade inferior a 18 anos, mediante uma contraprestação que pode ser de natureza financeira, de oferta

de bens e até mesmo de promessas ou ameaças. A exploração sexual comercial será remunerada ou estratégia de sobrevivência e resulta da condição de privações econômicas e sociais familiares. Também, caracteriza-se como alternativa desumana de subsistência no período da infância, em que quem detém o dinheiro viola sexualmente crianças e adolescentes que estão em situação de ameaça ou violação de direitos. O contexto da exploração sexual comercial possui como peculiaridades as discriminações, submissões, violações, dominações e opressões oriundas da condição etária, de gênero, étnico-racial, socioeconômicas, violência intrafamiliar e de não prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (Moreira, 2020, p. 77).

Destaca-se que a violência sexual ocasiona muitas consequências às crianças e adolescentes, constituindo-se como uma violação de direitos que causa prejuízos ao desenvolvimento humano e integral em seus distintos níveis. Assim, viola o direito à vida, liberdade, dignidade, saúde, educação, esporte, lazer, convivência familiar e comunitária, entre outros direitos humanos e fundamentais previstos na legislação nacional e internacional (Azambuja; Ferreira, 2011, p. 48).

A violência sexual, que é subdividida em abuso e exploração sexual, tem as meninas como as principais vítimas. De acordo com os registros do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (Sinan) do Sistema Único de Saúde em 2011, 83% das vítimas são meninas, o que demonstra uma acentuada desigualdade e violência de gênero. Já o estupro está presente em 74% dos registros (Waiselfisz, 2012, p. 71; Moreira, 2020, p. 79).

O processo de adultocentrismo e de coisificação da infância são determinantes para a ocorrência do abuso e da exploração sexual de crianças e adolescentes. Ambos são formas de imposição de condições de submissão às crianças e adolescentes. O adultocentrismo é um processo de supervalorização da figura do adulto em suas relações em sociedade, sendo oriundo da globalização econômica e tendo por intuito a exclusão social das demais diversidades geracionais, especialmente, em razão de pouco servir ou de não servir ao mercado. Em se tratando da coisificação da infância, ela decorre da mercantilização de crianças e adolescentes, ou seja, o tratamento como objetos que são de propriedade dos adultos da família, o que acaba por gerar violências, violações de direitos e desumanidades (Custódio; Moreira, 2015, p. 75-86).

A desumanidade de tratamento que decorre do adultocentrismo e da coisificação da infância é causa determinante para a ocorrência da violência sexual, pois a compreensão é que “[...] a vítima sofre um processo de coisificação, já que existe para servir a uma finalidade: proporcionar prazer sexual ao abusador” (Sousa, 2020, p. 24).

A infância é um período fundamental e vital para o desenvolvimento humano. Ela tem início com a concepção da vida e vai até a passagem para a fase adulta. É um período

caracterizado por distintas transformações e que necessita de um tratamento protetivo nos campos jurídico, político e social. A infância não pode ser caracterizada por negações, pois é o período do começo da vida, o momento de descobertas. Assim, devido aos seus impactos negativos para o desenvolvimento humano e para a vida adulta, a regra não deve ser o “não”. No período geracional da infância se deve buscar a emancipação, a inovação, a brincadeira, o lúdico, a descoberta e a novidade, tendo-se a criança ou o adolescente no centro das relações. Também, os movimentos necessitam ser contra hegemônicos e enfrentar práticas adultocêntricas, conservadoras e de violações de direitos. A descoberta é indispensável para o desenvolvimento humano e integral no período, pois “nascer” e “viver” não são singelos processos que são executados pela repetição sistêmica de movimentos que reproduzam a submissão aos interesses dominantes na sociedade (Bustelo, 2011, p. 138-158).

Para tanto, pode-se afirmar que a garantia do desenvolvimento humano integral e da cidadania plena depende do acesso aos direitos em sua multidimensionalidade no período geracional da infância, o que só é garantido por meio de políticas públicas que efetivem direitos e proporcionem, ainda, o enfrentamento de todas as formas de violação de direitos (Moreira; Custódio, 2019, p. 298).

3 A PROTEÇÃO JURÍDICA AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO BRASIL E A META 5.2 DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS) DA ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU)

A proteção jurídica aos direitos da criança e do adolescente contra a violência sexual vem passando por avanços desde o processo de redemocratização nacional. A Constituição da República Federativa do Brasil e o Estatuto da Criança e do Adolescente são dispositivos que proporcionam uma consistente base de sustentação no ordenamento jurídico nacional. Da mesma forma, na dimensão do direito internacional, a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas e as Convenções 138 e 182 da Organização Internacional do Trabalho, todas ratificadas pelo Brasil, trazem elementos essenciais na consolidação da proteção jurídica contra a violência sexual infantil no país.

O direito da criança e do adolescente utiliza do marco teórico da proteção integral como base interpretativa. Para a efetivação do direito da criança e do adolescente, foi instituído o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, que conta com instrumentos para a realização continuada da participação popular na administração pública. A teoria da proteção integral trouxe uma base consistente, sólida e resistente, que tem

força para restringir os retrocessos sociais e enfrentar os discursos falaciosos e odiosos (Custódio, 2008, p. 31-32).

A Constituição da República Federativa do Brasil estabelece, no art. 227, o principal dispositivo jurídico sobre os direitos fundamentais da criança e do adolescente:

Art. 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, à 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).

O artigo estabelece os princípios da proteção integral, da universalização, do garantismo, da prioridade absoluta e da tríplice responsabilidade compartilhada, estabelecendo como dever da família, do Estado e da sociedade a garantia em assegurar os direitos fundamentais da criança e do adolescente, assim como protegê-los contra todas as formas de violência e exploração que ocasionam violações de direitos, entre elas o abuso sexual e a exploração sexual comercial (Brasil, 1988).

É importante destacar que o parágrafo 4º do art. 227 prevê que: “A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente” (Brasil, 1988). Ou seja, estabeleceu-se na esfera constitucional uma normatização visando que haja a previsão legal infraconstitucional com fulcro na responsabilização penal por condutas de abuso sexual infantil e exploração sexual comercial, o que é uma realidade em distintos artigos que tutelam a liberdade e a dignidade sexual no Código Penal e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Referenda-se, ainda, que a Lei n. 12.650, de 17 de maio de 2012, denominada Lei Joanna Maranhão, alterou o Código Penal ficando estabelecido que a prescrição dos crimes contra a dignidade sexual de crianças e adolescentes começa a contar da data em que vítima completar 18 anos, salvo nos casos em que a ação penal já estiver sido proposta (Brasil, 2012).

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente disciplinou a proteção integral no art. 1º: “Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente” (Brasil, 1990). E no art. 4º se estabeleceu a proteção integral, a tríplice responsabilidade compartilhada, a prioridade absoluta e o reconhecimento de direitos de acordo com o embasamento constitucional:

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização,

à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 1990).

Em geral, o Estatuto da Criança e do Adolescente foi estruturado irradiando a base teórica da proteção integral de crianças e adolescentes, utilizando-se de normas que busquem o reconhecimento e o respeito às condições de sujeito de direitos e de cidadania, bem como proporcionem mecanismos de desenvolvimento de ações contra à exploração sexual comercial e ao abuso sexual infantil (Brasil, 1990).

O art. 5º destacou que “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (Brasil, 1990).

A consolidação do Direito da Criança e do Adolescente no Brasil está em observância ao princípio da progressividade dos direitos humanos, havendo a vedação de qualquer forma de regresso e/ou omissão em relação ao que já foi conquistado na esfera dos direitos humanos e fundamentais. Então, é possível defender que o direito da criança e do adolescente é considerado avançado por ser: “[...] um sistema de garantias de direitos que impõe um conjunto de responsabilidades e ações para que os direitos proclamados sejam garantidos e efetivados no plano fático” (Custódio, 2015, p. 7-11).

Salienta-se que, quanto à condição de acesso a direitos para crianças e adolescentes: “o reconhecimento da condição de sujeito de direitos fundamentais é pressuposto da cidadania das pessoas, do pertencimento a sociedades, como a brasileira, pautada pelo processo institucional jurídico-político” (Veronese; Santos, 2015, p. 167).

No nível internacional, o art. 1º da Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU disciplinou a sua destinação universal e sem distinções de qualquer natureza. A referida Convenção teve importante função no processo de reconhecimento da proteção universal aos direitos humanos do período geracional infância, o que se deu mediante o exercício de influência no direito interno dos Estados que se tornaram signatários do presente dispositivo (ONU, 1989).

O direito internacional exerceu significativa influência e contribuição em relação à consolidação, estruturação, sistematização e reconhecimento do direito da criança e do adolescente no Brasil, o que se iniciou com a ratificação da Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU e, posteriormente, foi completado com a ratificação das Convenções 138 e 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (Moreira; Custódio, 2018, p. 195).

A Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU adotou o conceito de que criança é toda pessoa que possui até 18 anos de idade incompletos, tendo-se optado por uma

abordagem ampliada em comparação com a brasileira, que preferiu diferenciar criança, que é a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, do adolescente, que é quem possui entre 12 anos completos e 18 anos incompletos (ONU, 1989).

Sobre a proteção contra o abuso sexual e a exploração sexual comercial, previu-se os deveres dos Estados:

Art. 34. Os Estados Partes se comprometem a proteger a criança contra todas as formas de exploração e abuso sexual. Nesse sentido, os Estados Partes tomarão, em especial, todas as medidas de caráter nacional, bilateral e multilateral que sejam necessárias para impedir:

- a) o incentivo ou a coação para que uma criança se dedique a qualquer atividade sexual ilegal;
- b) a exploração da criança na prostituição ou outras práticas sexuais ilegais;
- c) a exploração da criança em espetáculos ou materiais pornográficos (Organização das Nações Unidas - ONU, 1989).

Nesse sentido, os arts. 19 e 39 expressaram que cabe aos Estados-Membros da Convenção sobre os Direitos da Criança estabelecer, por intermédio de políticas públicas, ações intersetoriais para recuperação psicológica e física, bem como promover a inclusão social e a cidadania às vítimas de violência sexual. As ações estratégicas devem ser sociais, administrativas, educacionais, legislativas, sanitárias e de assistência social, com a finalidade de proteção de crianças e adolescentes contra toda forma de violência, exploração ou violação de direitos (ONU, 1989).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, também, estabeleceu o compromisso dos Estados-Partes no investimento em políticas públicas que garantam: “[...] melhores condições de vida, melhores condições de desenvolvimento, sadio e harmonioso, e que zelem pelo cumprimento integral dos direitos inerentes à fase da infância [...]” (Lima, 2017, p. 91).

No que diz respeito à exploração sexual comercial, a OIT promulgou a Convenção 138, que estabelece os limites mínimos de idade para o trabalho, e a Convenção 182, que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e das ações imediatas para sua eliminação.

A Convenção n. 138 da OIT foi ratificada pelo Brasil no ano de 2002, e é importante dispositivo de enfrentamento ao trabalho infantil em todas as suas formas. A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes é uma atividade plenamente proibida dos O

aos 18 anos incompletos, sendo considerada como uma das piores formas de trabalho infantil (OIT, 1973).

A Convenção n. 182 da OIT foi ratificada pelo Brasil no ano de 2000 e, por sua vez, trouxe como principal objetivo o estabelecimento de ações estratégicas imediatas para que se possa efetivar o combate e realizar a eliminação das piores formas de trabalho infantil em caráter de urgência. Entre as piores formas de trabalho infantil está incluída a exploração sexual comercial, o que se dá pelo fato de ocasionar distintos prejuízos no período geracional infância e ocasionar prejuízos ao desenvolvimento integral, humano e cidadão. A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes integra a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil no Brasil, também chamada de Lista TIP (OIT, 1999).

Ao estabelecer os ODS, que fazem parte da Agenda 2030 da ONU, ficou constituído o compromisso internacional diplomático com a igualdade de gênero no ODS 5. Para tanto, é necessário que os Estados-Membros desenvolvam ações para “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”. Entre as metas do ODS 5, está a 5.2, que visa “eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos” (ONU, 2015).

Ou seja, é crucial para os avanços brasileiros em prol do cumprimento do ODS 5, o aperfeiçoamento das políticas públicas em prol do desenvolvimento de ações estratégicas que efetivamente combatam todos os tipos de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, incluindo-se os serviços de atendimento em saúde. Em consequência, o planejamento de atuação das equipes técnicas do SUS no combate à violência e a exploração sexual de crianças e adolescentes necessitam, obrigatoriamente, considerar os aspectos que se relacionam a execução de ações estratégicas de igualdade de gênero.

Em se tratando especificamente da exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, a meta 8.7 do ODS 8 previu a necessidade de imediata eliminação das piores formas de trabalho infantil, traçando o compromisso de acabar com o trabalho infantil em todas as suas formas até 2025 (ONU, 2015).

Portanto, o Brasil consolidou a proteção jurídica aos direitos da criança e do adolescente de acordo com as previsões internacionais, constitucionais e estatutárias, bem como buscou se alinhar aos compromissos com os ODS da ONU. Nessa linha, o enfrentamento ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes percorreu passos significativos na dimensão de proteção jurídica. Entretanto, para que haja a consolidação da proteção jurídica, muitos são os desafios na dimensão de políticas públicas para sua efetivação.

4 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE ATUAÇÃO DAS EQUIPES TÉCNICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO COMBATE À VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MENINAS E AS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

É nas dimensões do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e Adolescente que é necessária a execução de ações estratégicas de combate à violência sexual. O sistema está estruturado em três níveis:

O 1º nível de políticas públicas é o de atendimento, que é planejado pelos Conselhos de Direitos de Crianças e Adolescentes, órgão que atua nos três níveis federados e tem participação conjunta entre entes governamentais e representações da sociedade civil, sendo responsável pela formulação, deliberações e controle da política. Destaca-se que os Conselhos de Direitos de Crianças e Adolescentes não são órgãos meramente consultivos. A execução das políticas públicas de atendimento é organizada por meio dos sistemas de políticas públicas destinados a assegurar os serviços que atendam aos direitos à saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer. O 2º de políticas públicas é o de proteção, que atua no enfrentamento das práticas de ameaça ou violação de direitos de crianças e adolescentes, é o caso dos Conselhos Tutelares, Ministérios Públicos Estadual, Federal e do Trabalho e Ministério do Trabalho, por meio da atuação de seus agentes públicos que irão atuar administrativamente em inquéritos civis públicos e termos de ajustamento de conduta. As políticas de proteção não possuem o condão de exercer atividades relacionadas a políticas de justiça, e, sim, de atuar na proteção do cumprimento dos direitos de crianças e adolescentes e na modificação imediata de todas as práticas violadoras de direitos inerentes a infância e de fiscalização dos serviços prestados pelas entidades de atendimento. O 3º nível político é o de justiça, desenvolvendo-se pelo Sistema de Justiça, que busca a responsabilização das violações e proteção dos direitos de crianças e adolescentes judicialmente, a partir da atuação do Ministério Público, dando início a ações civis públicas, e do Poder Judiciário. (Custódio; Moreira, 2018, p. 308-309).

É no nível de atendimento que estão os serviços do SUS em suas distintas complexidades, sendo que, por intermédio das suas equipes técnicas, devem ser disponibilizados o atendimento em saúde, assim como devem ser executadas as ações de prevenção, identificação, educação, promoção de direitos, notificação e encaminhamentos de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. As equipes técnicas de saúde possuem atribuições no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes e na pro-

moção da igualdade de gênero, o que contempla a obrigatoriedade de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) dos casos identificados e encaminhamentos, por meio de protocolos e fluxos preestabelecidos, dos casos aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes.

Para que ocorra a efetividade das ações estratégicas de combate ao abuso sexual infantil e a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes no SUS, é indispensável que seja realizado o planejamento estratégico, o que deve considerar a observância da construção de: “[...] planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação” (Souza, 2006, p. 26).

No âmbito municipal, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente necessita dialogar com o Conselho Municipal de Saúde, pois são órgãos que vão agir, concomitantemente, em caráter complementar, um ao outro, no planejamento das ações estratégicas de enfrentamento ao problema.

É fundamental a participação cidadã nos Conselhos de Saúde, pois a cidadania participativa, como expressão do pluralismo jurídico participativo e comunitário, faz parte da essência do SUS, em uma lógica que embasa a saúde como um direito universal de toda a população brasileira. Os Conselhos de Saúde devem ser instâncias colegiadas, paritárias e deliberativa, com espaço para a efetiva interlocução das comunidades em prol da coletividade (Vieira, 2013).

Os Conselhos Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente são os órgãos de gestão local com vinculação ao Poder Executivo que têm responsabilidades de cunho deliberativo no planejamento, controle e monitoramento das políticas públicas para a infância. É no poder local que são executadas as políticas públicas, sendo crucial o adequado planejamento prévio com a utilização de instrumentos de democracia participativa com o exercício ativo dos cidadãos, para o êxito das ações traçadas (Souza; Custódio, 2018, p. 179-181).

Dessa forma, os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente devem planejar as políticas públicas de atendimento, de maneira descentralizada, para a garantia do direito à saúde. Então, as equipes técnicas das políticas públicas de atendimento em saúde devem ser preparadas para a atuação, de forma articulada e em rede, no combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, com ênfase, também, em ações de igualdade de gênero.

É importante destacar que as atribuições dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente não são simplesmente consultivas. Tais órgãos devem agir no controle e deliberação do planejamento, implementação e acompanhamento das políticas públicas de atendimento à criança e ao adolescente (Cassol, 2008, p. 136).

É de incumbência dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, ainda, a capacitação de toda a rede de atendimento municipal à criança e ao adolescente e dos executores do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes, possibilitando a mobilização e a articulação entre o Sistema de Garantia de Direitos e as políticas públicas de atendimento em todas as esferas.

As equipes técnicas do SUS necessitam de capacitação e treinamento continuado, que são procedimentos fundamentais para a identificação e a notificação de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes:

[...] Para tanto, é necessário investimento em capacitação de equipes técnicas que tratem com crianças e adolescentes para identificar e notificar casos de violência sexual, assim como ações de sensibilização da população em geral, desde o período da infância, sobre tais temas. É importante salientar que todas as políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes necessitam estar com tais habilidades, pois são os principais canais de identificação e notificação de casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. A educação sexual é uma necessidade que passa por demonstrar todos os malefícios que ocorrem diante de práticas de violência sexual no período da infância, devendo ser realizada de forma constante em todos os meios, locais e canais onde possa haver a comunicação de políticas públicas com a sociedade (Custódio; Moreira, 2019, p. 140-141).

A realização periódica de treinamentos continuados, diagnósticos e capacitações, por profissionais com conhecimento teórico, técnico e prático sobre o direito da criança e do adolescente, é crucial para que seja possível a adequada estruturação da execução sistemática de ações estratégicas pelas equipes técnicas municipais do SUS. Nessa abordagem, é essencial que se desenvolva os procedimentos de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes, com um olhar sobre igualdade de gênero, e com foco formativo na demonstração da importância de que seja estimulada a promoção da educação sexual e de autodefesa ao público infantil no âmbito do SUS (Custódio; Moreira, 2019, p. 140-141).

O monitoramento a partir de diagnósticos das políticas públicas serve para a avaliação das ações. Os indicadores são importantes no processo de planejamento e execução de políticas públicas, pois proporcionam uma melhor tomada de decisões (Silva; Souza-Lima, 2010, p. 37).

Portanto, o combate ao abuso sexual e a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes e promoção da igualdade de gênero, como estabelece o ODS 5, na esfera municipal, necessita enfrentar distintos desafios. Para a adequada execução de ações estratégicas de políticas públicas é imprescindível o investimento financeiro, o reconhecimento de

sua importância e a qualificação, capacitação e formação continuada de profissionais. De modo que se alcance, na esfera municipal, um conjunto de ações que preveem o diagnóstico atualizado do problema, o planejamento estratégico de atuação, a execução de ações múltiplas focadas ao problema, o conhecimento de atribuições técnicas, a capacitação e o treinamento continuado periodicamente, o estabelecimento de calendário de ações de sensibilização comunitária, a avaliação com uma periodicidade predefinida, o diálogo participativo nas esferas de deliberação comunitária, a verificação de necessidade de reordenamento, o estabelecimento de fluxos e de protocolos, bem como outras necessidades que poderão vir a surgir com os avanços e o aperfeiçoamento de ações.

5 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento da pesquisa, concluiu-se que o abuso sexual e a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes são fenômenos que fazem parte de um contexto de inúmeras complexidades conceituais, causais e consequências, que geram violações de direitos e prejudicam o desenvolvimento humano em sua integralidade.

Na dimensão jurídica, há a observância de avanços e consolidações desde a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, que foi um marco revolucionário no estabelecimento do reconhecimento universal da condição de sujeito de direitos às crianças e adolescentes no país. Conjuntamente à norma constitucional, há um consistente aparato jurídico que conta com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente, com a Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU, com as Convenções 138 e 182 da OIT e com outros dispositivos legais nacionais.

Em se tratando de políticas públicas, observou-se que o SUS, por meio de suas equipes técnicas, possui atribuições de enfrentamento ao abuso sexual e à exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, devendo agir de forma compulsória toda vez em que identificar casos, bem como atuar de forma preventiva com ênfase na promoção da igualdade de gênero.

Entretanto, existem muitas limitações para que seja possível a efetivação da proteção jurídica em razão das carências na execução de ações estratégicas de políticas públicas nos espaços municipais, que vão desde as questões de instrumentalização estrutural, passando pelas limitações técnicas e formativas, e vão até a insuficiência de profissionais para uma melhor atuação.

Por fim, para que o combate ao abuso sexual e a exploração sexual comercial de crianças e adolescentes seja mais efetivo, bem como para que haja uma maior promoção de igualdade de gênero visando ao cumprimento do ODS 5 da ONU, é imprescindível o in-

vestimento em planejamento, monitoramento, capacitação e execução das políticas públicas de saúde nos municípios brasileiros, utilizando-se do embasamento do conhecimento científico produzido na academia alinhado à participação popular nas esferas colegiadas de poder local, a partir de um diálogo transversal e interseccional.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, M. R. F. de; FERREIRA, M. H. M. Aspectos Jurídicos e Psíquicos da Inquirição da Criança Vitima. In: AZAMBUJA, M. R. F. *et al.* **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069compilado.htm. Acesso em: 26 set. 2025.

