

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) FEDERAL DA ____ª VARA
DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DO AMAZONAS**

“É uma sensação estranha.

É como se a gente nem existisse.”¹

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, no exercício das suas atribuições constitucionais e legais, vem, pela signatária, com fundamento nos artigos 127 e 129, inciso III, da Constituição Federal, artigos 1.º, inciso IV, e 5.º, da Lei 7.347/85, artigos 5.º, inciso III, alínea *b*, e 6.º, inciso VII, alíneas *a* e *b*, e inciso XIV, alínea *a*, da Lei Complementar 75/93 e Lei 7.347/85, propor

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

(COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA)

em face da **UNIÃO**, pessoa jurídica de Direito Público interno, representada pela Procuradoria da União no Estado do Amazonas, situada na Avenida Tefé, 611, Edifício Luis Higino de Sousa Neto, Bairro Praça 14 de Janeiro, CEP.: 69.020-090, Manaus/AM, Correio eletrônico: cju.am@agu.gov.br;

em face do **ESTADO DO AMAZONAS**, pessoa jurídica

¹ Morador da Comunidade Mamori II, situada no município de Careiro, Amazonas, à equipe do MPF na Comunidade, durante visita à Escola José Francisco Maia, na 15ª Edição do Projeto.

de direito público interno, representada pela Procuradoria-Geral do Estado, situada na Rua Emílio Moreira, nº 1308, Praça 14 de Janeiro, CEP.: 69.020-090, Manaus, Amazonas;

do MUNICÍPIO DE GUAJARÁ, pessoa jurídica de direito público interno, representada por seu Prefeito Ordean Gonzaga da Silva, e situada na Avenida Leopoldo Carlos, s/n – Guajará – AM – CEP: 69895-000.

pelos motivos de fato e de direito que passa a expor.

1. SÍNTESE DA PRETENSÃO DEDUZIDA NA PRESENTE AÇÃO

A presente ação Civil Pública busca garantir a razoável observância das diretrizes de **universalidade de acesso, integralidade e equidade na prestação dos serviços de saúde no Sistema Único no Amazonas** e, com isso, a compelir a União Federal, o Estado do Amazonas e o Município de Guajará a adequarem a organização da rede de atendimento à saúde na municipalidade, de modo a garantir a execução dos serviços da atenção primária à saúde (APS) a todos os habitantes do município de Guajará, inclusive os de sua área rural.

2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO FÁTICA

O município de Guajará situa-se no extremo sul do Amazonas e possui população de 16.339 (dezesesseis mil trezentos e trinta e

nove) habitantes, de acordo com estimativas do IBGE para o ano de 2017². Com extensão territorial de 7.583,72 km², apresenta densidade demográfica de 1,84 hab/km² e uma geografia que faz com que as quase 90 comunidades rurais de seu território³ sejam de dificultoso acesso, seja este por via terrestre ou fluvial.

Para o resguardo da saúde de sua população, o município de Guajará conta com um Hospital, três unidades de atenção primária e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família em funcionamento⁴, contando com cinco Equipes de Saúde da Família que não atendem sua área rural, conforme informações prestadas pela própria Prefeitura⁵.

De acordo com o verificado em inspeções realizadas nos anos de 2015 e 2017, malgrado a área rural do município possua vasto território e conte com quase metade da população de Guajará, os dois postos de atendimento à saúde nela alocados encontram-se inoperantes.

Na **Comunidade do Gama**, distante cerca de 30 km da sede do município, a Unidade Básica de Saúde Geraldo Lopes de Oliveira **funciona basicamente para o controle da malária**, que é endêmica na região, não possuindo insumos e equipe permanente com profissionais da saúde habilitados para a realização de atendimentos primários em benefício dos mais de quatrocentos comunitários da região.

Na primeira visita realizada pelo Ministério Público Federal no âmbito do Projeto MPF na Comunidade, em agosto de 2015⁶, observou-se que uma equipe com médicos, enfermeiros, dentistas e nutricionistas

² <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/guajara/panorama>

³ Fonte: Censo 2010/IBGE

⁴ Composto por 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 educador físico, 01 fisioterapeuta, conforme documento PR-AM-00032034/2018. O endereço eletrônico <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=GUAJARA> confirma a informação trazida quanto aos equipamentos de atendimento à atenção primária de Guajará.

⁵ Relatório PR-AM-00022248/2017

⁶ Relatório PR-AM-00027628/2015

apenas tinha visitado a comunidade em duas oportunidades naquele ano, por dois dias em cada momento de itinerância.

A equipe do Ministério Público constatou que a farmácia da unidade de saúde estava vazia, sem insumos ou medicamentos primários, o que apenas comprova sua inoperância como entidade de atendimento básico. Na ocasião, foi reportado que a última remessa de medicamentos à comunidade teria ocorrido no ano de 2014.

Na sala de atendimento odontológico, não havia material ou equipamento senão a cadeira do dentista. Diante da ausência de instrumentos para esterilização, informou-se ao MPF que, após o uso, os objetos utilizados em procedimentos eram colocados em água fervendo, em panela comum, para desinfecção.

Em retorno ao município, no ano de 2017, o Ministério Público observou, primeiramente, a dificuldade de acesso à Comunidade do Gama nos períodos de chuva: cerca de 30 km de vicinais foram percorridos em mais de duas horas pela equipe, que estava em veículo tracionado que sofreu avarias e, por diversas vezes, quase se envolveu em acidentes pelas más condições das vias⁷.

Durante o percurso⁸, a equipe passou por um caminhão em alta velocidade e repleto de pessoas que estavam a caminho da sede do município para acesso aos diversos serviços que não existem na comunidade: pelo informado posteriormente, durante a inspeção na Unidade Básica de Saúde, este é o meio ordinário utilizado pela população para chegar à sede do município e as viagens, em regra, duram todo o dia.

Embora esta seja uma das maiores comunidades do município e malgrado acessível por via terrestre, o exposto demonstra o

⁷ Relatório em anexo.

⁸ Relatório fotográfico em anexo demonstra as condições da estrada.

isolamento que a atinge nos períodos de chuva amazônica, ou seja, na maior parte do ano.

Ao alcançar a Comunidade do Gama, observou-se que nada tinha mudado desde a última visita do Ministério Público Federal⁹.

A farmácia da unidade de saúde estava desabastecida, os índices de malária continuavam extremamente altos e os medicamentos existentes na Unidade Básica de Saúde eram exclusivamente para o controle desta doença.

Observou-se que as visitas médicas continuavam esporádicas, tendo ocorrido em duas oportunidades naquele ano até a data da inspeção, ocorrida em junho.

As servidoras que recepcionaram o MPF e prestaram informações expuseram que existem muitos casos de pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade, mas que o controle destas doenças é feito na sede do município, havendo necessidade de deslocamento dos comunitários. O mesmo ocorre com a realização de pré-natal e com o acompanhamento de pessoas com vícios em álcool e outras drogas, problema que é significativo na região.

