



**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA ___VARA DOS
FEITOS DA FAZENDA E REGISTROS PÚBLICOS DA COMARCA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Objeto de Referência:

Inquérito Civil Público nº 024/2013

Natureza da Ação: Ação Civil Pública Cominatória com Obrigação de Fazer

MANUAL OPERACIONAL DO CNMP

Ação Nacional 2011-2015

Estratégia n. 08

***Multiplicando a Estratégia “O Ministério Público na Defesa do
Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”***

“Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo considerada, no âmbito internacional, como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades”

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS, por meio da representante legal que ao final subscreve, titular da 5ª Promotoria de Justiça da de Araguaína, valendo-se das disposições elencadas no art. 129, II e III, da Constituição Federal; art. 25, IV, “a”, da Lei nº 8.625/93; art. 1º, IV, c/c art. 3º e art. 5º, I, todos da Lei nº 7.347/85; arts. 3º, 83 e 90 da Lei Federal nº 8.078/90; arts. 497 e 536 e seguintes do CPC; e no ATO PGJ nº 085/2014, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, diante da competência inserta no art. 93, II, da Lei nº 8.078/90, e, ainda, de acordo com os preceitos gerais estatuídos no Código de Processo Civil e no microssistema de tutela jurisdicional coletiva formado pela completa interação entre as Leis 7.347/85 e 8.078/90, propor a presente

1

*Av. Neif Murad, Chácara 47-A, Setor Noroeste, em Araguaína/TO, CEP: 77.800-000
Tel.(Fax): (63) 3414 8509*



**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA DE OBRIGAÇÃO DE FAZER com TUTELA PROVISÓRIA
DE URGÊNCIA**

Em face do **MUNICÍPIO DE SANTA FÉ DO ARAGUAIA-TO**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 25.063.918/0001-00, com endereço na Rua Ipê, Quadra 06, lote 11, Centro, Santa Fé do Araguaia-TO, telefone nº (63) 3470-1191, tendo como Chefe do Executivo a Senhora Márcia Aparecida Costa Bento,

Em razão dos fatos e fundamentos jurídicos a seguir expostos:

I. DO OBJETIVO DA DEMANDA

Trata-se de Ação Civil Pública que busca provimento jurisdicional com vistas a compelir o Município de Santa Fé do Araguaia-TO na obrigação de fazer, consistente em sanar as deficiências detectadas no bojo do Inquérito Civil Público nº 24/2013, no tocante a execução dos serviços de **Atenção Básica**.

O objeto desta ação limita-se à regularização da oferta das ações e serviços da Atenção Básica, com vistas à redução dos riscos de doenças e agravos e, conseqüentemente, à melhoria dos indicadores de saúde no **Município de Santa Fé do Araguaia-TO**.

II. DA EXPOSIÇÃO FÁTICA

O Ministério Público Estadual, por meio da Portaria nº 024/2013, instaurou o Inquérito Civil de nº 24/2013, com o intuito de averiguar a efetividade da prestação de Saúde Pública na competência Municipal, qual seja, atenção básica do Município de Santa Fé do Araguaia-TO.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Dentre as irregularidades identificadas no bojo do referido inquérito, há problemas tanto de ordem formal, relativas aos instrumentos legais do Sistema Único de Saúde, quanto de ordem material, ligados à infraestrutura voltada para a execução dos serviços de saúde.

Por meio da realização de vistoria no âmbito dos postos de saúde do Município de Santa Fé do Araguaia, em maio de 2007, a Diretoria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU) constatou a ocorrência de várias irregularidades no que tange à infraestrutura, capacitações, planejamento, equipamentos e insumos, conforme Relatório de Monitoramento e Avaliação juntado às fls. 08/14 e 69/73 do ICP n.º 24/2013.

Naquela ocasião, as irregularidades constadas foram as seguintes:

Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none">- Estrutura física do prédio inadequada;- O local de atendimento não possuía alvará da vigilância sanitária;- A equipe de saúde não disponibilizava vacinas no local de atendimento na zona rural.
Capacitação	<ul style="list-style-type: none">- Os profissionais das equipes de saúde participaram de poucas capacitações;- Os agentes comunitários de saúde não participaram de nenhuma capacitação.
Planejamento	<ul style="list-style-type: none">- Não existe mapa de abrangência no local de atendimento;- Não há mapa da área crítica;- As visitas domiciliares só são realizadas em alguns locais;- Só são realizados atendimentos no local visitado uma vez por mês;- Assistência integral voltada ao adolescente insuficiente;- Não há membro da equipe de saúde participando das reuniões do Conselho Municipal de Saúde;- Disponibilidade insuficiente para a realização dos exames de pesquisa de baar, Elisa para HIV, glicemia plasmática, urina cultura, colposcopia, eletrocardiograma, raio x sem contraste e ultrassonografia obstétrica;- Disponibilidade insuficiente para serviços de referência em cardiologia, neurologia e ortopedia.
Equipamentos e	<ul style="list-style-type: none">- No local de atendimento não havia balança (infantil ou adulta),

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

insumos	<p>negatoscópio, estetoscópio infantil, aparelho de aerossol e nebulizador, glicosímetro, lanterna, material de pequena cirurgia, armário para medicamentos, computador com acesso à internet, ambum infantil e adulto e esfigmomanômetro infantil;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouca oferta de medicamentos no local de atendimento; - Abastecimento de materiais e insumos insuficientes.
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Devidamente oficiada, a fls. 27 a 28 a Secretaria Municipal de Saúde respondeu a requisição ministerial, acostando escalas de trabalho de profissionais da saúde (fls. 37/38), “programação anual da saúde”, referente ao ano de 2009 (38/40) e extratos do SIAB (fls. 46/47). Posteriormente, comunicou ter informado o SIOPS, consoante fls. 50/52.

De acordo com Relatório de Monitoramento elaborado pelas áreas técnicas de vigilância em saúde da SESAU (fls. 65 e 66 do ICP nº 24/2013), o Município de Santa Fé do Araguaia apresentou várias **não conformidades**, quais sejam:

Não conformidades	Fundamento Legal
Não realizou borrifação em casas onde foram encontrados triatomíneos.	Disposto em Consenso Brasileiro em Doença de Chagas e Portaria nº 3252, de 22/12/2009
Município hiperendêmico, com detecção de 241,67/100.000 hab., pertencente ao cluster nº 1. Com 42,9% de cobertura na avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico (precário) e 63,5% de contatos examinados (regular). Kit básico para avaliação neurológica incompleto; Prontuários com montagem e preenchimento inadequado; Programa centralizado na UBS da zona urbana; Não há regularidade nas ações de educação em saúde.	Parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. Resolução CIB/TO 04, 05, 06/09. Nota Técnica Abandono - MS. Portaria MS 344/98, Portaria MS 587/04, Portaria MS 1172/04, MS/DAB 648, Portaria MS 125/09.
Pendência do relatório da Campanha de Hepatites Virais (maio/09) e relatório situacional.	Portaria nº 3.252 de 22/12/2009. Relatório de realização de campanha e situacional.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Não realizou vigilância sobre o reservatório canino da leishmaniose visceral em 2009.	Decreto nº 51.838 de 14/03/1963 e Manual de Vigilância e Controle da LV/MS.
Não atingiu a meta da campanha de vacinação antirrábica animal (Meta 1733, Cobertura Vacinal 1644).	Resolução CIB nº 75/2009, de 19/11/2009.
Não atingiu as metas pactuadas: envio regular das semanas epidemiológicas e encerramento oportuno das DNC.	Portaria nº 3008 de 01/12/2009 e Portaria nº 3252 de 22/12/2009.
Não realizou a busca ativa através da Pesquisa de Sintomático Respiratório para detecção de casos de tuberculose.	Portaria MS nº 3.252 de 22/12/09. Informe Técnico da GNPS/TB/SESAU/nº 01/09.
Não envio das amostras corretamente, conforme normatização.	Portaria MS nº 518/2004.
Não enviou investigação de óbito infantil.	Conforme PT/GM nº 1.172 de 15/06/2004.
Não alcance da cobertura vacinal na rotina de vacinação em menores de ano contra: Hepatite B, Pólio, Tetravalente e Rotavírus. Não comparecimento de técnicos à II reunião macrorregional para desenvolvimento das atividades da 1ª etapa da campanha de vacinação contra poliomielite em menores de 5 anos de idade, bem como receber atualizações em sala de vacinação. Resíduo vacinal em população adulto jovem.	Portaria de sala de vacinação Portaria nº 3.252 de 22/12/09.
Não foram atendidos os requisitos de obrigatoriedade da investigação de mulher em idade fértil, nem os prazos fixados pela portaria.	Portaria MS/GM nº 1.119, de 05 de junho de 2008 (art. 2º e art. 5º, inciso I).