BRASIL. **Lei n. 12.650, de 17 de maio de 2012**. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112650.htm. Acesso em: 12 out. 2025.

BUSTELO, E. S. **El recreo de la infancia**: Argumentos para otro comienzo. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 2011.

CASSOL, S. **O papel do poder local frente à efetivação da erradicação do trabalho infantil**: uma abordagem humanista. 2008.176 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Sociais e Políticas Públicas) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2008.

CUSTÓDIO, A. V. Teoria da proteção integral: pressupostos para a compreensão do direito da criança e do adolescente. **Revista do Direito**: Revista do programa de pós-graduação do mestrado e doutorado, Santa Cruz do Sul, n. 29, p. 22-43, jan./jun. 2008.

CUSTÓDIO, A. V.; MOREIRA, R. B. da R. O papel das políticas públicas na promoção de ações de sensibilização sobre violência sexual contra crianças e adolescentes. **Revista Jurídica Direito e Paz**, Lorena, n. 41, ano XII, p. 123-144, jun./dez. 2019.

CUSTÓDIO, A. V.; MOREIRA, R. B. da R. M. A garantia do direito à educação de crianças e adolescentes no contexto das políticas públicas brasileiras. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, n. 1, v. 5, p. 224-245, jan./jun. 2015.

CUSTÓDIO, A. V.; MOREIRA, R. B. da R. Estratégias Municipais para o Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes. In: XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 27, 2018, Salvador. **Anais [...]**. Salvador: UFBA, 2018.

CUSTÓDIO, A. V. As atribuições dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente para Controle e Efetivação de Políticas Públicas. In: COSTA, M. M. M.; LEAL, M. C. H. (org.). **Direitos Sociais e Políticas Públicas**: Desafios Contemporâneos. Tomo 15. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2015.

GUERRA, V. N. de Azevedo. **Violência de pais contra filhos: A tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 2001.

LIMA, F. da S. Crise humanitária internacional e os direitos das crianças migrantes ou refugiadas: uma análise da opinião consultiva nº 21 da Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista do Direito**: Revista do Programa de Pós-graduação do Mestrado e Doutorado, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 51, p. 87-107, jan./abr. 2017.

MOREIRA, R. B. da R. **As estratégias e ações de políticas públicas para a erradicação da exploração sexual comercial nos municípios brasileiros no contexto jurídico e político da teoria da proteção integral dos direitos da criança e do adolescente**. 2020. 291 f. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade de Santa Cruz do Sul, Unisc, Santa Cruz do Sul, 2020.

MOREIRA, R. B. da R.; CUSTÓDIO, A. V. Participação política e cidadania no Brasil: exercício da cidadania plena por meio da efetivação da educação de crianças e adolescentes. **Revista Meritum**, Belo Horizonte, n. 1, v. 14, p. 279-300, jun./dez. 2019.

MOREIRA, R. B. da R.; CUSTÓDIO, A. V. A Influência do Direito Internacional no Processo de Erradicação do Trabalho Infantil no Brasil. **Revista Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, n. 2, v. 23, p. 178-197, maio/ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **A convenção sobre os direitos das crianças**. 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm. Acesso em: 26 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS: Agenda 2030**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 10 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **Convenção 138 sobre a idade mínima de admissão ao emprego**. 1973. Disponível em: https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_235872/lang-pt/index.htm. Acesso em: 5 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **Convenção 182 sobre a proibição as piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação**. 1999. Disponível em: https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_236696/lang-pt/index.htm. Acesso em: 5 out. 2025.

PEDERSEN, J. R.; GROSSI, P. K. O abuso sexual intrafamiliar e a Violência Estrutural. In: AZAMBUJA, M. R. F. de. *et al.* **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SOUSA, M. do S. C. de S. **A defesa dos direitos de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual, no município de Teresina, sob o olhar dos profissionais que integram o SGD**. 2020. 136 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Piauí, 2020.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão de literatura**. Porto Alegre: Revista Sociologias, 2006.

SOUZA, I. F. de; CUSTÓDIO, A. V. Conselhos de Direitos da Criança e Adolescente: Uma perspectiva a partir do poder local. **Revista Científica da Fasete**, Paulo Afonso, a. 12, n. 19, p. 172-186, nov. 2018.

SILVA, R. L. da. Das redes ao processo: perspectiva normativa e jurisprudencial da violência sexual contra crianças e adolescentes na internet. *In*: VERONESE, J. R. P. (org.). **Direito da Criança e do Adolescente**: Novo Curso – Novos Temas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

SILVA, C. L.; SOUZA-LIMA, J. E. **Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo, 2010.

VERONESE, J. R. P.; SANTOS, D. M. E. dos S. A eficácia jurídica dos direitos fundamentais sociais de crianças e adolescentes. *In*: VERONESE, J. R. P.; ROSSATO, L. A.; LÉPORE, P. E. (coord.). **Estatuto da Criança e do Adolescente**: 25 anos de desafios e conquistas. São Paulo: Saraiva, 2015.

VIEIRA, R. de S. **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) – Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2012**: Crianças e Adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: Cebela, 2012.

CAPÍTULO III

A VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA DE CRIANÇAS FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19: PARALELOS HISTÓRICOS DA IMUNIZAÇÃO NO BRASIL

*Cristiano Patricio Junior*¹

*Ismael Francisco de Souza*²

1 INTRODUÇÃO

A crise sanitária mundial, causada pela Covid-19, afetou profundamente toda a sociedade atual de forma a compulsar esforços conjuntos da comunidade global na superação da pandemia. O desenvolvimento em tempo recorde de uma vacina capaz de combater os estágios mais graves da doença surgiu como uma esperança para a forte crise que se instalou ao redor do globo. Porém, após a ampla disponibilidade de vacinas capazes de proteger a vitimização de tantas pessoas, surgiram movimentos contrários à imunização.

O movimento antivacina no Brasil mesclou-se com uma profunda crise política, econômica e institucional, sob a qual a vacinação tornou-se foco da discussão, seja no Congresso Nacional, nos telejornais, nas redes sociais, nas entidades da sociedade civil e nas instituições de Estado. Fato é que a procura por vacina oscilou em determinados estágios da crise pandêmica. Novas variantes do vírus Sars-Cov-2, crises na política internacional, esgotamento de recursos financeiros e humanos, hospitalizações em massa

1 Mestre em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Graduado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS). Advogado. Email: cristiano.cpj@gmail.com.

2 Doutor em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Graduado em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Professor e pesquisador permanente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Direito e da graduação em Direito. Coordenador Adjunto do PPGD/Unesc. Coordenador do Grupo de Pesquisa: Direito da Criança e do Adolescente e Políticas Públicas e do Núcleo de pesquisa em Política, Estado e Direito (Nuped). Pesquisador do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Rede-DH). Membro da Red Iberoamericana para la Docencia e Investigación en Derechos de la Infancia REDIdi). Email: ismael@unesc.net.

e mortes diárias que superaram os milhares, foram (são) apenas alguns dos desafios enfrentados pela comunidade global.

O ponto de discussão do presente ensaio é o debate jurídico, político e social em torno da vacinação contra a Covid-19 no cenário da obrigatoriedade de vacinação de crianças de 5 a 11 anos. Conforme dados divulgados pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), em dezembro de 2021, logo após o parecer favorável da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para autorização de aplicação da vacina pediátrica, o Brasil já somava 1.449 mortes de meninos e meninas de até 11 anos em decorrência da Covid-19 e mais de 2.400 casos da síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P). A nota técnica salientava que “[...] as agências regulatórias e de saúde pública do Canadá, Estados Unidos da América, Israel, União Européia, dentre outras, já aprovaram o uso da vacina pediátrica da Pfizer/BioNTech em sua população, baseadas na eficácia, segurança e cenário epidemiológico local.” (Conass, 2021, p. 2). Ainda, o órgão realizava um apelo aos riscos de infecção de crianças não vacinadas face a nova variante, uma vez que restou observado, nos demais países pesquisados, um intenso contágio comunitário da variante Ômicron: “Neste contexto epidemiológico, torna-se oportuno e urgente ampliarmos o benefício da vacinação a este grupo etário (Conass, 2021, p. 3).

Dessa forma, o problema norteador do estudo desenha-se pela seguinte questão: de que forma a obrigatoriedade de vacinação de crianças se articula com a principiologia de proteção à infância adotada pelo ordenamento jurídico brasileiro e com os sistemas valorativos e normativos da sociedade ao longo da história brasileira?

Para aproximação de uma resposta, dividiu-se o estudo em dois momentos. Primeiro realizou-se uma retomada da figura da infância ao longo da trajetória jurídica no Brasil, por meio da transição paradigmática das concepções *menoristas* da infância até a inclusão da teoria da proteção integral no direito brasileiro, bem como a análise da principiologia adotada pelo direito da criança e do adolescente. Após, buscando resposta ao problema apontado, foi abordado o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes e as normativas que elencam a obrigatoriedade da vacinação. Por fim, analisou-se o fenômeno da Revolta da Vacina (1904) e as conjunturas que permeiam as atuais interpretações sociais e valorativas de parte da população brasileira quanto à vacinação de seus filhos, as quais podem traçar/apontar paralelos com a atual crise da vacinação de crianças na pandemia da Covid-19. Para tanto, o método de procedimento utilizado foi o monográfico e o de abordagem, dedutivo, utilizando-se da pesquisa documental e bibliográfica.

2 A CENTRALIDADE DA INFÂNCIA NO DEBATE JURÍDICO: DO MENOR AO SUJEITO DE DIREITOS

O ordenamento jurídico brasileiro, inaugurado pela Carta Constitucional de 1988, conferiu às crianças e adolescentes especial proteção aos seus direitos, por meio do reconhecimento da teoria da proteção integral; verdadeira virada paradigmática das interpretações sociais, políticas e jurídicas acerca da infância e adolescência que dominaram a sociedade brasileira no último século.

Ao longo do início do século XX, crianças e adolescentes ocupavam espaço central no debate da política assistencialista e do projeto de Estado da nova república; principalmente nas camadas mais populares da sociedade, onde as interpretações jurídicas e sociais sobre esses indivíduos seguiram a dominação pela categoria do menor. Assim, o Código de Menores de 1927, inspirado na ideologia higienista dos séculos XVIII e XIX e buscando fazer frente ao projeto de Estado nacional civilizado idealizado naquele período, sistematizou a doutrina do direito do menor: instrumento jurídico destinado ao tratamento da infância “das ruas”, das classes pobres, de ambientes viciosos à delinquência, à vadiagem, à libertinagem, cuja noção de perversidade inata, destoava da inocência associada às crianças de família abastada (Rizzini, 2008).

A legislação de caráter fortemente repressivo, disciplinador, autoritário e estigmatizante, instrumentalizou o Estado no tratamento pela institucionalização de meninos e meninas em condição de pobreza e exclusão social, a chamada “situação irregular” (Lima; Veronese, 2012). A institucionalização foi o principal mecanismo da política de Estado para tratamento da infância marginalizada, segregando em instituições totais como o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) e a Fundação do Bem-estar do Menor (Fundabem) já na vigência do Código de Menores de 1979. Segundo Rizzini e Pilotti (2011, p. 20),

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).

Paralelo ao processo jurídico, o discurso disciplinador da infância emergiu com grande potência articulando os campos da medicina higienista, pedagogia, assistência social, filantropia e da segurança pública, a fim de debruçar saberes sobre a figura da criança “futuro da nação”. Segundo Rizzini e Gondra (2014), esse conjunto de saberes articulados

formataram uma verdadeira teia discursiva que resultou nos processos históricos de “[...] clivagem entre os chamados menores (sujeitos que a qualquer momento podem ser submetidos a dispositivos de controle da polícia e da justiça) e as crianças (sujeitos submetidos aos registros da prevenção por meio das políticas educacionais e/ou assistenciais).” (Rizzini; Gondra, 2014).

Essa divisão afetou, inclusive, a gestão política exercida pelo Estado da criança dentro de suas famílias, pois incumbia ao Estado a “proteção” do “menor” frente a família pobre e “desestruturada”, representação social que dominou (ou ainda domina) o imaginário social e político da época.

A ideia 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).

O Código de Menores de 1927, optou por “[...] supostamente resolver os incômodos da delinquência, do abandono e da ociosidade, apresentava propostas focalizadas nas consequências dos problemas sociais, omitindo-se em relação à absoluta condição de exploração econômica.” (Custódio, 2009, p. 17). Na prática, a segregação e o confinamento eram a principal medida adotadas em instituições totais; 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); porém, ao mesmo passo, outros ramos do conhecimento avançaram nessa mesma tarefa.

Nesse período, intensificaram-se a produção científica e acadêmica sobre o fetiche da infância pobre e estigmatizada, propondo formas de intervenção especializadas sobre os sujeitos e suas famílias. Segundo Rizzini e Gondra (2014, p. 578-579), no campo da medicina e da higiene houve

[...] proliferação discursiva sobre os cuidados e a educação das infâncias – trabalhadora, asilada, desvalida, órfã, maltratada por familiares ou tutores e que vaga pelas ruas –, disseminada por intermédio de meios, tais como, periódicos médicos especializados, revistas para o público leigo, teses de doutoramento, artigos em jornais de grande circulação, congressos de proteção e assistência à infância e palestras para grupos sociais distintos, como sociedades acadêmicas, damas de caridade e mães pobres. [...] é sobretudo na passagem do século XIX para o século XX que os médicos higienistas associam à produção intelectual um rol expressivo

de intervenções sobre as infâncias e suas famílias. A fundação de instituições de assistência, como os Institutos de Proteção e Assistência à Infância, a atuação na inspeção higiênica das escolas públicas e a ocupação de cargos nos asilos e institutos para os filhos dos pobres fizeram parte do universo médico de algumas cidades brasileiras (Rizzini; Gondra, 2014, p. 578-579).

Assim, no campo da saúde, o movimento do “higienismo infantil”, extremamente popularizado no início do século XX, buscou atuar principalmente na origem da infância, na família, por meio de noções de higiene/saúde física e moral, a fim de disciplinar um sujeito ideal para o trabalho, disciplinado e civilizado; um “homem de bem”.

Foi através desse processo e da institucionalização desse tipo de intervenção que as elites tiveram acesso ao universo da pobreza (Foucault, 1982, 1986, 1990; Donzelort, 1980). E foi abrindo caminho, infiltrando-se na intimidade, porém mantendo os espaços bem-marcados - o médico era quem detinha o saber, o poder de curar [...] Com mais sucesso ainda podia a medicina exercer seu domínio nos países onde o acesso à educação era muito restrito, como no caso do Brasil (Rizzini, 2008, p. 178).

Em 1979, o novo Código de Menores, que sucedeu a legislação de 1927, instituiu a doutrina da situação irregular, reproduzindo a mesma objetificação da infância por meio do menor incapaz e do risco social que este representava, a fim de violar direitos humanos fundamentais, pela atuação estatal centralizada, autoritária e repressiva da Política Nacional do Bem-Estar do Menor (Custódio, 2009). Ao longo de toda a América Latina daquele período, constata-se uma tendência das legislações menoristas, as quais pressupõem a apontada “divisão social da infância” por critérios econômicos; a centralização do poder tutelar do Estado na figura do Juiz de Menores; a judicialização da totalidade das demandas relacionadas à infância; a patologização das situações de risco; a criminalização da pobreza; e a negação sistemática das liberdades e dos princípios fundamentais dos direitos garantidos nas constituições para todos os sujeitos (Méndez, 1993).

Nesse sentido, pode-se dizer, segundo Souza (2006, p. 65), que a trajetória histórica, jurídica e social de crianças e adolescente brasileiros é marcada por três pressupostos: 1) a ideia de incapacidade, perpetrando a coisificação da infância na expectativa do direito; 2) a criança como objeto de controle do adulto, calcado no autoritarismo dos pais e das instituições na tutela do direito; e 3) a desigualdade de reconhecimento de crianças e adolescentes, ou seja, a criação de infâncias diametralmente separadas, nas quais os discursos estigmatizantes do menorismo e a atuação violenta do Estado, recaíram sob as famílias pobres.

É justamente o afastamento de crianças e adolescentes da condição de sujeitos, o principal ponto de discussão do presente estudo, uma vez que esse fio condutor sinaliza para os elementos básicos dos direitos constitucionalmente garantidos, como a saúde, a integridade corporal e a própria liberdade individual; mas, principalmente, sob a óptica da garantia de priorização na realização desses direitos.

É por intermédio da teoria da proteção integral, gestada no plano internacional pela Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1959, e posteriormente pela Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989, que a superação do paradigma do menor ganha espaço para pleitear uma nova compreensão da infância, pelo compromisso político dos Estados, da necessidade de políticas públicas sociais e principalmente por um novo enraizador para interpretação de seu texto: o superior interesse da criança (Veronese; Falcão, 2017).

Assim, os instrumentos internacionais elencam quatro pilares a serem pactuados pelos Estados, a fim de promover o efetivo rompimento com o tratamento destinado às crianças: 1) O interesse superior de crianças e adolescente, ou seja, seus interesses são prioritários em relação aos demais; 2) Direito à vida, à sobrevivência e ao desenvolvimento, os quais devem ser garantidos com igualdade de acesso e oportunidade; 3) Direito de não discriminação, atrelado ao direito de igualdade no desenvolvimento; e 4) Direito de participação, ou seja, de efetivamente exercerem enquanto sujeitos titulares dos direitos que lhes são garantidos (Bozzi, 2011).

Apesar de o Brasil ser signatário da convenção, a grande contribuição para elaboração de um novo olhar sobre a infância deve seu protagonismo à contribuição dos movimentos sociais, os quais foram capazes de organizar e tensionar, ao longo da redemocratização do país, a reivindicação da superação da negativa dos sujeitos e da elaboração de um ordenamento jurídico atento à realidade de crianças e adolescentes. A abertura democrática e os movimentos populares foram grandes catalisadores da introdução da doutrina da proteção integral, a qual desenvolveu-se por meio de uma construção coletiva de diversos campos do conhecimento (Custódio, 2008).

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).

Com a promulgação da Carta Constitucional de 1988, ocorreu uma profunda ruptura com os preceitos históricos que definiram a trajetória de crianças e adolescentes no Brasil. O art. 227, *caput*, da Constituição Federal, estabelece o paradigma da proteção integral e, por consequência, um conjunto de direitos fundamentais garantidos às crianças e adolescentes, a serem priorizados e efetivados pela família, pela sociedade e pelo Estado. A introdução da teoria da proteção integral na estrutura inaugural do ordenamento jurídico resulta no reconhecimento de uma nova base doutrinária que abrange a prioridade absoluta de crianças e adolescentes, o que implica reconhecimento enquanto sujeito de direitos “[...] o indivíduo apreendido do ordenamento jurídico com possibilidades de, efetivamente, ser um sujeito-cidadão” (Veronese, 2013, p. 49). Segundo Souza (2016, p. 76), a concepção do paradigma da proteção integral

[...] envolve a constituição de uma estrutura jurídica transdisciplinar, pois é nessa vertente que se reafirmam os direitos de crianças e adolescentes, que buscam na Sociologia, na Pedagogia, na Ciência Política, na Psicologia e nas demais ciências seus conhecimentos fundamentais para assegurar o melhor interesse da criança e para a produção de novas práticas sociais e políticas públicas (Souza, 2016, p. 76).

Dessa forma, a edição do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, buscou dar efetividade a todo conjunto de direitos garantidos, com prioridade absoluta no exercício dos direitos, que deverão ter precedência em razão da condição de especial etapa do desenvolvimento humano de crianças e adolescentes, conforme preceitua o art. 4º, parágrafo único, do Estatuto, que dispõe: 1) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; 2) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; 3) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e 4) a destinação privilegiada de recursos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (Brasil, 1990a).

A diretriz constitucional do art. 227, ao instrumentalizar um conjunto de princípios e regras fundamentais do paradigma da proteção integral, foi capaz de 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, articulando políticas públicas (Custódio, 2008), asseguradas por meio da atuação conjunta da família, da comunidade, da sociedade e do Estado (art. 4º do ECA e 227 da CF/88), uma vez que a responsabilidade é mutualística: exige-se uma atuação positiva e direcionada de todos os atores sociais, fazendo da tríplice responsabilidade um verdadeiro sistema de compartilhamento de responsabilidade compartilhado (Souza, 2016).

O direito da criança e do adolescente, enquanto ramo autônomo do direito e interpretado à luz constitucional, elenca uma série de princípios estruturantes e concretizantes, segundo a classificação proposta por Lima (2001). Os princípios estruturantes são alicerces de todo ordenamento jurídico, vinculados como referências de interpretação e fundamento, que possuem superioridade em relação às demais normas de direito, funcionando como guias predeterminados para orientar qualquer decisão sobre os direitos fundamentais de crianças e adolescentes (Lima, 2001).

Desta forma, além de constituírem “travessas-mestras” jurídico-positivas - de caráter formal e material - do Direito da Criança e do Adolescente, enquanto normas situadas no topo da pirâmide normativa, os princípios estruturantes são diretrizes metodológicas, de atuação decisiva na manutenção da organicidade, da unidade e da coerência desse sistema jurídico (Lima, 2001, p. 158).

Nessa esteira, classificam-se como estruturantes: 1) a vinculação à doutrina jurídica da proteção integral; 2) a universalização; 3) o caráter jurídico-garantista; e 4) o princípio do interesse superior da criança e do adolescente (Lima, 2001).

Já os princípios concretizantes do direito da criança e do adolescente são subordinados e dependentes, possuindo como principal função a “densificação” e concretização dos princípios estruturantes. O autor elenca como princípios concretizantes: 1) a prioridade absoluta; 2) a ênfase nas políticas sociais básicas; 3) a descentralização político-administrativa; 4) a participação popular; 5) a interpretação teleológica e axiológica; a 6) integração operacional; e 7) a especialização técnico-profissional (Lima, 2001).

