



Número: **1001551-69.2019.4.01.3200**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

Órgão julgador: **3ª Vara Federal Cível da SJAM**

Última distribuição : **12/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 100.000,00**

Assuntos: **Saúde**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL (AUTOR)			
UNIÃO FEDERAL (RÉU)			
ESTADO DO AMAZONAS (RÉU)			
MUNICIPIO DE IPIXUNA (RÉU)			
Ministério Público Federal (Procuradoria) (FISCAL DA LEI)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39342 563	12/03/2019 12:02	SAUDE BÁSICA - Ipixuna - docx	Inicial

**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 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;

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.



em face do **MUNICÍPIO DE IPIXUNA**, pessoa jurídica de direito público interno, representada por sua Prefeita Maria do Socorro de Paula Oliveira, e situada na Avenida Varcy Herculano Barroso, S/N, Centro, Ipixuna – AM – CEP: 69890-000.

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 Ipixuna 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 Ipixuna, inclusive os de sua área rural.

2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO FÁTICA

O município de Ipixuna situa-se no sudoeste do Amazonas, na fronteira com o Estado do Acre, e possui população de 28.933 (vinte e oito mil novecentos e trinta e três) habitantes, de acordo com estimativas do IBGE para o ano de 2018². Com extensão territorial de 12.109,777 km², apresenta densidade demográfica de 1,85 hab/km².

² <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/ipixuna.html>



O Ministério Público Federal instaurou, no ano de 2015, o Inquérito Civil nº 1.13.000.001894/2015-36³ para apurar irregularidades na prestação do serviço de saúde na localidade.

Conforme consulta ao Censo/2010, Ipixuna é o 9º município do Amazonas com maior população localizada na zona rural⁴, uma vez que, de seus 17.177 habitantes estimados naquele ano, 9.864 estariam habitando a zona rural, o que perfaz o percentual de 57% da população⁵.

Para o resguardo da saúde de sua população, o município de Ipixuna conta com 1 (um) Hospital, 3 (três) postos de saúde localizados na zona rural, 2 (duas) unidades de atenção primária e 1 (um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em funcionamento⁶, contando com o total de 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família (ESF), duas delas com saúde bucal, e uma Equipe de Agentes Comunitários⁷.

Em consulta ao CNES, as unidades que contam com ESF são: UBS Ivaneide Cordeiro, UBS Francisca Moura de Oliveira (Equipe 01 e 04) ⁸e o Posto de Saúde Pernambuco (zona rural)⁹.

Na primeira visita realizada pelo Ministério Público Federal no âmbito do Projeto MPF na Comunidade, em 2015, observou-se diversos problemas envolvendo a saúde pública do Município.

³ [Portaria nº 59/2015, de 21 de outubro de 2015](#) (Documento PR-AM-00032409/2015)

⁴ <https://noticias.uol.com.br/censo-2010/populacao-urbana-e-rural/am>

⁵ <http://www.idam.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Ipixuna-2012.pdf>

⁶ Composto por psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, educador físico, fisioterapeuta, conforme [Ofício nº 182/2018 - Ipixuna \(documento PR-AM-00043473/2018\)](#).

⁷ http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipas.asp

⁸ <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/equipas/1301802013630>

⁹ http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipas_Unidades.asp?VMun=130180&VCompetencia=201902 |

Acesso em 18/2/2019.



Neste viés, expediu-se a Recomendação Conjunta nº 007/2015¹⁰ por meio da qual se orientou que o município de Ipixuna:

a) **PROMOVESSE** imediata retirada do material descartável utilizado do ambiente de atendimento, mantendo regularidade nesta atuação, o que deverá ser comprovado no prazo de 20 (vinte) dias;

b) **PROVIDENCIASSE**, no prazo de 20 (vinte) dias, a implantação de controle formal mínimo acerca dos medicamentos em estoque, dos faltantes e dos vencidos, assim como estabeleça rotina de verificação e formalização de pedidos de reposição de medicamentos.

c) **APRESENTASSE**, no prazo de 20 (vinte) dias, cronograma dos atendimentos a serem realizados por equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde situadas na zona rural, com periodicidade mínima mensal e publicidade prévia;

d) **ADOTASSE** medidas preventivas, inclusive educativas, sobre hábitos de higiene e disseminação de doenças, apresentando planejamento de atuação na área da saúde e da educação no prazo de 20 (vinte) dias;

Apesar de ter sido notificada para prestar esclarecimentos, a Prefeitura limitou-se a alegar não ter recebido as requisições anteriormente encaminhadas. Informou a adoção de providências para melhoria da prestação do serviço de saúde sem, porém, declinar qualquer informação relativa ao objeto da Recomendação ¹¹.