Após a expedição de ofício requisitando informações acerca da situação da atenção básica à saúde (fl. 78), o Município de Santa Fé do Araguaia apresentou os

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

documentos de fls. 107/154, alegando a suposta correção de parte das irregularidades alhures enumeradas.

Consta de fls. 84 a 92 **RECOMENDAÇÃO MINISTERIAL** acerca de cumprimento de carga horária, após exposição fática e jurídica, recomendou-se ao Prefeito Municipal e Secretário Municipal de Saúde que adote as seguintes medidas:

1 – **providenciar mensalmente e a partir de OUTUBRO de 2013, a publicação em mural** afixado em local de ampla acessibilidade e visibilidade ao pública em TODAS AS UNIDADES/POSTOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO, **QUADRO DE HORÁRIO DIÁRIO** de todos os servidores, **inclusive médicos, cirurgiões dentistas, que trabalham em cada unidade/posto, com especificação do nome, especialidade, horário de entrada e saída individual, com telefone para denúncias de irregularidades no atendimento dos serviços de saúde, permitindo controle social;**

3 - **afixar, no prazo máximo de 30 dias em cada unidade de saúde do Município de Santa Fé do Araguaia,** em local de ampla acessibilidade e visibilidade, **QUADRO** contendo informações básicas sobre o atendimento, notadamente, o **nome do servidor (diretor, gerente, ouvidor, etc.) com atribuições de receber denúncias acerca das falhas pertinentes;**

4 – **implantar, no prazo máximo de 30 dias em cada unidade de saúde do Município de Santa Fé do Araguaia,** **sistema de controle de frequência diária de todos os agentes públicos da área de saúde,** seja qual regime jurídico de vinculação tenham com a administração pública municipal;

5 - **fiscalizar o cumprimento integral da carga horária de todos os profissionais de saúde, mormente médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, mediante a implantação de registro de diário de frequência,** que deve ser preenchido por cada profissional no momento de entrada e saída das unidades de saúde a que estão vinculados;

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

6 - designar, no prazo máximo de 30 dias, servidor público de carreira do departamento de Recursos Humanos ou setor equivalente para **aferir o controle mensal do horário dos profissionais de saúde**;

7 – proceder, **mensalmente**, o desconto, na folha de pagamento do profissional de saúde, do valor correspondente às horas não registradas sem justificção legal, as quais serão consideradas como não trabalhadas, sem prejuízo da imediata abertura de procedimento administrativo disciplinar, se efetivo, ou do imediato desligamento do profissional, se contratado;

8 – notificar, **IMEDIATA e PESSOALMENTE**, todos os **médicos e cirurgiões dentistas** que compõem as equipes de Saúde da Família para que os mesmos apresentem, no prazo improrrogável de 10 (dez) dias contados do recebimento da notificação em questão, **DECLARAÇÃO** constando todos os vínculos públicos e particulares mantido, bem como os horários de atendimento a cada um dos vínculos elencados (de forma a se avaliar a compatibilidade de horários);

9 – na notificação acima referida, deverá constar, também, a **obrigatoriedade de opção por parte do profissional de saúde que acumule indevidamente cargos, empregos ou funções públicas** (art. 37, XVI, “c”, e art. 28, da Lei n. 8.080/90), entre os vínculos mantidos, de forma a se adequar às determinações constitucionais e legais vigentes;

10 – **em caso de não opção por parte do profissional de saúde que se encontre em situação irregular** (acumulando indevidamente cargos, empregos ou funções públicas, em desacordo com o preceituado no art. 37, XVI, CF e art. 28, da Lei n. 8.080/90) que seja adotadas as providências administrativas pertinentes no sentido de se **extinguir o vínculo existente entre o profissional e o Município**;

11 – encaminhar, no prazo máximo de 30 trinta dias a 5ª Promotoria de Justiça de Araguaína, cópia de todas as declarações firmadas pelos referidos profissionais de saúde integrantes da Estratégia da Saúde da Família do Município, bem como relatório das providências adotadas pelo Município de Santa Fé do Araguaia;

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

12 – a declaração constante no item 8 deverá ser exigida pelo Município de Santa Fé do Araguaia a todo profissional de saúde que vier a ingressar no serviço público municipal a partir da presente data, mesmo que cedido por outro ente federado;

13 - proceder, no prazo máximo de 30 dias, a atualização dos dados constantes do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, inclusive, em relação à Carga Horária dos profissionais lotados nas Unidades de Saúde do Município, enviando esforços no sentido de se regularizar a prestação dos serviços por parte dos profissionais de saúde com formação superior (efetivos, contratados ou desempenho de funções de chefia, direção ou assessoramento), vinculados ao Município, destacando-se, os profissionais da Estratégia Saúde da Família;

14 – dar ciência formal aos coordenadores e chefes de todas as Unidades de Saúde do Município de Santa Fé do Araguaia dos termos da presente Recomendação, instando-os, por escrito, a fiscalizar seu fiel cumprimento;

15 - elaborar projeto de implantação de CONTROLE ELETRÔNICO de jornada de trabalho dos profissionais da saúde de todas as Unidades de Saúde do município, a ser apresentado no prazo máximo de 90 dias e implantado no prazo máximo de 180 dias;

16 - encaminhar, mensalmente a 5ª Promotoria de Justiça de Araguaína, relatório de andamento das ações administrativas tendentes ao cumprimento do **item 15**;

17 - providenciar a imediata e necessária contratação, através de contratos devidamente formalizados, **de profissionais médicos e cirurgiões dentistas para complemento das escalas em todas as Unidades de Saúde do município**, ENQUANTO NÃO REALIZADO O CONCURSO PÚBLICO, seguindo-se as disposições legais;

18 – promover, IMEDIATAMENTE, a mais ampla divulgação desta Recomendação Administrativa, fixando-se cartazes (ou outro meio de comunicação equivalente, inclusive no seu site), em local visível e de fácil acesso ao público nas dependências/unidades da saúde do Município, bem como na Secretaria Municipal de Saúde e na Prefeitura Municipal.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Em ofício o Município informa ter acatado a recomendação, fl. 100.

