

VIOLAÇÕES DO DIREITO À SAÚDE PERPETRADAS PELO PODER PÚBLICO: o caso de Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

Rodne de Oliveira Lima¹

Resumo: Com base em documentação oficial, analisa violações do direito à saúde decorrentes de ações e políticas adotadas pelo poder público municipal em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, no período de 2013 a 2016.

1 – Introdução

O reconhecimento do direito à saúde como espécie de direito humano impõe ao Estado democrático de direito a realização de esforços permanentes visando sua concretização. Em que pesem os avanços obtidos no campo do direito internacional e da legislação interna dos países, a atualidade ainda é uma era marcada por contínuas violações ao direito à saúde.

O direito à saúde é direito de dupla dimensão: de um lado, direito individual, de titularidade singular das pessoas naturais; e, simultaneamente, de outro, direito coletivo, de titularidade comum das pessoas. Tomado nesta sua dupla dimensão, o direito à saúde importa no dever estatal de implementar serviços públicos capazes de garantir a todos o mais alto nível em saúde e no dever do estado, da coletividade e dos indivíduos de absterem-se de atividades que se mostrem nocivas à saúde humana.

Toda violação dos deveres acima mencionados constitui violação do direito à saúde. No contexto do Estado democrático de direito despertam especial atenção as violações perpetradas pelo poder público, uma vez que, para além do prejuízo ocasionado à saúde da população, atentam contra a própria finalidade do Estado e da ordem jurídico-política que o constitui. Neste contexto, o presente trabalho toma como objeto a análise das mais importantes violações do direito à saúde praticadas pelo poder público municipal de Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2016. Foram empregados como fontes de informação o Relatório Anual de Gestão e os Relatórios Detalhados Quadrimestrais disponíveis do período.

¹ Sociólogo e advogado. Doutor em Sociologia. Professor-Adjunto da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). E-mail: rodne.lima@unila.edu.br

2 – Contexto Institucional do Sistema de Saúde no Brasil e de seu funcionamento em Foz do Iguaçu

Sob influência do movimento da reforma sanitária e, especialmente, das propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1985, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 reordenou os sistemas de saúde então existentes no país e criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As disposições constitucionais sobre saúde trouxeram as seguintes inovações relevantes:

- a) o reconhecimento do direito universal à saúde, constituindo dever do Estado garanti-lo, mediante a realização de políticas sociais e econômicas destinadas a reduzir os riscos de enfermidades e capazes de proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde;
- b) a instituição de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, constituindo um sistema único, que funciona sob as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da democracia sanitária;
- c) a competência material comum dos entes federados em matéria sanitária, cabendo a todas as pessoas políticas da federação, conjuntamente, responder pela existência e pelo funcionamento das ações e dos serviços de saúde disponibilizados para a população.
- d) a competência legislativa concorrente dos entes federados em matéria sanitária, cabendo aos estados (governos regionais) e aos municípios (governos locais) a suplementação da legislação em saúde, mediante a criação de normas destinadas a regular os serviços e ações de interesse regional e local e a expandir as garantias do direito à saúde.

Dentre as características acima enumeradas, a descentralização administrativa e a competência legislativa concorrente constituem aspectos especiais para a análise das violações do direito à saúde perpetradas pelo poder público. Isto porque o funcionamento do Sistema Único de Saúde encontra-se fundado na organização de um comando único, com crescente transferência das atribuições e dos recursos correspondentes para as esferas mais descentralizadas de gestão. Em decorrência deste princípio, no ano de 1993 o Ministério da Saúde do Brasil editou a norma operacional

Básica SUS 01/93, classificando a gestão municipal do sistema em quatro níveis, conforme o grau de progresso alcançado no processo de assunção de atribuições e descentralização de recursos técnicos, logísticos e financeiros do sistema de saúde: gestão incipiente, gestão plena e gestão semiplena da saúde. Posteriormente, no ano de 1996, o órgão editou nova norma, estabelecendo parâmetros para a habilitação dos municípios em condição de gestão plena da saúde, sob duas modalidades: gestão plena da atenção básica à saúde e, num nível mais avançado, gestão plena do sistema local de saúde (BRASIL, 1993; BRASIL, 1996).