O exame preventivo de câncer de colo de útero (papanicolau) é executado apenas quando a comunidade recebe visitas de médicos e enfermeiros, sendo exposto ao MPF que os resultados dos exames demoram cerca de um ano para serem apresentados às pacientes. Quanto a isso, existe procedimento específico em curso no MPF.

Em 2015, o MPF visitou também a **Comunidade Boa Fé**, distante pela via fluvial a 4 horas de lancha rápida da sede do município,

⁹ Relatório PR-AM-00022232/2017

onde se verificou uma unidade de saúde fechada, sem equipamentos, instrumentos ou materiais que permitissem afirmar seu funcionamento¹⁰.

Moradora da Comunidade, em contato com a equipe do Ministério Público Federal, informou que a Unidade Básica de Saúde inspecionada sequer foi inaugurada e que, quando os comunitários precisam de assistência médica, é necessário o deslocamento à sede do município ou ao município de Cruzeiro do Sul, situado no estado do Acre.

Os comunitários, na oportunidade, informaram ainda que visitas de equipes médicas eram pouco frequentes na localidade.

Deveras, em reunião com a Secretaria de Saúde¹¹ confirmou-se a raridade com que ocorriam os atendimentos em saúde básica na área rural do município.

Além disso, embora a Secretaria tenha informado que a Comunidade Boa Fé é assistida por lancha, durante as inspeções do MPF não se logrou localizar referida embarcação.

Na sede do município, em visita à Unidade Básica de Saúde Maurício Sabino, constatou-se que 05 (cinco) senhas são reservadas para atendimento da população da área rural. Na Unidade Básica de Saúde Antônio Gomes, obteve-se informação de que a maioria dos pacientes da unidade eram moradores do Bairro Alta Floresta¹².

Todo o verificado no município, nos anos de 2015 e 2017, aponta que sua população rural encontra-se totalmente desassistida no que se refere ao resguardo de sua saúde. Apenas cinco senhas da rede municipal, em todo o sistema de atendimento básico, são destinadas à área rural, que possui quase metade da população do município.

¹⁰ Relatório PR-AM-00027553/2015

¹¹ Relatório PR-AM-00027551/2015

¹² Relatório PR-AM- fls 49/52

Já em 2015, no âmbito do Projeto MPF na Comunidade, expediu-se recomendação ao município de Guajará para que este garantisse efetivo atendimento à saúde na área rural de seu território¹³.

No Ministério Público Federal, instaurou-se o procedimento administrativo nº 1.13.000.001848/2015-37 para o acompanhamento da superação das irregularidades na prestação do direito à saúde verificadas no município¹⁴.

Ainda em 2015, Guajará informou nos autos uma agenda de atendimentos em sua área rural. De acordo com sua manifestação¹⁵, a Comunidade Boa Fé receberia atendimentos nas últimas semanas de cada mês e a Comunidade do Gama receberia atendimentos nas segundas semanas de cada mês.

Não obstante, conforme observado na segunda visita do Projeto MPF na Comunidade ao município de Guajará, em 2017, o cronograma inicialmente apresentado ao órgão ministerial não foi cumprido.

Em reunião realizada na Prefeitura neste segundo momento¹⁶, o Prefeito em exercício informou a intenção de manter itinerância constante de atendimento médico para a área rural do município e expôs que encaminharia programação de visitas ao MPF dentro de 60 dias daquela reunião, o que não ocorreu.

A carência de atenção primária representa afronta a diversos direitos inerentes ao mínimo existencial, à medida que o direito à saúde é pressuposto para acesso a inúmeros outros direitos fundamentais e deve ser prestado em sua integralidade, em todos os graus de complexidade que o

¹³ Recomendação Conjunta/ MPF na Comunidade nº 02/2015 – documento PR-AM-00011409/2016

¹⁴ Portaria nº 057/2015, de 13 de outubro de 2015 – documento PR-AM-00031504/2015

¹⁵ Em anexo.

¹⁶ Documento PR-AM-00022248/2017

Sistema Único de Saúde alcança, a fim de garantir vida digna à universalidade de indivíduos em solo nacional.

3. DO DIREITO

3.1 Dos pressupostos processuais da presente ação

O Sistema Único de Saúde constitui-se pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (art. 4º, Lei 8080/90).

Como exposto na síntese fática da presente ação, o Ministério Público Federal, no exercício de seu dever constitucional, promoveu diversas inspeções em serviços de saúde no município de Guajará, situado ao sul do Amazonas.

Verificando deficiências e, em alguns locais, a total ausência da prestação de atendimentos inerentes à atenção primária em Guajará, o Ministério Público, dispondo da prerrogativa prevista no art. 6º, inciso XX da LC75/93, recomendou ao município a adoção de medidas que garantissem o acesso à saúde básica em seu território.

Pelo recomendado¹⁷, deveria o município garantir o atendimento contínuo de sua área rural com saúde básica, apresentando cronograma com a indicação dos atendimentos que seriam realizados nas unidades de saúde instaladas em sua área rural, as quais se encontram hoje inoperantes.

¹⁷ Documento PR-AM-00011409/2016

Malgrado o município tenha apresentado um cronograma com a previsão de atendimentos mensais de sua área rural, novas inspeções, realizadas por este órgão ministerial no ano de 2017, demonstraram o descumprimento do recomendado por este órgão ministerial.

Em reunião com a Prefeitura de Guajará e respectivo secretariado, como se extrai da memória de reunião que se junta aos autos¹⁸, a própria gestão municipal confirmou a raridade com que ocorrem as visitas de equipes de saúde à área rural do município.

Durante a última visita ao município, na supracitada reunião, o MPF solicitou nova apresentação de cronogramas que garantissem o atendimento contínuo da área rural de Guajará com atenção primária, o que não foi cumprido, como já exposto.

Assim, por considerar esgotada a possibilidade de atuação extrajudicial, o Ministério Público Federal propõe a presente ação civil pública em face da União Federal, do Estado do Amazonas e do Município de Guajará.

Embora a Lei 8080/90, seguindo a linha constitucional, aponte a descentralização político-administrativa como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, a descentralização da prestação de serviços não possui o condão de excluir a responsabilização dos demais entes pela integralidade e universalidade dos serviços de saúde, princípios também preconizados na legislação regulamentadora do Sistema de Saúde.

É dizer: no âmbito da prestação de atendimento à saúde, a responsabilidade dos entes federativos é solidária, cabendo a atuação coordenada com vistas à garantia de atendimento à saúde nos diferentes níveis de complexidade.

¹⁸ Documento PR-AM-00022248/2017

A União é, portanto, corresponsável pelo funcionamento do SUS e o cumprimento de suas obrigações não se esgota no dever de financiamento, mas impõe cooperação de recursos tecnológicos, materiais e humanos na consecução dos serviços de saúde, a teor do disposto da Lei nº 8.080/90, art. 7º, inciso XI.

De se ressaltar ainda que, ante a estrutura hierarquizada do SUS, a União é a responsável pela direção do sistema de saúde, sendo evidente que o quadro de insuficiência da prestação dos serviços de saúde em Guajará é imputável também à sua omissão no cumprimento deste dever.