Às fls. 107/112 do ICP nº 24/2013 consta a **Recomendação Administrativa nº 10/2013**, para que, em cumprimento às disposições legais e regulamentares mencionadas, adotem todas as providências imediatas e necessárias no sentido de:

- a)* Nas hipóteses cabíveis, **assegurar que nas aquisições de medicamentos** pelo Município, **seja observado o desconto mínimo obrigatório - Coeficiente de Adequação de Preço-CAP¹**, garantindo sua aplicação também em relação aos produtos comprados por força de ordem judicial independentemente de constarem em relação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos –CMED;
- b)* **Exigir a incidência do Coeficiente de Adequação de Preço-CAP de qualquer pessoa jurídica** (distribuidoras, empresas produtoras de medicamentos, representantes, farmácias e drogarias) **que deseje vender medicamentos ao Município**, quando este for aplicável;
- c)* **Faça constar expressamente nos editais de procedimentos licitatórios destinados a aquisição de medicamentos a obrigatoriedade de aplicação do Coeficiente de Adequação de Preço-CAP**, nos casos em que a regulamentação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos –CMED o exigir e naqueles que devam ser adquiridos por força de ação judicial;
- d)* **Comunicar à Secretaria Executiva da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos –CMED e ao Ministério Público a não observância do Coeficiente de Adequação de Preço-CAP pelos fornecedores de medicamentos²**, conforme determinação do Tribunal de Contas, proferida no acórdão nº 1.437/2007: *“(..) alertar os gestores estaduais e municipais que, em caso de não observância das*

¹ Atualmente Resolução nº 3, de 2 de março de 2011 e Comunicado nº 6, de 5 de setembro de 2013, ambos da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)

² Que pode acarretar, dentre outras, a aplicação das sanções da Lei nº 10.742/2003 (art. 8º).

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

*resoluções pelos fornecedores de medicamentos quando de compras efetuadas pelo setor público, deverá o gestor comunicar o fato à CMED e ao Ministério Público Federal e Estadual, **sob pena de responsabilização por aquisição antieconômica e pela devolução dos recursos pagos acima do teto estabelecido pelos normativos da CMED**, mediante instauração de tomada de conta especial.”*

Em seguida, foi acostado pelo Município relatório da situação atual da atenção básica no Município, fls. 113/153.

A fls. 158/160 foi juntada representação formulada pelo Sr. Silas Soares de Lima, Vereador do Município de Santa Fé do Araguaia, relatando, dentre outras irregularidades, a falta de medicamentos básicos na farmácia do Município, em especial, medicação utilizada por pacientes hipertensos.

Posteriormente, por meio do Ofício nº 123/2014 da Câmara Municipal (fl. 164), os Vereadores Silas Soares de Lima, Américo Ferreira Rêgo, José Alves de Sousa e Clemerson da Silva Soares relataram a falta de medicamentos na farmácia básica do Município de Santa Fé. O referido expediente menciona a falta de antibióticos, antidepressivos, analgésicos, medicamentos para controle da pressão arterial e diabetes.

A partir das notícias, este órgão ministerial expediu a **Recomendação Administrativa nº 04/2014 ao Município de Santa Fé do Araguaia**, requisitando a adoção de providências para **normalização dos estoques da farmácia básica municipal**, consoante fls. 166/170.

Em resposta (fls. 193/204), a Secretaria Municipal de Saúde alegou a falta de recursos financeiros, humanos e estrutura física, **bem como informou que o estoque de medicamentos estava sendo abastecido, acostando documentos.**

Acostou-se cópia de notícia de fato acerca do cumprimento dos prazos relativos à elaboração dos **Relatórios Anuais de Gestão**, bem como a alimentação do SARGSUS, com recomendação e resposta do gestor.



**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Às fls. 199/398 consta cópia do Inquérito Civil Público nº 22/2013, que apurou as medidas preventivas de combate à dengue no Município de Santa Fé do Araguaia-TO. Tais documentos foram juntados aos presentes por determinação contida na Promoção de Arquivamento do supracitado inquérito, data de 28/01/2015, consoante fls. 397/398.

Por meio dos Ofícios nº 114/2015-5ªPJ/ARN-TO (fl. 408) e nº 203/2015-5ªPJ/ARN-TO (fl. 406), requisitou-se ao Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Santa Fé do Araguaia informações sobre o cumprimento da **Recomendação Administrativa nº 04/2014 e sobre a observância dos prazos para elaboração dos Relatórios Anuais de Gestão e alimentação do Sistema SARGSUS.**

Em resposta, o Presidente do Conselho informou ter solicitado à Secretaria Municipal de Saúde providências quanto à apresentação do RAG 2013 e SARGUS.

Após a expedição de novos ofícios ministeriais (fls. 432 e ss), o **Presidente do Conselho Municipal de Saúde informou que foi apresentado o RAG 2013 e o SARGSUS** (fls. 443/480), bem como informou ter solicitado à Secretaria Municipal de Saúde providências quanto ao cumprimento da **Recomendação Administrativa nº 04/2014, que trata da necessidade de regularização da disponibilização de medicamentos na farmácia básica municipal.**

Às fls. 426/437 foram juntados aos autos Relatórios de Fiscalização do Exercício da Enfermagem, formulados pelo Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins, referentes às Unidades Básicas de Saúde Rosimar Resplandes, Centro de Saúde Maria Betânia e Hospital de Pequeno Porte João Patruz de Sousa. Tais relatórios apontam que, nas citadas unidades de saúde, técnicos de enfermagem atuam sem orientação, supervisão ou mesmo direção de enfermeiro, o que implica em afronta ao disposto no art. 15 da Lei nº 7.498/86 e art. 13 do Decreto nº 94.406/87.

Das irregularidades requisitou-se informações e providências a fls. 439/441.

O Conselho Municipal de Saúde acostou relatórios de gestão, fls. 443/481.



5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Em cumprimento ao despacho inserto na fl. 481, o Inquérito Civil Público n.º 1.36.000.001771/2012-90, oriundo da Procuradoria da República no Tocantins foi autuado como apenso ao Inquérito Civil Público n.º 24/2013 (MPE/TO).

Cumprе ressaltar que o Inquérito Civil n.º 1.36.000.001771/2012-90 foi instaurado pelo Ministério Público Federal, objetivando averiguar as não conformidades da atenção básica no Município de Santa Fé do Araguaia, sendo remetido a esta Promotoria de Justiça após a homologação de declínio de atribuição pelo Núcleo de Apoio Operacional à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão.

Posteriormente, a Câmara Municipal de Santa Fé do Araguaia juntou aos autos o Ofício n.º 048/2015 (fls. 485/503), relatando a ocorrência das seguintes irregularidades: a) falta de medicamentos na farmácia básica do Município; b) falta de álcool para realização de assepsia em unidade básica de saúde; c) suposto descumprimento de carga horária por parte de médica do município.

Em atenção ao referido expediente foram expedidos os ofícios ministeriais de fls. 505 e 510, requisitando esclarecimentos à Secretaria Municipal de Saúde e encaminhada cópia da notícia de improbidade administrativa para a 6ª Promotoria de Justiça (fls. 504 a 507).

Em resposta (fls. 512/546), a Secretaria de Saúde informou que a atual gestão municipal está buscando mecanismos para solucionar a falta de medicamentos. Além disso, alegou que não houve falta de álcool, bem como afirmou que a médica citada pela Câmara desistiu de trabalhar no Município.

Requisitou-se o plano de contingência, controle e prevenção de *zika*, dengue e *chikungunya*, o que foi cumprido (fls. 547, 552 e seguintes).