No início do período de gestão municipal que ora se examina (2013), o Município de Foz do Iguaçu encontrava-se habilitado ao desempenho da gestão plena do sistema local de saúde, competindo-lhe autorizar, fiscalizar e regular o funcionamento dos serviços em ações em saúde e, especialmente, executar os serviços estatais e contratualizar os serviços prestados pelo setor complementar do SUS.

Nesse contexto, as violações perpetradas pelo poder público possuíram especial relevância, produzindo danos à saúde da coletividade e das pessoas que buscavam nos serviços públicos a atenção necessária à prevenção de enfermidades e à recuperação de sua saúde individual.

3 – Contexto fático do funcionamento do sistema de saúde em Foz do Iguaçu

O Município de Foz do Iguaçu está situado no extremo oeste do estado do Paraná, unidade federada da região sul do Brasil. Seu território possui fronteiras, ao norte, com a República do Paraguai; ao sul, com a República Argentina; e, a oeste, com o município brasileiro de Santa Terezinha de Itaipu.

A tríplice fronteira é região de grande densidade populacional: no Brasil, o município de Foz do Iguaçu possui população estimada de 263 mil habitantes; na Argentina, Puerto Iguazu possui população de 80 mil habitantes; o maior contingente da população fronteiriça encontra-se em território paraguaio, perfazendo mais de 550 mil pessoas residentes nos municípios de Ciudad del Este, Hernandarias e Presidente Franco, todos do Departamento de Alto Paraná. Essa população, de aproximadamente 900 mil pessoas, além de brasileiros residentes no interior do Paraguai, socorre-se

constantemente dos serviços de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

As condições desiguais de organização e funcionamento dos sistemas de saúde nos países fronteiriços ampliam o fluxo de usuários para o território brasileiro. Uma excessiva fragmentação dos serviços caracteriza o sistema argentino, comprometendo a necessária articulação entre os diferentes níveis de governo e originando graves desníveis de equidade na prestação dos serviços públicos de saúde (PNUD, 2011). O sistema paraguaio, historicamente organizado com base no atendimento à população economicamente integrada, possui os serviços estatais fortemente centralizados na região metropolitana de Assunção, destinando 80% de seus recursos ao atendimento de 20% de sua população (ALUM & BEJARANO, 2011), o que ocasiona graves limitações de acesso ao conjunto da população, e em especial à região da fronteira leste, ainda que a gratuidade dos serviços tenha sido paulatinamente expandida desde o ano de 2001.

O sistema brasileiro, organizado sob os princípios da universalidade e da integralidade, constitui alternativa real de acesso da população fronteiriça aos serviços de saúde. Não obstante suas limitações técnicas e financeiras, os serviços do SUS ofertados em Foz do Iguaçu possuem capacidade de atendimento a usuários em todos os níveis de complexidade. Esse fato, aliado ao permanente fluxo fronteiriço, atrai ao município parte da população dos municípios brasileiros do oeste do Paraná, bem como brasileiros e estrangeiros residentes no exterior, em busca de atendimento assistencial. Essas circunstâncias desencadeiam forte pressão de demanda sobre os serviços públicos de saúde.

As dificuldades naturalmente decorrentes dessas condições de funcionamento do sistema de saúde local foram agudizadas por força de opções administrativas realizadas pela gestão pública municipal no período de 2013 a 2016. A implementação de estratégias de gestão privatistas, combinadas com distorções na administração do trabalho desempenhado pelo funcionalismo público e, a final, a sangria de recursos financeiros por atos de corrupção, criaram situações de estrangulamento da capacidade de atendimento e resolutividade dos serviços, e ameaçam levar ao colapso o sistema municipal de saúde.