Prova da responsabilidade da União também com a prestação de serviços é o Programa Mais Médicos, que tem como objetivo a melhoria do atendimento básico aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao propor o Programa e disponibilizar profissionais para o auxílio dos municípios em saúde básica, a União afirma sua responsabilidade não apenas pelo financiamento da saúde, mas pela execução adequada de serviços.

Ao tempo em que se reconhece a responsabilidade solidária dos entes federativos na prestação de serviços à saúde, também se destaca o interesse dos entes em ver cumprida a pactuação tripartite da gestão da saúde, máxime em se considerando os prejuízos advindos da carência de atendimento na atenção primária para os demais níveis de atenção à saúde.

Nos moldes atuais de prestação de serviços básicos de saúde, o Estado brasileiro obriga as populações rurais amazônicas a migrarem para as sedes dos municípios. O êxodo rural no estado não é uma opção, mas uma imposição para quem deseja dispor do mínimo necessário à subsistência digna.

E a repercussão do exposto não é prejudicial apenas para os invisíveis habitantes da área rural. Com a migração, as sedes dos

municípios recebem população de forma desordenada, havendo incremento significativo de problemas sociais de diversas espécies, sem adaptação oportuna dos equipamentos sociais para a manutenção de uma relação de equilíbrio.

Da deficiência na oferta de serviços primários de saúde decorre, também, o agravamento de doenças que poderiam ser prevenidas ou diagnosticadas e tratadas em tempo oportuno, com menores gastos para o Poder Público, além do incremento de doenças para as quais determinadas comunidades nunca foram imunizadas, o que pode inclusive gerar óbitos evitáveis.

Cristalino, pois, que a deficiência na atenção primária envereda para o sucateamento e insucesso de todo o Sistema de Saúde.

A gravidade de todo o exposto não permite que a União tente se desincumbir de seu dever de prestar o direito à saúde, alegando cumprir com suas obrigações pelo simples gerência do sistema e repasse de recursos para a execução de serviços de saúde em nível municipal (atenção primária) e em nível estadual (atenção secundária).

A obrigação dos entes corresponsáveis pela saúde é de fim, de garantir a prestação adequada do direito à saúde a todos aqueles que se encontram no território brasileiro.

Não obstante, a UNIÃO e os demais REQUERIDOS, em prejuízo de toda a população e ao arrepio da legislação aplicável à espécie, conformam-se em financiar e executar um modelo de atenção à saúde limitado, sem avaliar se os projetos de equipes

de saúde da família ou de construção de unidades de saúde que lhes são propostos são adequados à realidade local de Guajará.

Logo, é claro o interesse do Ministério Público Federal na obtenção da tutela pleiteada, tal como delineada no bojo desta ação.

Da mesma forma, inafastável a competência desta Justiça Federal para o processo e julgamento da demanda proposta, por força do art. 109, I da Constituição Federal, face ao nítido interesse da União no deslinde do feito.

3.2 O direito à saúde na Constituição de 1988: da adoção do Sistema Único de Saúde

Como se sabe, antes da Carta de 1988, o Brasil passou por regime ditatorial que tinha como traço a **centralização de poderes e competências**. A Constituição de 1969 conferia aos Estados e Municípios competências reduzidas, limitadas a um pequeno número de atribuições e, *ainda assim*, em caráter supletivo e em observância à lei federal.¹⁹

Ali, a questão da saúde era integralmente ocupada pela atuação da União, a quem competia editar suas normas gerais²⁰, bem como *estabelecer e executar* os planos nacionais²¹.

Com a Constituição de 1988, foi inaugurado no Brasil um *novo* federalismo que tanto passou a contar com um *terceiro* ente (o Município) quanto “diluiu” as competências de outrora. Ainda que mantidas algumas competências

¹⁹ Neste sentido, basta ver o rol de competências da União inscrito no art. 8º e a delimitação da competência dos Estados, prevista em seu parágrafo único: “A competência da União não exclui a dos Estados para legislar supletivamente sobre as matérias das alíneas c, d, e, n, q, e v do item XVII, respeitada a lei federal.”

²⁰ Art. 8º, XVII, “c”.

²¹ Art. 8º, XIV.

legislativas privativas da União, a nova Carta conferiu a Estados e Municípios competências legislativas e administrativas concorrentes.

O país saiu de um regime federalista dual e centralizador para um regime de federalismo tripartido, cuja tônica passou a ser a *cooperação*.

A partir de então, a questão da saúde foi distribuída da seguinte forma:

Art. 23. É competência comum da **União**, dos **Estados**, do **Distrito Federal e dos Municípios**: (...) II - **cuidar da saúde e assistência pública**, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Art. 24. Compete à **União**, aos **Estados** e ao **Distrito Federal** **legislar** concorrentemente sobre: (...) XII - previdência social, **proteção e defesa da saúde**;

Art. 30. Compete aos **Municípios**: (...) VII - **prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população**;

Note-se como a atuação na área da saúde²², direito fundamental resguardado constitucionalmente como dever estatal, passou a se espalhar por todos os entes federativos. Esta pulverização de responsabilidades no cuidado da saúde se deu *justamente* porque a CF/88 lhe conferiu novas diretrizes.

Nos termos do art. 198²³ da Carta Política, as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser:

²² As competências previstas no âmbito constitucional foram replicadas na Lei 8.080/1990 (Lei do SUS, arts. 15 e ss), que regulou as ações e serviços de saúde em todo o território nacional.

²³ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

- **Regionalizadas**, ou seja, com as ações de saúde organizadas territorialmente, com a participação do Estado e da União;
- **Hierarquizadas**, ou seja, distribuídos em níveis de **complexidade** crescente;
- **Constituídas em Sistema Único**, ou seja, de modo a não haver **rupturas** no atendimento aos cidadãos;
- Organizado de acordo com as seguintes diretrizes: **Descentralização do atendimento; Atendimento integral e Participação da comunidade.**

Diversamente do que se dá com outros serviços públicos previstos na Constituição, nos quais se vê uma repartição salomônica de competências, o modelo de atenção à saúde por ela disciplinado *mesclou* as atividades de todos os entes federativos.

Para SANTOS²⁴, o SUS foi definido pela Constituição “de modo a requerer a integração de serviços de entes federativos autônomos em rede regionalizada, que conforma um sistema fundado na interdependência e na inter-relação de serviços, gerando assim uma solidariedade sistêmica, uma política fundada no consenso interfederativo.”

Se possível fosse discriminar a **regra mais importante** no âmbito da atenção à saúde, diríamos que ela se encontra no inciso II do Art. 198: O atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

É em torno da **integralidade** do serviço de saúde que *todas as demais diretrizes e regras foram construídas*. Trata-se de um complexo esquema de organização que, direta ou indiretamente, visa a alcançar a finalidade de resguardar o direito à saúde de toda a população e, como bem

²⁴ SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde – Os desafios da gestão interfederativa*. P. 22.

acentua SARLET²⁵, representa verdadeiro “direito a ter direitos” e “encontra-se umbilicalmente atrelado à proteção da integridade física (corporal e psíquica) do ser humano, igualmente posições jurídicas de fundamentalidade indiscutível”.