Em retorno ao município, no ano de 2017, o Ministério Público observou, quanto à Unidade Básica de Saúde (UBS) Ivaneide Cordeiro de Negreiros, que a limpeza estava adequada com consultórios e banheiros limpos e que a farmácia da unidade

¹⁰ [Recomendação Conjunta/ MPF na Comunidade nº 007/2015 – \(documento PR-AM-00036142/2018\)](#)

¹¹ [Ofício Resposta 084/2017-GP](#) (Documento PR-AM-00012952/2017, constante na fls. 143/145).



que outrora era localizada no interior da unidade, passou a se localizar em prédio ao lado¹².

Além disto, verificou-se que referida UBS era composta por 5 (cinco) médicos, 3 (três) dentistas e 4 (quatro) enfermeiros, estes últimos em revezamento nos dois turnos de atendimento. Vale destacar que, à época da inspeção, quando era a única UBS no município, realizava em torno de 40 a 50 atendimentos semanais.

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 mais da metade da população de Ipixuna, a UBS Fluvial encontrava-se inoperante e não era ofertado à região atendimento por nenhuma Equipe de Saúde da Família (ESF) do município, o que revela nítida desassistência.

Malgrado tenha informado a regularização de alguns vícios anteriormente constatados, o município admitiu a dificuldade para expansão de serviços de saúde na área rural, destacando a existência de **apenas três postos de atendimento nas comunidades Santa Maria, Pernambuco e Santa Catarina**¹³.

A Prefeitura informou, ainda, que *“os habitantes da Zona Rural são atendidos através de PACS com visitas rotineiras dos Agentes Comunitários de Saúde de cada comunidade. São realizadas viagens com médicos, odontólogo, equipe de enfermagem a cada 3 meses, totalizando 4 viagens ano para a zona rural. No momento a UBS Fluvial do município encontra-se em Construção”* ¹⁴

¹² [Relatório de Inspeção \(Documento PR-AM-00026423/2017\)](#)

¹³ [Ofício Resposta nº 030/2018- GP \(Documento PR-AM-000121319/2018.](#)

¹⁴ [Ofício nº 182/2018 - Ipixuna \(documento PR-AM-00043473/2018\).](#)



Apesar de ter alegado visitar regularmente a zona rural, o município não logrou apresentar qualquer documentação comprobatória do cumprimento do informado.

Ademais, fácil constatar que o número de postos de saúde nas comunidades encontra-se muito aquém do necessário para uma prestação de serviços de saúde primária adequada, máxime em se considerando as características do modelo de atenção à saúde vigente.

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

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 Ipixuna, situado ao sul do Amazonas.



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

Pelo recomendado¹⁵, deveria o município, dentre outras providências, garantir 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.

Ocorre que, mesmo após a concessão de prazo e as diversas reiteraões realizadas, o município não apresentou cronograma de atendimento na zona rural do município, que demonstraram o descumprimento do recomendado por este órgão ministerial, além de deixar claro o desamparo que acomete a maior parcela de sua população.

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 Ipixuna.

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.

¹⁵ [Recomendação Conjunta/ MPF na Comunidade nº 007/2015 – \(documento PR-AM-00036142/2018\)](#)



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.

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 Ipixuna 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 reafirma 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 Ipixuna.

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: A 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.¹⁶

¹⁶ 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,



Ali, a questão da saúde era integralmente ocupada pela atuação da União, a quem competia editar suas normas gerais¹⁷, bem como *estabelecer e executar* os planos nacionais¹⁸.

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 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 saúde¹⁹, direito fundamental resguardado constitucionalmente como dever estatal,

respeitada a lei federal.”

¹⁷ Art. 8º, XVII, “c”.

¹⁸ Art. 8º, XIV.

¹⁹ 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.



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. 198²⁰ da Carta Política, as ações e serviços públicos de saúde passaram a ser:

- **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 SANTOS²¹, 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.”

²⁰ 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.

²¹ SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde – Os desafios da gestão interfederativa*. P. 22.



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 acentua SARLET²², 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.

²² SARLET, Ingo Wolfgang. *Curso de Direito Constitucional*. P. 576.



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 Ipixuna 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.

Pelo que consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Ipixuna possui em funcionamento um Hospital de Média Complexidade, cinco unidades de atendimento à saúde básica, sendo três delas na zona rural do município e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família²³, além de três equipes de saúde da família. Ocorre que, ainda que em funcionamento, tais unidades de saúde não são suficientes para garantir o atendimento integral da população de Ipixuna 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.