Durante todo o período, em lugar de promover a abertura de concursos públicos destinados ao provimento dos cargos vagos, a gestão pública municipal realizou a

contratação terceirizada de profissionais de saúde designados para atuar nas unidades hospitalares e nas unidades de pronto atendimento (UPA's). O caso emblemático dessas contratações foi a contratação de empresas intermediadoras de mão de obra ou de empresas de serviços para o fornecimento de profissionais médicos responsáveis pela cobertura de plantões nessas unidades. Mais recentemente, os próprios médicos foram orientados diretamente a constituírem empresas unipessoais, a fim de serem admitidos para a prestação de serviços nas unidades de saúde estatais. Essas práticas importam em fraude à regra constitucional do concurso público como requisito de admissão do funcionalismo estatal (CF-1988, art. 37, inciso II) e implicam na configuração jurídica de “terceirização ilícita”, nos termos da jurisprudência consolidada no Tribunal Superior do Trabalho do Brasil – em especial a Súmula 331 daquele Tribunal (BRASIL, 2016).

A criação de vantagens trabalhistas para as corporações públicas também concorreu para a desorganização dos serviços públicos. Particularmente, a redução de carga horária de trabalho dos servidores públicos municipais da saúde, de 40 horas para 30 horas semanais, foi realizada mediante a diminuição do horário de funcionamento das unidades básicas de saúde (UBS's), centros de atenção primária à saúde da população. Como consequência da redução da jornada de trabalho dos servidores, em quase toda a cidade o funcionamento das UBS's foi limitado ao período matutino (das 8:00 hs. às 14:00 hs.), diminuindo-se a capacidade de atendimento em consultas e limitando-se o trabalho desenvolvido pelas equipes profissionais em atividades de promoção e prevenção da saúde.

Por fim, a gestão municipal do período foi fortemente marcada por condutas ímprobas, culminando na prática de atos de corrupção em diversos setores da administração pública, e especialmente no desvio de recursos públicos destinados à política municipal de saúde. No momento em que este trabalho estava sendo escrito, o prefeito municipal eleito para o período encontrava-se afastado do cargo público por decisão judicial e cumpria prisão domiciliar processual; e dois ex-secretários de saúde do período haviam sido presos no curso de uma investigação policial por suposta prática dos crimes de formação de organização criminosa, corrupção passiva e ativa, peculato e fraudes a licitações. Segundo apuração realizada pela Controladoria-Geral da União, há indícios de que os prejuízos aos cofres públicos, apenas em decorrência de desvios de recursos oriundos de transferências voluntárias da União, cheguem à monta de R\$ 4

milhões. Associados à limitação de recursos existentes na administração pública, esses desvios agravam a situação financeira do município, resultando na diminuição de recursos disponíveis para as ações e serviços de saúde.

Esse contexto fático forma o pano de fundo das violações do direito à saúde protagonizadas pelo poder público municipal em Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2016.

4 – Violações do direito à saúde perpetradas pelo poder público municipal

Nesta seção serão relatadas cinco violações sistemáticas do direito à saúde praticadas pela gestão local do Sistema Único de Saúde em Foz do Iguaçu, no período de 2013 a 2016. São elas: 1) diminuição da capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde e seus efeitos; 2) paralisação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município; 3) redução das atividades de vigilância em saúde; 4) descumprimento dos deveres de atenção à saúde materno-infantil; e 5) imposição de restrições de acesso aos serviços de saúde a pessoas residentes no exterior.

4.1 – Diminuição da capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde e seus efeitos

Como mencionado, medidas administrativas adotadas pela gestão pública local no último período de governo ocasionaram importante redução da capacidade de atendimento dos serviços públicos de saúde no município de Foz do Iguaçu. Insuficiências na contratualização de serviços do setor complementar geraram a interrupção na oferta de consultas especializadas e de serviços ambulatoriais.

Consequência direta da redução da capacidade de atendimento da rede de serviços públicos de saúde são as longas filas de espera por consultas, exames e procedimentos terapêuticos.

O longo tempo de espera para a realização de consultas especializadas, de exames e de procedimentos terapêuticos implica na baixa resolutividade do sistema de saúde, redundando na inefetividade das ações e serviços de saúde. Em última instância,

constitui violação dos deveres estatais de prover condições indispensáveis ao pleno exercício do direito à saúde e de estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde - cf. artigo 2º, caput e parágrafo 1º da Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990).

Aspecto dessa violação é a crescente busca de provimentos judiciais para obrigar o poder público a prestar atendimento a pessoas com necessidades de acesso a serviços de saúde.