A promoção de uma atenção básica eficiente tem o potencial de consolidar vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e para a garantia da integralidade da assistência, tal como preconizado em toda a regulamentação aplicável ao Sistema Único de Saúde.

Ocorre que os valores repassados pela União aos municípios amazonenses para a promoção de atenção básica desconsideram a peculiar geografia do Estado e o fato de que o acesso à sua farta área rural é, em regra, dificultoso.

É bem verdade que, quando do credenciamento de equipes de saúde de família, considerando as especificidades locais, os municípios podem habilitá-las como equipes fluviais ou ribeirinhas, que desempenham suas atividades também via fluvial.

Igualmente verdade que, considerando a baixa densidade demográfica, a Portaria MS nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, aponta que o teto máximo de equipes de saúde da família podem observar fórmula própria, utilizando fórmula que permita a instalação de 1 equipe a cada 2 mil habitantes, quando a regra nacional é a implantação de 1 equipe a cada 3 ou 4 mil habitantes.

Ocorre que Guajará não optou ou não conseguiu formar equipes de saúde da família nos moldes referidos e não logrou demonstrar, dentro do que lhe cabe gerir na saúde, a adoção de providências que garantam o acesso de toda sua população à atenção primária à saúde.

²⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. *Curso de Direito Constitucional*. P. 576.

Pelo que consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Guajará possui em funcionamento um Hospital de Média Complexidade, três unidades de atendimento à saúde básica e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família²⁶, além de cinco equipes de saúde da família. Ocorre que, ainda que de fato estivessem em funcionamento, tais unidades de saúde não seriam suficientes para garantir o atendimento integral da população de Guajará com atenção primária.

A despeito de Ministério da Saúde considerar a densidade demográfica na proporção de equipes de saúde da família por município, a modalidade de equipe implantada nos municípios também deve considerar o fato de que a população amazonense encontra-se dispersa no território do Estado, muitas vezes em áreas de difícil acesso. Deve considerar, também, que os residentes em comunidades ribeirinhas ou extrativistas têm direito de manter seus hábitos culturais tradicionais.

A autodeterminação dos povos, consagrada no texto constitucional (CF, art. 4º, III) e no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (art. 1º, 1), da qual o Brasil é signatário, também é direito fundamental de habitantes de comunidades amazônicas. A lógica dos mandamentos contidos na normatização é garantir que cada indivíduo tenha a capacidade, o direito e o poder de decidir, por si mesmo, suas formas de vida.

O Poder Público, ao dotar de invisibilidade mais de 700 mil habitantes do estado do Amazonas, reproduz histórica política assimilacionista, violentando seus cidadãos a promoverem o desfazimento de seus hábitos e culturas.

Nesse contexto, de se ponderar: ante o sistema adotado para a saúde, é legítimo que a União se limite a receber pedidos de credenciamento de

²⁶ Fonte: <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=GUAJARA>

equipes de saúde da família sem avaliar sua adequação dos projetos apresentados à realidade local dos municípios amazonenses?

É lícito a União não promover análise da adequação do modelo de atenção básica que credencia e financia?

Pode a União alegar que a decisão quanto ao modelo de atenção básica adotado pelo município é discricionária, na tentativa de se desincumbir de qualquer obrigação com relação ao serviço inadequado prestado pelo município e por ela financiado?

Por fim, pode a União se eximir de obrigações assumidas pelo Estado brasileiro em Tratados e Convenções internacionais simplesmente sob a alegação de auxiliar no financiamento da saúde?

Como já exposto ao longo da presente petição, o Ministério Público Federal entende que é obrigação da União não apenas colaborar com o financiamento da atenção básica. Defende-se, aqui, que seu papel é atuar de modo a garantir a efetividade dos serviços de saúde prestados no Sistema Único, coordenando-o em prol da garantia do efetivo cumprimento dos princípios que o regem.

A insuficiência no atendimento da população rural de Guajará é de conhecimento da União ou deveria ser, à medida que o ente credencia as equipes de saúde da família dos municípios brasileiros e efetua o destaque de verbas para a saúde municipal, ratificando a cada repasse que os modelos adotados são adequados.

O Estado do Amazonas, por sua vez, também avalia os projetos municipais propostos ao Ministério da Saúde e define a forma de utilização de verbas eventualmente transferidas para a compensação de especificidades regionais, por meio da Comissão Intergestores Bipartite,

fórum de negociação entre o Estado e Municípios na implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Assim, se é verdade que não se pode afastar a responsabilidade municipal pela atenção primária, também a União federal e o Estado do Amazonas são falhos no desempenho de seus deveres de manterem o Sistema Único de Saúde em equilíbrio e em pleno funcionamento, condenando à invisibilidade milhares de pessoas.

3.3 Principais características da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Citando STARFIELD²⁷, LAVRAS afirma que “a APS [Atenção Primária à Saúde] é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde (...) [coordenando], ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção”.

Na Política Nacional de Atenção Básica constam orientações sobre a saúde primária, sobre a formação de equipes de saúde da família e sobre os meios de se garantir a integralidade e o universal acesso ao direito à saúde.

Nessa linha, a Política preconiza que deveriam ser atributos da atenção primária o “primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação”.

MENDES²⁸, citado por LAVRAS, explica que:

- **O primeiro contato** implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se

²⁷ STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2011.

²⁸ Idem ibidem.

procura o cuidado;

- **A longitudinalidade** requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde;
- Os cuidados devem se dar num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família;
- **A integralidade** supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades **mais comuns** da população adscrita;
- A integralidade supõe o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças;
- **A coordenação** implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante.

Tomando o caso do Brasil, LAVRAS ensina que, apesar das primeiras experiências com medicina comunitária, iniciadas na década de 1970 com o movimento da reforma sanitária, foi tão “somente com a municipalização do SUS no início da década de 1990 (...) que começou a haver uma estrutura mais uniforme da atenção básica sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde”.

Nada obstante, foi apenas a partir de 1994 a atenção primária ganhou corpo com a criação do Programa Saúde da Família – posteriormente ampliado para *Estratégia* Saúde da Família mediante a Portaria nº 2.488/2011 (ESF)²⁹.

Tratando a respeito da Estratégia Saúde da Família, a Portaria dispõe que Atenção Básica:

- Representa um conjunto de ações de saúde, no âmbito

²⁹ A ESF está regulada pela Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

individual e coletivo, que abrange a **promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos**, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

- É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, **democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos**, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.
- Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no **manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território**, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.
- **É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas**, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.
- Orienta-se pelos princípios da universalidade, **da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado**, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.
- A Atenção Básica **considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural**,

buscando produzir a atenção integral³⁰;

A Portaria dispõe, ainda, que a atenção básica tem como fundamentos e diretrizes:

- I - território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada
- II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados **como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde**; (...). A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- III - A **adscrição dos usuários** (processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado); **vínculo** (construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde); **longitudinalidade do cuidado**;
- IV - **Coordenar 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 e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e

³⁰ Em clara ampliação da concepção de saúde como exclusivamente relacionada ao processo de doença.

coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário **e coordenando-o no conjunto da rede de atenção.**

- V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.
- A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento.
- A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais.