²³ Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>



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 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 Ipixuna 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 STARFIELD²⁴, 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”.

MENDES²⁵, 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 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;

24 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/DetailheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2011.

25 Idem ibidem.



- **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)²⁶.

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

- Representa 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, 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**

²⁶ 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).



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 integral**²⁷;

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**

²⁷ Em clara ampliação da concepção de saúde como exclusivamente relacionada ao processo de doença.



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 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 Ipixuna possui cerca de 28.933 (vinte e oito mil novecentos e trinta e três) habitantes²⁸, quatorze equipes de saúde da família, em tese, representariam uma cobertura razoável no município.

Ocorre que, conforme já exposto, Ipixuna dispõe de apenas 4 (quatro) equipes de saúde da família, sendo que

²⁸ <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am/ipixuna.html>



conforme informado pela prefeitura, o atendimento é realizado pela Equipe de PACS, ou seja, nenhuma delas oferta atendimento na zona rural do município, mesmo quando a maior parte da população encontra-se nesta zona 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 contrarreferências²⁹ do sistema público de saúde, portanto, é responsável por dar forma e estofa 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,**

²⁹ 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.



evitando sua superlotação e a precarização de seus 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 Saúde³⁰;
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 “muro de arrimo” do SUS.

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

³⁰Conforme 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.



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 Ocidente³¹, inclusive no tocante à saúde pública.

O chamado Modelo Flexneriano, que também influenciou a atuação do Brasil, ficou conhecido por ser marcadamente

31 BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.



hospitalocêntrico. Nesse sentido, MATTA e MOROSINI³² 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 Saúde³³- 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 terra e acesso a serviços de saúde.”

32 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

33 SANTOS, idem, p. 58-59.



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**”.

Uma 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 notificados³⁴, 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.

Da análise do inquérito civil instaurado na Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, extrai-se que a cobertura vacinal no município está aquém da meta estipulada no PNI – Plano Nacional de Imunização.

No caso de Ipixuna, Ministério da Saúde no âmbito de procedimento administrativo³⁵, confirmou a notificação de um caso de óbito por coqueluche no município, no ano de 2015, com o registro no SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

Em consulta ao Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações³⁶, verifica-se que a cobertura vacinal de Ipixuna foi de 24,45% em 2017 e 28,14% 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 ocorre hoje com o sarampo na capital do

³⁴ Informações constantes no Boletim Epidemiológico 023/2018, da SEMSA, de 13.08.2018, consultável via internet em <semsa.manaus.am.gov.br>

³⁵ [Ofício nº 1664/2016/AECI/GM/MS](#) (Procedimento nº 1.13.000.000154/2016-63, fls. 21/27)

³⁶ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/CNV/CPNIAM.def>, consultado em 06.02.2019.



Amazonas.

Destaca-se que, desde o ano de 2018, o Estado do Amazonas sofre um surto de sarampo, tendo sido, inclusive, registrados seis óbitos em decorrência da doença. Até o dia 8 de janeiro de 2019, foram identificados 10.274 casos confirmados de sarampo no Brasil, sendo que 778 destes casos foram identificados no Estado 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” (LAVRAS³⁷)

37 *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->



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 (CONILL³⁸)”.

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.

12902011000400005.

38 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 Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s7-s16, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.



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

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

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde³⁹, verifica-se que o município dispõe de um Hospital, duas Unidades Básicas de Saúde, três Postos de Saúde, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, um Centro de Atenção Psicossocial e uma UBS fluvial que não está em funcionamento.

Compulsando as informações constantes em documento enviado pela própria prefeitura de Ipixuna à PRDC Amazonas⁴⁰, verifica-se que o município conta com 4 (quatro) Equipes de Saúde da Família (ESF), destas, 2 (duas) são Equipes de Saúde Bucal, além de uma Equipe de Agente Comunitário de Saúde (EACS) esta última que realiza visita de acompanhamento à zona rural a cada 3 (três) meses, totalizando 4 (quatro) atendimentos/ano.

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.

³⁹ <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

⁴⁰ [Ofício nº 182/2018 - Ipixuna \(documento PR-AM-00043473/2018- fls. 2, 48, 50, 52-54 e 57.\)](http://pje1g.trf1.jus.br:80/pje-web/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031212010034200000039105042)



Objeto da presente ação civil pública, Ipixuna possui mais de 28 mil pessoas e suas quatro equipes de saúde da família, em tese, representariam uma cobertura de 50% (cinquenta por cento) da atenção básica na localidade, se utilizada a razão de população/3500 ou 28,5%, se observada a fórmula definida pela Portaria 2.355/2013, qual seja a razão população/2000.