4.2 – Paralisação da Estratégia Saúde da Família no município

A Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui um programa de expansão, qualificação e consolidação das redes de atenção básica em saúde, implementada progressivamente no Brasil, com o propósito de reorientar os processos de trabalho dos serviços de saúde locais, ampliando sua resolutividade e melhorando a relação custo-efetividade do sistema. Ela consiste na organização de uma ou mais equipes multiprofissionais de saúde nas UBS's, encarregadas da prestação de atenção integral à saúde de populações adstritas num território determinado, cabendo-lhes a execução de ações preventivas e promocionais e a prestação de serviços curativos de baixa complexidade (BRASIL, 2012b).

Segundo dados publicados pela Secretaria Municipal de Saúde no Relatório Anual de Gestão de 2013, no primeiro semestre daquele ano estavam em atividade 35 equipes multiprofissionais de saúde, atendendo áreas territorialmente referenciadas no município. No segundo semestre do mesmo ano, 2 novas equipes foram estruturadas, totalizando 37 equipes (PREFEITURA, 2013). Mais recentemente, segundo dado registrado no relatório detalhado de gestão do 2º quadrimestre do ano de 2014, o número de equipes havia retrocedido a 35 (PREFEITURA, 2014b). Não há dados disponíveis no site oficial do Município para períodos posteriores, o que evidencia a decisão administrativa de interromper a divulgação das informações de gestão, prejudicando o acompanhamento e a fiscalização das atividades de gestão pelo Conselho Municipal de Saúde e pela sociedade civil, em evidente descumprimento aos preceitos legais – Lei Complementar 141, artigo 31, II, artigo 36, III, e Lei Nacional 12.527, artigo 8º (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011).

Em que pese a ausência de informações oficiais na internet, é de conhecimento público que grande parte das UBS's do município continuam a funcionar não-referenciadas na ESF. Provavelmente, na atualidade o número de equipes multiprofissionais em funcionamento é menor do que o número existente no início do período de gestão municipal.

Conforme os parâmetros previstos no programa, cada equipe multiprofissional de saúde deve ser incumbida da atenção a uma população entre 3 e 4 mil pessoas (BRASIL, 2012b). Calculando-se o índice para o município de Foz do Iguaçu, seria necessária a estruturação de um número entre 66 e 88 equipes da ESF para cobertura total da população residente – número que poderia ter sido alcançado, não fosse a paralisação da ESF no município.

Consequência imediata da paralisação da ESF é o baixo grau de aderência às ações de prevenção e promoção da saúde, resultando em elevação dos índices de morbidade da população e em sobrecarga de demanda por serviços assistenciais de saúde.

4.3 – Redução das atividades de vigilância em saúde

O funcionamento eficaz das atividades de vigilância em saúde constitui fator essencial para a prevenção de agravos à saúde da população e para o adequado planejamento e desenvolvimento da política municipal de saúde. Seu mau funcionamento, ao contrário, implica em debilitação das ações preventivas em saúde e dos planos de ações em saúde dos municípios.

Os quantitativos das atividades de vigilância sanitária realizadas no ano de 2013 e nos dois primeiros quadrimestres do ano de 2014 estão registrados na tabela abaixo:

Tabela 1: Atividades de inspeção sanitária realizadas no ano de 2013 e nos dois primeiros quadrimestres de 2014

Atividade de inspeção	Ano 2013	Média quadrimestres 2013	1º quadrimestre 2014	2º quadrimestre 2014	Média quadrimestres 2014
Setor de Alimentos	2477	825,6	506	427	466,5
Setor de Saneamento	1993	664,3	188	247	217,5

Setor de Saúde do Trabalhador	463	154,3	53	115	84
Setor de Serviços de Saúde	2369	789,6	415	372	393,5

Fontes: Relatório Anual de Gestão 2013, Relatório Detalhado do 1º Quadrimestre de 2014 e Relatório Detalhado do 2º Quadrimestre de 2014 (PREFEITURA, 2013; PREFEITURA, 2014a; PREFEITURA, 2014b).