O conjunto da principiologia do direito da criança e do adolescente, cujo fio condutor é a teoria da proteção integral, por sua vez, está diretamente vinculado à garantia da dignidade desses seres humanos que se encontram em condição peculiar de desenvolvimento, uma vez que

Os direitos humanos, a cidadania, a proteção integral, a prioridade absoluta, enfim, todas essas novas categorias (re)significativas das liberdades substanciais para as crianças e adolescentes são mais do que meras categorias jurídico-legais, pois, na verdade, 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).

Assim, o que fundamenta a estrutura normativa do direito da criança e do adolescente é, dentre outros princípios, a prioridade com que os direitos desses sujeitos devem

ser garantidos por todos e todas, seja a família, a sociedade, seja o Estado, de modo a assegurar que eles atinjam o potencial do seu pleno desenvolvimento humano. Nessa toada, como pretende-se discutir ao longo do presente trabalho, o direito à vida e à saúde, bem como a obrigatoriedade de vacinação de crianças, demonstra-se plenamente alinhada aos princípios e normativas do direito, que vinculam a prioridade absoluta ao superior interesse de crianças e adolescentes, mas também integram sistemas sociais de legitimação em uma teia complexa de direitos, deveres, políticas e valores culturais, morais e sociais historicamente localizados.

3 A VACINAÇÃO OBRIGATÓRIA E A PRIORIDADE DOS SUJEITOS: PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E SOCIAIS DE ANÁLISE

Como verificou-se até aqui, a construção histórica, jurídica e social do direito da criança e do adolescente foi permeada pela necessidade de superação do paradigma da negação dos sujeitos, a fim de estruturar, no ordenamento jurídico brasileiro, novos princípios, regras e modelos de atuação em favor do reconhecimento de sujeitos de direitos, aos quais são garantidos, com absoluta prioridade, todo o conjunto de direitos inerentes à pessoa humana, além daqueles especiais necessários à proteção integral nessa etapa de desenvolvimento da vida.

O direito fundamental à vida e à saúde, descrito no art. 227 da Constituição Federal, foi ampliado nas normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8069/1990). O art. 7º do Estatuto dispõe que: “A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (Brasil, 1990a).

Pode-se perceber que a vida e, por consequência, a saúde, possuem um protagonismo no rol de direitos constitucionalmente garantidos, uma vez que é parte da condição do “direito a ter direitos”, imperativo que abrange um conjunto de direitos individualmente tutelados, que podem conceder padrões de dignidade humana (Sarlet, 2015). Dessa forma, a garantia da própria vida relaciona-se com direitos individuais mais elementares, mas correlaciona-se a direitos fundamentais sociais (prestacionais) que devem garantir a própria saúde e a vida dos indivíduos.

O tema da vacinação a muito percorreu a longa trajetória da saúde pública no Brasil, até a efetiva institucionalização do SUS, arranjo organizacional de todas as políticas públicas de saúde do Estado brasileiro. As políticas públicas de vacinação têm em um de seus principais marcos a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) pela Lei n. 6259 de 1975, a qual regula a vigilância epidemiológica, a notificação compulsória de doenças e outras providências. O art. 3º do referido diploma estabelece que “cabe ao Ministério da

Saúde a elaboração do Programa Nacional de Imunizações, que definirá as vacinações, inclusive as de caráter obrigatório” (Brasil, 1975).

A regulamentação da Lei ocorreu por meio do Decreto n. 78.231/1976, o qual foi responsável por organizar sistematicamente as ações de vigilância epidemiológica, pela criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), pelo qual se realiza a coleta de informações, diagnósticos, averiguações de disseminação de doenças em todo o território nacional. Destaca-se dessa normativa o art. 29, o qual dispõe que “é dever de todo cidadão submeter-se e os *menores* dos quais tenha a guarda ou responsabilidade, à vacinação obrigatória” (Brasil, 1976, grifo nosso). Assim, apesar Lei Orgânica da Saúde (8.080/90), pós-constituente, materializar o SUS e regulamentar todo 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” (Brasil, 1990b), tais normativas foram abrangidas pela legislação posterior.

Nessa mesma esteira, a princípio, em uma primeira análise, o debate sobre a obrigatoriedade da vacinação de crianças encontraria resposta no art. 14 do estatuto da criança e do adolescente, o qual dispõe que “é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias” (Brasil, 1990b). Porém, há de se atentar para a complexidade dessa normatização, uma vez que a vacinação envolve não apenas disposições jurídicas e principiológicas, mas também fatores científicos, históricos, sociológicos e morais do corpo social. Essa afirmação evidencia-se quando, em retrospecto no histórico brasileiro, resguardadas as particularidades de cada caso, analisamos como a sociedade comportou-se diante de uma crise sanitária de grande porte, cuja resposta foi imposta pelo governo por meio da Lei, a Revolta da Vacina (1904).

Na República Velha, no Brasil do final do século XIX e início do século XX, essencialmente agrário e colonial, mantinha-se o poder político distribuído entre as grandes oligarquias de São Paulo e Minas Gerais, uma vez que a economia dependia da cafeicultura ante a recente abolição da escravidão. A expansão do sistema capitalista pelo mundo provocou enormes mudanças no sistema político global, e da mesma forma impulsionou no Brasil: a ascensão da classe burguesa, a Proclamação da República, a ínfima (possibilidade de) participação política e o agravamento de crises econômicas e sociais impulsionaram a eclosão de rebeliões e conflitos, como os que ocorreram em Canudos (1896-1897) e Contestado (1912-1916).

Nesse contexto de extrema necessidade, proliferavam-se diversas epidemias como a varíola, a peste bubônica e a febre amarela, as quais vitimaram milhares de pessoas nos principais centros urbanos do país (Pôrto; Ponte, 2003). Nesse período, durante o mandato de Rodrigues Alves (1902-1906), o saneamento e a reforma urbana da capital do país (Rio de Janeiro) tornaram-se ponto central do programa de governo, que o fez pela nomeação e

pela concessão de amplos poderes ao engenheiro Francisco Pereira Passos, na prefeitura do Rio de Janeiro, e para Oswaldo Cruz, na direção da Saúde Pública, focada em erradicar a febre amarela, a varíola e a peste bubônica (Salgado, 2018).

Oswaldo Cruz pautou-se nos preceitos higienistas para combate das epidemias. Contra a febre amarela e a peste bubônica instaurou-se o isolamento dos doentes e o combate ao mosquito (vetor), através do trabalho das brigadas sanitárias que eram acompanhadas de perto pela força policial, em que os alvos principais eram as zonas periféricas, o que resultou na condenação à demolição de muitos cortiços e casas desapropriadas quando os proprietários se recusaram a reformá-los ou dar passagem aos agentes públicos (Carvalho, 2012).

Pouco a pouco, o rol de medidas no combate se ampliara, como em 1903, ao exigir-se a obrigatoriedade de vacinação para alunos das escolas públicas, civis, militares, servidores dos correios, menores abrigados e detentos; porém, algumas medidas “não pregaram”, principalmente aquelas que obrigavam a vacinação da população em geral (Carvalho, 2012). Foi então, em 1904, que o governo entendeu ser necessária a reintrodução de uma lei que obrigasse a vacinação ampla, o que gerou uma grande revolta da população que não aceitava ter sua casa invadida e ter de tomar injeção contra a vontade. Conforme relata o historiador José Murilo de Carvalho (2012), a revolta não envolveu apenas a movimentação popular, mas todo um conjunto de articulação dos aparatos midiáticos da época, principalmente o Correio da Manhã e o Commercio do Brazil, os quais exprimiram, inclusive, uma complexa trama de interesses políticos entre integrantes do apostolado positivista, oficiais descontentes do exército, monarquistas e líderes operários (Salgado, 2018).

Vinha dos positivistas ortodoxos do Apostolado a oposição mais intransigente e mais consistente. Desde o final do Império, resistiam eles às tentativas de introduzir a obrigatoriedade. Sua oposição baseava-se em dois pontos, um científico, outro filosófico. Pelo primeiro, interpretavam o pensamento de Comte como tendo sido contrário à teoria microbiana das doenças. Segundo, não aceitavam qualquer intromissão do governo, poder material, no domínio da saúde pública, reservado ao poder espiritual (Carvalho, 1987, p. 97-98).

Tais opositores à vacinação e ao governo intitularam a obrigatoriedade de vacinação como “despotismo sanitário” e promoveram grande desinformação às massas, por meio de folhetos impressos e distribuídos pelos deputados à população, alertando sobre os perigos da vacina, dos efeitos colaterais e questionando a competência do poder público para invasão de lares, inspeção, desinfecção e remoção dos doentes (Carvalho, 2012).

Do ponto de vista do campo da Divulgação Científica, a Revolta da Vacina marca uma derrota de Oswaldo Cruz e da ciência institucionalizada. Por sua incapacidade de estabelecer uma comunicação de mão dupla com a população, que considerasse o diálogo participativo e o respeito às suas tradições e vontades, o Governo viu a Revolta da Vacina surgir já nos dias que se seguiram à publicação do esboço do regulamento da Lei da Vacinação Obrigatória (Salgado, 2018).

Em seguida, houve a criação da Liga Contra a Vacina Obrigatória e a intensificação da revolta, uma vez que o caos tomou as ruas de forma violenta, com depredações, saques, discursos revoltosos e embates contra a polícia, o exército e a marinha. O conflito expressou a falta de capacidade de gestão da crise sanitária e teve péssimas consequências para a população que sofreu com todas as arbitrariedades do governo, foi morta durante a epidemia de varíola nos anos seguintes e foi utilizada como massa de manobra para interesses políticos de camadas privilegiadas (Carvalho, 2012).

Pode-se sintetizar os principais motivos da aversão da população daquela época à vacinação: 1) a deslegitimidade da atuação do Estado e a desconfiança da população na prestação de um serviço de má qualidade; 2) o medo da contaminação por outras doenças e a insegurança quanto aos procedimentos adotados de vacinação; 3) a resistência cultural e o conflito social durante a institucionalização da medicina, a qual foi obrigada a dialogar com a tradição médica popular; 4) a associação direta da vacina à “variolição”; e 5) a vacinação domiciliar (Salgado, 2018).

De todo modo, cabe destacar que o fenômeno da Revolta da Vacina não foi originário apenas das maquinações políticas de uma elite dominante, pois, como bem apontam Pôrto e Ponte (2003, p. 729),

É preciso compreender que a vacinação é um objeto de difícil apreensão, constituindo-se, na realidade, em um fenômeno de grande complexidade onde se associam e se entrecrocavam crenças e concepções políticas, científicas e culturais as mais variadas. De fato, longe de ser um ato isolado, sujeito apenas aos parâmetros de aferição e decisão da medicina ou das ciências biomédicas, a vacinação é também, pelas implicações socioculturais e morais que envolve, a resultante de processos históricos nos quais são tecidas múltiplas interações e onde concorrem representações antagônicas sobre o direito coletivo e o direito individual, sobre as relações entre Estado, sociedade, indivíduos, empresas e países, sobre o direito à informação, sobre a ética e principalmente sobre a vida e a morte.

Mas, afinal, como podemos enxergar o debate atual sobre a obrigatoriedade de vacinação contra a Covid-19 em crianças? Quais os paralelos sociais, políticos, científi-

cos, ideológicos e jurídicos que se estabelecem entre essas duas crises sanitárias? Como o direito da criança e do adolescente pode atuar como baliza nessas questões? Como buscou-se desenvolver, tratam-se de fenômenos complexos que possuem distanciamento histórico, mas uma vez respeitadas as particularidades de cada caso, pode-se propor algumas conjecturas. -

Uma pesquisa recente, publicada em 2017³, buscou avaliar como os pais das camadas médias de São Paulo, significam as normatizações da vacinação no país, a partir de suas vivências de vacinar, selecionar ou não vacinar os filhos. O estudo demonstrou que, atualmente, nas camadas da classe média paulistana, existiam diferentes significados atribuídos ao ato de vacinar o(a) filho(a). Enquanto os casais que realizaram a vacinação atribuíam um ato de dever e responsabilidade parental, em outros casos a negativa de vacinação da criança associavam, em contraponto, a perspectiva jurídico/legal, a um ato de cuidado, justificando-se em uma menor intervenção médica, na autonomia de decisão parental, na divulgação de estudos prévios, no medo de efeitos adversos, entre outros fatores.

Os participantes do estudo expressaram diferentes significações sobre as normas brasileiras de vacinação. Os casais que vacinaram os filhos revelaram que vacinar o filho era um ato de dever e responsabilidade parental. Nesses, a tomada de decisão foi quase automatizada, influenciada pela reprodução de uma tradição familiar e pela credibilidade da conduta pediátrica, com conseqüente ratificação da vacinação infantil como uma prática social valorada e legitimada (Barbieri; Couto; Aith, 2017, p. 5).

Desses depoimentos, concluem os pesquisadores, observa-se a consonância com a chamada “cultura da imunização” no Brasil contemporâneo defendida por Hochman (2011), ou seja, as ações públicas de vacinação em massa e as estratégias de *marketing* utilizadas para popularização da vacinação brasileira institucionalizaram um valor, hoje, culturalmente aceito, sobressaindo-se da própria força impositiva da Lei (Barbieri; Couto; Aith, 2017).

3 A pesquisa qualitativa foi realizada por acadêmicos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santo e pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e consistiu na produção de dados empíricos por meio da técnica de pesquisa em profundidade. O acesso aos participantes foi feito por meio do procedimento de “bola de neve”, orientado de acordo com o estado vacinal do filho. Assim, os casais foram divididos em três grupos: (1) “os que vacinaram” (imunizaram seus filhos conforme as recomendações do PNI); (2) “os que selecionaram” (escolheram algumas vacinas e/ou postergaram suas datas); e (3) “os que não vacinaram” (intencionalmente optaram por não vacinar o(s) filho(s)). O número final de entrevistados foi definido durante o trabalho de campo, usando o critério de saturação teórica, que levou, em consideração, os significados atribuídos à experiência no processo da (não) vacinação dos filhos. Ao final, participaram 30 sujeitos, totalizando 15 casais, sendo 5 casais de cada grupo. [...] As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a julho de 2011. Foram gravadas em áudio digital, inteirando um banco de dados em áudio de 971 minutos (Barbieri; Couto; Aith, 2017).

Sem minimizar o protagonismo parental e a influência geracional no processo de vacinação dos filhos, as falas desses casais remetem à ideia de que a sustentação e ênfase dada ao ato de vacinar os filhos é mais concernente à valoração cultural da vacinação (tanto no âmbito privado familiar quanto social mais amplo no país) do que relacionado ao fato dessa ser obrigatória por lei, ou seja, a aceitabilidade parece estar menos ancorada na legalidade e mais na dimensão cultural hegemônica atribuída a essa medida preventiva (Barbieri; Couto; Aith, 2017, p. 5).

De outro lado, nos casos em que os pais optaram por não vacinar as crianças, a consciência da imposição legal (dever de vacinar) estava atrelada às consequências, principalmente no medo da denúncia dessa abstenção por um terceiro às autoridades públicas, no medo de julgamento injusto e na perda da autoridade nos cuidados do(a) filho(a) para entidades públicas como Conselho Tutelar (Barbieri; Couto; Aith, 2017).

Nesses casos, eles expressaram estar tranquilos moralmente com a decisão tomada no âmbito das questões da saúde infantil, e os sentimentos que sobressaíram com a prática “desviantes” à norma foram decorrentes de suas possíveis consequências legais. Essas, por sua vez, foram vividas, sobretudo, por uma coerção do seu meio social mais próximo do que de uma vivência direta pessoal ou de pares de uma sanção pelo descumprimento da lei ou de um relato concreto de punição legal (BARBIERI; COUTO; AITH, 2017, P. 7-8).

Por fim, conforme destaca-se da conclusão do estudo, a legitimidade da vacinação e o “capital simbólico” percebido pelos entrevistados estava atrelado às dimensões fora da normatividade legal, em que existiu a identificação dessa “cultura de imunização do Brasil”.

Os achados empíricos permitiram identificar, por um lado, que a vacinação é vivida como um valor moral para os casais que vacinaram e que selecionaram as vacinas. Por outro lado, para os casais que não vacinaram, o valor moral que sobressaiu foi o do modo de vida – que computa à vacinação infantil um sentido de risco ou uma intervenção desnecessária ao filho saudável – vivenciado com hostilidade e coerção social (Barbieri; Couto; Aith, 2017, p. 9).

Assim, por meio do retrospecto histórico desde a Revolta da Vacina, o que se pode observar é que a obrigatoriedade da vacinação de crianças não se resume ao debate jurídico normativo, atrelando-se aos demais campos da moralidade, da política, da cultura e a atuação dos governos pelas políticas públicas, que permeiam os direitos mais elementares da vida. Até então, antes do cenário pandêmico, as reflexões sociais sobre a vacinação

caminharam no linear da conquista do direito à saúde universal, da ampliação da oferta de serviços públicos, da garantia de acesso igualitário e da prestação positiva do Estado, até alcançarem os mais altos patamares mundialmente reconhecidos de erradicação de doenças pelo Plano Nacional de Imunização.

Atualmente, o que se observa, resguardadas as particularidades econômicas e sociais do Brasil atual, passados cerca de 2 anos de crise pandêmica global, é a evidente má gestão sanitária exercida pelo governo Bolsonaro; o desmonte do aparato institucional e financiamento do SUS; a proliferação de desinformação por bases e setores do governo por meio das redes sociais; a negação científica e ideológica da eficácia da vacinação, do distanciamento social e do uso de máscaras; a inércia do governo federal na aquisição e fornecimento de vacinas; na busca pela imunidade de rebanho e outros tratamentos medicamentosos sem eficácia científica comprovada, entre outros problemas, os quais, inclusive, são objeto da ação civil pública número 1088423-98.2021.4.01.3400, proposta pelo Ministério Público Federal, que tramita na 20ª Vara Cível da Justiça Federal do Distrito Federal, a qual objetiva apurar a responsabilidade da União pela gestão da crise sanitária no país. Todos esses fatos aliados à grave crise institucional e econômica impulsionaram ainda mais o movimento antivacina atual.

Por fim, percebe-se que a obrigatoriedade da vacinação de crianças alinha-se no ordenamento jurídico à necessidade de proteção integral e privilégio do superior interesse, porém ela representa a concretização da prevenção e promoção à saúde que ocorre dentro de um contexto e é influenciada por ele. Trata-se não apenas do conflito entre a liberdade individual dos pais, a prioridade absoluta do interesse da criança e a saúde pública, mas todo um conjunto de valores sociais, políticos e morais, que demandam equilíbrio e ponderação.

4 CONCLUSÃO

Como pretendeu-se discutir ao longo deste estudo, a obrigatoriedade da vacinação de crianças estabelecida no art. 14 do ECA, assim como as demais normativas infralegais que vinculam responsabilidade dos pais no dever de vacinação, buscam atender à proteção integral de crianças e adolescentes por serem pessoas em especial na etapa do desenvolvimento.

Ao longo da história, a evolução das interpretações sociais sobre a infância e os intensos movimentos do corpo social incutiram uma modificação substancial no ordenamento jurídico na conquista de maiores padrões de dignidade. Assim, a infância não é um objeto de tutela do Estado, mas uma etapa da vida de efetividade e exercício de direitos enquanto sujeitos. Além disso, evidenciou-se a complexidade do debate sobre a vacinação, enquanto fenômeno social que permeia valores socioculturais, políticos, jurídicos e morais

de cada época, mas que está intrinsecamente ligado aos direitos fundamentais à vida e à saúde, cuja precedência se deve ao “direito a ter direitos”.

Analisaram-se, ainda, as possibilidades do paralelo histórico entre os atuais movimentos antivacina, na égide da pandemia da Covid-19, em relação à Revolta da Vacina de 1904, que apontou, resguardadas as singularidades de cada caso, para inúmeros elos entre esses movimentos, ainda que separados historicamente por mais de cem anos: 1) Os interesses políticos de grupos determinados rodeados na figura da vacina e da doença; 2) O uso da comunicação de massa para proliferação de desinformação e alcance dos interesses políticos; 3) O medo do contágio e a falta de credibilidade (desconfiança) da má administração sanitária do governo; 4) A baixa efetividade da Lei enquanto instrumento normativo/coercitivo para imposição da vacinação; 5) a negação científica e ideológica da efetividade da vacina no combate da doença; entre outros aspectos.

Apesar disso, o estudo aponta para uma construção histórica significativa, a “cultura da vacina”; concretização da eficácia da política pública de saúde sob a qual recai um projeto de saúde pública há anos sonhado e gestado pelos movimentos sociais, nas conferências de saúde, no debate político até a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS. É nesse cenário que a vacinação de crianças, apesar de ser obrigatória, conforme a principiologia da teoria da proteção integral, ganha mais força e legitimidade na sociedade brasileira; ou seja, pela gestão de políticas públicas sociais eficientes e emancipatórias.

REFERÊNCIAS

BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 1-11, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NDSjRV-cpw95WS4xCpxB5NPw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2023.

BOZZI, S. La familia y otros grupos como garantes de los derechos de la niñez a 20 años de la Convención de los Derechos del Niño. In: CONTRÓ, M. G. **Los derechos de niños, niñas y adolescentes en México**. 20 años de la convencion sobre los derechos del niño. México: Porrúa, 2011.

BRASIL. **Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6259.htm. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Decreto n. 78.231, de 12 de agosto de 1976**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D78231.htm Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. (Constituição [1988]). **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. 2023.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990a**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990b**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 20 ago. 2023.

CARVALHO, J. M. de. **Os bestializados: o rio de janeiro e a república que não foi**. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 196 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE (CONASS). **GM/MS n. 1.841/2021**: Nota pública de membros da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização da Covid-19 (CTAI-COVID) sobre a vacinação em crianças. Brasília: Conass, 2021. 4 p.