No que tange ao descumprimento de carga horária por parte de profissionais da saúde, cumprе salientar que houve a expedição da Recomendação Administrativa Conjunta n.º 04/2013, encaminhada ao Município de Santa Fé do Araguaia, que trata da necessidade de controle da carga horária dos profissionais de saúde, consoante fls. 84/88 do ICP n.º 24/2013.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Além disso, já foi encaminhada à 6ª Promotoria de Justiça de Araguaína, via ofício (fl. 506), cópia dos documentos enviados pela Câmara Municipal de Santa Fé do Araguaia, a fim de se apurar eventual improbidade administrativa decorrente do descumprimento de carga horária por parte de profissionais da saúde.

Às fls. 555/561 consta relatório da Secretaria Estadual de Saúde, referente a ações de vigilância e controle da dengue, *chikungunya* e *zika* vírus nos Municípios de Aragominas, Araguaína, Araguanã, Carmolândia, Muricilândia, Nova Olinda e Santa Fé do Araguaia.

O referido relatório aponta que o Município de Santa Fé não está enviando para o Sistema FORMSUS os dados relativos ao combate à dengue (fl. 560), o que impossibilitou o cálculo do Índice de Infestação Predial – IIP.

Ofício à fl. 564, encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, requisitando informações acerca das medidas adotadas para cumprimento do Plano Municipal de Contingência para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, *Chikungunya* e *Zika* Vírus.

Às fls. 568/569 consta novo ofício à Secretaria Municipal de Saúde, requisitando informações acerca da atual situação da atenção básica.

Todavia, não houve apresentação de resposta aos mencionados ofícios, até a presente data.

Por tudo o que foi exposto, verifica-se que esta Promotoria de Justiça tentou resolver administrativamente as numerosas irregularidades apuradas no bojo do Inquérito Civil Público n.º 24/2013, todavia, esta tentativa restou não exitosa.

Assim sendo, não é possível ao Ministério Público Estadual permanecer inerte diante da omissão do requerido em adotar as providências cabíveis para regularizar sua estrutura municipal de saúde, razão pela qual foi proposta a presente Ação Civil Pública.

III. DO DIREITO



5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

1) Da Legitimidade do Ministério Público Estadual

A legitimidade do Ministério Público para propugnar judicialmente pelos direitos difusos e coletivos, está, inicialmente, respaldada no artigo 127, da Constituição Federal, que o intitulou como sendo “Instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis”.

O texto Constitucional, em seu artigo 129, incisos II e III, definiu as funções institucionais do Ministério Público de “zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, promovendo medidas necessárias a sua garantia, bem como o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção dos interesses difusos e coletivos”.

A Constituição Federal consagrou, em seu artigo 197, que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cujo interesse social revela-se patente, diante dos destinatários do objeto pleiteado, quais sejam, todos os usuários do SUS, de responsabilidade da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Araguaia, que necessitam de Serviços da Atenção Básica, de maneira eficiente e em tempo hábil.

Deste modo, considerando que a presente Ação Civil Pública busca assegurar a assistência básica de saúde a todos os usuários do SUS de responsabilidade do Município de Santa Fé do Araguaia, não resta dúvida quanto a legitimidade do Ministério Público para a propositura da presente demanda.

2) Da Legitimidade Passiva do Município de Santa Fé do Araguaia

A definição da legitimidade para compor o polo passivo nas Ações Cíveis Públicas em matéria de Saúde Pública encontra respaldo na Constituição Federal, que no artigo 198, inciso I, prevê a descentralização da gestão, em cada esfera de governo, como

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

diretriz do Sistema Único de Saúde e, mais adiante, no parágrafo único do mesmo artigo, estabelece a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do Sistema.

Nesse sentido, a Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica do SUS, traz como princípio do Sistema Único de Saúde a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Por sua vez, o artigo 9º da supramencionada Lei, determina que a direção do SUS é única, sendo exercida, no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios pelas respectivas Secretarias de Saúde ou Órgão equivalente. A partir dessa formatação, a Lei Orgânica do SUS incumbiu-se, também, de distribuir as competências e atribuições de cada direção, reservando, para tanto, todo o seu Capítulo IV.

O artigo 18 desse mesmo instrumento legal define como competência da direção municipal do SUS planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.

Por esses fundamentos, não restam dúvidas de que o Município de Santa Fé do Araguaia é parte legítima para figurar no polo passivo da presente demanda.

3) Do Direito Constitucional à Saúde

O direito à saúde é um direito fundamental do indivíduo. A Constituição da República de 1988 definiu como fundamentos do Estado Democrático de Direito a “**cidadania**” e a “**dignidade da pessoa humana**” (artigo 1º). Não resta dúvida que o direito à saúde está atrelado a tais fundamentos, pelo que a omissão do Poder Público nessa seara representa abalo aos próprios fundamentos da República.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Ao definir os objetivos fundamentais, o constituinte fez constar: “**construir uma sociedade livre, justa e solidária**” e “**erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais**”. A efetividade do direito à saúde constitui pressuposto para o alcance dos escopos delineados.

A saúde está intrinsecamente ligada ao **direito à vida** e o acesso do pobre às ações e serviços de saúde existentes deve ser garantido em prol do **princípio da igualdade** (artigo 5º, *caput*, e inciso I, da CF/88). Além de uma dimensão subjetiva, que pressupõe uma conduta negativa do Estado, os direitos fundamentais à vida e à igualdade possuem uma dimensão objetiva, pelo que ao Poder Público se impõe a realização de ações positivas tendentes à sua efetividade – **dimensão objetiva dos direitos fundamentais**.

Conforme a norma do artigo 6º da Constituição o direito à saúde constitui **direito fundamental social**, integrando, pois, o elenco de **direitos humanos** previstos expressamente no texto constitucional.

Por sua vez, o artigo 196 da Constituição da República, de forma enfática, dispõe claramente:

“Art. 196. A saúde é **direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário** às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

A preocupação do Constituinte com o direito à saúde foi tão elevada que fez constar expressamente que as respectivas ações e serviços são de “**relevância pública**” (ao que parece, a única hipótese expressa no texto constitucional).

Quanto ao tema em apreço, é importante relatar que o referencial teórico e hodierno acerca do conceito de saúde surgiu no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão da ONU, em 26 de julho de 1946, no qual restou estabelecido que: “**a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças**”.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Pode-se extrair da determinação supra que a OMS ampliou o entendimento, até então preponderante, de focar a saúde apenas como uma consequência natural de ausência de doenças, seja no plano preventivo, seja no plano curativo. Abarca o conceito, atualmente, o que se chama de “**promoção da saúde**”, referindo-se ao completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

No âmbito supralegal, o **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966**, adotado pela XXI Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, aprovado no Brasil pelo Decreto Legislativo 226, de 12/12/1991, e promulgado pelo Decreto 591, de 06/07/1992, em seu artigo 12, dispõe o seguinte:

“1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias assegurar:

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
- d) **A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.**”

No mesmo sentido, o **Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988** (Protocolo de San Salvador), adotado pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, aprovado no Brasil pelo Decreto Legislativo 56, de 19/04/1995, e promulgado pelo Decreto 3.321, de 30/12/1999, no seu artigo 10, dispõe que:

“1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados-Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e especialmente a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:

- a) Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
- b) Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
- c) Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
- d) Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
- e) Educação de população sobre a prevenção e tratamento dos problemas de saúde, e
- f) **Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por suas condições de pobreza, sejam mais vulneráveis.**”

A regulamentação infraconstitucional de tal direito é dada pela **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Referido diploma legal traz, logo no seu artigo 2º, que **“a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”** (*caput*) e que *“o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”* (§ 1º).