Observa-se, no período, expressiva redução em todos os tipos de inspeção realizados pela Divisão de Vigilância Sanitária. As inspeções sobre o setor de alimentos foram reduzidas em 43,50%; para o setor de saneamento, o índice de redução foi de 67,26%; para o setor de saúde do trabalhador, a redução foi de 45,56%; e, para o setor de serviços de saúde, o número de inspeções realizadas foi reduzido em 52,89%. Razão fundamental na origem dessa brusca diminuição no índice de atividades de inspeção sanitária foi o esvaziamento do quadro de servidores do setor.

Também as atividades de vigilância alimentar e nutricional foram reduzidas no período. Segundo as mesmas fontes, no ano de 2013 foram acompanhadas 2135 crianças e 478 gestantes. O Relatório Detalhado do 2º Quadrimestre de 2014 informa o acompanhamento de 1305 crianças até o momento de sua elaboração. Não há informações para o número de gestantes sob acompanhamento nutricional no ano de 2014 (PREFEITURA, 2013; PREFEITURA, 2014b).

Quanto às atividades da vigilância epidemiológica, sucede na divisão responsável a mesma carência de pessoal referida para o setor de vigilância sanitária. Tal condição acarreta sobrecarga de trabalho e eventuais atrasos no registro de notificações e na investigação de agravos de notificação compulsória.

4.4 – Descumprimento dos deveres de atenção à saúde materno-infantil

A atenção à saúde da mulher e da criança durante o período da gestação, o parto e o puerpério constitui dever do estado, incumbindo aos sistemas de saúde a disponibilidade de serviços para o adequado acompanhamento do pré-natal, adequada assistência ao parto e adequada atenção à saúde da parturiente e do neonatal.

Com este objetivo, o âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil encontra-se instituído, desde o ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento -

cf. Portaria GM-MS 569, de 1º de junho de 2000. Segundo a norma, considera-se satisfatoriamente concluída a assistência pré-natal quando tiverem sido realizados os seguintes procedimentos: a) mínimo de 6 consultas de pré-natal; b) todos os exames laboratoriais obrigatórios; c) imunização antitetânica da gestante; d) realização do parto; e e) consulta de puerpério (BRASIL, 2000).

Os dados de cadastramento de gestantes, acompanhamento da gravidez e conclusão da assistência pré-natal são registrados no Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL). Com base nos relatórios de gestão do ano de 2013 e dos dois primeiros quadrimestres do ano de 2014 foi possível compor a seguinte tabela:

Tabela 2: Número de gestantes cadastradas, e com assistência pré-natal concluída, no ano de 2013 e nos dois primeiros quadrimestres de 2014

Informações do SISPRENATAL	Ano 2013	Média quadrimestres 2013	1º quadrimestre 2014	2º quadrimestre 2014	Média quadrimestres 2014
Cadastro de novas gestantes	2938	979	1162	1234	1198
Conclusões	445	148	84	102	93

Fontes: Relatório Anual de Gestão 2013, Relatório Detalhado do 1º Quadrimestre de 2014 e Relatório Detalhado do 2º Quadrimestre de 2014 (PREFEITURA, 2013; PREFEITURA, 2014a; PREFEITURA, 2014b).

Durante todo o período para o qual os dados são referidos o índice de conclusão satisfatória de acompanhamento das gestantes mostrou-se persistentemente baixo, e em declínio. Para o ano de 2013, a média das conclusões foi de 15,11% do número de gestantes cadastradas. Para os dois primeiros quadrimestres de 2014 este índice baixou para apenas 7,76% das gestantes cadastradas no sistema. Esses dados evidenciam o descumprimento do protocolo de atendimento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento em índices sempre superiores a 85% das gestantes de Foz do iguaçu, chegando à inaudita marca de 92% dos casos sem acompanhamento satisfatório.

4.5 – Imposição de restrições de acesso aos serviços de saúde a pessoas residentes no exterior

A gestão local da saúde em Foz do Iguaçu protagoniza há anos a imposição de restrições de acesso ao sistema. Tornou-se comum, em diferentes períodos de gestão, a instituição de exigências adicionais para o cadastramento de usuários, em flagrante ofensa à legislação nacional e à proteção constitucional do direito à saúde.