CUSTÓDIO, A. V. **Direito da Criança e do Adolescente**. Criciúma: Unesc, 2009. 112 p.

CUSTÓDIO, A. V. 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. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/657/454>. Acesso em: 14 maio 2023.

CUSTÓDIO, A. V.; VERONESE, J. R. P. **Crianças esquecidas: A exploração do trabalho infantil doméstico no Brasil**. Curitiba: Multideia, 2009.

LIMA, M. M. A. **O Direito da Criança e do Adolescente: fundamentos para uma abordagem psicológica**. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LIMA, F. da S.; VERONESE, J. R. P. **Os direitos da criança e do adolescente: a necessária efetivação dos direitos fundamentais**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2012. 243 p. (Pensando o Direito no Século XXI; v. 5).

MÉNDEZ, E. G. **Direito da Criança Legislaciones infanto juveniles en América Latina: modelos y tendencias**. Brasília: Online, 1993. 112 p. Disponível em: <http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/Legislaci%C3%B3n-infanto-juveniles.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

PÔRTO, Â.; PONTE, C. F. Vacina e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 725-742, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/8c34sgQ93tCJfn6QTXyqrmG/?lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2023.

RAMIDOFF, M. L. **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. 2023.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes das políticas públicas para infância no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2004.

RIZZINI, I.; PILOTTI, F. **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, I.; GONDRA, J. G. Higiene, tipologia e institucionalização da criança pobre no Brasil. **Revista Brasileira de Educação**, [S. l.], v. 19, n. 58, p. 561-584, jul. 2014. Trimestral. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27532012003>. Acesso em: 15 fev. 2022.

SALGADO, A. S. **A Revolta contra a vacina**: a vulgarização científica na grande imprensa no ano de 1904. 2018. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://ppgdc.coc.fiocruz.br/images.d.issertacoes.d.issertacao_aline_salgado.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

SARLET, I. W. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 12. ed. Livraria do Advogado, 2015.

SOUZA, I. F; 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. 2023.

VERONESE, J. R. P. 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. 2023.

VERONESE, J. R. P.; FALCÃO, W. H. M. M. A criança e o adolescente no marco internacional. *In*: VERONSE, J. R. P. **Direito da criança e do adolescente**: novo curso – novos temas. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2017. p. 11-41.

PARTE III
POLÍTICAS PÚBLICAS,
DIREITOS HUMANOS
E OBJETIVOS DO
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL:
APROXIMAÇÕES TEÓRICAS

CAPÍTULO I

DIVERSIDADE E INCLUSÃO NA ERA DAS MIGRAÇÕES SOB A PERSPECTIVA DA FRATERNIDADE: O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024-2027) DE SANTA CATARINA (SC) ENQUANTO MECANISMO DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO HUMANO À SAÚDE DOS MIGRANTES

Gabrielle Scola Dutra¹

Janaína Machado Sturza²

1 INTRODUÇÃO

No diário existencial da humanidade, os movimentos de mobilidade humana traçam os percursos sacrificiais do ser humano ao redor do planeta Terra. Assim, o conteúdo das dinâmicas migratórias é revestido por uma amálgama vital que pulsa no ritmo frenético da diversidade interseccional que atravessa os corpos do “ser migrante” e provoca multifacetadas repercussões na seara dos direitos humanos. No palco civilizatório, seres humanos

-
- 1 Pós-doutora em Direito pela Uniritter (Brasil). Doutora em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). Mestre em Direito pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Professora e pesquisadora na Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), lecionando na graduação em Direito e no Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Direito – Mestrado e Doutorado (PPGD Unesc). Líder do Grupo de Pesquisa “Direitos Humanos, Diversidade e Inclusão na Era das Migrações”, cadastrada no CNPq e vinculada ao PPGD Unesc. Membro do grupo de pesquisa: “Biopolítica e Direitos Humanos”, cadastrada no CNPq e vinculada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Direitos Humanos, Mestrado e Doutorado da Unijuí. Membro da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Rede-DH). Advogada. E-mail: gabriellescoladutra@gmail.com.
 - 2 Pós-doutora pela Università Tor Vergata (Itália). 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 grupo de pesquisa Biopolítica e Direitos Humanos (CNPq). Pesquisadora gaúcha FAPERGS – PqG Edital n. 05/2019. Pesquisadora Universal CNPq – Chamada CNPq/MCTI/FNDCT n. 18/2021. E-mail: janasturza@hotmail.com.

constroem projetos migratórios em decorrência de múltiplos fatores (econômicos, políticos, ambientais, culturais, laborais, entre outros), desde o anseio por melhores condições de vida até os deslocamentos forçados em decorrência de violações sistemáticas de direitos humanos. Por intermédio da inventividade compositiva do uruguaio Jorge Drexler por meio da canção “Movimiento”, o tema da migração vem à tona enquanto um acontecimento que narra a própria história da humanidade desde os primórdios: “Apenas nos pusimos en dos pies / Comenzamos a migrar por la sabana / Siguiendo la manada de bisontes / Más allá del horizonte, a nuevas tierras lejanas / Los niños a la espalda y expectantes / Los ojos en alerta, todo oídos / Olfateando aquel desconcertante [...]” (Drexler, 2006).

Do horizonte musical ao mundo real, o fenômeno migratório perfectibiliza-se enquanto acontecimento paradoxal, ora é imprescindível para que o “ser migrante” busque segurança e condições de vida dignas, ora pode produzir vítimas e violações generalizadas de direitos humanos. Outrossim, sabe-se que o percurso migratório adquire uma dimensão transnacional, pois denota movimentos de seres humanos por países de origem, trânsito e destino. Drexler poetisa: “Atravesamos desierto, glaciares, continentes / El mundo entero de extremo a extremo / Empecinados, supervivientes / El ojo en el viento y en las corrientes / La mano firme en el remo / Cargamos con nuestras guerras” (Drexler, 2006). Logo, as migrações contam a própria história da humanidade: “Somos una especie en viaje / No tenemos pertenencias, sino equipaje / Vamos con el polen en el viento / Estamos vivos porque estamos en movimiento / Nunca estamos quietos / Somos trashumantes, somos / Padres, hijos, nietos y bisnietos de inmigrantes” (Drexler, 2006). Sobretudo, os grandes movimentos populacionais no contexto migratório, convertem-se em uma metáfora de resistência para as populações migrantes que atravessam “mundos distantes” e enfrentam inúmeros processos forjadores (racismo, xenofobia, violência³, pobreza, exclusão etc.) em busca de acolhimento e segurança.

Nos últimos anos, o cenário internacional evidencia que os movimentos de mobilidade humana pelas migrações decorrem de fatores multifacetados. Por exemplo, as migrações forçadas combinam conflitos armados, violações de direitos humanos e desastres ambientais. A guerra civil no Sudão, responsável por deslocar milhões de pessoas dentro

3 No pensamento de Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge: “Globalmente, a ascensão da extrema direita não apenas transcende as divisões de classe como base de apoio aos partidos políticos, como envolve segmentos consideráveis entre as maiorias sociais, ou seja, as mais poderosas, em torno do nacionalismo nativista contra minorias, sejam pessoas imigrantes, refugiadas, muçulmanas, sejam latinas. Nesse contexto, compreender como as plataformas digitais contribuem para a normalização da violência contra pessoas consideradas um problema para órgãos políticos nacionais é uma questão premente de interesse público. Os marcos interseccionais trazem uma luz analítica muito necessária, por exemplo, sobre a maneira pela qual a direita alternativa cria comunidades on-line eficientes e transnacionalmente vinculadas, recorrendo a uma variedade de repertórios de nós/eles que são interseccionalmente constituídos e propagam uma interseccionalidade de ódio. Análises interseccionais de casos de violência digital são imprescindíveis no momento presente, mais que nunca” (Collins; Bilge, 2021, p. 169).

e fora do país, os conflitos no leste da República Democrática do Congo, marcados pela atuação do grupo M23, e a continuidade da perseguição contra os Rohingya em Myanmar, ilustram como a violência sistêmica e a intolerância étnico-religiosa fomentam fluxos de refúgio. No mesmo sentido, a situação de vulnerabilidade de milhões de afegãos ameaçados de expulsão em países como o Irã reafirma o caráter político desses deslocamentos, agravado por restrições legais e securitárias. Paralelamente, à intensificação de desastres ambientais relacionados às mudanças climáticas (como as severas inundações no Sudão e no Sul do Sudão, enchentes no Paquistão e fenômenos extremos em regiões africanas e asiáticas) reforça a dimensão ambiental como vetor central da mobilidade humana contemporânea.

No contexto latino-americano, observa-se igualmente a presença de fluxos migratórios forçados decorrentes de crises políticas, econômicas e ambientais. A Venezuela constitui o exemplo mais expressivo, com milhões de pessoas deixando o país em função do colapso institucional, da insegurança alimentar e da deterioração das condições de vida, repercutindo fortemente em países receptores como Colômbia, Peru e Brasil. Da mesma forma, episódios de violência e instabilidade política no Haiti, acentuados por catástrofes naturais recorrentes (como terremotos e furacões), têm intensificado o movimento de haitianos em direção a outros países da região, incluindo o Brasil e o Chile. Além disso, eventos climáticos extremos na América Central, a exemplo de furacões que atingem ciclicamente Honduras e Nicarágua, contribuem para a formação de caravanas migratórias em direção ao México e aos Estados Unidos. Tais exemplos demonstram que, também na América Latina, a conjugação entre crises políticas, vulnerabilidade socioeconômica e impactos ambientais constitui fator determinante na produção de migração forçada e refúgio.

No âmbito brasileiro, a temática da presente pesquisa centra-se na complexa (in) efetivação do direito humano à saúde dos migrantes, considerando a diversidade e a inclusão. Pelo eixo da diversidade aplicado ao contexto migratório, revela-se a operacionalização de marcadores interseccionais (gênero, raça, classe, nacionalidade, deficiência, idade, cultura, religião etc.) que se imbricam e desencadeiam vulnerabilidades ao longo dos projetos de mobilidade humana. Seres humanos migram, apresentam biografias (perfil do migrante) e cartografias (sentido dos movimentos de mobilidade) que anunciam a (re) produção da diversidade em toda dinâmica migratória (saída do país de origem, passagem pelos países de trânsito, chegada no país de destino e nos movimentos de retorno). Já pelo eixo da inclusão aplicado ao fenômeno migratório, evidencia-se a imprescindibilidade da implementação/aprimoramento de políticas públicas nacionais que estejam alinhadas aos princípios de cooperação internacional. Tal perspectiva reforça que a efetividade das ações estatais depende da articulação fraterna com organismos e acordos globais, capazes de assegurar a efetivação dos direitos humanos às populações em mobilidade.

Nesse sentido, a gestão fraterna das migrações contemporâneas exige a construção de um espaço comum compartilhado global que ultrapassa fronteiras e integra dimensões humanitárias, jurídicas e sociais. O lócus do direito humano à saúde é terreno fértil para analisar como os Estados (não)contemplam os eixos da diversidade e inclusão aplicados ao fenômeno migratório no contexto das políticas públicas, no sentido de que a saúde deve ser reconhecida como um bem comum da humanidade. Por isso, o objetivo geral da investigação é abordar os eixos da diversidade e da inclusão por meio da intersecção entre migração e saúde a partir de uma análise do Plano Estadual de Saúde (PES 2024-2027) de Santa Catarina (SC) sob as lentes teóricas do Direito Fraterno. Em um primeiro momento, aborda-se a diversidade das migrações contemporâneas no lócus do estado de SC na seara dos Direitos Humanos. Por último, sob a perspectiva da inclusão, analisar o Plano Estadual de Saúde (2024-2027) de SC para reconhecer se tal documento subsidia Políticas Públicas de Saúde para migrantes no estado, considerando suas especificidades interseccionais e demandas em saúde.

A título metodológico, a pesquisa se estrutura por intermédio do método dedutivo, instruído por uma análise bibliográfica e documental. A base teórica escolhida para arquitetar a fundamentação da pesquisa é a Teoria do Direito Fraterno, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta e materializada na obra *Il Diritto Fraterno*. Diante da (in)efetivação do direito humano à saúde dos migrantes em SC, questiona-se: o Plano Estadual de Saúde (2024-2027) operacionaliza políticas públicas de saúde específicas para migrantes em solo catarinense? Esse é o questionamento que norteia a análise a seguir para o desvelamento de seus limites e possibilidades de resposta.

2 MIGRAÇÃO E DIVERSIDADE: A COMPLEXIDADE DAS MIGRAÇÕES CONTEMPORÂNEAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA (SC)

Sabe-se que a experiência migratória não pode ser compreendida na dimensão homogênea, em razão de que o “ser migrante” em movimento carrega consigo um arsenal de identidades múltiplas e fluidas atravessadas por processos de vulnerabilidade e precariedade de vida que escancaram os limites e as possibilidades de reconhecer a diversidade do ser humano que empreende mobilidade humana sob a égide da Era das Migrações⁴. Por isso, a interseccionalidade, enquanto elemento norteador, é incorporada na análise do fenômeno migratório para contemplar o reconhecimento do universo biográfico e cartográfico

4 A expressão “Era das Migrações” foi cunhada pelos pesquisadores da temática das migrações, Stephen Castels e Mark J. Miller, para significar a dimensão global dos movimentos migratórios que desencadeiam tendências e repercussões que transcendem fronteiras (Castels; Miller, 1998).

que circunda a dinâmica migratória em escala global. A heterogeneidade contida no fenômeno migratório também se imbrica nos marcadores interseccionais para complexificar a experiência do migrante, à medida que “a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana” (Collins; Bilge, 2021, p. 16-17).

Dessa forma, a interseccionalidade⁵ se constitui em uma perspectiva analítica que permite compreender e interpretar a complexidade do mundo social, das subjetividades e das múltiplas experiências humanas, no sentido de que “como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente” (Collins; Bilge, 2021, p. 16-17). No cerne dos fluxos migratórios, a diversidade interseccional dos migrantes é percebida enquanto elemento constitutivo da (sobre)vivência de tais sujeitos. Ademais, “a associação de sistemas múltiplos de subordinação tem sido descrita de vários modos: discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação” (Crenshaw, 2002, p. 177). A compreensão sobre interseccionalidade tem o cunho de perceber “as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas” (Crenshaw, 2002, p. 177).

A título exemplificativo, mulheres migrantes não apenas enfrentam os desafios comuns ao processo migratório, como também lidam com a sobrecarga de responsabilidades familiares, com a vulnerabilidade ao tráfico humano e com a exploração em setores informais de trabalho, como o cuidado e a limpeza. Já as crianças e adolescentes migrantes vivenciam interrupções em sua escolaridade, enfrentam barreiras linguísticas e podem sofrer impactos psicológicos decorrentes do deslocamento. Pessoas idosas experimentam o rompimento de redes de apoio e encontram dificuldades de inserção em novas comunidades, enquanto pessoas com deficiência enfrentam obstáculos adicionais de acessibilidade e de inclusão social nos países de trânsito e destino. Outro aspecto relevante é o impacto das questões raciais e de classe, em razão de que migrantes negros e negras frequentemente enfrentam o racismo estrutural, a estigmatização e a marginalização em sociedades marcadas por desigualdades raciais. Pessoas em situação de pobreza, independentemente da origem, são ainda mais expostas a condições precárias de deslocamento, como travessias irregulares, endividamento e exploração por redes ilícitas.

5 No pensamento de Kimberle Crenshaw, a interseccionalidade não pode ser reduzida a uma única via possível para analisar a diversidade dos sujeitos, ou seja, “the intersectionality is not being offe as some new, totalizing theory of identity” (Crenshaw, 1991, p. 1244).

Já a comunidade LGBTQIAPN+ encontra no deslocamento uma forma de buscar liberdade e proteção diante de regimes ou sociedades onde a diversidade sexual e de gênero é criminalizada ou violentamente reprimida. Ainda, as experiências migratórias também são atravessadas pela diversidade cultural, religiosa e nacional dos indivíduos em movimento, tendo em vista que a presença de migrantes muçulmanos, cristãos, judeus, praticantes de religiões afro-diaspóricas, entre outras expressões de fé, expõe a necessidade de sociedades de acolhida lidarem com a pluralidade de práticas religiosas. Da mesma forma, as diferenças linguísticas e culturais podem ser tanto um obstáculo à integração quanto um potencial enriquecimento das sociedades receptoras. Por isso, reconhecer a interseccionalidade presente no perfil dos migrantes é condição fundamental para compreender as dinâmicas da mobilidade humana em sua complexidade. Em consonância com o Relatório Mundial sobre Migração publicado pela Organização Internacional para as Migrações (IOM) em 2024, “nos últimos dois anos, ocorreram grandes eventos de migração e deslocamento que causaram grandes dificuldades e traumas, bem como perdas de vidas” (International Organization for Migration, 2024, p. 3).

Nesse panorama, a mobilidade humana, em suas múltiplas formas e trajetórias, evidencia a materialidade das “vidas precárias”⁶ (Butler, 2020). No contexto das migrações contemporâneas, a precariedade escancara a forma como as interseccionalidades se imbricam para “maximizar a precariedade para alguns e minimizar a precariedade para outros” (Butler, 2020, p. 16). Sob essa óptica, o estado de precariedade é uma “condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficiente e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte” (Butler, 2020, p. 46). Assim sendo, se, por um lado, toda vida é constitutivamente vulnerável e interdependente, por outro, o campo político e social produz diferenciações que classificam algumas vidas como mais protegíveis, enquanto outras permanecem relegadas à invisibilidade ou mesmo à descartabilidade (Butler, 2020). Nessa acepção, o fenômeno migratório, especialmente quando penetrado por processos forjadores (racismo, patriarcado, xenofobia, violência, capacitismo, pobreza, exclusão, entre outros), expõe de modo contundente essas hierarquias de reconhecimento, revelando corpos que se deslocam em busca de sobrevivência, dignidade e reconhecimento, mas que, muitas vezes, encontram apenas fronteiras fechadas, discursos de criminalização e a negação de sua condição de humanidade.


De acordo com o Relatório Mundial sobre Migração, a especificidade do fenômeno migratório introjeta na experiência civilizatória um horizonte de desafios na seara global:

6 Sob a perspectiva da filósofa estadunidense Judith Butler, “a precariedade implica viver socialmente, isto é, o fato de que a vida de alguém está sempre, de alguma forma, nas mãos do outro” (Butler, 2020, p. 31).

Além dos conflitos na Ucrânia e em Gaza, milhões de pessoas foram deslocadas devido a conflitos, como dentro e/ou da República Árabe Síria, Iêmen, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Sudão, Etiópia e Mianmar. Também houve deslocamentos em larga escala desencadeados por desastres climáticos e meteorológicos em muitas partes do mundo em 2022 e 2023, incluindo Paquistão, Filipinas, China, Índia, Bangladesh, Brasil e Colômbia. Além disso, em fevereiro de 2023, o sudeste da Turquia e o norte da República Árabe Síria sofreram fortes terremotos, resultando em mais de 50.000 mortes. Em março, estima-se que 2,7 milhões de pessoas foram deslocadas na Turquia e muitas ficaram desabrigadas na República Árabe Síria. Também testemunhamos a intensificação da migração como ferramenta política em sistemas democráticos em todo o mundo, notavelmente na Europa, com alguns resultados eleitorais nacionais girando em torno de questões anti-imigração e aumento do custo de vida. Um aumento no sentimento anti-imigrante também foi observado em outras partes do mundo que vivenciam a piora das condições econômicas, como o Norte e o Sul da África, o Sudeste Asiático e o Oriente Médio. Apesar dos eventos recentes, dados de longo prazo sobre migração internacional nos ensinaram que a migração não é uniforme em todo o mundo, mas é moldada por fatores econômicos, geográficos, demográficos e outros, resultando em padrões migratórios distintos, como “corredores” migratórios desenvolvidos ao longo de muitos anos. Os maiores corredores tendem a ser de países em desenvolvimento para economias maiores, como as dos Estados Unidos da América, Emirados Árabes Unidos, Arábia Saudita e Alemanha; grandes corredores também podem refletir conflitos prolongados e deslocamentos relacionados, como da República Árabe Síria para a Turquia (o segundo maior corredor do mundo) (International Organization for Migration, 2024, p. 3).

De um lado, observa-se o deslocamento de indivíduos e famílias que buscam a melhoria de suas condições de vida, seja por meio da inserção no mercado de trabalho, do acesso a oportunidades educacionais ou de sistemas de saúde mais eficientes. De outro, há os movimentos marcados pelo caráter compulsório, nos quais sujeitos são forçados a abandonar seus territórios de origem em decorrência de conflitos armados, perseguições religiosas, políticas, étnicas ou de gênero, bem como em virtude de graves violações de direitos humanos. É nesse segundo cenário que a precariedade se radicaliza: vidas postas em risco extremo necessitam salvaguardar sua existência diante da iminência da morte, da tortura ou da exclusão. Desse modo, compreender os perfis (biografia) e os sentidos (cartografia) da mobilidade humana pela lente da precariedade implica reconhecer que o movimento migratório não é apenas uma travessia geográfica, mas uma disputa pelo direito de ser reconhecido enquanto ser humano. Ao negar esse reconhecimento, Estados-nação reforçam a condição de descartabilidade de certas vidas, perpetuando “a produção diferencial da precariedade” (Butler, 2020).

O relatório mencionado sistematiza e apresenta a migração global por meio de dados quantitativos:

		International migrants^a	281 million international migrants globally in 2020, or 3.6 per cent of the world's population
Females^a	135 million	international female migrants globally in 2020, or 3.5 per cent of the world's female population	
Males^a	146 million	international male migrants globally in 2020, or 3.7 per cent of the world's male population	
Children^a	28 million	international child migrants globally in 2020, or 1.4 per cent of the world's child population	
Labour migrants^b	169 million	migrant workers globally in 2019	
Missing migrants^c	Around 8,500	dead and missing globally in 2023	

Fonte: Relatório Mundial sobre Migrações (International Organization for Migration, 2024, p. 4).