No que concerne à formação das equipes, pela Política, cada grupo de Saúde da Família deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 por equipe, respeitando-se critérios de equidade para essa definição.

Para municípios com baixa densidade demográfica, com áreas de populações rarefeitas, a Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, estabelece, para cálculo do teto máximo de equipes, a fórmula população/2.000.

Como Guajará possui cerca de 16 mil pessoas, cinco equipes de saúde da família, em tese, representariam uma cobertura razoável no município.

Ocorre que, conforme já exposto, as equipes de Guajará ofertam atendimento apenas na área urbana do município, deixando aproximadamente metade de sua população sem acompanhamento.

O delineamento dado às equipes pela regulamentação tem como escopo a garantia de que a atenção básica cumpra funções para a contribuição efetiva para o bom funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, a saber:

- Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade (...);
- Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas (...);
- Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
- Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.
- Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das

necessidades de saúde dos usuários.

Como se vê da exposição acima, a atenção primária figura como um ponto-chave nos serviços de saúde, sendo possível afirmar que seu (in)sucesso é determinante para o (in)sucesso dos demais níveis de atenção à saúde, a saber, de média e alta complexidade.

Sua atuação dentro do sistema de referências e contrarreferências³¹ do sistema público de saúde, portanto, é responsável por dar forma e estofo aos ditames constitucionais para a área da saúde.

Ora, dentre outros inúmeros aspectos, é possível afirmar, em resumo, que:

1. **A capilarização torna acessível a atenção primária para a população rural, sendo excessivamente oneroso que esta busque acompanhamento médico na sede do município, o que faz com que essa busca apenas ocorra quando sua condição de saúde estiver demasiado ruim, não se podendo falar em prevenção sob essas circunstâncias;**
2. **O funcionamento da atenção primária permite o pleno exercício do direito ao planejamento familiar, oportunizando acesso à informação e a métodos contraceptivos;**
3. **O funcionamento adequado da atenção primária evita que a população procure atendimento em policlínicas e hospitais, evitando sua superlotação e a precarização de seus**

³¹ Dentro do sistema de saúde, as unidades de saúde de referência atuam no atendimento de *maior* complexidade. Já na contrarreferência, as unidades de saúde atuam em atendimentos de *menor* complexidade. Dessa forma, por exemplo, um paciente que recebe um transplante em um hospital (atendimento de referência), pode ser encaminhado, posteriormente, para uma Unidade Básica de Saúde (contrarreferência) a fim de que possa tratar dos curativos pós-cirúrgicos, dada a menor complexidade destes.

serviços;

4. **A capilarização da atenção primária permite um aproveitamento eficiente dos recursos públicos, seja por uma maior resolutividade das demandas de baixa complexidade nas unidades de contrarreferência; seja pela potencialização do atendimento dos serviços de alta complexidade nas unidades de referência, isto é, onde pessoal e estrutura dos hospitais atuam exclusivamente para a realização de procedimentos e cuidados cuja complexidade não permite o atendimento pela atenção primária;**
5. **O bom funcionamento da atenção básica permite a adequada coordenação entre os entes federativos para que, cada um dentro de suas atribuições, possam acompanhar e coordenar o fluxo dos usuários entre cada um dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde³²;**
6. **O bom funcionamento da atenção primária permite o acompanhamento e imunização da população, evitando inestimável número de mortes.**

Ainda que, nos termos da Portaria 4.279/2010, todos os pontos de atenção sejam igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede de assistência à saúde, é inegável que a atenção primária é o verdadeiro

³²Conforme a Portaria 4.279/2010 do Ministério da Saúde, a RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

“muro de arrimo” do SUS.

Mas, indagamos, como obter sucesso em seu desiderato se aproximadamente metade da população do município de Guajará não possui acesso à atenção primária?

Se é possível afirmar que a rede de assistência à saúde pode funcionar com unidades de referência deficitárias (ainda que em grave prejuízo à população), o mesmo não procede caso o *deficit* está na atenção primária. O mau funcionamento da atenção implica diretamente o mau funcionamento do sistema como um todo, inexoravelmente.

3.3.1 Atenção Primária como instrumento para a prevenção

Ao par das diretrizes de atendimento integral e universal na prestação do direito à saúde, há um elemento de enorme importância para o funcionamento do Sistema Único de Saúde: **a priorização das atividades preventivas.**

Mais do que ser uma mudança meramente burocrática sem qualquer base científica, a priorização de atividades preventivas modificou sensivelmente a resposta estatal à seguinte pergunta: **O que é saúde?**

Para respondê-la adequadamente é preciso fazer um breve apanhado histórico.

Em 1910, Abraham Flexner publicou, nos Estados Unidos e no Canadá, um relatório propondo diversas mudanças no ensino, pesquisa e prática da medicina, marcando profundamente a medicina no Ocidente³³, inclusive no

³³BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 fev. 2017.

tocante à saúde pública.

O chamado Modelo Flexneriano, que também influenciou a atuação do Brasil, ficou conhecido por ser marcadamente hospitalocêntrico. Nesse sentido, MATTA e MOROSINI³⁴ explicam que, “a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e a ‘atenção à saúde’ foi se tornando sinônimo de assistência hospitalar.”

Nesse sentido, acrescentam os autores que o modelo Flexneriano caracterizou-se: i) por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença; ii) pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos; iii) e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo.

Em decorrência disto, os autores concluem que o relatório não apenas organizou o ensino e o trabalho médico como fez com que “o modelo campanhista da saúde pública, pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais, perde[sse] terreno e prestígio no cenário político e no orçamento público do setor saúde, que pass[ou] **a privilegiar a assistência médico-curativa, a ponto de comprometer a prevenção e o controle das endemias no território nacional.**”

Somente a partir da década de 1970, com o Movimento Municipalista de Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde³⁵- dentre outros movimentos que juntos compuseram a chamada *Reforma Sanitária* -, a sociedade civil passou a reivindicar mudanças no formato de atendimento à saúde.

Nesse contexto, conforme MATTA e MOROSINI, houve uma ampliação do entendimento sobre o que seria saúde, passando a ser vista como “resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da

<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.

³⁴ Dicionário da Educação Profissional em Saúde da FIOCRUZ. Atenção à saúde.: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html> – Acesso em 17/02/2017

³⁵ SANTOS, idem, p. 58-59.

terra e acesso a serviços de saúde.”

Como consequência destas evoluções históricas, é possível dizer que a saúde, na Constituição de 1988, deixou de focar a doença como principal ponto de atenção na atenção do Estado à Saúde. Ao contrário, conforme a dicção do art. 196, a saúde deve ser garantida pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que:

- Visem à redução do risco de doença e outros agravos;
- Visem ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Note-se: a recuperação da saúde, ou seja, o tratamento da **doença** é o último dos componentes daquilo que a Constituição entende por saúde e, por vezes, o quadro assume tal proporção que se torna irreversível.