A aludida Lei Federal disciplina o Sistema Único de Saúde (SUS) e garante, ainda, a **integralidade da assistência** (artigo 7º, II). Ou seja, o atendimento do paciente deve ser completo, abarcando todas as necessidades do cidadão (**princípio do atendimento integral**).

O **Supremo Tribunal Federal** há mais de uma década firmou o entendimento de que o direito à saúde constitui direito fundamental do indivíduo e que sua efetividade é dever do Poder Público (RE 271286 AgR / RS - RIO GRANDE DO SUL - AG.REG.NO



**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

RECURSO EXTRAORDINÁRIO Relator(a): Min. CELSO DE MELLO Julgamento: 12/09/2000. Órgão Julgador: Segunda Turma Publicação: DJ DATA-24-11-2000 PP-00101 EMENT VOL-02013-07 PP-01409).

Em decisão mais recente, o **Supremo Tribunal Federal**, através de decisão do eminente Ministro Celso de Mello, foi enfático em dispor que o Poder Judiciário tem o encargo de garantir a efetivação dos direitos econômicos, sociais e culturais (2ª geração – liberdades positivas), em casos de grave omissão do Poder Público, e que a distribuição gratuita, às pessoas carentes, de medicamentos essenciais à preservação de sua vida e/ou de sua saúde é um dever constitucional que o Estado não pode deixar de cumprir. O mesmo raciocínio se aplica aos tratamentos, exames, insumos e outros igualmente importantes para assegurar a saúde da pessoa. Vale a transcrição de trecho do histórico voto do Ministro Celso de Mello, afastando a tese de reserva do possível:

“Mais do que nunca, Senhor Presidente, **é preciso enfatizar que o dever estatal de atribuir efetividade aos direitos fundamentais, de índole social, qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa.**

Isso significa que a intervenção jurisdicional, justificada pela ocorrência de arbitrária recusa governamental em conferir significação real ao direito à saúde, tornar-se-á plenamente legítima (**sem qualquer ofensa, portanto, ao postulado da separação de poderes**), sempre que se impuser, nesse processo de ponderação de interesses e de valores em conflito, **a necessidade de fazer prevalecer a decisão política fundamental que o legislador constituinte adotou em tema de respeito e de proteção ao direito à saúde.**

Cabe referir, neste ponto, ante a extrema pertinência de suas observações, a advertência de LUIZA CRISTINA FONSECA FRISCHEISEN, ilustre Procuradora Regional da República (“Políticas Públicas – A Responsabilidade do Administrador e o Ministério Público”, p. 59, 95 e 97, 2000, Max Limonad), cujo magistério, a propósito da limitada discricionariedade governamental em tema de concretização das políticas públicas constitucionais, corretamente assinala:

“Nesse contexto constitucional, que implica também na renovação das práticas políticas, o administrador está vinculado às políticas públicas estabelecidas na Constituição Federal; a sua omissão é passível de responsabilização **e a sua margem de discricionariedade é mínima, não contemplando o não fazer.**

.....
Como demonstrado no item anterior, **o administrador público está vinculado à Constituição e às normas infraconstitucionais** para a implementação das políticas

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

públicas relativas à ordem social constitucional, ou seja, própria à finalidade da mesma: o bem-estar e a justiça social.

.....
Conclui-se, portanto, que **o administrador não tem discricionariedade para deliberar sobre a oportunidade e conveniência de implementação de políticas públicas discriminadas na ordem social constitucional**, pois tal restou deliberado pelo Constituinte e pelo legislador que elaborou as normas de integração.

.....
As dúvidas sobre essa margem de discricionariedade devem ser dirimidas pelo Judiciário, **cabendo ao Juiz dar sentido concreto** à norma e controlar a legitimidade do ato administrativo (omissivo ou comissivo), **verificando** se o mesmo não contraria sua finalidade constitucional, no caso, a concretização da ordem social constitucional.” (grifei)

Não deixo de conferir, no entanto, assentadas tais premissas, significativo relevo ao tema pertinente à “**reserva do possível**” (STEPHEN HOLMES/CASS R. SUNSTEIN, “The Cost of Rights”, 1999, Norton, New York; ANA PAULA DE BARCELLOS, “A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais”, p. 245/246, 2002, Renovar), **notadamente** em sede de **efetivação e implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração** (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, **prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas**.

Não se ignora que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais - além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização - depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a alegação de incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, então, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política.

Não se mostrará lícito, contudo, ao Poder Público, em tal hipótese, **criar obstáculo artificial que revele** - a partir de indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa - **o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência** (ADPF 45/DF, Rel. Min. CELSO DE MELLO, Informativo/STF nº 345/2004).

Cumpra advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” — ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível — não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se, dolosamente, do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade.

Tratando-se de típico direito de **prestação positiva**, que se subsume ao conceito de liberdade real ou concreta, a proteção à saúde — que compreende todas as

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

prerrogativas, individuais ou coletivas, referidas na Constituição da República (notadamente em seu art. 196) — **tem por fundamento regra constitucional cuja densidade normativa não permite que, em torno da efetiva realização de tal comando, o Poder Público disponha de um amplo espaço de discricionariedade que lhe enseje maior grau de liberdade de conformação, e de cujo exercício possa resultar, paradoxalmente, com base em simples alegação de mera conveniência e/ou oportunidade, a nulificação mesma dessa prerrogativa essencial.**

O caso ora em exame, Senhor Presidente, põe em evidência o altíssimo relevo jurídico-social que assume, em nosso ordenamento positivo, o direito à saúde, especialmente em face do mandamento inscrito no art. 196 da Constituição da República, que assim dispõe:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Na realidade, o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, **consistente na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde**, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, qualquer que seja a dimensão institucional em que atue no plano de nossa organização federativa.³

Com efeito, a providência pretendida por meio da presente Ação Civil Pública está inserida na Constituição Federal e nas Políticas Públicas de Saúde já concebidas na legislação infraconstitucional, bem como nos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS, de modo que não há que se cogitar violação do princípio da separação de poderes, ou de ofensa contra a discricionariedade da Administração Pública, descartando, ainda, qualquer menção sobre a impossibilidade do Poder Judiciário conhecer e decidir acerca do objeto desta Ação.

Vale dizer, a oferta das ações e serviços da Atenção Básica e a execução das Políticas de Vigilância e de Atenção à Saúde, desenvolvidas por meio da Atenção Básica, ora reclamadas, é uma obrigação ordinária da Secretaria de Saúde de Santa Fé do Araguaia-TO, que deve se concretizar regularmente, nos termos da legislação vigente, dos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS, e das pactuações afetas a matéria.

3

Publicado no Informativo do STF n.º 582.



5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

A Lei nº 8.080/90, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O Decreto nº 7.508/2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter federativa, e dá outras providências.

A Lei Complementar nº 141/2012, por sua vez, regulamenta o §3º do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 03 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080/90, e 8.689/93; e dá outras providências.

Importante frisar que, além da Política Nacional da Atenção Básica mencionada no objeto da presente demanda, existem diversas Políticas de Vigilância em Saúde, destinadas ao controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; doenças vetoriais e controle de zoonoses; vigilância ambiental e saúde do trabalhador; e vigilância sanitária. E ainda, diversas Políticas de Atenção à Saúde, destinadas à assistência farmacêutica, controle de doenças crônicas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; acompanhamento do pré-natal da gestante e puerpério; realização de exame de prevenção do câncer do colo do útero e mama; planejamento reprodutivo com oferta de métodos contraceptivos; ações voltadas à saúde do homem e idoso; e imunização.