Outrossim, o documento faz um comparativo do panorama migratório global dos anos de 2000 e 2024:

	2000 report	2024 report
Estimated number of international migrants	150 million	281 million
Estimated proportion of world population who are migrants	2.8%	3.6%
Estimated proportion of female international migrants	47.5%	48.0%
Estimated proportion of international migrants who are children	16.0%	10.1%
Region with the highest proportion of international migrants	Oceania	Oceania
Country with the highest proportion of international migrants	United Arab Emirates	United Arab Emirates
Number of migrant workers	–	169 million
Global international remittances (USD)	128 billion	831 billion
Number of refugees	14 million	35.4 million
Number of internally displaced persons	21 million	71.4 million

Fonte: *Relatório Mundial sobre Migrações (International Organization for Migration, 2024, p. 8).*

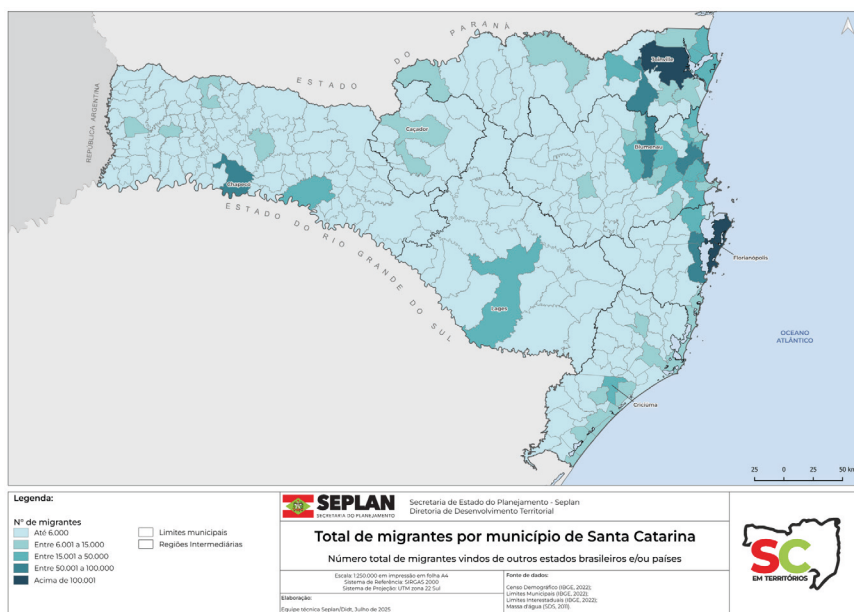
No lócus brasileiro, do ano de 2010 até o mês de agosto de 2024, o país “registrou a entrada de 1.700.686 migrantes, entre residentes permanentes, temporários e fronteiriços. Além disso, o País reconheceu 146.109 pessoas como refugiadas e recebeu 450.752 solicitações de reconhecimento da condição de refugiado” (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024, p. 5). Logo, “o fluxo migratório, nesse período, foi de cerca de 2,3 milhões de pessoas” (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024, p. 5). Especificamente em relação ao referido período, “o maior fluxo migratório é de migrantes vindos da Venezuela (500.636), do Haiti (183.102) e da Bolívia (110.795)” (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024, p. 5). Ademais, “os refugiados reconhecidos são, em sua maioria, da Venezuela (134.089), da Síria (4.100) e da República Democrática do Congo (1.158). Os solicitantes de refúgio têm como principais nacionalidades venezuelana (257.186), cubana (41.800) e haitiana (40.483)” (Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2024, p. 5).

Delimitando o foco de análise das migrações no Brasil, é cediço que o estado de Santa Catarina (SC) se caracteriza como um território de elevada relevância no cenário migratório brasileiro, apresentando fluxos expressivos tanto de migração interna quanto de migração internacional. No que se refere à população crescente de migrantes internacionais em Santa Catarina, destacam-se venezuelanos, haitianos e argentinos, bem como outros grupos provenientes da América Latina, Caribe e África. Ademais, “dados de maio de 2025 do Sistema de Registro Nacional Migratório (SisMigra) indicam que em Santa Catarina há 179.257 migrantes” (Santa Catarina, 2025). Essa diversidade biográfica apresenta desafios

para pensar políticas públicas que sejam adequadas às especificidades interseccionais que atravessam o “ser migrante” que reside em SC, especialmente no que tange à inclusão e à integração social, acesso a serviços essenciais e efetivação de direitos humanos. Nessa percepção, o desafio ético e político, portanto, é pensar políticas públicas de mobilidade e acolhimento que não hierarquizam vidas, mas que afirmem a igualdade fundamental da vulnerabilidade humana como base para o reconhecimento e a proteção de todos os seres humanos em movimento.

Os dados indicaram que “Florianópolis lidera o ranking dos municípios que mais receberam migrantes, ou seja, a soma tanto dos imigrantes estrangeiros quanto dos migrantes de outros estados, contabilizando 40,1% da população total do município” (Santa Catarina, 2025a). Diante disso, “depois de Florianópolis com 215.609 migrantes, em segundo lugar está Joinville com 184.492, em terceiro Chapecó com 80.973, seguido de perto por Blumenau com 90.589 e em quinto lugar Criciúma com 36.614 migrantes” (Santa Catarina, 2025a). Os dados corroboram a premissa de que “os fatores que explicam o crescimento da migração ao estado estão relacionados a diferentes aspectos que tornam o estado atrativo para quem busca melhor qualidade de vida” (Santa Catarina, 2025a). Destarte, “entre os principais influenciadores, destaca-se o mercado de trabalho dinâmico, com ampla oferta de vagas, alta formalização e renda média superior à nacional” (Santa Catarina, 2025a). Também, SC “figura entre os estados mais seguros do Brasil, o que favorece a permanência e o estabelecimento de novos moradores. O estado também apresenta bons indicadores de saúde e educação, além de possuir as menores taxas de analfabetismo e pobreza do país” (Santa Catarina, 2025a).

A Secretaria de Estado do Planejamento (Seplan), por intermédio da Diretoria de Desenvolvimento Territorial, elaborou um mapa que indica o número total de migrantes por município de SC.



Fonte: Santa Catarina, 2025a.

A partir das constatações da Seplan, “outro aspecto relevante é que os municípios que mais receberam migrantes são, em sua maioria, os mais populosos e com maior diversidade de oportunidades de emprego e renda” (Santa Catarina, 2025a). Delimitando os municípios receptores de migrantes, sabe-se que “em Chapecó, destaca-se a indústria alimentícia; em Joinville, a indústria metal-mecânica; em Blumenau, o setor têxtil; em Criciúma, a indústria cerâmica; e em Florianópolis, o setor de tecnologia e inovação” (Santa Catarina, 2025a). Outro ponto importante é que SC “apresenta forte potencial turístico apoiado na dinâmica do território, que movimenta a economia, atraindo investimentos e novos moradores” (Santa Catarina, 2025a). Por intermédio de tal cenário migratório em SC, retoma-se a discussão sobre a imprescindibilidade de superar contextos de vulnerabilidade e precariedade de vida a partir da implementação do aprimoramento de políticas públicas que concretamente sejam capazes de promover a inclusão social e a efetivação dos direitos humanos dos migrantes residentes no território catarinense.

A respeito disso, sabe-se que migrantes frequentemente enfrentam barreiras estruturais que limitam seu acesso a serviços essenciais, à educação, à saúde e ao mercado de trabalho formal, o que intensifica sua condição de vulnerabilidade, no sentido de que os marcadores interseccionais (gênero, raça, classe, nacionalidade, deficiência, entre outros) acabam reforçando sua precariedade existencial. A título conceitual, “a vulnerabilidade dos

migrantes é entendida como uma forma heterogênea de imposição de condição de impotência. Isso se baseia na suposição de que os migrantes são vulneráveis como sujeitos de direitos a partir do momento em que saem de casa para iniciar sua migração” (Bustamante, 2011, p. 98). O grande desafio posto em análise é justamente construir/arquitetar políticas públicas para migrantes em SC que contemplem os eixos da diversidade e da inclusão sob a lógica da interseccionalidade.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA MIGRANTES: UMA ANÁLISE DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024-2027) DE SC

A conotação da expressão “mobilidade humana” detém sua significação alicerçada na noção de migrações internacionais, percebidas pela “saída voluntária de uma pessoa (migrante) do território do seu Estado de origem, sendo sua motivação complexa e diversa, e os deslocamentos forçados, em especial o refúgio, que corresponde ao ingresso de uma pessoa (refugiado) em território distinto do seu Estado de origem” (Ventura, 2015, p. 58). Aliadas ao fenômeno migratório, no *locus* brasileiro, as políticas públicas são definidas 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). Sob essa óptica, constata-se que “grande parte das políticas públicas implantadas no país, até então, carecem de efetividade, eficácia e eficiência, sendo a principal consequência disso um futuro incerto acerca da conquista de padrões razoáveis de desenvolvimento com inclusão” (Schmidt, 2007, p. 1989). Logo, “os marcos interseccionais revelam as maneiras pelas quais as políticas públicas favorecem as desigualdades sociais” (Collins; Bilge, 2021, p. 197).

Na seara migratória, é cediço que as políticas públicas emergem enquanto mecanismos fundamentais para mitigar as vulnerabilidades, assegurando a concretização da inclusão social e a efetivação dos direitos humanos dos migrantes. Logo, no campo sanitário, “o direito à saúde, previsto constitucionalmente como um direito de todos e dever do Estado (CF/1988, art. 196), permanece, na prática, distante da realidade de grupos em situação de vulnerabilidade interseccional” (Gorisch, 2025, p. 16). Sob a perspectiva crítica dos direitos humanos, o acesso à saúde deve ser garantido a todos os indivíduos, incluindo aqueles que se encontram em situação migratória irregular (nenhum ser humano é ilegal). A pauta da saúde e dos direitos dos migrantes não foi construída apenas por meio da mobilização dos movimentos sociais, mas também recebeu adesão de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Internacional para as Migrações (OIM) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (ACNUR) (Ventura, 2015).

Nesse contexto, a limitação do acesso a direitos por parte dos migrantes intensifica sua condição de vulnerabilidade e aprofunda as iniquidades em saúde; em contrapartida, o reconhecimento desses direitos favorece processos de integração, reduz potenciais custos sociais e sanitários de longo prazo e contribui para o desenvolvimento econômico e social do país de destino. Dessa forma, a análise da vulnerabilidade de migrantes e refugiados deve considerar dois planos: por um lado, fatores individuais interseccionais, como gênero, idade, deficiências, níveis de segurança e escolaridade; por outro, determinantes estruturais, como condições de vida e de trabalho, grau de proteção legal e situação migratória, exposição à violência e a conflitos, barreiras linguísticas e culturais, bem como a proteção recebida durante o processo migratório, incluindo situações de detenção (Ventura, 2015). A OMS estabelece o conceito de saúde a partir da concepção ampla, transcendendo a ausência de doença, como estado de completo bem-estar físico, mental e social que um ser humano contempla para ter acesso aos bens comuns da humanidade e, por consequência, alcançar uma vida digna de ser vivida (OMS, 1948).

Diante dessa concepção, constata-se que a população migrante e refugiada encontra diversos entraves relacionados à saúde, que se manifestam tanto no âmbito físico quanto no psicológico e social. Durante o processo migratório, marcado por deslocamentos forçados, condições precárias de viagem e (re)produção de vulnerabilidades em várias dimensões existenciais, há maior incidência de doenças infecciosas, desnutrição ou deficiências nutricionais, além da interrupção de tratamentos de doenças crônicas. Ademais, mulheres e crianças migrantes apresentam riscos acentuados no campo da saúde materno-infantil, em virtude da dificuldade de acesso ao pré-natal e à assistência pediátrica adequada. Tais fatores contribuem para um quadro de maior suscetibilidade a agravos à saúde e revelam a complexidade das demandas em saúde do “ser migrante”. No campo da saúde mental, as necessidades tornam-se mais evidentes, uma vez que migrantes e refugiados frequentemente vivenciam experiências traumáticas associadas a guerras, perseguições, violência ou perdas significativas que repercutem na seara da (in)efetivação dos direitos humanos, com ênfase para o direito à saúde.

Essas situações provocam altos índices de transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade, agravados pela inserção em contextos de instabilidade e incerteza. O processo de adaptação cultural e a ruptura de redes de apoio familiar e comunitário intensificam a sensação de isolamento social, dificultando a integração e ampliando os desafios para a promoção do bem-estar psicológico e social dessa população. Além dos problemas clínicos, as barreiras estruturais e sociais configuram um dos maiores obstáculos ao cuidado em saúde de migrantes e refugiados. Entre elas, destacam-se o desconhecimento da língua local, a ausência de documentação regular, a vulnerabilidade econômica e a ocorrência de preconceito ou xenofobia nos serviços de saúde. Diante disso, torna-se imprescindível a formulação de políticas públicas que assegurem o acesso universal e

equitativo, associadas a práticas de atendimento culturalmente sensíveis, apoio psicossocial, mediação linguística/intercultural/sanitária⁷ e continuidade do cuidado, no sentido de que tais estratégias configuram-se enquanto imprescindíveis para superar desigualdades e garantir a integralidade da atenção em saúde a essa população em situação de mobilidade.

No contexto brasileiro, a população migrante, independentemente de sua situação documental, possui o direito de acessar o SUS de maneira universal e gratuita. Tal prerrogativa decorre dos princípios que regem o SUS (universalidade, integralidade e equidade), os quais asseguram a inclusão de todos os indivíduos no sistema, sem restrições relacionadas à nacionalidade ou à regularidade migratória. Nesse sentido, os serviços de saúde estão legalmente obrigados a prestar atendimento a migrantes e refugiados, garantindo-lhes acesso tanto à atenção primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto aos serviços de urgência e emergência, além de programas preventivos, como imunização, e de acompanhamento contínuo, voltados especialmente ao acompanhamento de doenças crônicas. Entretanto, em que pese o país “tenha um sistema de saúde reconhecido internacionalmente, é fundamental incluir essa população nos planos de saúde e ações intersetoriais, com fluxos claros, protocolos adaptados, materiais em diferentes idiomas e presença de mediadores culturais” (Brasil, 2025).

A vista disso, migrantes específicos, “como indígenas migrantes, cujas línguas originais não incluem o português, e brasileiros repatriados ou retornados forçados enfrentam dificuldades ainda maiores, como interrupção de tratamentos e falta de vacinação, exigindo respostas humanizadas e articuladas com políticas públicas” (Brasil, 2025). Embora o Brasil tenha firmado e incorporado tratados internacionais que reconhecem a saúde como um direito humano “fundamental, como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC), a aplicação interna desses compromissos ainda carece de efetividade concreta, especialmente quando se trata de populações em situação de deslocamento” (Gorisch, 2025, p. 17). No *locus* do direito à saúde, o Brasil reafirma seu compromisso com a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde por meio da Nota Técnica n. 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, publicada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2024).

Tal documento estabelece orientações e diretrizes de boas práticas destinadas a gestores e profissionais da saúde, com o objetivo de assegurar que pessoas migrantes, refugiadas e apátridas possam acessar de forma adequada e contínua os serviços ofertados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o território nacional (Brasil, 2024). No plano jurídico de reconhecimento da população migrante, um olhar específico para o es-

7 Ver MARQUES, C. M. F. L.; DUTRA, G. S.; WICHINESKI, T. J. A mediação sanitária como instrumento de efetivação do direito humano à saúde dos migrantes. *Scientia Iuris*, v. 29, n. 2, p. 92-104, 2025. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/view/52971>. Acesso em: 28 set. 2025.

tado de Santa Catarina (SC) revela a existência da Lei n. 18.010 de 9 de outubro de 2020⁸, que Institui a Política Estadual para a População Migrante, dispõe sobre seus objetivos, princípios, diretrizes e ações prioritárias em SC (Santa Catarina, 2020). No âmbito das políticas públicas de saúde, emerge o Plano Estadual de Saúde (PES) (2024-2027) de SC que se constitui enquanto o principal instrumento de planejamento da gestão do SUS em âmbito estadual, elaborado a cada quatro anos, em consonância com as diretrizes nacionais e com os princípios da universalidade, integralidade e equidade (Santa Catarina, 2023).

Sob essa perspectiva, a apresentação do PES 2024-2027⁹ de SC elucida a importância do plano para a efetivação do direito humano à saúde da população residente em SC:

A SES/SC almeja ser uma instituição de excelência na promoção do acesso às ações e serviços de saúde, melhorando a qualidade de vida da população local. Nesse grande desafio, a SES/SC reafirma o compromisso ético e social, transparência e controle social, sem esquecer da humanização, valorização e respeito ao trabalho em saúde, equidade, qualidade, inovação, integração e descentralização, valores de fundamental importância para o alcance dos nossos objetivos. O PES é um documento que reflete o compromisso do governo com a saúde dos catarinenses. Ele traduz as prioridades explicitadas pela sociedade nas Conferências Macrorregionais e Estadual de 2023, propondo medidas e ações para os próximos quatro anos. Vale ressaltar que este documento está alinhado ao Decreto nº 7.508/2011 do Governo Federal e sua elaboração derivou de uma análise da situação de saúde, identificando e priorizando os principais problemas para subsidiar o planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das ações de saúde. As prioridades foram definidas num processo transparente, democrático e participativo, envolvendo profissionais da SES/SC, do Ministério da Saúde (MS), do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES). O PES 2024-2027 foi orientado pelas propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde, avaliação do PES 2020-2023, Plano de Governo para a Saúde e propostas das áreas técnicas da SES (Santa Catarina, 2023, p. 13).

-
- 8 O art. 1º estabelece: "Art. 1º Institui a Política Estadual para a População Migrante, a ser implementada de forma transversal às políticas e serviços públicos, com os seguintes objetivos: I – garantir ao migrante o acesso a direitos fundamentais, sociais e aos serviços públicos; II – promover o respeito à diversidade e à interculturalidade; III – impedir violações de direitos; e IV – fomentar a participação social e desenvolver ações coordenadas com a sociedade civil. Parágrafo único. Considera-se população migrante, para fins desta Lei, todas as pessoas que se transferem do seu lugar de residência habitual em outro país para o Brasil, compreendendo migrantes laborais, estudantes, pessoas em situação de refúgio, apátridas, bem como suas famílias, independentemente de sua situação imigratória e documental" (Santa Catarina, 2020).
- 9 De acordo com o preceituado no PES: "O PES 2024-2027 de Santa Catarina é produto de um processo coletivo que contou com ampla participação de gestores e técnicos das diferentes áreas e das Unidades Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde; o Conselho Estadual de Saúde (CES); o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-SC); atores regionais; representação da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS-SC). A construção coletiva impacta a qualidade do diagnóstico e das propostas e potencializa a responsabilidade compartilhada sobre os objetivos e resultados" (Santa Catarina, 2023).

Em relação à saúde da população migrante, durante a IX Conferência Estadual de Saúde, realizada em julho de 2023, resultou em propostas voltadas para atender às necessidades em saúde do “ser migrante” que reside em solo catarinense, quais sejam:

PROPOSTA 8: Ampliar e garantir o repasse de recursos destinados aos serviços da RAPS com: previsão de construção de sedes próprias para os CAPSs; ampliação das equipes de Atenção Primária incluindo profissionais de Saúde mental; qualificação e ampliação de leitos de Saúde mental em hospitais gerais e outros dispositivos de atenção à crise; fomentar a educação permanente e o matriciamento na perspectiva da clínica ampliada, fortalecimento das políticas de saúde transversais (mulher, criança, pop negra, indígena, LGBTQIA+, pessoa com deficiência e situação de rua, **imigrantes**, idosos e trabalhadores); **PROPOSTA 14:** Aumentar a transferência pelos governos federal e estadual diretamente aos municípios em detrimento das emendas parlamentares, que o orçamento da saúde seja repassado aos municípios de forma igualitária per capita e não por emendas parlamentares sendo observado também os **movimentos migratórios**; **PROPOSTA 83:** Fomentar e garantir recursos federais e estaduais para promoção de programas de educação permanente aos profissionais de saúde atuantes no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, afim de aprimorar a qualidade do atendimento em demandas específicas como violência, suicídio, saúde mental, população de baixa renda, **imigrantes** e desenvolvimento das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos municípios. Abrangência Estadual e Nacional (Santa Catarina, 2023).

Nessa óptica propositiva, o PES 2024-2027 menciona a atuação da Secretaria Estadual de Saúde (SES/SC) no que se refere à promoção da equidade no âmbito da saúde por intermédio da implementação/aprimoramento de políticas públicas voltadas a determinados grupos populacionais¹⁰, entre eles: imigrantes e refugiados (Santa Catarina, 2023, p. 62). Em seguida, o documento reconhece a complexidade dos eixos da diversidade e inclusão sob a égide do fenômeno migratório em SC: “a migração complexifica a assistência à saúde devido à diversidade cultural e possíveis empecilhos de comunicação. As nacionalidades mais expressivas em número em SC são haitianos, bolivianos, venezuelanos, colombianos e argentinos, respectivamente” (Santa Catarina, 2023, p. 63). As implicações práticas da vulnerabilidade das populações são uma gama de barreiras que obstaculizam o acesso a direitos.

10 Os grupos populacionais são: “povos indígenas, população negra, pessoas privadas de liberdade, população em situação de rua, população LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais, Queer/Questionando, Intersexuais, Assexuais/ Arromânticas/ Agênero, Panssexuais/Poli, Não-binária e mais), população do campo, florestas e águas, imigrantes e refugiados” (Santa Catarina, 2023, p. 62).

A título exemplificativo, o PES menciona que “pessoas de baixa renda, minorias étnicas, populações indígenas, pessoas em situação de rua e imigrantes muitas vezes lidam com condições de vida precárias que aumentam sua vulnerabilidade a doenças” (Santa Catarina, 2023, p. 63). Por fim, “a discriminação e o estigma podem impedir o acesso a serviços de qualidade, perpetuando o ciclo de desigualdade” (Santa Catarina, 2023, p. 63). Sobretudo, uma análise do Plano Estadual de Saúde (PES 2024-2027) de SC constata a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à população migrante, reconhecendo as especificidades e vulnerabilidades desse grupo social no acesso aos serviços de saúde, contemplando os eixos da diversidade e inclusão sob a perspectiva da interseccionalidade.