No mês de abril de 2015 o Secretário Municipal de Saúde encaminhou memorando às unidades públicas de atendimento de Foz do Iguaçu, instituindo novas restrições de acesso aos usuários do SUS residentes no exterior. Condiçãoou-se o acesso dos estrangeiros aos serviços de atenção básica à posse de visto de permanência no país e à apresentação de Cadastro de Pessoa Física e de fatura dos serviços de fornecimento de água e esgoto ou de energia elétrica em nome do solicitante; determinou-se a interrupção do fornecimento do Cartão Nacional do SUS a estrangeiros pelas unidades de saúde e a proibição de agendamento de consultas nas Unidades Básicas de Saúde.

A justificativa apresentada para a adoção dessas medidas foi a sobrecarga de demanda sobre o sistema, gerando custos que não seriam compensados pelo repasse financeiro das outras esferas de governo, uma vez que os recursos do piso de atenção básica são calculados levando-se em conta a população residente no município, segundo dados censitários do IBGE.

Embora a localização fronteiriça do município importe em pressão demográfica sobre os serviços de saúde, é certo que os números relativos ao atendimento a pessoas não residentes no Brasil foram superestimados nos comunicados oficiais emitidos pelo gestor local do SUS. Mediante uma campanha de mídia insistentemente replicada por meio de jornais, rádio e televisão, a administração municipal buscou convencer a população de que a pressão demográfica de estrangeiros pelos serviços de saúde seria a causa da má qualidade do atendimento, especialmente das longas filas de espera para consultas de especialidade. Entretanto, as bases de dados oficiais (tais como o Cadastro do Cartão SUS e os relatórios dos Comitês de Vigilância em Saúde) desmentem os números veiculados pela administração local, evidenciando que a pressão demográfica de fronteira por serviços de saúde possui patamares limitados e que a população não residente no Brasil (mas que inclui grande quantidade de brasileiros) foi convertida em “bode expiatório” para as mazelas da gestão municipal em saúde.

Ademais, como a garantia do direito à saúde é dever do Estado brasileiro, a

sistemática de financiamento do SUS possui mecanismos de transferência de recursos entre os entes federados para o atendimento a pessoas não residentes no Brasil.

5 – Sistemática de Financiamento do SUS e seus reflexos sobre a rede de serviços de Foz do Iguaçu

A sistemática ordinária de financiamento do SUS encontra-se fundada na transferência de recursos entre os entes federados, mediante pactuações que consideram o grau de descentralização dos serviços, os indicadores epidemiológicos e a densidade demográfica das localidades.

Há evidências de que o município de Foz do Iguaçu, valendo-se desta sistemática, obtém adequado grau de financiamento para os serviços de atenção básica em saúde – sendo a maior delas a existência de “sobras de caixa” ao final do exercício fiscal, decorrentes de inexecução financeira do orçamento previsto para o setor.

Quanto aos serviços de média e alta complexidade, estes são financiados mediante o pagamento prospectivo, segundo o catálogo de serviços do SUS. Sendo o município a maior cidade do extremo-oeste paranaense, é nela que estão situadas as unidades hospitalares de referência para atendimento às demandas da população local e regional, encontrando-se sob administração do gestor local do SUS os recursos logísticos e financeiros correspondentes.

Por fim, quanto ao financiamento dos serviços ofertados a estrangeiros e brasileiros não residentes no país depende do atendimento ao contido no artigo 23, parágrafo 2º, da Portaria 940/2011, do Ministério da Saúde, que regula o processo de cadastramento dessas pessoas no Sistema Cartão Nacional de Saúde (BRASIL, 2011b). Cadastrado o usuário como residente no exterior, possibilitará ao nível de gestão prestador do serviço a formalização do pedido de reembolso dos custos, segundo a tabela de remuneração do SUS, e a pactuação de metas para atendimento, nas regiões de fronteira. Também a Portaria MS 399/2006 aborda o tema ao regular a constituição de regiões fronteiriças na sistemática de regionalização dos serviços de saúde - cf. item 2.1 (BRASIL, 2006).