Não quis a CF/88 dizer que o tratamento dos doentes seria um ponto de “menor importância” (o que seria evidentemente contraditório com o direito fundamental à saúde), mas visou determinar que as prioridades do Estado em relação à saúde devem ser pensadas “anteriormente à doença”.

Assim, mais importante que “recuperar doentes” é “cuidar para que os indivíduos e a sociedade *tenham acesso igualitário às ações e serviços de saúde* para que **não cheguem sequer ao ponto de adoecer**”.

Bem nessa linha, atua o pré-natal no resguardo da saúde da mulher grávida e do feto. Como acentua a pesquisa Nascer Brasil³⁶, o pré-natal poderia reduzir problemas relacionados à hipóxia intraútero, por exemplo, o que revela o quão significativo é o *deficit* de atendimento adequado a grávidas do município de Guajará, que atende a menos de 30% de suas mulheres em estado gravídico com as 7 (sete) consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da

³⁶ Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>, visualizado em 24.07.2018.

Saúde³⁷.

Outra importante atuação preventiva da atenção primária se refere à imunização da população contra doenças, muitas delas que podem levar ao óbito.

Hoje, o país enfrenta surtos de sarampo e a baixa imunização de sua população para a poliomelite, o que significa risco de retorno da doença que se encontra erradicada do país há 28 anos.

O retorno de doenças ao Brasil é preocupante e, com a confirmação de mais de 700 (setecentos) casos de sarampo em Manaus, com mais de 5000 (cinco mil) casos notificados³⁸, a rede pública de saúde já enfrenta severos problemas na contenção da doença e no atendimento dos pacientes agravados, havendo o registro de duas mortes associadas a suas complicações ordinárias.

Indagado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão sobre a baixa cobertura vacinal, o Ministério da Saúde informou que o desconhecimento quanto à gravidade das doenças e a insuficiência das equipes profissionais de saúde são fatores determinantes para o insucesso da imunização.

No caso de Guajará, a baixa cobertura vacinal espelha a baixa cobertura da atenção básica, que se busca combater por meio da presente ação.

Em consulta ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações³⁹, verifica-se que a **cobertura vacinal de Guajará foi de 30,98% em 2017 e 33,71% em 2018**, o que representa elevado risco de que a contaminação por doenças se tornem epidemias de difícil controle, com riscos severos à população e gastos elevados para o Poder Público, como

³⁷ Fonte: <http://visualizador.inde.gov.br/VisualizaCamada/998>, consultado em 24.07.2018.

³⁸ Informações constantes no Boletim Epidemiológico 023/2018, da SEMSA, de 13.08.2018, consultável via internet em <semsa.manaus.am.gov.br>

³⁹ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV/CPNIAM.def>, consultado em 23.07.2018.

ocorre hoje com o sarampo na capital do Amazonas.

O mesmo ocorre com as complicações decorrentes da diabetes e outras doenças crônicas que podem ensejar complicações de grande complexidade, bem como com relação a outras tantas doenças que, se fossem cuidadas em sua fase inicial, possuiriam grande potencial de cura.

Esses exemplos de consequências decorrentes do mau funcionamento da atenção primária demonstram como é potencialmente letal a falta de prevenção e de cuidados básicos de saúde.

Pois bem.

Se o Relatório Flexner foi a pedra fundamental para as ações de saúde hospitalocêntricas e marcadas pela “atenção à doença”, seria possível afirmar que seu contraponto, em nível igualmente internacional, foi o chamado *Relatório Dawson*.

Este documento, publicado em 1920 por *Sir* Bertrand Dawson – então Ministro da Saúde do Reino Unido – “é considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida” (LAVRAS⁴⁰)

Nada obstante, “somente na década de sessenta, com a crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados, é que [ressurgiu] nos Estados Unidos um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, com duas vertentes principais, de um lado os Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros universitários, e de outro, o contexto da ‘guerra à pobreza’ ” desencadeada pelo Governo Federal (CONILL⁴¹)”.

⁴⁰ Apud LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

⁴¹ CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

O Brasil, ao adotar um Sistema Único que preconiza uma atenção primária que busca, ao menos na teoria, um cuidado mais próximo da população, com a identificação de suas principais demandas para atuação educativa e preventiva, reconhece a importância da atividade.

É necessária, contudo, a adoção de maiores esforços para que os gestores da saúde reconheçam-se responsáveis pelo adequado funcionamento dos serviços de saúde e para que se logre alcançar a concretização do direito fundamental que, na teoria, é fartamente resguardado na ordem constitucional e infralegal.

Mais uma vez, por oportuno, reforça-se: solapada a atuação da atenção básica, a descentralização, o atendimento integral com enfoque preventivo e a participação popular preconizadas para o Sistema Único de Saúde restam gravemente comprometidas. Por esta razão se pode afirmar que, quando a atenção básica não atua da maneira devida, todo o desenho constitucional do SUS acaba por ruir.

3.4 Breve análise sobre a insuficiência estatal na prestação de serviços de atenção primária em Guajará

Como já fartamente defendido no presente documento, Guajará não consegue atender a praticamente metade de sua população com serviços de atenção primária à saúde.

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, verifica-se que o município dispõe de um Hospital, três Unidades Básicas de Saúde, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e um Centro de Atenção Psicossocial. Compulsando as informações constantes no endereço eletrônico

do Ministério da Saúde, verifica-se que o município possui também de 05 (cinco) equipes de saúde da família.

Como já exposto, a Política Nacional de Atenção Básica preconiza que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando-se critérios de equidade para essa definição.

Por sua vez, a Portaria MS nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, considerando a existência de um grande número de municípios com baixa densidade demográfica, reduz o montante populacional a ser atendido pelas equipes, definindo o teto de equipes em casos tais a partir da fórmula população/2000.

Objeto da presente ação civil pública, Guajará possui mais de 16 mil pessoas e suas cinco equipes de saúde da família, em tese, representariam uma cobertura de 100% (setenta e cinco por cento) da atenção básica na localidade, se utilizada a razão de população/3200 ou 62,5%, se observada a fórmula definida pela Portaria 2.355/2013.

Todavia, hoje o que se percebe e se demonstra com os documentos anexados ao presente instrumento é que a área rural do município encontra-se totalmente desassistida, **de modo que cerca de 50% (cinquenta por cento) de sua população não possui acesso contínuo a serviços de atenção básica.**

Pela regulamentação aplicável à espécie, os municípios podem credenciar suas equipes de saúde da família como:

a) **ribeirinhas**, caso em que estas devem prestar atendimento à população ribeirinha por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente

à 8h/dia) e dois dias para atividades de educação permanente, registro da produção e planejamento das ações; ou

b) **fluviais**, que devem funcionar, no mínimo, 20 dias/mês, com deslocamento até as comunidades e atendimento direto à população ribeirinha.