Por isso, é perceptível que o documento reconhece a importância da Atenção Primária como porta de entrada preferencial do sistema, bem como a necessidade de estratégias intersetoriais que considerem fatores socioculturais, linguísticos e legais que permeiam a experiência migratória. Dessa forma, ao incorporar ações direcionadas à inclusão de migrantes, o Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina reafirma o compromisso do Estado com a promoção da equidade e a redução das desigualdades no âmbito da saúde pública. Aliada ao contexto de reconhecer a população migrante enquanto sujeitos de direitos humanos, a perspectiva da Teoria do Direito Fraternal, desenvolvida pelo jurista italiano Eligio Resta na década de 90, converte-se em um referencial teórico que oferece contribuições concretas para a efetivação dos direitos humanos e a inclusão social da população migrante.

Em razão disso, Resta (2020, p. 13) lança a seguinte premissa paradoxal “*os Direitos Humanos são aqueles direitos que somente podem ser ameaçados pela própria humanidade, mas que não podem encontrar vigor, também aqui, senão graças à própria humanidade*”. Isso porque “se olharmos retrospectivamente os direitos humanos não encontramos mais um ser moral ou soberano, mas descobrimos, ao invés disto, as prerrogativas de uma espécie em perigo” (Resta, 2008). Sob as lentes do Direito Fraternal, retoma-se a concepção de “vida precária” construída por Butler para resgatar a carga valorativa do corpo enquanto mecanismo vital de vivência e experiência humana (Butler, 2020). O conteúdo do corpo é preenchido pela vida, “o corpo é uma pista dos modos de se “compreender” e “explicar”; seguindo seu rastro metafísico, poderíamos o definir como mecanismo de auto-observação, auto-descrição, auto-regulação, e, talvez, o mais generativo de todos” (Resta, 2008).

Do mesmo modo, “vida é mais que a vida, é excesso que se refere ao seu lugar, ao corpo. O corpo, rastro e contenedor, é o lugar dentro do qual deve ser remetida a vida, com todas as duplicidades, com todos os seus ambivalentes significados” (Resta, 2008). Ademais, pela significação de “vida precária”, perspectiva-se que o corpo, enquanto locus da experiência humana, carrega em si uma dimensão política que não pode ser ignora-

da. Para Resta, o corpo não é uma abstração jurídica, mas um espaço preenchido pela vida, cuja dignidade reclama reconhecimento recíproco entre sujeitos. Nesse sentido, a articulação entre Resta (2020) e Butler (2020) permite compreender que a superação da precariedade e dos processos de vulnerabilidade exige o deslocamento do corpo do campo da invisibilidade para o da legitimidade social e política, assegurando-lhe reconhecimento como sujeito de direitos.

Assim, ao mesmo tempo que o corpo, para Butler, constitui-se como terreno da vulnerabilidade e da exposição ao outro, em Resta ele encontra ressonância na ideia de fraternidade, que atribui à vida encarnada uma dimensão ética de responsabilidade compartilhada. A fraternidade propõe que o caminho para a inclusão seja assumir a diversidade humana enquanto dimensão de responsabilidade, tendo em vista que o reconhecimento da diversidade é o elemento necessário para a construção de espaços comuns compartilhados em comunidade em prol efetivação dos direitos humanos. Em outras palavras, quando incorporada no mundo real, a fraternidade constrói, comunitariamente, o lugar heurístico que revela os vínculos éticos que são estabelecidos com o Outro para que ocorra o desvelamento dos paradoxos da humanidade. A fraternidade recoloca em questão o ponto mediativo do liame comunicacional entre o “eu” e o “outro” no paradoxo da humanidade. Destarte, “é na comunidade que podemos resgatar os velhos conceitos esquecidos, é através da comunidade que podemos nos conectar com o mundo, é na comunidade que encontramos o sentido da auto-responsabilização pelo “outro”” (Resta; Jaborandy; Martini, 2017, p. 94).

Para Resta, a imbricação entre fraternidade, vida e corpo está justamente na premissa de que:

El bios definido por un territorio es paradójica. Por eso, en la Revolución Francesa, apenas unas décadas después, la fraternidad definida sobre la base exclusiva de la “nación” fue olvidada, abandonada en la buhardilla. Se convirtió en la pariente pobre, la prima del pueblo, de la libertad y la fraternidad. No podía, ni puede, ser más que así, porque la fraternidad es la verdadera paradoja sobre la que tiene lugar el desafío de los destinos de una comunidad. No es casualidad que en la fraternidad estén Antígona y Polinices, pero también Caín y Abel. Son hermanos porque son enemigos y enemigos porque son hermanos. El verdadero antagonista de la fraternidad es esa enemistad constituida por toda soberanía y toda ciudadanía. El dere-cho jurado por una comunidad fraterna siempre lleva consigo el espectro del asesinato fundacional del padre (como en toda revolución), por lo que el verdadero desafío de la democracia es su implantación sin la violencia original del soberano. Estamos en el centro de las paradojas de la democracia moderna. Por otro lado, la fraternidad encuentra un fuerte retroceso en la ciudadanía (y sus derechos), tal como se articulan en la experiencia de los Estados modernos. La ciudadanía confina

la fraternidad en un territorio (fuera se es no ciudadano), reconociendo derechos sólo si se “conceden” y bajo condiciones específicas. Nunca como en este caso el “confin” deviene “frontera” y el espacio político sigue arremolinándose con la enemistad” (Resta, 2022, p. 387).

A fraternidade é um modelo de direito que se apresenta enquanto aversão à compulsão identitária e à hegemonia do Estado-nação que impõe “quem é cidadão e quem não o é. Ele não se fundamenta em um *ethnos* que inclui e exclui, mas em uma comunidade, na qual as pessoas compartilham sem diferenças, porque respeitam todas as diferenças” (Sturza; Martini, 2016, p. 996). Constata-se que, pelas “mãos” da fraternidade, é possível reconhecer que todos os seres humanos que compõem a sociedade integram igualmente a humanidade e, portanto, devem ter garantida a possibilidade de viverem suas vidas com dignidade, livres das perversidades que negam sua condição humana. No contexto das políticas públicas de saúde, a dimensão da fraternidade revela-se ainda mais necessária, sobretudo no que se refere à população migrante, frequentemente submetida a processos de exclusão e invisibilização. A fraternidade, compreendida como uma emergência do tempo presente em nome do tempo futuro, projeta-se como atmosfera de responsabilidade indispensável à restituição das humanidades negadas ao “ser migrante”, conferindo-lhe reconhecimento sob a égide dos eixos da diversidade e inclusão.

4 CONCLUSÃO

Da dimensão teórica à concreta, constata-se que o estudo das contribuições do Direito Fraternal aplicadas às possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde no contexto migratório se faz imprescindível para garantir a inclusão social e efetivação dos direitos humanos, com ênfase para o direito à saúde da população migrante residente em SC. Isso porque a fraternidade detém potencialidade de transcender o plano das discussões teóricas e ingressa no mundo real para desobstruir as vias de acesso aos direitos humanos. Logo, a relevância do estudo impacta tanto na dimensão social quanto na dimensão jurídica porque a fraternidade se apresenta enquanto proposta concreta de ser incorporada no lócus da humanidade para instaurar uma temporalidade comum compartilhada em prol da inclusão e do reconhecimento da população migrante na dimensão comunitária.

Sob a perspectiva da Teoria do Direito Fraternal, constata-se que, enquanto o principal documento que subsidia políticas públicas de saúde em SC, para que seja possível promover inclusão social e efetivar o direito humano à saúde da população migrante residente em SC, o PES deve reconhecer a diversidade interseccional do “ser migrante” em seu conteúdo formal e material, fato que foi corroborado pela análise do documento em

questão. Logo, vislumbra-se a potencialidade da fraternidade de ser incorporada na lógica das políticas públicas de saúde para instigar práticas humanizadas e ações estratégicas direcionadas para atender às demandas em saúde dos migrantes em solo catarinense. A diversidade dos migrantes pressupõe que eles tenham demandas em saúde diferentes da população autóctone, tal premissa evidencia a necessidade de articular políticas públicas de saúde que atendam essa diversidade para que concretamente seja possível promover a inclusão social e a efetivação do direito humano à saúde do “ser migrante”.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Migração e saúde pública**: por uma política nacional com foco em equidade e acolhimento. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/junho/migracao-e-saude-publica-por-uma-politica-nacional-com-foco-em-equidade-e-acolhimento>. Acesso em: 28 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica n. 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-8-2024.pdf>. Acesso em: 28 set. 2025.

BUSTAMANTE, J. A. Extreme vulnerability of migrants: the cases of the United Nations and Mexico. **Migraciones Internacionales**, v. 6, n. 1, p. 97-118, 2011. Disponível em: <https://migracionesinternacionales.colef.mx/index.php/migracionesinternacionales/article/view/770/294>. Acesso em: 27 set. 2025.

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto? 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In: AGUIAR, N. (org.). **Gênero e raça na América Latina**. Belo Horizonte: UFMG, 2002. p. 79-87. Disponível em: <https://www.scielo.br/jj/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 set. 2025.

CRENSHAW, K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. **Stanford Law Review**, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, jul. 1991. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1229039?read-now=1&seq=4>. Acesso em: 27 set. 2025.

DREXLER, J. **Movimiento**. 2006. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/jorge-drexler/movimiento/traducao.html>. Acesso em: 26 set. 2025.

CASTELS, S.; MILLER, M. J. **The Age of Migration**. 2. ed. London: Macmillan Press, 1998.

GORISCH, P. Direito à Saúde se Mulheres Migrantes LGBTI+: Invisibilidades Cruzadas e a Urgência da Interseccionalidade nas Políticas Públicas. In: DUTRA, G. S.; STURZA, J. M.; NIELSSON, J.

G. **Direito humano à saúde, gênero e migração [recurso eletrônico]**: diálogos a partir do projeto “Saúde e gênero: limites e possibilidades da mediação sanitária enquanto mecanismo de efetivação do direito humano à saúde para mulheres migrantes no estado do Rio Grande do Sul (RS)” – volume 2. Blumenau: Dom Modesto, 2025. Disponível em: <https://www.dommodesto.com.br/produto/direito-humano-a-saude-genero-e-migracao-dialogos-a-partir-do-projeto-saude-e-genero-limites-e-possibilidades-da-mediacao-sanitaria-enquanto-mecanismo-de-efetivacao-do-direito-humano-a-sau-2/>. Acesso em: 27 set. 2025.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). **World Migration Report 2024**. 2024. Disponível em: https://brazil.iom.int/sites/g/files/tmzbd11496/files_d.ouments/2024-05/world-migration-report-2024.pdf. Acesso em: 27 set. 2025.

LÓPEZ, D. J. G. Positivismo jurídico: retos y alternativas. **Entrevista al Profesor**

Eligio Resta, Universidad de Granada, v. 56, p. 377-392, 2022. Disponível em: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/21542>. Acesso em: 28 set. 2025.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA (MJSP). **Migração no Brasil**. Boletim Informativo n. 4, out. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/secretaria-nacional-de-justica-senajus/boletim-da-migracao-no-brasil_10102024_versao-agosto-final-10-out-2024-1.pdf. Acesso em: 27 set. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Conceito de Saúde**. 1948. Disponível em: <https://www.who.int/pt>. Acesso em: 28 set. 2025.

RESTA, E. **Diritto Vivente**. Roma: Laterza & Figli Spa, 2008.

RESTA, E. **O direito fraterno [recurso eletrônico]**. 2. ed. Tradução: Bernardo

Baccon Gehlen, Fabiana Marion Spengler e Sandra Regina Martini. Santa Cruz do Sul: Esserenel Mondo, 2020.

RESTA, E.; JABORANDY, C. C.; MARTINI, S. R. Direito e

Fraternidade: a dignidade humana como fundamento. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 53, p. 92-103, set./dez. 2017. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/direito/article/view/11364>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SANTA CATARINA (SC). **Lei n. 18.010 de 09 de outubro de 2020**. 2020. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2020/18018_2020_lei.html. Acesso em: 28 set. 2025.

SANTA CATARINA (SC). Secretaria da Assistência Social, Mulher e Família. **Santa Catarina terá programação do mês do Migrante e Refugiado**. 2025. Disponível em: <https://www.sas.sc.gov.br/index.php/noticias/2594-santa-catarina-tera-programacao-do-mes-do-migrante-e-refugiado>. Acesso em: 27 set. 2025.

SANTA CATARINA (SC). Secretaria de Estado do Planejamento (Seplan). **Seplan lança SC em Territórios**. 2025a. Disponível em: <https://www.seplan.sc.gov.br/seplan-lanca-sc-em-territorios/>. Acesso em: 27 set. 2025.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Plano Estadual de Saúde (2024-2027) - PES**. 2023. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/servicos/planejamento-em-saude/plano-estadual-de-saude-pes>. Acesso em: 28 set. 2025.

SCHMIDT, J. P. Gestão de políticas públicas: elementos de um modelo pós-burocrático e pós-gerencialista. *In*: REIS, J. R.; LEAL, R. G. (org.). **Direitos Sociais & Políticas Públicas**: Desafios contemporâneos. Tomo 7. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2007.

SCHMIDT, J. P. Para estudar políticas públicas: aspectos conceituais, metodológicos e abordagens teóricas. **Revista de Direito da UNISC**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 56, p. 119-149, set./dez. 2018. Disponível em: <https://seer.unisc.br/index.php/direito/article/view/12688>. Acesso em: 27 set. 2025.

STURZA, J. M.; MARTINI, S. R. As Dimensões da Sociedade através

da Metateoria do Direito Fraterno: um espaço para a análise do direito à saúde. **Revista de Sociologia, Antropologia e Cultura Jurídica**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 990-1008, jul./dez. 2016.

VENTURA, D. Mobilidade Humana e Saúde Global. **Revista USP**, São Paulo, n. 107, p. 55-64, out./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revusp/article/view/115113/112818>. Acesso em: 27 set. 2025.

CAPÍTULO II

RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS ODS 6 E 16 E O DESAFIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Mauricio da Cunha Savino Filó¹

Morgana Comin Zeferino²

1 INTRODUÇÃO

O mundo tem experimentado, após a chamada Quarta Revolução Industrial, impactos na sociedade, economia e meio ambiente, em razão de avanços principalmente na área tecnológica. Esse célere avanço ensejou a necessidade de um esforço internacional de cooperação voltado à promoção do desenvolvimento sustentável e da garantia da não violação dos direitos humanos.

-
- 1 Doutor em Direito pelo PPGD da UFSC. Mestre em Direito pela Universidade Presidente Antônio Carlos – PPGD (Unipac). Pós-graduado e graduado em Direito Processual pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (IEC, 2004). Professor Permanente do PPGD/Unesc. Editor-Chefe da *Revista Direitos Humanos e Sociedade*. Membro do Comissão Permanente de Reconhecimento (CPR) dos diplomas de pós-graduação stricto sensu solicitados aos programas da Universidade do Extremo Sul Catarinense Unesc. Professor da Graduação e membro do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Direito da Unesc. Líder do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Políticas Públicas e Acesso à Justiça (Dipjus). Membro do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nupec). Membro do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC). Membro da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, PUC-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, Furb, Ufop, Unirio, UFRJ e Furg). Membro da Rede de Pesquisa Direito e Políticas Públicas (Rede-DPP). Membro da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochopecó). Possui experiência na área do Direito, atuando principalmente nos seguintes temas: Acesso à Justiça; Educação Jurídica; Formas Adequadas de Resolução de Conflitos; Novas Tecnologias, Processos Estruturais, Agenda 2030. Advogado. Lattes <http://lattes.cnpq.br/5488041020174684>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7436-1664>. Email: prof.filo@unesc.net.
 - 2 Mestranda em Direito na linha de pesquisa Direitos Humanos, Cidadania e Novos Direitos, junto à Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc), sendo bolsista pela Capes. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Direitos Humanos e Cidadania (Nupec) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc). Pós-graduanda lato sensu em Direito Público Constitucional, Administrativo e Tributário. Pós-graduanda lato sensu em Direito Processual Civil e Processo de Execução, ambas pelo Centro Universitário Única (Grupo-Prominas). Graduada em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (PIBIC/Unesc) realizado no período de 2021-2022. Monitoria realizada no período de 2021/2 (Unesc); PIBIC/Unesc no período de 2022-2023. Monitoria realizada no período de 2023/2 (Unesc), ambas na matéria: Teoria Geral do Processo (TGP). Advogada inscrita na OAB/SC n 70.882. Orcid: 0000-0001-7023-6877. Email: morganacominz@gmail.com

Esse novo comportamento – adotado para acompanhar a sociedade diante das complexidades emergentes – se materializou com a criação de instrumentos internacionais, em especial, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, lançada pela Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 2015. Composta por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a Agenda representa um pacto universal realizado entre as nações com o fim de erradicar todas as formas de pobreza, proteger o planeta Terra e assegurar prosperidade, paz e justiça para todos os povos.

Entretanto, sabe-se que mesmo diante dos compromissos assumidos pelas nações, incluindo o Brasil, grandes desafios persistem. Situações alarmantes de vulnerabilidade social em que parcelas da sociedade carecem de acesso aos direitos humanos básicos, como acesso a água potável, saneamento, saúde e instituições eficazes, ainda são uma realidade.

Assim, suscita-se uma questão central para a elaboração deste artigo: como a implementação dos ODS 6 e 16 tem contribuído para a efetivação dos direitos humanos, a fim de reduzir as desigualdades sociais e promover uma sociedade justa e sustentável?

Ressalta-se que a relevância desta pesquisa reside justamente da urgência em analisar a eficácia e os resultados dessa cooperação adotada mundialmente para o combate das assimetrias socioeconômicas e ambientais, refletidas no acesso desigual à água, à saúde e à justiça.

Este trabalho divide-se em dois capítulos. No primeiro, o objetivo é verificar a concepção, os avanços, desafios e retrocessos no cumprimento das metas da Agenda 2030, em especial dos ODS 6 e 16 a partir de dados oficiais extraídos do Relatório Nacional Voluntário (RNV) – Brasil 2024, elaborado pela Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS), em parceria com o IBGE, Ipea, ANA, Ministério da Saúde e outros órgãos públicos.

No segundo capítulo, o objetivo é explicar a relação entre direitos humanos e políticas públicas, ressaltando a importância destas para a execução e efetivação das metas dos ODS, verificados no primeiro capítulo.

A pesquisa adota o método dedutivo, o procedimento monográfico e a técnica bibliográfica e documental, com base em livros, artigos científicos, legislações, dissertações e relatórios oficiais nacionais e internacionais.

2 A AGENDA 2030: CRIAÇÃO, RELEVÂNCIA E RESULTADOS DOS ODS 6 E 16

A Agenda 2030 foi criada em setembro de 2015, durante a comemoração do septuagésimo aniversário da Organização das Nações Unidas (ONU), quando Chefes de Estado e de Governo decidiram estabelecer um conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) de alcance global. O documento surgiu como uma resposta histórica aos desafios contemporâneos, com metas universais, integradas e transformadoras, voltadas ao bem-estar humano e ao equilíbrio entre as dimensões econômica, social e ambiental (United Nations, 2015).

Os 17 ODS foram pensados e criados como um plano de ação global para erradicar a pobreza, proteger o planeta e promover o bem-estar das gerações presentes e futuras. Cada objetivo da Agenda é detalhado em 169 metas específicas, que orientam os países na formulação das políticas públicas, programas sociais, ambientais e econômicos, com base no princípio de que “ninguém deve ser deixado para trás” (United Nations, 2015).

A interdependência entre os ODS significa que o progresso em um objetivo pode potencializar os demais, enquanto retrocessos em áreas críticas, como o meio ambiente, igualdade ou governança, comprometem o alcance da Agenda como um todo, transformando-a em algo meramente formal, sem alcançar os resultados eficazes pela qual ela foi criada.

Para Zamignan *et al.* (2022, p. 562), a compreensão dos ODS não deve ser feita visando a um produto acabado, mas enquanto instrumento de incentivo a uma visão sistêmica e integrada, possibilitando transmitir um valor superior aos objetivos da Agenda. Os autores afirmam que assim é possível alcançar e avançar na construção de um mundo melhor para a atuação e as futuras gerações.

Entre suas funções, a Agenda 2030 compromete os países signatários a promover sociedades pacíficas, justas e inclusivas, garantindo a concretização de Direitos Humanos, assegurando a igualdade de gênero e a proteção de mulheres e crianças, além de proteger de maneira duradoura os recursos naturais do planeta. O documento prevê a criação de condições para o crescimento econômico sustentável e inclusivo, com prosperidade compartilhada e trabalho decente para todos (United Nations, 2015).

Outro ponto fundamental mencionado é a garantia de que ninguém será deixado para trás nessa caminhada, reafirmando a centralidade e a preocupação com a dignidade humana. Nesse sentido, é nítido verificar que os debates da Agenda se comprometem a priorizar os grupos mais vulneráveis e os países em situação de maior atraso. Assim, os benefícios do desenvolvimento devem alcançar, primeiramente, todos os povos e os segmentos sociais que mais urgentemente precisam (United Nations, 2015).

Neste artigo, serão analisados dois ODS que assumem papel central para o desenvolvimento humano e institucional.

O primeiro é o ODS 6 (Água limpa e saneamento), que trata da garantia do acesso universal e equitativo à água potável, ao saneamento básico e à gestão sustentável dos recursos hídricos, elementos indispensáveis à saúde pública, à dignidade humana e à preservação ambiental:



ODS 6 - Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos.

(Fonte: Nações Unidas, 2015).

O segundo é o ODS 16 (Paz, justiça e instituições eficazes), que busca promover sociedades pacíficas e inclusivas, assegurar o acesso à justiça para todos e fortalecer instituições transparentes, responsáveis e resilientes:



ODS 16 - Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.

(Fonte: Nações Unidas, 2015).