Todas essas Políticas de vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde devem ser desenvolvidas por meio da Atenção Básica.

Deve-se também observar os instrumentos de Planejamento, de Gestão e de Controle do SUS e as pactuações firmadas na Comissão Intergestores Bipartite.



5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Desta forma, ao tratarmos do direito à saúde no primeiro nível de atenção, devemos observar toda a legislação sanitária a esse respeito, de forma a fundamentar o pedido e a causa de pedir da presente ação, bem como subsidiar a formação do juízo de valor a esse respeito.

4) Da Atenção Básica

A Atenção Básica, também definida como Atenção Primária em Saúde, é conhecida como *porta de entrada* dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se do atendimento inicial que deve ser prestado à população, cujo objetivo é orientar sobre as atividades preventivas, prestar serviços assistenciais e direcionar os mais urgentes para níveis de atendimentos superiores em complexidade. A Atenção Básica deve funcionar como organizadora do fluxo dos serviços das Redes de Saúde.

É um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No âmbito do SUS, existem diversos programas governamentais que dizem respeito à Atenção Básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável por serviços multidisciplinares que devem ser ofertados às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Nesse contexto há de se destacar visitas domiciliares, consultas, exames complementares e de apoio diagnóstico, vacinas, dispensação de medicamentos, busca ativa de pacientes, entre outros constantes das políticas públicas de vigilância e de atenção à saúde.

A Estratégia Saúde da Família é definida e organizada pelo Ministério de Saúde (MS), visando oferecer uma Atenção Básica mais resolutiva e humanizada no país, sendo considerada primordial para a organização e o fortalecimento desse nível de Atenção à Saúde.

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Para efetivar as ações e serviços da Atenção Básica, é necessário o trabalho de equipes multiprofissionais básicas, formadas por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, ou equipes multiprofissionais avançadas, formadas, além dos profissionais citados acima, por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene dental. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente 4.000 (quatro mil) usuários.

A ESF é responsável por cumprir as metas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), conceituada no Decreto 7.508/2011⁴, como sendo *instância de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS*. Ou seja, trata-se de fórum de negociação entre o Estado e os Municípios na implantação e operacionalização do SUS, com finalidade de promover a normatização, regulamentação, avaliação, negociação e decisão dos aspectos operacionais.

As Equipes desta Estratégia devem estabelecer vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade dos profissionais com os usuários e a comunidade, com o desafio de ampliar as fronteiras de atuação e resolubilidade da atenção. Além disso, tem como estratégia de trabalho: conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco às quais a população que ela atende está exposta; e prestar assistência integral, organizando o fluxo de encaminhamento para os demais níveis de atendimento, quando se fizer necessário.

A Atenção Básica também deve promover iniciativas destinadas a estruturação de Equipes de Consultório de Rua, que atendam pessoas em situação de vulnerabilidade (moradores de rua); Programa Melhor em Casa (para atendimento domiciliar); Programa Brasil Sorridente (de saúde bucal); Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outros, todos destinados à melhoria da qualidade de vida da população.

⁴ Art. 2º, IV.

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Importante destacar que no Programa de Agentes Comunitários de Saúde a assistência é ofertada pelo profissional enfermeiro e por agentes comunitários de saúde.

Estes programas e estratégias têm as suas peculiaridades correspondentes à Atenção Básica de Saúde, a qual é definida pelo Ministério da Saúde como sendo⁵:

“(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e o controle social.”

⁵ bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

A Portaria nº 2.488/2011, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a sua organização, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), entre outras providências.

“Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 11.350, de outubro de 2006, que regulamenta o § 5º do Art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo Parágrafo Único do Art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006;

*Considerando o Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde;
Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90;*

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que trata do processo de integração das ações de vigilância em saúde e atenção básica;

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Portarias nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, nº 90/GM, de 17 de janeiro de 2008 e nº 2.920/GM/MS, de 03 de dezembro de 2008, que estabelecem os municípios que poderão receber recursos diferenciados da ESF;

Considerando Portaria nº 2.143/GM/MS, de 9 de outubro de 2008 - Cria o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF);

Considerando Portaria nº 2.372/GM/MS, de 7 de outubro de 2009, que cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família;

Considerando Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009 que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal -Unidade Odontológica Móvel (UOM);

Considerando a Portaria nº 750/SAS/MS, de 10 de outubro de 2006, que instituiu a ficha complementar de cadastro das ESF, ESF com ESB - Modalidades I e II e de ACS no SCNES;

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas.

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 29, de setembro de 2011, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1214.8581 - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde;

IV - 10.301.1214.8730.0001 - Atenção à Saúde Bucal; e

V - 10.301.1214.12L5.0001 - Construção de Unidades Básicas de Saúde - UBS.

Art. 3º Permanecem em vigor as normas expedidas por este Ministério com amparo na [Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006](#), desde que não conflitem com as disposições constantes desta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada as Portarias nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 61, de 29 de março de 2006, Seção 1, pg. 71, nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, publicada no Diário Oficial da União nº 18, de 25 de janeiro de 2008, Seção 1, pg. 47/49, nº 2.281/GM/MS, de 1º de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 189, de 2 de outubro de 2009, Seção 1, pg. 34, nº 2.843/GM/MS, de 20 de setembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 181, de 21 de setembro de 2010, Seção 1, pg. 44, nº 3.839/GM/MS, de 7 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 237, de 8 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 44/45, nº 4.299/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, 31 de dezembro de 2010, Seção 1, pg. 97, nº 2.191/GM/MS, de 3 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 148, de 4 de agosto de 2010, Seção 1, pg. 51, nº 302/GM/MS, de 3 de fevereiro de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 28, de 10 de fevereiro de 2009, Seção 1, pg. 36, nº 2.027/GM/MS, de 25 de agosto de 2011, publicada no Diário Oficial da União nº 164, Seção 1, pg.90. “

A Atenção Básica deve funcionar de maneira a resolver de 70 a 80% dos problemas de saúde da população. O trabalho eficiente da Atenção Básica evita o adoecimento das pessoas e enormes gastos com exames e procedimentos, evitando também gastos com internações na rede de urgência e emergência do SUS.

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Conforme dito anteriormente, a Atenção Básica deve integrar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores⁶ Regionais.

Importante destacar o entendimento acerca das Redes de Atenção à Saúde, descrito pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)⁷:

“(…) os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, de forma fragmentada, episódica e reativa. Isso não deu certo nos países desenvolvidos, isso não está dando certo no SUS.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente presentes aqui e alhures, são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença.

Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados por políticos, gestores, profissionais de saúde e, especialmente, pela população. Há evidências de que esses sistemas fragmentados devem ser substituídos por sistemas integrados de atenção à saúde, as RAS.

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e

⁶ Artigos 5º, I, e 7º, caput, do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90.

⁷ www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf.

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (...).

As RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde com base na população, uma característica essencial das RAS.

A população de responsabilidade das RAS não é a população dos censos demográficos, mas a população cadastrada e vinculada a uma unidade de APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS.

A gestão de base populacional é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e monitorar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências (...). Uma das bases teórico conceituais deste documento assenta-se na gestão de base populacional, o que implica que toda a programação da APS faz-se com parâmetros de necessidades e não com parâmetros de oferta construídos a partir de séries históricas.

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura opera-O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional, constituída pelos “nós” das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele assistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da RAS.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde são de dois tipos: os modelos de atenção aos eventos agudos e os modelos de atenção às condições crônicas.”

A Atenção Básica é de suma importância para a qualidade de vida da população, em razão das ações e serviços que são desenvolvidos por meio dela, as quais devem buscar, prioritariamente, conforme já dito, evitar que a população adoça.