Do trâmite do credenciamento de equipes, pela norma, participam município (elaborador do projeto), o estado (que submete o projeto à CIB e depois o apresenta ao Ministério da Saúde) e a União (que credencia e financia o funcionamento das equipes).

A despeito das particularidades geográficas de Guajará e da participação dos três entes federativos na análise de seus projetos de implementação de equipes de saúde da família, admitiu-se que as equipes ordinárias, sem condição ribeirinha ou fluvial, seriam suficientes para o atendimento da demanda do município em atenção básica do município.

Toda e qualquer proposta pretensamente **integral** e **universal** de atendimento à saúde no Amazonas deve considerar sua extensa área rural e a baixa densidade demográfica da região, o que não foi observado na implantação das equipes no município, de modo que a decisão tripartite pelo modelo implantado em Guajará reputou invisível praticamente metade da população do município, a qual não possui em seu cotidiano acesso, em igualdade de condição com a população urbana, a serviços de saúde primária.

O município até possui duas Unidades Básicas de Saúde em sua área rural, mas não consegue fazê-las funcionar continuamente, com equipes compostas por profissionais capazes de dar atendimento básico à população, nos moldes preconizados em lei e demais regulamentos do SUS. Em verdade, as unidades de saúde se prestam apenas de apoio a

atendimentos sazonais, que ocorrem em quantidade bastante inferior ao preconizado nas normas que regem a matéria.

Como já exposto, a Unidade de Saúde da Comunidade do Gama limita-se a promover o controle da malária. Embora disponha de equipamentos, esteja em uma comunidade que possui população significativa e seja referências para outras comunidades, o atendimento médico, a realização de exames e até mesmo a dispensação de medicamentos na unidade de atendimento básico apenas é feita esporadicamente, quando equipe da sede realiza mutirão na Comunidade.

Em dias comuns, a população do Gama se vê compelida a buscar atendimento na sede do município, distante cerca de 30km da comunidade e de difícilíssimo acesso ao longo dos meses de chuva na região.

A outra Unidade Básica de Saúde situada em área rural fica na Comunidade Boa Fé e sequer dispunha de instrumentos básicos e insumos para sua operação quando da última visita do Ministério Público Federal.

Os investimentos públicos que deveriam ser voltados à concretização da saúde, em ambos os casos, desaguaram na construção de imóveis sem qualquer utilidade para a comunidade a maior parte do tempo.

Embora, em regra, se considere que a malversação de verbas públicas ocorre com a apropriação indevida de valores por gestores, Guajará demonstra de forma bastante clara como a má gerência de recursos pode consumir verbas de forma nada razoável.

Se é verdade que é difícil a captação de profissionais para a guarnição de unidades de saúde em municípios do estado do Amazonas, é também verdade que existe programa federal que tem como objetivo levar

mais médicos para as regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais.

3.5 Da potencial utilização do Programa Mais Médicos para a garantia de acesso universal à saúde primária em Guajará

Uma justificativa bastante comum para a não observância à universalidade do acesso à saúde, utilizada por gestores de municípios do Amazonas, é a carência de profissionais que tenham interesse em se dedicar a seus respectivos ofícios nestas localidades.

Com isso, pode o município de Guajará alegar dificuldades na formação das equipes de saúde da família, tentando justificar a insuficiência do atendimento hoje ofertado à sua população.

Ocorre que, se é verdade que é difícil a captação de profissionais para a guarnição de unidades de saúde em municípios do Amazonas, é também verdade que existe programa federal que tem como objetivo levar mais médicos para as regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais.

O Programa Mais Médicos visa ao fortalecimento da atenção básica no país, dispondo do provimento emergencial de vagas como estratégia de atuação.

Esse importante Programa federal, é instrumento que corrobora todo o afirmado na presente petição com relação à responsabilidade da União pela efetiva implementação de serviços de saúde básica no país.

Por meio de consulta ao endereço eletrônico do Programa, contudo, verifica-se que o município de Guajará possui autorização para apenas uma vaga de médico⁴².

Se o quantitativo não é suficiente para que se garanta o universal acesso à saúde básica, configura-se claramente esta como uma possibilidade de se superar o problema trazido.

4. Da questão orçamentária como suposto óbice à boa execução da atenção primária em saúde em Guajará

Sabe-se que o sistema financeiro de um ente público possui rigores e formalidades, bem como que as possibilidades de gastos públicos, por natureza, são limitadas.

Ocorre que toda decisão de gasto (e de *não gastar*) é uma decisão política, isto é: depende da vontade política do gestor. Assim, conforme a política adotada, pode o gestor público optar por gastar mais em iluminação pública ou fomento ao turismo; ao tempo em que pode optar por despender menos recursos com a reforma de praças e/ou a construção de creches, e assim sucessivamente. Assim, há infinitas possibilidades para que o gestor escolha como empregará as verbas públicas.

Certo é que as escolhas políticas devem ser dotadas de razoabilidade para representarem escusas viáveis. Mais que isso: em determinadas situações, tais como nos serviços de saúde, o gasto público não é uma opção, mas um dever. Assim, não tem a gestão municipal a escolha de não investir na atenção primária.

⁴²Disponível em <<http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>>, acessado em 14.08.2018.

O atendimento da população rural com atenção primária em saúde é dever cujo caráter fundamental impõe a prioridade de seu financiamento, inclusive, em detrimento de autorizações orçamentárias para ações e serviços de menor relevância jurídica e social.

Com efeito, conquanto a ordem jurídica conceda certa discricionariedade ao gestor quanto à realização das despesas autorizadas pela lei orçamentária anual para múltiplas tarefas e compromissos estatais, determina investimentos em caráter prioritário, que afunilam as opções legítimas na gestão fiscal e financeira responsável.

Além de poder exigir melhor equacionamento da cooperação financeira federativa em contrapartida ao valor de serviços a expandir, de ver que ao Município compete instituir, rever e aplicar as leis orçamentárias em conformidade com a primazia dos direitos constitucionais fundamentais, dentre os quais o da saúde.

Embora a insuficiência de recursos para o provimento da atenção primária possa ser uma das argumentações do município para a não prestação de serviços de saúde básica à sua população rural, esta alegação precisa ser cabalmente comprovada, sendo oportuno ressaltar que o caso sob análise evidencia não uma insuficiência financeira do ente, mas a má gerência dos serviços que estão sob sua responsabilidade no Sistema de Saúde.

Nesse ponto, uma vez mais se chama a responsabilidade da União não apenas pelo financiamento do Sistema, mas para a efetiva coordenação das atividades que lhe compõem.

A União disponibiliza verbas para o custeio de Equipes de Saúde da Família de municípios que buscam tal incentivo. No caso de Guajará, situado na região amazônica, pela regulamentação aplicável à espécie, seria possível o

credenciamento de 8 equipes regulares, fluviais e ribeirinhas, conforme proposta municipal, acatada pelo Estado e União.