A análise desses dois objetivos em conjunto permite compreender como a Agenda 2030 articula dimensões essenciais da vida em sociedade, unindo aspectos materiais de infraestrutura e saúde com pilares institucionais de governança e justiça.

Primeiramente, destaca-se que o ODS 6, “Água limpa e saneamento”, reconhece a água como um direito humano fundamental. Esse direito está intrinsecamente ligado à saúde pública, à segurança alimentar, à produção de energia, ao equilíbrio ambiental e à redução das desigualdades sociais. Assim, esse ODS reconhece que o acesso universal à água potável e ao saneamento é condição indispensável para o desenvolvimento sustentável (United Nations, 2015).

Em nível global, o mundo testemunhou avanços significativos no acesso à água potável e ao saneamento básico, ainda que o progresso permaneça desigual. Entre 2000 e

2024, a população global cresceu de 6,2 bilhões para 8,2 bilhões de pessoas, e cerca de 2,2 bilhões obtiveram acesso à água potável gerida com segurança, enquanto 2,8 bilhões passaram a dispor de saneamento seguro (OMS; Unicef, 2025).

Entretanto, apesar de esses números representarem avanços expressivos, o ritmo de redução da população sem acesso a esses serviços essenciais tem sido mais lento, revelando uma persistente desigualdade entre países e regiões. As diferenças socioeconômicas e territoriais determinam o acesso à infraestrutura hídrica e sanitária, reforçando a necessidade de políticas públicas inclusivas e sustentáveis para garantir o cumprimento das metas da Agenda 2030 (OMS; Unicef, 2025).

A seguir será apresentado um quadro que reúne dados e sintetiza as metas, indicadores e avaliação do ODS 6 (2016-2022), possibilitando um melhor acompanhamento do objetivo de assegurar água potável e saneamento.

Os dados são referentes ao Relatório Nacional Voluntário (RNV) do Brasil – 2024, publicado pela Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS), vinculada à *Secretaria-Geral da Presidência da República*. Este documento reúne informações oficiais do IBGE, Ipea, Ministério da Saúde, ANA, entre outros órgãos, e foi elaborado em conformidade com as metodologias da Organização das Nações Unidas (ONU) (Brasil, 2024).

Quadro: Brasil: Metas, indicadores e avaliação ODS 6 – 2016-2022)

Meta	Indicadores Globais	Evolução dos indicadores	Avaliação da Meta
6.1 - Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos	6.1.1 - Proporção da população que utiliza serviços de água potável gerenciados de forma segura		
6.2 - Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade	6.2.1a - Proporção da população que utiliza serviços de saneamento gerenciados de forma segura		
	6.2.1b - Proporção da população que utiliza instalações para lavagem das mãos com água e sabão		
6.3 - Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente	6.3.1 - Proporção do fluxo de águas residuais doméstica e industrial tratadas de forma segura		
	6.3.2 - Proporção de corpos hídricos com boa qualidade ambiental		
6.4 - Até 2030, aumentar substancialmente a eficiência do uso da água em todos os setores e assegurar retiradas sustentáveis e o abastecimento de água doce para enfrentar a escassez de água, e reduzir substancialmente o número de pessoas que sofrem com a escassez de água	6.4.1 - Alteração da eficiência no uso da água ao longo do tempo		
	6.4.2 - Nível de stress hídrico: proporção das retiradas de água doce em relação ao total dos recursos de água doce disponíveis		
6.5 - Até 2030, implementar a gestão integrada dos recursos hídricos em todos os níveis, inclusive via cooperação transfronteiriça, conforme	6.5.1 - Grau de implementação da gestão integrada de recursos hídricos (0-100)		
	6.5.2 - Proporção das áreas de bacias hidrográficas transfronteiriças abrangidas por um acordo operacional para cooperação hídrica		
6.6 - Até 2020, proteger e restaurar ecossistemas relacionados com a água, incluindo montanhas, florestas, zonas úmidas, rios, aquíferos e lagos	6.6.1 - Alteração na extensão dos ecossistemas relacionados a água ao longo do tempo		
6a - Até 2030, ampliar a cooperação internacional e o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados a água e saneamento, incluindo a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso	6.a.1 - Montante de ajuda oficial ao desenvolvimento na área da água e saneamento, inserida num plano governamental de despesa		
6b - Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento	6.b.1 - Participação das comunidades locais na gestão de água e saneamento		
Legenda Evolução positiva Sem evolução Sem indicadores ou série curta ou irregular Evolução negativa Impactado pela COVID-19 Meta global atingida			

Fonte: Relatório Nacional Voluntário (2024).

O panorama apresentado pelo Relatório Nacional Voluntário 2024 em relação ao ODS 6 evidencia que, embora se tenha avançado em alguns pontos em relação às metas 6.1 e 6.4, a universalização do acesso à água potável e ao saneamento ainda encontra

barreiras, que são relacionadas tanto ao impacto da pandemia da Covid-19, quanto com dados insuficientes.

Com base nacional, as desigualdades permanecem profundas, especialmente no Norte, no semiárido nordestino e nas áreas rurais. Mais que uma questão técnica, a efetivação do ODS 6 é um desafio político. Ele reflete o histórico de subfinanciamento do saneamento básico, a persistência de modelos centralizados e a baixa inclusão das comunidades locais nos processos decisórios (Brasil, 2024, p. 160).

No relatório que analisa os dados da Agenda, reforça-se que para alcançar os compromissos assumidos até 2030, será necessário implementar políticas públicas robustas e integradas, que reconheçam a água e o saneamento como direitos humanos fundamentais, indispensáveis à dignidade, à saúde e à justiça social (Brasil, 2024, p. 160).

Agora, analisando o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), ressalta-se que este ocupa posição estratégica dentro da Agenda 2030, pois relaciona-se diretamente à promoção de sociedades pacíficas e inclusivas, ao acesso à justiça e ao fortalecimento de instituições transparentes, responsáveis e democráticas.

Seu eixo central reconhece que não é possível alcançar o desenvolvimento sustentável sem enfrentar a violência estrutural, reduzir as desigualdades sociais, combater a corrupção e assegurar que todos tenham seus direitos garantidos (Brasil, 2024, p. 226).

No contexto brasileiro, os desafios são ainda mais expressivos devido às disparidades regionais, à persistência da violência letal e às fragilidades institucionais, exigindo políticas públicas eficientes para que os compromissos firmados no âmbito internacional sejam efetivamente cumpridos (Brasil, 2024, p. 226).

A fim de acompanhar de forma objetiva os avanços e retrocessos da Agenda em relação ao ODS 16, o Relatório Nacional Voluntário (RNV) de 2024 apresenta os indicadores e resultados referentes às 12 metas do ODS 16, que abrangem desde a redução da violência e a proteção das crianças até o fortalecimento da governança democrática e o combate à discriminação (Brasil, 2024, p. 226-227).

O quadro a seguir sintetiza as metas, indicadores e avaliação do ODS 16 (2016-2022), permitindo o acompanhamento nacional sobre o objetivo de promover sociedades pacíficas e inclusivas, assegurar o acesso à justiça e construir instituições eficazes, responsáveis e transparentes.

Quadro: Brasil: Metas, indicadores e avaliação do ODS 16

PROGRESSO DAS METAS			
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis			
Meta	Indicadores Globais	Avaliação do Indicador	Avaliação da Meta
16.1 - Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares	16.1.1 - Número de vítimas de homicídio intencional, por 100 000 habitantes, por sexo e idade	🟢	🟡
	16.1.2 - Óbitos relacionados com conflitos por 100 000 habitantes, por sexo, idade e causa	🟢	
	16.1.3 - Proporção da população sujeita a violência física, psicológica ou sexual nos últimos 12 meses	🟡	
	16.1.4 - Proporção da população que se sente segura quando caminha sozinho na área onde vive	🟡	
16.2 - Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças	16.2.1 - Proporção de crianças com idade entre 1 e 17 anos que sofreram qualquer punição física e/ou e/ou agressão psicológica por parte de cuidadores no último mês	🟡	🟡
	16.2.2 - Número de vítimas de tráfico de pessoas por 100 000 habitantes, por sexo, idade e forma de exploração	🟡	
16.3 - Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça para todos	16.3.1 - Proporção de vítimas de violência nos últimos 12 meses que reportaram às autoridades competentes ou a outros organismos de resolução de conflitos oficialmente reconhecidos	🟡	🟢
	16.3.2 - Proporção de presos sem sentença em relação à população prisional em geral	🟢	
	16.3.3 - Proporção da população que teve alguma disputa nos últimos dois anos, e que acessou um mecanismo formal ou informal de resolução de disputas, por tipo de mecanismo	🟡	
16.4 - Até 2030, reduzir significativamente os fluxos financeiros e de armas legais, reforçar a recuperação e devolução de recursos roubados e combater todas as formas de crime organizado	16.4.1 - Valor total de entradas e saídas de fluxos financeiros ilícitos (em dólares americanos correntes)	🟡	🟡
	16.4.2 - Proporção de armas apreendidas, encontradas ou entregues, cuja origem ou contexto ilícito tenha sido detectado ou estabelecido por uma autoridade competente, em linha com instrumentos internacionais	🟡	
16.5 - Reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas	16.5.1 - Proporção de pessoas que tiveram pelo menos um contato com um funcionário público e que pagaram um suborno ou a quem foi pedido um suborno por funcionários públicos, nos últimos 12 meses	🟡	🟡
	16.5.2 - Proporção de empresas que tiveram pelo menos um contato com um funcionário público e que pagaram um suborno ou a quem foi pedido um suborno por funcionários públicos, nos últimos 12 meses	🟡	
16.6 - Desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis	16.6.1 - Despesas públicas primárias como proporção do orçamento original aprovado, por setor (ou por códigos de orçamento ou similares)	🔴	🔴☀️
	16.6.2 - Proporção da população satisfeita com a última experiência com serviços públicos	🟡	
16.7 - Garantir a tomada de decisão responsável, inclusiva, participativa e representativa em todos os níveis	16.7.1 - Proporções de cargos (por sexo, idade, pessoas com deficiência e grupos populacionais) em instituições públicas (legislativo nacional e locais, administração pública e tribunais) em relação às distribuições nacionais	🔴	🔴
	16.7.2 - Proporção da população que considera que os processos de tomada de decisão são inclusivos e adequados, por sexo, idade, deficiência e grupo populacional	🟡	
16.8 - Ampliar e fortalecer a participação dos países em desenvolvimento nas instituições de governança global	16.8.1 - Proporção de membros e direito de voto dos países em desenvolvimento em organizações internacionais	🟡	🟡
16.9 - Até 2030, fornecer identidade legal para todos, incluindo o registro de nascimento	16.9.1 - Proporção de crianças com menos de 5 anos cujos nascimentos foram registrados por uma autoridade civil, por idade	🟡	🟡
16.10 - Assegurar o acesso público à informação e proteger as liberdades fundamentais, em conformidade com a legislação nacional e os acordos internacionais	16.10.1 - Número de casos verificados de homicídio, sequestro, desaparecimento forçado, detenção arbitrária e tortura de jornalistas, pessoal de mídia, sindicalistas e defensores dos direitos humanos nos últimos 12 meses	🟡	🟡
	16.10.2 - Número de países que adotam e implementam garantias constitucionais, estatutárias e/ou políticas para acesso público à informação	🟡	
16.a - Fortalecer as instituições nacionais relevantes, inclusive por meio da cooperação internacional, para a construção de capacidades em todos os níveis, em particular nos países em desenvolvimento, para a prevenção da violência e o combate ao terrorismo e ao crime	16.a.1 - Existência de instituições nacionais independentes de direitos humanos, de acordo com os Princípios de Paris	🟡	🟡
16.b - Promover e fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável	16.b.1 - Proporção da população que reportou ter-se sentido pessoalmente discriminada ou assediada nos últimos 12 meses por motivos de discriminação proibidos no âmbito da legislação internacional dos direitos humanos	🟡	🔴

Legenda	
🟢 Evolução positiva	🟡 Sem evolução
🔴 Evolução negativa	☀️ Impactado pela covid-19
🎯 Meta global atingida	⊗ Sem indicadores ou série curta ou irregular

Fonte: Relatório Nacional Voluntário (2024).

Observando o quadro anterior que analisa o ODS 16, revela uma desalentadora situação dos objetivos que se pretende alcançar até 2030. Embora traz avanços, os desafios são superiores a eles e persistem em nível nacional.

De acordo com o estudo realizado por Prates (2021, p. 14-15), ainda que a justiça e os marcos da Agenda 2030 defendam a participação ativa nas políticas públicas e nos processos de decisão, na prática certos grupos continuam enfrentando barreiras significativas. Para o autor, falta, por parte do Estado, o reconhecimento efetivo que possibilite a inclusão, por exemplo, dos povos originários como protagonistas na luta por seus direitos e na construção de políticas que atendam às suas realidades e demandas coletivas.

A violência letal, a corrupção e a fragilidade do acesso à justiça constituem um quadro nacional que se soma a um contexto global de instabilidade política, inflação e crises econômicas, que fragilizam a confiabilidade orçamentária e evidenciam a necessidade de maior preparo dos governos para emergências futuras (Brasil, 2024).

Entretanto, não é apenas o RNV 2024 que traz dados que apresentam essa realidade. A fim de confirmar, o 2º Relatório Global de Progresso sobre os Indicadores do ODS 16, publicado em julho de 2024, consolida dados e análises produzidas por diferentes agências da ONU, oferecendo uma visão abrangente sobre os avanços e retrocessos das metas relacionadas ao ODS 16 em específico (UNDP, 2024).

Segundo o relatório, as tendências atuais demonstram que, sem mudanças estruturais e maior cooperação internacional, o cumprimento integral das metas corre sério risco, o que pode ampliar as desigualdades e deixar milhões de pessoas para trás (UNDP, 2024).

O estudo confirma que o progresso permanece lento e, em algumas dimensões, caminha em sentido contrário ao desejado. Embora reconheça esforços relevantes, como o fortalecimento de parcerias e a ampliação de bases de dados e assistência técnica, o relatório alerta para a urgência de ações mais eficazes e coordenadas (UNDP, 2024).

Além disso, em junho de 2024, o Secretário-Geral da ONU, António Guterres, advertiu sobre o ritmo lento de avanço das metas da Agenda 2030, ressaltando a necessidade urgente de maior cooperação internacional e de investimentos para enfrentar desafios globais como os conflitos e as mudanças climáticas (ONU, 2024).

Portanto, o relatório do RNV 2024 e da UNDP 2024, diante das informações coletadas, reforçam que o progresso na agenda da paz, justiça e instituições eficazes exige políticas públicas robustas, intersetoriais e inclusivas, capazes de enfrentar as desigualdades estruturais e consolidar sociedades pacíficas, justas e sustentáveis até a data definida.

3 DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS COMO VETORES DE CONCRETIZAÇÃO DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Como dito anteriormente, o *Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável* (Brasil 2024) prevê que a efetivação dos Direitos Humanos está intrinsecamente ligada à formulação e implementação de políticas públicas que assegurem igualdade, dignidade e justiça social. No contexto da Agenda 2030, essa relação ganha especial relevância, uma vez que os ODS representam um compromisso global para promover o bem-estar coletivo e o fortalecimento das instituições democráticas.

Destaca-se que a Constituição Federal de 1988 representa um marco jurídico importante para sua consolidação e para a efetivação dos Direitos Humanos no Brasil. Ela traz, de forma explícita e estruturante, os elementos essenciais à efetivação dos ODS 6 e 16.

O texto constitucional não apenas fornece o arcabouço normativo que sustenta as políticas públicas, mas também define os valores ético-políticos que orientam a ação estatal em direção à construção de uma sociedade mais justa, participativa e sustentável.

Os direitos que se encontram presente na Carta Magna formam o núcleo essencial das políticas públicas voltadas ao bem-estar coletivo e à redução das desigualdades sociais. Em especial, o direito à saúde, previsto no art. 6º da Constituição, conecta-se diretamente ao ODS 6, que busca assegurar água potável e saneamento básico para todos, reconhecendo que a saúde pública depende de condições adequadas de abastecimento, higiene e saneamento ambiental (CRFB/1988).

O art. 196 da CRFB de 1988, por exemplo, reforça essa conexão ao dispor que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Entre os dispositivos mais relevantes, destacam-se os que asseguram o direito à igualdade (art. 5º, *caput*), o direito ao devido processo legal (art. 5º, LIV), o direito à ampla defesa e ao contraditório (art. 5º, LV) e o direito à tutela jurisdicional efetiva (art. 5º, XXXV), que estabelece que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (CRFB, 1988).

Essas disposições constitucionais expressam o compromisso do Estado brasileiro com a proteção da dignidade humana e com a garantia de acesso igualitário à justiça, valores que sustentam tanto o Estado de Direito quanto os ideais da Agenda 2030.

Assim, torna-se indispensável reconhecer como os direitos humanos se materializam por meio das políticas públicas que são implementadas pelos países, uma vez que essas representam o principal instrumento de ação e concretização dos compromissos assumidos pela Agenda 2030.

Antes de adentrar ao conceito propriamente dito de políticas pública, é importante recordar Rousseau (2000), quando estabelece dois objetos fundamentais que – constituindo o maior dos bens – deve ser garantido pelo sistema de legislação: a liberdade e a igualdade.

Conforme Rousseau (2000, p. 53),

[...] a liberdade, porque toda a dependência particular é outra tanta força tirada ao corpo do Estado; a igualdade, porque sem ela não pode subsistir a liberdade. Já disse o que é liberdade civil; quanto à igualdade, não se entenda por essa palavra que os graus de riqueza e poder sejam absolutamente os mesmos; mas que, a respeito da potência, esteja ela salva de toda a violência e nunca a exerça, senão em virtude do posto e das leis; e quanto à riqueza, entendo que nenhum cidadão seja assaz opulento que possa comprar outro, e nenhum tão pobre que seja estrangido a vender-se: isso supõe da parte dos grandes moderação nos bens e no crédito, e da parte dos pequenos, moderação na avareza e cobiça. Essa igualdade, dizem, é uma quimera de especulação, que não pode existir na prática. Se o abuso é porém inevitável, segue-se não ser necessário ao menos regulá-lo? E precisamente porque a força das coisas tende sempre a destruir a igualdade, que a força da legislação deve sempre tender a conservá-la. Mas esses objetos gerais de toda boa instituição devem ser modificados em cada país pelas relações que nascem, assim, da situação local, como pelo caráter dos habitantes; e é por essas relações que importa conceder a cada povo um sistema particular de instituição que seja o melhor, não talvez em si mesmo, mas para o Estado a que se destina.

Diante da citação anterior, Rousseau adverte que, embora a tendência natural da sociedade seja gerar desigualdades, cabe à força da legislação atuar constantemente para preservá-las dentro de limites justos. Assim, o Estado deve buscar um equilíbrio dinâmico entre liberdade e igualdade, moldando suas leis e atuações conforme as condições de seu povo, a fim de assegurar uma convivência política legítima e estável. É importante se revisar sempre os vocábulos *igualdade* e *liberdade*, pois se tratam de palavras polissêmicas.

Salienta-se que não se busca aqui esgotar o vasto campo teórico e conceitual sobre políticas públicas, nem abranger todas as suas origens e correntes de pensamento. Pretende-se, antes, propor uma reflexão prática no contexto da Agenda 2030, evidenciando como ações planejadas podem se configurar como instrumentos concretos para a mate-

rialização de ideias e compromissos globais em ações efetivas e voltadas à promoção do desenvolvimento sustentável e da dignidade humana.

Nesse contexto, as políticas públicas podem ser compreendidas como o conjunto de ações, programas e diretrizes adotado pelo Estado com o objetivo de solucionar problemas coletivos e promover o bem-estar social (Souza, 2006, p. 2-3).

De acordo com Souza (2006, p. 2-3), trata-se de um campo de conhecimento e de prática que busca compreender e orientar a ação governamental, revelando como e por que os governos optam por determinadas decisões e implementam políticas específicas. Em sentido prático, a autora menciona que as políticas públicas são intervenções deliberadas do Estado, em diferentes níveis de governo, destinadas a atender demandas sociais e assegurar a efetividade dos direitos previstos constitucionalmente.

Segundo Kingdon (1997, p. 180-181), as políticas públicas se tornam bem-sucedidas quando se combina conhecimento técnico, habilidade política e, acima de tudo, persistência. Para o autor, muitos possuem especialização em áreas específicas, como segurança social ou saúde, e associam essa expertise à capacidade de navegar estrategicamente no campo político. E quando há essa combinação com mais ramos do saber, ocorre uma influência muito maior que cada uma dessas qualidades isoladamente (Kingdon, 1997).

De outro modo, sabe-se que políticas públicas podem ser compreendidas de diversas formas, e, para isso, não existe apenas um conceito fixo. Para Calmon (2012, p. 5-6), por exemplo, uma política representa um plano de ação com a capacidade de orientar decisões e alcançar resultados específicos e racionais. Para o autor, diferentemente das leis, que estabelecem proibições ou vedações de comportamentos, as políticas servem como diretrizes para materializar-se por meio de ações, atingindo os resultados esperados.

De outro modo, Calmon (2012, p. 5-6) menciona que as políticas públicas funcionam como o conjunto de ações planejado e implementado para enfrentar questões que afetam o interesse coletivo e o bem-estar social. Em geral, é formulado e executado pelo poder público, mas também pode surgir da mobilização e participação de outros atores sociais, como organizações civis e instituições privadas.

Essas políticas seguem um ciclo lógico de formulação e gestão, que envolve as etapas de identificação do problema, definição da agenda, elaboração das alternativas, tomada de decisão, implementação, monitoramento e avaliação de resultados (Souza, 2006, p. 3-4).

Ressalta Kingdon (1997, p. 180-181) que o fator mais determinante em uma política pública é a persistência. Sendo que os atores envolvidos dedicam tempo e energia para promover suas ideias de todas as formas possíveis, ou seja, fazem palestras, escrevem

relatórios e pareceres, enviam cartas a autoridades, redigem projetos de lei, prestam depoimentos em comissões parlamentares e mantêm constante o movimento político.