Conforme disposto no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, a área rural do município conta 3 (três) Postos de Saúde, localizados na Comunidade Rivaliza, Comunidade Pernambuco e no Seringal Santa Catarina⁴¹.

Todavia, hoje o que se percebe e se demonstra com os documentos anexados ao presente instrumento é que a área rural do município carece de atendimento médico, uma vez que não recebe acompanhamento pelas ESF, sendo assistida, através de visitas pela Equipe do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e eventualmente por um equipe de médicos, odontólogos e uma equipe de enfermagem, os quais prestam atendimento à zona rural a cada 3 meses, ou seja, apenas 4 (quatro) visitas ao ano, conforme informado pela própria SEMSA - Ipixuna⁴².

Soma-se a isto, o fato de a UBS Fluvial do município ainda não estar em funcionamento, estando localizada no Estaleiro JR Serviços Navais LTDA, em Manaus, em construção⁴³.

⁴¹ <http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>

⁴² [Ofício nº 182/2018 – Ipixuna, item VI \(documento PR-AM-00043473/2018\).](http://pje1g.trf1.jus.br:80/pje-web/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031212010034200000039105042)

⁴³ [Ofício nº 182/2018 – Ipixuna, item II \(documento PR-AM-00043473/2018\).](http://pje1g.trf1.jus.br:80/pje-web/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031212010034200000039105042)



Deste modo, é possível se concluir que a população rural, a qual compreende cerca de 50% (cinquenta por cento) da população do município, 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 Ipixuna, 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



Ipixuna reputou invisível mais da 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 três Postos 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, os postos 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 Básica de Saúde Fluvial encontra-se inoperante, uma vez que ainda está em construção, o que de certo prejudica o atendimento à população rural. Ademais, mesmo havendo registro no CNES de 3 (três) postos de saúde na zona rural do município, conforme informado pela própria prefeitura⁴⁴, o atendimento a estas zonas ocorre somente 4 (quatro) vezes por ano.

Embora, em regra, se considere que a malversação de verbas públicas ocorre com a apropriação indevida de valores por gestores, Ipixuna 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

⁴⁴ [Ofício nº 182/2018 – Ipixuna, item VI \(documento PR-AM-00043473/2018\).](#)



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 Ipixuna

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 Ipixuna 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 CNES, o município já conta com um médico do programa mais médicos. Contudo, é salutar destacar que em consulta ao sítio eletrônico próprio do Programa, verifica-se que o município de Ipixuna possui autorização para apenas 2 (duas) vagas de médicos⁴⁵.

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 IPIXUNA

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

⁴⁵ Disponível em <<http://maismedicos.gov.br/consulta-por-cidade#>>, acessado em 08.02.2019.



público não é uma opção, mas um dever. Assim, não tem a gestão municipal a escolha de não investir na atenção primária.

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 Ipixuna, situado na região amazônica, pela regulamentação aplicável à espécie, seria possível o credenciamento, de pelo menos, de 14 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 4 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 Ipixuna, os quais hoje precisam se deslocar, com recursos próprios, 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 sobrevida 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/2015⁴⁶, 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:

⁴⁶ 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.



- O município de Ipixuna não oferta com regularidade serviços de saúde básica a habitantes de sua zona rural, ou seja, mais da metade de sua população;
- 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 Ipixuna não possuem atribuição sobre a área rural do município, uma vez que somente a Equipe de Agentes Comunitários presta atendimento para a população rural de forma sazonal, isto é apenas 4 vezes ao ano, 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 Ipixuna, 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 por diversas vezes a respeito do tema, o município de Ipixuna não logrou apresentar planejamento 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 Ipixuna com saúde primária.

Entende-se, ainda, 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 Ipixuna, 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 Ipixuna 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 Ipixuna;



4. Informações sobre as principais atividades preventivas e de acompanhamento que serão ofertadas, com apresentação de ações que resguardem 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) O recebimento e processamento da presente petição, bem como que sejam devidamente citados os REQUERIDOS para, querendo, contestarem a presente ação civil pública e apresentarem os respectivos endereços eletrônicos, conforme §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 Ipixuna. 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 Ipixuna 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 Ipixuna, sejam eles rurais ou citadinos, nos moldes defendidos na presente petição.

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

Pede deferimento.

Manaus, 11 de março de 2019.

(assinatura eletrônica)

BRUNA MENEZES GOMES DA SILVA
Procuradora da República