Ocorre que, a despeito de dispor de vasta área rural, o município credenciou 5 equipes de saúde da família regulares. Ao que parece, quando do deferimento do pedido municipal, o Estado do Amazonas e a União não analisaram se o projeto defendido pelo município era adequado e equilibrado para o território, ou seja, não se avaliou se os valores aplicados no município seriam utilizados da melhor forma, em benefício de um maior número de pessoas ou das pessoas que mais necessitam.

O dispêndio de verbas públicas em finalidade não efetiva e adequada é o mesmo que mal aplicar tais verbas, em especial em um país em que a escassez de recursos é uma realidade que restringe acesso aos mais variados e essenciais serviços públicos.

É oportuno frisar: o Ministério Público Federal, por meio da presente petição, não busca exigir do Estado brasileiro obrigações impossíveis ou inalcançáveis. Busca, Excelência, tão somente a razoável garantia do mínimo existencial de milhares de pessoas que se veem condenadas à invisibilidade pelo Poder Público e que, por histórica omissão estatal, sequer se reconhecem como merecedoras nos mais básicos direitos.

5. Da tutela provisória

No presente caso, é imperiosa a concessão de tutela provisória, fundamentada tanto na urgência da demanda trazida a este juízo como na evidência do direito invocado por este Ministério Público Federal.

Como fartamente exposto, a presente ação civil pública visa a resguardar o direito fundamental à saúde de milhares de habitantes da área rural de Guajará, os quais hoje precisam se deslocar à sede do município para a obtenção de assistência preventiva e a atendimentos básicos de saúde.

A urgência da ação, portanto, demonstra-se a partir da fundamentalidade do direito que se busca resguardar, sendo certo que a farta explanação constante na presente petição confirma que hoje o direito mais básico de milhares de pessoas encontra-se sob forte violação e também que a demora no provimento jurisdicional pode trazer prejuízos incalculáveis à sobrevivência desta população.

Lado outro, entende-se que a antecipação da análise da tutela também pode se dar com fulcro no art. 311, IV do CPC/2015⁴³, à medida que a instrução do inquérito civil que deu base à propositura da ação civil pública demonstra, de forma farta e incontestável, a omissão estatal que se busca combater.

Os documentos juntados à inicial comprovam, sem maior necessidade de aprofundada dilação probatória que:

- O município de Guajará não oferta com regularidade serviços de saúde básica a habitantes de sua zona rural, ou seja, a aproximadamente metade de sua população;

⁴³ Art. 311. A tutela da evidência será concedida, independentemente da demonstração de perigo de dano ou de risco ao resultado útil do processo, quando: IV - a petição inicial for instruída com prova documental suficiente dos fatos constitutivos do direito do autor, a que o réu não oponha prova capaz de gerar dúvida razoável.

- As equipes de saúde da família não são ribeirinhas ou fluviais, o que faz com que o investimento em mobilidade das equipes seja inferior ao possível;
- As equipes que atendem Guajará não possuem atribuição sobre a área rural do município, havendo divisão irrazoável na definição de suas competências, em prejuízo de significativa parcela da população;
- O Estado do Amazonas e a União corroboraram a escolha municipal quanto ao modelo de equipe de saúde da família de Guajará, à medida que a proposta municipal passa pela análise estadual na CIB e a União é responsável pelo credenciamento e financiamento das equipes;
- Instado a se manifestar a respeito do tema, o município de Guajará não logrou apresentar planejamento factível para o atendimento de sua área rural com saúde básica;
- É notório que a União não adotou medidas administrativas e/ou judiciais para impedir o desrespeito à integralidade e universalidade do acesso à saúde no Amazonas;
- É notório que a não prestação de serviços de saúde básica enseja prejuízos a todo o Sistema Único de Saúde, gerando sucateamento da média e alta complexidade em razão de doenças que poderiam ser evitáveis ou combatidas em sua fase inicial;

Assim sendo, entende-se que, em sede cautelar, devem os réus ser instados a elaborar, em prazo não superior a seis meses, um plano para o atendimento da área rural do município de Guajará com saúde primária.

Entende-se que as medidas que serão adotadas pelos entes federativos para o cumprimento de tal meta devem ser por eles definidas, mas a

observância de determinadas diretrizes para a razoável garantia da universalidade e integralidade buscadas devem estar contidas nas propostas.

Assim sendo, defende-se a necessidade de os réus apresentarem um planejamento que contenha, de forma detalhada:

1. Análise conjunta referente à cobertura das equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde para o município de Guajará, com verificação quanto à pertinência do modelo credenciado e as necessidades da população que se busca atender;
2. Cronograma que preveja o atendimento das comunidades rurais do município de Guajará de forma frequente e razoável, com garantia de integralidade no atendimento nos moldes preconizados pela Política Nacional de Atenção Básica;
3. Informações sobre os veículos e insumos que servirão aos contínuos atendimentos direcionados à zona rural do município de Guajará;
4. Informações sobre as principais atividades preventivas e de acompanhamento que serão ofertadas, com apresentação de ações que resguardecam a prevenção e controle de doenças;

Por outro lado, mesmo não sendo requisito indispensável à concessão de tutela de evidência, cumpre lembrar que a concessão da medida não possui os traços característicos da irreversibilidade. Trata-se, apenas, da imposição para elaboração de planejamento que atenda aos ditames do Sistema Único de Saúde a curto e médio prazo (e não de sua execução).

6. DOS PEDIDOS

Considerando-se todo o narrado na presente ação civil pública, o Ministério Público Federal requer:

A) Sejam devidamente citados os REQUERIDOS para, querendo, contestarem a presente ação civil pública e apresentarem os respectivos endereços eletrônicos, uma vez que os autores não dispõem desta informação (§1º do art. 319 do CPC);

B) Seja reconhecida a **urgência** do presente pleito, na forma do art. 12, §2º, IX, do CPC;

C) Após a citação, seja concedida a antecipação de tutela para que os RÉUS apresentem, num prazo de 6 (seis) meses, plano para a adequação do atendimento na atenção primária no município de Guajará. Com vistas à almejada integralidade e em observância ao modelo preconizado para a região amazônica pela Portaria MS nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, o plano deve garantir o atendimento da área rural do município de Guajará com serviços de saúde básica, nos termos do item 5 da petição;

D) A realização de audiência de conciliação/mediação, por força do disposto no inciso VII do art. 319 do CPC.

E) Seja o feito regularmente processado e julgado para, ao final CONDENAR OS REQUERIDOS a adotarem providências para que ações e serviços de saúde de atenção primária sejam ofertados com adequação e suficiência para todos os habitantes de Guajará, sejam eles rurais ou citadinos, nos moldes defendidos na presente petição.

Dá-se à causa o valor de R\$ 100.000,00.



PROCURADORIA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO

AV. ANDRÉ ARAÚJO, Nº 358 – BAIRRO ADRIANÓPOLIS CEP: 69060-000. MANAUS –
AM. FONE: (92)2129-4701. correio eletrônico: PRAM-OFICIO1@PRAM.MPF.GOV.BR

Nestes termos, pede deferimento.

Manaus, 15 de agosto de 2018.

(assinado digitalmente)

BRUNA MENEZES GOMES DA SILVA

Procuradora da República