Conclui-se, portanto, que a disponibilização dos serviços de saúde necessários

ao atendimento das demandas apresentadas pela população local e regional, e inclusive pela população residente na fronteira exterior, não encontra obstáculos no processo de financiamento do SUS. Antes, depende da política de organização dos serviços e sistemas de saúde adotada pelo gestor local. Nesse sentido, opções administrativas prejudiciais ao interesse público e os sistemáticos episódios de corrupção na gestão local constituem as causas fundamentais da crise atual do setor saúde em Foz do Iguaçu.

6 - Alcance do princípio da universalidade de acesso aos serviços do SUS

A universalidade de acesso aos serviços de saúde, *em todos os níveis de assistência*, constitui o primeiro dos princípios orientadores da organização e funcionamento do SUS. O princípio implica a garantia de acesso de toda pessoa aos serviços de saúde de que necessite.

Questionamentos acerca da aplicabilidade do preceito aos estrangeiros foram recorrentemente dirimidos pelo STF que, em sucessivas decisões, afirmou a inviolabilidade dos direitos fundamentais e interpretou a expressão “residentes no Brasil” como garantia desses direitos a toda pessoa presente no território nacional (cf. HC 74051-1 e precedentes).

No Brasil, o direito à saúde é reconhecido como direito fundamental de toda pessoa, independentemente de sua origem ou nacionalidade, a teor do disposto na Constituição Federal (artigo 196) e nos pactos internacionais dos quais o país é signatário – em especial a Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 25; e o Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, artigo 12. Por isso, não se amoldam ao sistema jurídico brasileiro restrições ou exigências que impliquem em mitigação do direito de acesso aos serviços do SUS.

Ademais, a geração de novas iniquidades em saúde, o agravamento das condições de saúde dos usuários submetidos a longas filas de espera por tratamento adequado e o crescimento do número de casos de mortes evitáveis, tudo em decorrência da diminuição da capacidade de atendimento dos serviços públicos, implica na violação de deveres jurídicos do Estado brasileiro perante a comunidade internacional, assumidos em diferentes pactos de direitos humanos (além dos instrumentos já referidos,

especialmente a Convenção dos Direitos da Criança e a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher). Tais violações já conduziram à condenação do município em ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal – da qual encontra-se pendente recurso extraordinário perante o Supremo Tribunal Federal – bem como em múltiplas ações impetradas por usuários em busca do acesso à assistência médica e medicamentosa. Não obstante, tais condenações não lograram produzir avanços significativos, consistentes em profundas mudanças de atitude do gestor local perante as demandas da população por ações e serviços de atenção a saúde, uma vez que não chegaram a implicar na responsabilização pessoal dos gestores envolvidos.

REFERÊNCIAS

- ALUM, J. & BEJARANO, M.S. Sistema de salud de Paraguay. In: Revista de Salud Pública del Paraguay, 2011, vol 1(1):13-25.
- BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 20-12-2016.
- BRASIL. Lei 12.517, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm. Acesso em: 20-12-2016.
- BRASIL. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a

- saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm. Acesso em: 20-12-2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 545, de 20 de maio de 1993.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 2203, de 05 de novembro de 1996.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 569, de 1º de junho de 2000.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto, Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 2002.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 399, de 22 de fevereiro de 2006.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n 940, de 28 de abril de 2011b.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série E. Legislação em Saúde).
 - BRASIL. Tribunal Superior do Trabalho. Súmula n. 331. Disponível em: http://www3.tst.jus.br/jurisprudencia/Sumulas_com_indice/Sumulas_Ind_301_350.html#SUM-331. Acesso em 20-12-2016.
 - PNUD. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo. Buenos Aires, PNUD, 2011.
 - PREFEITURA Municipal de Foz do Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão – RAG 2013. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=74290>. Acesso em: 20-12-2016.
 - PREFEITURA Municipal de Foz do Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Detalhado Quadrimestral – 1º quadrimestre de 2014a. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=74307>. Acesso em: 20-12-2016.
 - PREFEITURA Municipal de Foz do Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Detalhado Quadrimestral – 2º quadrimestre de 2014b. Disponível em: <http://www.pmfi.pr.gov.br/ArquivosDB?idMidia=74308>. Acesso em: 20-12-2016.