A Conferência de Alma-Ata assim definiu a Atenção Básica:

“cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação”. Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares. Principalmente, aponta para a saúde como expressão de direito humano. (...).

Oportuno registrar o resgate histórico também descrito pelo CONASS⁸ acerca da importância da Atenção Básica, sobretudo, diante da mudança do modelo de atenção à saúde que deve ser efetivado em nosso País, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

⁸ www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/11/Conass-APS-e-RAS.pdf.

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

“em 1979, a Assembleia Mundial da Saúde, da Organização Mundial da Saúde, instou todos os países-membros a definir e por em prática estratégias nacionais, regionais e globais, tendentes a alcançar a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”. Entretanto, quando a Organização Mundial da Saúde propôs sua agenda para operacionalização das metas acordadas em Alma-Ata, os países industrializados já as haviam alcançado em grande parte, enquanto a maioria dos países em desenvolvimento ainda estava longe de atingi-las. Isso gerou problemas de conceituação e, por consequência, de implementação pelas diferentes interpretações que foram decodificadas do conceito global em que há consenso (VUORI, 1984).

A interpretação da APS como atenção primária seletiva entende-a como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação profissional e sem a possibilidade de referência a níveis de atenção de maior densidade tecnológica (UNGER e KILLIN- GSWORTH, 1986).

A interpretação da APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Por isso, há quem sugira que a APS deve “ocupar o banco do motorista” para dirigir o sistema de atenção à saúde (SALTMAN et al., 2006).

Na primeira interpretação, está-se diante da APS como um programa focalizado em pessoas e regiões pobres; na segunda, como o primeiro nível de atenção do sistema de atenção à saúde; e na terceira, como uma estratégia de organização de todo o sistema de atenção à saúde e como um direito humano fundamental.

A interpretação que se utiliza neste livro é a APS como Estratégia de Saúde da Família (ESF).”

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Importante ressaltar que a Constituição Federal atendeu aos anseios da população desassistida que desencadeou o Movimento Popular de Saúde, integrado pela população carente, trabalhadores, professores e estudantes. Esse movimento com o tempo foi tomando força e houve a integração de médicos sanitaristas e outros militantes da área, passando, então, a ser conhecido como o *Movimento da Reforma Sanitária*, determinante para a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, gratuito, de maneira universal, integral, igualitária, muito bem retratado pela sanitarista Lúcia Freitas⁹:

“O movimento pela Reforma Sanitária surgiu da indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro do setor Saúde. Por isso, desde o início, pautou sua ação pelo questionamento desse quadro de iniquidades. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, quando foi abortado pelo golpe militar de 1964. O movimento atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970 e princípio dos anos 1980 e mantém-se mobilizado até o presente. Podemos afirmar que a Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. A 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceu o marco político e conceitual para a orientação do processo de transformação do setor saúde no Brasil, que foram consubstanciados no reconhecimento de que o direito à saúde se inscreve entre os direitos fundamentais do ser humano e que é dever do Estado a sua garantia. Conceitualmente, buscou-se precisar o conceito de saúde como um bem do ser humano, contextualizado historicamente numa dada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento. Desta forma, a 8ª CNS trouxe como resultado um conceito ampliado de saúde, resultado das condições de “habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso a serviços de saúde” (Relatório final de VIII CNS). Foi dentro desta perspectiva que a “Saúde como um Direito do Cidadão e Dever do Estado” se colocou como idéia central do “Movimento Sanitário”. Nesta perspectiva, à Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas e outras políticas sociais em desenvolvimento onde torna-se fundamental o conceito da intersectoralidade. A partir destes marcos, a 8ª CNS estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde.”

⁹ www.luciafreitas.com.br

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Assim, a Reforma Sanitária teve como objetivo principal a conquista da saúde como direito de todos e dever do Estado, e a mudança do modelo de atenção à saúde predominante em nosso País, conhecido como modelo *hospitalocentrico*.

Essa contextualização se mostra necessária para a formação do juízo de valor acerca da importância desta Ação Civil Pública.

Existem vários trabalhos literários e acadêmicos publicados sobre essa temática, sobretudo, por parte de sanitaristas militantes na área da Saúde Pública. Para fechar essa contextualização, trazemos o entendimento acerca da importância da Atenção Básica e a correlação com a Reforma Sanitária ocorrida em nosso País, descrito pelo Mestre e Doutor em Saúde Coletiva, e pesquisador em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Doutor Gustavo Corrêa Matta¹⁰:

“Internacionalmente tem-se apresentado 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS. No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a idéia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

¹⁰ **MATTA**, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho Educação e Saúde, 3(2): 371-396, 2005.

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (...).

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (...).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (...).

Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da idéia de defesa da saúde como um direito (...).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (...). Nos anos 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (...) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médicoprevidenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS (Brasil, 1988) e sua regulamentação (Brasil, 1990) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como:

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em

5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA ESTADO DO TOCANTINS

que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (...).

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde (ver verbete Atenção à Saúde), de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

Ressalta-se também na ABS a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.”

Desse modo, é imprescindível que a Atenção Básica em Santa Fé do Araguaia exerça a sua finalidade de maneira eficiente, com vistas a evitar que a população adoça e que o SUS seja onerado pela inversão da lógica da assistência, qual seja, a superlotação dos Hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento.

4.1) Da assistência farmacêutica

Preconiza a Lei nº 8.080/1990, que rege o Sistema Único de Saúde, em seu art.

6º:

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

“Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações:

(...)

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.”

“Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como um 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.”

“Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.”

Desse modo, sendo a saúde um direito público subjetivo do cidadão e dever do Estado, garantido expressamente em diversos diplomas legais, sua efetivação constitui interesse estatal primário, devendo ser ele satisfeito de modo integral, resolutivo e gratuito, nos exatos termos dos artigos 198, inciso II, da Constituição Federal; artigos 7º, inc. XII e 43, ambos da Lei Orgânica da Saúde - LOA, inclusive com a adequada assistência farmacêutica, nos termos do artigo 6º, inciso I, alínea “d”, da mesma LOA.

O direito dos usuários à obtenção de medicamentos das mãos do Poder Público não é apenas uma contraprestação devida pelo Estado, mas também um direito fundamental

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

do ser humano, que encontra, inclusive, respaldo na Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei nº 8.212/1991):

“Art. 2º. 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.

Parágrafo único. As atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes:

(...)

d) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas;”

Bem assim, também como corolário do direito à saúde, a medicação pactuada deve ser ofertada com regularidade, pois, muitas vezes a continuidade na administração da medicação é condição indispensável para o sucesso do tratamento e manutenção da vida dos pacientes.

Desse modo, resta clara a necessidade de se compelir judicialmente o Município de Santa Fé a regularizar o fornecimento de medicamentos nas unidades de saúde existentes na municipalidade.

IV - DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

O novo Código de Processo Civil consagrou a chamada Tutela Provisória de Urgência, quando houver **PROBABILIDADE DO DIREITO**, amplamente demonstrada no bojo do presente Inquérito Civil, no qual já foram expedidos diversas **RECOMEN-DAÇÕES MINISTERIAIS**, e, **PERIGO DE DANO OU RISCO**, demonstrado pela natureza do direito que se tutela, acesso aos serviços de prevenção e recuperação da saúde.

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Art. 300. A tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

§ 1º Para a concessão da tutela de urgência, o juiz pode, conforme o caso, exigir caução real ou fidejussória idônea para ressarcir os danos que a outra parte possa vir a sofrer, podendo a caução ser dispensada se a parte economicamente hipossuficiente não puder oferecê-la. §

2º A tutela de urgência pode ser concedida liminarmente ou após justificação prévia.