De outro modo, a eficácia desse processo depende de fatores como coordenação federativa, capacidade institucional, financiamento adequado e participação social ativa, que conferem legitimidade e transparência às ações governamentais (Souza, 2006, p. 3-4).

No contexto contemporâneo, as políticas públicas se afirmam como instrumentos essenciais de concretização dos direitos humanos e de fortalecimento democrático, especialmente no cumprimento dos compromissos assumidos pelo Brasil na Agenda 2030.

Essa abordagem na verificação dos direitos humanos dá um enfoque maior aos povos mais vulneráveis, refletindo o compromisso equitativo e proporcional da organização para com aqueles à margem de uma realidade mínima e digna de se viver. Aqueles em situação de subalternidade, com menores recursos financeiros e acesso limitado à educação e saúde, são os que mais sofrem e, portanto, os que mais necessitam de atenção.

Segundo Flores (2009, p. 24), desde 1948, ano da Declaração Universal dos Direitos Humanos, até os dias atuais, a comunidade internacional tem sido testemunha diária de um esforço incessante. Este trabalho contínuo visa primordialmente garantir que todos os seres humanos possuam a capacidade e os meios para determinar seus próprios destinos, livres de coerções e em pleno exercício de sua dignidade e autonomia.

O autor reforçava que essa busca por autodeterminação, fundamental para a coexistência pacífica e o progresso social, reflete um compromisso global com os princípios de liberdade, justiça e igualdade (Flores, 2009, p. 24).

Salienta-se que a Agenda foi o resultado de mais de dois anos de amplas consultas públicas e diálogos globais antes de se materializar, que incluíram a participação ativa da sociedade civil, com atenção especial às vozes dos mais pobres e vulneráveis, o que reforça sua legitimidade como pacto coletivo mundial (United Nations, 2015).

Ao refletir sobre os desafios contemporâneos, é necessário compreender que os direitos humanos não podem permanecer estáticos, devendo ser constantemente revisitados para responder às transformações sociais, tecnológicas e ambientais que afetam a humanidade atual e futura.

A busca pela efetivação dos Direitos Humanos enfrenta desafios complexos que podem comprometer sua legitimidade e alcance. Nesse contexto, Rosillo Martínez, (2013, p. 997-999) menciona quatro riscos fundamentais³ que permeiam a fundamentação e aplicação desses direitos, a fim de garantir sua integridade e universalidade.

3 Conforme esse autor, o primeiro é o *dogmatismo*, que busca um fundamento absoluto e inquestionável, podendo conduzir a práticas excludentes e intolerantes. O segundo é o *pensamento único*, típico do neoliberalismo, que reduz os direitos à liberdade de mercado e nega a validade de direitos sociais, culturais e coletivos. Em

Essas questões são mais comuns do que parecem. Segundo Borges e Filó (2023, p. 14), no Brasil, as pessoas em situação de rua (PSR), por exemplo, permanecem em extrema vulnerabilidade, vítimas do descaso estatal e da falta de políticas efetivas que assegurem seus direitos constitucionais. A efetivação de seus direitos fundamentais exige a atuação conjunta do Poder Judiciário e de políticas públicas específicas que ampliem o acesso à justiça e promovam a inclusão social, a fim de que as PSR possam superar essa condição.

Nesse sentido, ao relacionar essas reflexões com a Agenda 2030, percebe-se riscos e a necessidade de se reconhecer que todos necessitam da atuação eficaz do Estado, que é condição indispensável para a concretização dos ODS, sob risco de transformá-las em meras declarações formais, distantes da realidade das populações vulneráveis.

Salienta-se que a efetividade da Agenda 2030 depende diretamente da capacidade de repensar e praticar os Direitos Humanos em bases inclusivas e contextualizadas, de modo a garantir e cumprir realmente que ninguém seja deixado para trás.

Segundo Wolkmer e Wolkmer (2024, p. 125-126), a relevância do *buen vivir*⁴, em face da globalização neoliberal e da crise civilizatória que abrange aspectos humanos e ambientais, reside na sua capacidade de integrar diversos campos políticos, sempre respeitando as particularidades de cada cultura. Isso, segundo os autores, permite a criação de novos espaços de participação que superam as deficiências da democracia participativa.

Segundo Gudynas (1999, p. 101), a lamentável herança imposta na América Latina pelo processo monocultural e antropocêntrico da colonização foi uma dinâmica predatória de exploração desmedida e apropriação dos recursos e bens comuns da natureza. Essa ocorrência foi uma imposição, brutal e irrefletida, que ignorou e subjogou o jeito de ser e pensar dos povos originários, pela imposição cultural, religiosa e exploratória.

Essa imposição concebe a natureza como mera fonte inesgotável de matéria-prima para a acumulação capitalista, e isso, segundo o autor, foi o suficiente para provocar a degradação ambiental e social que ainda hoje assola a região, perpetuando desigualdades e conflitos (Gudynas, 1999, p. 101).

contraposição a essas posturas, o *pensamento débil*, característico da pós-modernidade, também representa um risco ao relativizar os fundamentos e esvaziar sua força crítica diante das vítimas das injustiças sociais. Já o *reduccionismo* e o *etnocentrismo* estão ligados pela fragmentação e pela imposição cultural: enquanto o primeiro restringe a análise a uma única dimensão (jurídica, política, social ou ética), o segundo universaliza uma visão eurocêntrica que desconsidera experiências históricas e culturais diversas (Rosillo Martínez, 2013, p. 997-999).

4 Com base no texto de Wolkmer e Wolkmer, (2024, p. 32-35), o *buen vivir* pode ser entendido como um princípio filosófico, jurídico e político que propõe uma forma alternativa de organização da vida social, rompendo com a lógica individualista, produtivista e extrativista da modernidade ocidental. Esse princípio busca o equilíbrio e a integração entre ser humano e natureza, colocando no centro não o crescimento econômico, mas o bem-estar coletivo, a diversidade cultural e a qualidade ambiental.

De outro modo, Vieira (2013, p. 449) complementa que ao se instituir a República Participativa, a Constituição Federal de 1988 rompeu com o modelo tradicional e individualista da modernidade liberal, reconhecendo que a sociedade civil é protagonista, ao lado do Estado e do indivíduo, na construção das políticas públicas e na defesa dos direitos coletivos.

Reforça Vieira (2013, p. 449) que os direitos, elevados à condição de direitos humanos e fundamentais, podem ser exigidos inclusive contra o próprio Estado, reafirmando o caráter democrático e participativo do ordenamento constitucional brasileiro.

Nesse contexto, de acordo com Souza (2013, p. 2-3), a área de políticas públicas consolidou-se como um campo científico voltado à análise da ação governamental e da formulação de decisões que impactam a sociedade, rompendo com a tradição europeia centrada nas instituições do Estado e incorporando uma abordagem prática sobre o que o governo faz ou deixa de fazer.

Logo, a implementação dos ODS no Brasil ocorre principalmente por meio das políticas públicas, que transformam compromissos internacionais em ações concretas no território nacional.

Conforme mencionam Gianezini *et al.* (2017, p. 2), é necessário compreender a complexidade de sistemas capazes de responder à diversidade das demandas sociais, como educação, saúde, meio ambiente, emprego e igualdade de gênero, e de garantir ações voltadas ao desenvolvimento humano e social. Para os autores, a elaboração dessas políticas requer um processo contínuo que envolve diagnóstico, planejamento, implementação, monitoramento e reavaliação, evidenciando seu caráter dinâmico e multidimensional.

Nesse sentido, as políticas públicas se configuram como instrumentos essenciais para o Estado e para os diversos atores sociais, permitindo mitigar desigualdades e promover transformações concretas na sociedade Gianezini *et al.* (2017, p. 2).

4 CONCLUSÃO

A análise dos dados coletado de sites oficiais do governo possui um quadro ambíguo: ao mesmo tempo que há progressos em algumas áreas, como o aumento do acesso à água potável segura e ao saneamento básico, observam-se estagnações e retrocessos quando o tema é saúde e acesso à justiça por meio de instituições eficazes.

Os resultados evidenciam que as metas não foram integralmente cumpridas. Enquanto muitas evoluíram de forma insuficiente, outras retrocederam ou sequer puderam ser avaliadas devido a lacunas de dados e deficiências de monitoramento.

Ainda que o país disponha de políticas públicas alinhadas aos ODS 6 (Água Potável e Saneamento) e 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), persistem entraves estruturais, como financiamento limitado, desigualdades territoriais, baixa coordenação federativa e fragilidade institucional.

Esses desafios se intensificaram ante fatores globais como a pandemia da Covid-19, os conflitos geopolíticos e a crise climática, que retardaram ou reverteram conquistas obtidas nas últimas décadas. O relatório internacional destaca que o nível atual de financiamento não corresponde à escala de transformação necessária, indicando que, sem um salto expressivo em investimentos, ação coordenada e compromisso político efetivo, o cumprimento pleno da Agenda 2030 será inviável. Nesse sentido, as políticas públicas assumem papel estratégico como instrumentos de concretização de direitos humanos e fundamentais.

Para que o Brasil se realinhe aos compromissos da Agenda 2030, é necessário ampliar o investimento em saneamento, governança e justiça, além de se estimular a cooperação federativa e promover a participação social efetiva por meio de conselhos e mecanismos de controle cidadão. A inovação institucional e o uso de tecnologias digitais devem ser priorizados para aumentar a transparência, reduzir custos e agilizar processos.

Por fim, cabe reconhecer que a Agenda 2030 permanece como um marco normativo e político essencial, mas seu êxito depende da qualidade executiva das políticas públicas, da capacidade institucional do Estado e da participação ativa da sociedade civil. Somente por meio de uma ação conjunta, ética e sustentável que vise ao bem comum será possível transformar metas em realidades, a fim de se consolidar um modelo que una paz, justiça e instituições eficazes.

REFERÊNCIAS

BORGES, G. S.; FILÓ, M. DA C. S. Pessoas em situação de rua e o acesso à justiça no Brasil. **Revista Direitos Culturais**, v. 18, n. 45, p. 73-90, 7 set. 2023. Disponível em: <https://san.uri.br/revistas/index.php/direitosculturais/article/view/1365>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. (Constituição [1988]). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **STF lança campanha para ampliar o acesso à internet e a equipamentos públicos e comunitários**. Brasília, 22 mar. 2023. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=434106&ori=1>. Acesso em: 4 out. 2025.

BRASIL. Secretaria-geral da Presidência da República. **Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/secretaria-geral/pt-br/cnods/RNV_Brasil. Acesso em: 29 set. 2025.

CALMON, P. C. D. P. **Introdução às Políticas Públicas**. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2012. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1063/2/Aulas%20%281%29%20-%20Paulo%20Carlos%20Du%20Pin%20Calmon%20%28D%204.1%20%2E2%80%93%20Introdu%20C3%A7%20C3%A3o%20C3%A0s%20Pol%20C3%ADticas%20P%20C3%BA-blicas%29.pdf>. Acesso em: 4 out. 2025.

FLORES, J. H. **A (re)invenção dos direitos humanos**. Tradução: Carlos Roberto Diogo Garcia, Antônio Henrique Graciano Suxberger e Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

GIANEZINI, K. *et al.* Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 21, n. 2, p. 1065-1084, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3211/321154298027/html>. Acesso em: 10 out. 2025.

GUDYNAS, E. Concepciones de la naturaleza y desarrollo en America Latina. **Persona y Sociedad**, Santiago de Chile, v. 13, n. 1, p. 101, 1999.

KINGDON, J. W. **Agendas, Alternatives, and Public Policies**. 2. ed. Nova York: Pearson Education, 1997. 254 p.

MARTÍNEZ, A. R. Derechos humanos y filosofía de la liberación: una propuesta de fundamentación desde abajo. In: WOLKMER, A. C.; CORREAS, O. (org.). **Crítica jurídica na América Latina**. Aguascalientes: Cenejus, 2013. p. 995-1016. Disponível em: <http://www.nepe.ufsc.br/files/2013/12/Crica-Juridica-na-America-Latina.pdf>. Acesso em: 29 set. 2025.

NAÇÕES UNIDAS. Secretário-geral alerta para pouco progresso nas metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e pede mais cooperação internacional. **ONU News**, 28 jun. 2024. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2024/06/1833791>. Acesso em: 4 out. 2025.

PRATES, L. de S. Justiça de Transição e o ODS 16: a legislação simbólica para os povos tradicionais do Brasil. **Cadernos Eletrônicos Direito Internacional sem Fronteiras**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. e20210106, 2021. Disponível em: <https://www.cadernoseletronicosdisf.com.br/cedisf/article/view/122>. Acesso em: 8 out. 2025.

ROUSSEAU, J-J. **Do contrato social: princípios do direito político**. 3. ed. São Paulo: Martin Claret, 2000. Tradução do original francês *Du Contrat Social* (1762).

SOUZA, C. Políticas públicas: conceitos, tipologias e sub-áreas. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZsdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2025.

UNITED NATIONS. **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda>. Acesso em: 29 set. 2025.

VIEIRA, R. de S. **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) – PPGD-UFSC, Florianópolis, 2013.

WHO/UNICEF. WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Progress on household drinking water, sanitation and hygiene: 2000–2024 – special focus on inequalities**. Geneva: WHO/UNICEF, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/progress-on-household-drinking-water--sanitation-and-hygiene-2000-2024--special-focus-on-inequalities>. Acesso em: 4 out. 2025.

WOLKMER, A. C.; WOLKMER, M. de F. S. **Horizontes contemporâneos do direito na América Latina [recurso eletrônico]**: pluralismo, *buen vivir*, bens comuns e princípio do “comum”. 2. ed. rev. e ampl. Criciúma, SC: Ediunesc, 2024. 286 p. Disponível em: <https://www.unesc.net/portal/capa/index/300/5886/>. Acesso em: 29 set. 2025.

ZAMIGNAN, G. *et al.* Agenda 2030: inter-relações sistêmicas entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, BDP – UFPR. [S. l.], v. 60, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/made/article/view/78530>. Acesso em: 8 out. 2025.



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 (UFSC). 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 (Unesc). Coordenador do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (Nuped/Unesc) e do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC/Unesc). Membro do Conselho Editorial da EdiUnesc. Membro do Conselho Gestor do Observatório Latino-americano em Direitos Humanos Prof. Antonio Carlos Wolkmer. Coordenador do Programa Escola de Lideranças – Proext-PG-Capesc. Membro titular da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, Unesc, UCS e Unochapecó). Membro titular da rede Ibero-americana de Direito Sanitário. Membro da Rede de Pesquisa Egrupe (Unisc, FMP e Unesc). Membro titular e coordenador da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, Puc-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, Furb, Ufop, Unirio, UFRJ e Furg). Coordenador Executivo da Rede Latino-americana de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos. Membro da The International Society of Public Law. Membro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Sociologia do Direito. Membro associado do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (Conpedi). Consultor na área de políticas públicas. Advogado vinculado a seccional de Santa Catarina. Orcid iD: <http://orcid.org/0000-0001-6733-5321>.

E-mail: prof.reginaldovieira@gmail.com;
reginaldovieira@unesc.net



GABRIELLE SCOLA DUTRA

Pós-Doutorado em Direito pela UNIRITTER com bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob supervisão da professora Sandra Regina Martini. Doutora em Direito pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), área de concentração em Direitos Humanos, linha de pesquisa: I - Fundamentos e Concretização dos Direitos Humanos, com

bolsa CAPES (2021/2022), sob orientação da Professora Janaina Machado Sturza. Mestre em Direito pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), área de concentração em Direitos Especiais, linha de pesquisa: II - Políticas de Cidadania e Resolução de Conflitos, com bolsa CAPES (2018/2020). Especialista em Filosofia na Contemporaneidade pela URI. Especialista em Direito Penal e Processual Prático Contemporâneo pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Graduada em Direito pela URI. Foi professora no curso de graduação em Direito da UNIJUI (2022-2025). Atualmente, é professora e pesquisadora no Programa de Pós Graduação em Direito, Mestrado e Doutorado, na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), linha de pesquisa: I Direitos Humanos, Cidadania e Novos Direitos), lecionando também na graduação em Direito. Líder do Grupo de Pesquisa "Direitos Humanos, Diversidade e Inclusão na Era das Migrações" (DIMIGRA), cadastrado no CNPq e vinculado ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Direito, Mestrado e Doutorado, da Universidade do Extremo Sul Catarinense (PPGD/UNESC). Atua no comitê gestor do Observatório Latino-americano de Direitos Humanos Professor Antônio Carlos Wolkmer, vinculado ao PPGD/UNESC. Editora-adjunta da Revista Direitos Humanos e Sociedade (RDHS/UNESC). Membro do grupo de pesquisa: "Biopolítica e Direitos Humanos" cadastrado no CNPQ e vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Mestrado e Doutorado, da UNIJUI. Membro do grupo de pesquisa: "Tutela dos Direitos e sua Efetividade", cadastrado no CNPQ e vinculado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Mestrado e Doutorado, da URI. Membro do Projeto de Pesquisa financiado pelo CNPq: "SAÚDE E TRABALHO: A INCLUSÃO SOCIAL DE MIGRANTES A PARTIR DOS MARCOS LEGAIS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES NO BRASIL E NA ITÁLIA", vinculado ao PPGDH/UNIJUI. Membro da Rede de Estudos Jurídicos e Femininos (REDEFEM). Advogada inscrita nos quadros da OAB/RS. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2688-8429>.

E-mail: gabriellescoladutra@unesc.net



ISMAEL FRANCISCO DE SOUZA

Pós-Doutor pela Universidad D'Salamanca/Espanha. Doutor em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul – RS (Unisc). Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Graduado em Direito pela Universidade do Extremo Sul Catarinense. Coordenador adjunto, professor e pesquisador Permanente do Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Direito e da graduação em Direito na disciplina de Direito da Criança e do Adolescente (Unesc). Líder do Grupo de Pesquisa: Direito da Criança e do Adolescente e Políticas Públicas. Pesquisador do Núcleo de pesquisa em Política, Estado e Direito (Nuped). Colaborador externo do Grupo de Pesquisa Políticas Públicas de Inclusão Social e do Grupo de Estudos em Direitos Humanos de Crianças, Adolescentes e Jovens do PPGD/Unisc. Conselheiro Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente em Criciúma (gestão 2017-2019). Membro da REDIdi e da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (Unesc, Unijuí, Unifap, UFMS, Puc-Campinas, Unit, Unicap, Cesupa, UFPA, UCS, Furb, Ufop, Unirio, UFRJ E Furg). Foi Consultor do Pnud/MDS e da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4908-0788>. E-mail: ismael@unesc.net



MAURÍCIO DA CUNHA SAVINO FILÓ

Doutor em Direito pelo Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2018). Mestre em Direito pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC, 2010). Graduado (2004) e pós-graduado lato sensu em Direito Processual pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG, 2004). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense (PPGD/UNESC). Editor-chefe da Revista Direitos Humanos e Sociedade. Membro do Comissão Permanente de Reconhecimento (CPR) dos diplomas de pós-graduação stricto sensu solicitados aos programas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Professor da Graduação e Membro do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Direito da UNESC. Líder do Grupo de Pesquisa Direitos Humanos, Políticas Públicas e Acesso à Justiça (DIPJUS). Membro do Núcleo de Estudos em Estado, Política e Direito (NUPED). Membro do Laboratório de Direito Sanitário e Saúde Coletiva (LADSSC). Membro da Rede Brasileira de Pesquisa Jurídica em Direitos Humanos (UNESC, UNIJUI, UNIFAP, UFMS, PUC-CAMPINAS, UNIT, UNICAP, CESUPA, UFPA, UCS, FURB, UFOP, UNIRIO, UFRJ E FURG). Membro da Rede de Pesquisa Direito e Políticas Públicas (REDEDPP). Membro da Rede de Pesquisa em Republicanismo, Cidadania e Jurisdição (UFSC, UNESC, UCS e UNOCHAPECÓ). Possui experiência na área do Direito, atuando principalmente nos seguintes temas: acesso à justiça; educação jurídica; formas adequadas de resolução de conflitos; novas tecnologias, processos estruturais, Agenda 2030. Advogado. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7436-166>. E-mail: prof.filo@unesc.net

Passada uma década do estabelecimento da Agenda 2030, plano global criado pelas Nações Unidas, composto por 17 objetivos e 169 metas, o qual convida as Nações do mundo a juntas, até o ano de 2030, erradicarem a pobreza, proteger o planeta, garantir prosperidade e promover a paz, muitos são os desafios para o atingimento dessas metas, a nível global e local. A nível global, os entraves são de ordem política, econômica, ambiental e social. Guerras, crise climática, desigual distribuição da riqueza, precarização e exploração do trabalho, violência e desigualdade de gênero, acesso desigual à saúde e à alimentação são questões ainda a serem trabalhadas.

No Brasil, idênticos desafios se apresentam. Muitos amenizados, a exemplo: da redução da mortalidade infantil; da retirada, nos anos de 2023 e 2024, de 26,5 milhões de pessoas da fome – com a consequente saída do Mapa da Fome; o atingimento, em 2024, de 88% de geração de energia renovável; o avanço no combate ao trabalho escravo; as ações em prol de um sistema de saúde mais acessível e eficiente, com a redução de filas para cirurgias eletivas e o fortalecimento da atenção primária; e outras. Contudo, há distintas e perversas situações que nos distanciam dos intentos da Agenda 2030, as quais devem ser estudadas, debatidas coletivamente e superadas.

A presente obra, Políticas públicas, princípio da participação popular e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, propõe este exercício: de refletir sobre as políticas sociais públicas, sobretudo aquelas voltadas à proteção dos grupos minoritários – como as mulheres, as crianças, os povos indígenas e migrantes –, considerando a participação popular na garantia dos direitos humanos à saúde, proteção, inclusão e igualdade. Um movimento importante na direção dos objetivos e das metas da Agenda 2030.

Johana Cabral

Pós-Doutora pelo PPGD/UNESC



ISBN 978-65-5765-303-6



 **ithala.com.br**