§ 3º A tutela de urgência de natureza antecipada não será concedida quando houver perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão.

Por sua vez, a norma do artigo 12, da Lei 7.347\85 (Lei da Ação Civil Pública) dispõe que: ***“Poderá o juiz conceder mandado liminar, com o sem justificação prévia, em decisão sujeita a agravo”***.

A **probabilidade do direito** resta patente, na hipótese, por todas as normas que regem o direito à saúde e os documentos juntados, comprobatórios da necessidade de ações positivas do Estado para garantia da saúde do usuário.

O sempre lembrado Prof. Alexandre Freitas Câmara com precisão ensina que:

“há casos em que o indeferimento da tutela antecipada pode causar um dano ainda mais grave do que seu deferimento. Pense-se, por exemplo, numa hipótese em que a antecipação da tutela se faça ne-

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

cessária para que se realize uma transfusão de sangue, ou uma amputação de membro. Ambos os casos revelam provimentos jurisdicionais capazes de produzir efeitos irreversíveis. Ocorre que o indeferimento da medida, nos exemplos citados, provocaria a morte da parte, o que é – sem sombra de dúvida – também irreversível.

Nestas hipóteses, estar-se-á diante de verdadeira ‘irreversibilidade recíproca’, caso em que se faz possível a antecipação da tutela jurisdicional. Diante de dois interesses na iminência de sofrerem dano irreparável, e sendo possível a tutela de apenas um deles, caberá ao juiz proteger o mais relevante, aplicando-se o princípio da proporcionalidade, o que lhe permite, nestas hipóteses, antecipar a tutela jurisdicional (ainda que, com tal antecipação, se produzam efeitos irreversíveis).”¹¹

Não resta qualquer dúvida que o interesse mais relevante e que merece proteção imediata é a saúde. Não é razoável se exigir que, constatada a violação aos direitos fundamentais, fiquem os pacientes expostos, até o provimento jurisdicional definitivo, decorrentes da omissão do ora requeridos no atendimento à saúde.

Deve ser dispensado, por outro lado, prévia audiência dos representantes dos requeridos, sob pena de restar verdadeiramente negado o acesso ao Judiciário, mormente porque tais trâmites processuais, pela sua conhecida demora, poderá resultar em prejuízos ao usuário, consistente no agravamento de sua saúde.

Nesse sentido, o pacífico entendimento doutrinário e jurisprudencial.¹² Havendo evidente força maior, estado de necessidade ou exigência de preservação da saúde ou vida humana, não há de se ouvir nenhum representante do requerido. Como já restou

¹¹ CÂMARA, Alexandre Freitas. *Lições de direito processual civil*. V. 1, 13. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2005, p. 461/462. Grifamos.

¹² MAZZILLI, Hugo Nigro. *A defesa dos interesses difusos em juízo*. 18. ed., São Paulo: Saraiva, 2005, p. 437.



**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

decidido pelo **Superior Tribunal de Justiça** (REsp 409.172/RS, 5ª T., j. 04.04.2002, Rel. Min. Félix Fischer, DJU 29.04.2002, p. 320), em situações “nas quais resta evidente o estado de necessidade e a exigência da preservação da vida humana, sendo, pois, imperiosa a antecipação da tutela como condição, até mesmo, de sobrevivência para o jurisdicionado” não há que se falar em audiência prévia.

Posto isso, imperiosa a concessão *inaudita altera pars* da tutela provisória de urgência para que o MUNICÍPIO promova a imediata regularização dos serviços de saúde por ele prestados, por meio do cumprimento das recomendações a ele direcionadas, MORMENTE, a **REGULARIDADE DO FORNECIMENTO DOS MEDICAMENTOS PADRONIZADOS E DE CUMPRIMENTO DOS PRAZOS do Sistema FORMSUS (dados relativos ao combate do mosquito *aedes aegypti* ocorridos no Município) e alimentação do Sistema SARGSUS**; sob pena de imputação de multa diária, em valor estipulado por este juízo, pessoalmente, ao Prefeito Municipal e ao(a) Secretário (a) Municipal de Saúde.

V - DOS PEDIDOS FINAIS

Por todo exposto, o Ministério Público do Estado do Tocantins, com fulcro nos fatos e fundamentos legais deduzidos nesta exordial, requer a Vossa Excelência, que a presente Ação seja recebida e julgada procedente, para o fim de condenar o **Município de Santa Fé do Araguaia-TO**, na obrigação de fazer, consistente em:

a) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a oferta das ações e serviços de saúde constantes da Política Nacional da Atenção Básica;

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

b) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a execução das Políticas Públicas de Vigilância em Saúde, destinadas ao controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; doenças vetoriais e controle de zoonoses; vigilância ambiental e saúde do trabalhador; e vigilância sanitária, desenvolvidas por meio da Atenção Básica;

c) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a execução das Políticas Públicas de Atenção à Saúde destinadas à assistência farmacêutica, a fim de que não ocorra falta de medicamentos na Farmácia Básica Municipal;

d) garantir, de forma integral, tempestiva e regular a execução das Políticas Públicas de Atenção à Saúde controle de doenças crônicas; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; acompanhamento do pré-natal da gestante e do puerpério; prevenção e controle do câncer do colo do útero e mama; planejamento reprodutivo com oferta de métodos contraceptivos; ações voltadas à saúde do homem e do idoso; e imunização, desenvolvidas por meio da Atenção Básica;

e) enviar, tempestivamente, ao Sistema FORMSUS os dados relativos ao combate ao mosquito *aedes aegypti* no Município, bem como cumprir prazos para elaboração de Relatório Anual de Gestão e alimentação do Sistema SARGSUS;

f) sanar as inconformidades detectadas por meio das vistorias e monitoramentos realizados pela Secretaria de Estado da Saúde, no prazo a ser fixado por esse Juízo.

Requer ainda:

**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

g) que seja determinada a citação do requerido para contestar a presente ação, no prazo legal, sob pena de revelia e confissão ficta, imprimindo-se ao feito o rito ordinário, nos termos do disposto no art. 19 da Lei n.º 7.347/85 c/c art. 344 e seguintes do CPC;

h) a designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do art. 319, VII, do CPC;

i) provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, em especial, pelos documentos anexados à exordial, bem como pela juntada de novos documentos, e o mais que se fizer necessário para a elucidação dos fatos.

j) seja, ao final, acolhido o pedido, em seus termos, confirmando-se a tutela provisória de urgência.

l) requer a condenação do requerido ao pagamento de todas as despesas processuais, mas ante a vedação constitucional ao recebimento de honorários advocatícios por parte do Ministério Público, deixa-se de postular nesse sentido.

m) Requer, ainda, a citação do atual Prefeito Municipal e Secretário Municipal de Saúde (podendo serem localizados nas sedes administrativas da Prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde), na qualidade de pessoa interessada, tendo em vista o pedido pessoal de multa diária, tudo nos termos dos arts. 536 e 537 do NCPC, art. 14, V do CPC, art. 461, § 5º do CPC e arts. 73 do ECA (aplicável ao macrossistema da tutela coletiva).



**5ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE ARAGUAÍNA
ESTADO DO TOCANTINS**

Apesar de inestimável, dá-se à causa o valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

Termos em que pede deferimento.

Araguaína-TO, data e horário no campo de inserção do evento.

Araína Cesárea Ferreira dos Santos D'Alessandro
Promotora de Justiça