

A atenção primária como prioridade institucional para a atuação do Ministério Público em defesa da saúde

LUCIANO MOREIRA DE OLIVEIRA

*Doutor em Direito Público, Universidade de Coimbra, Portugal
Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil
Professor da Fundação Escola Superior do Ministério Público, Belo Horizonte/MG, Brasil
Promotor de Justiça do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil
lucianooliveira@mpmg.mp.br*

1 - INTRODUÇÃO

O Ministério Público brasileiro, ao longo dos últimos 30 anos do século XX, passou por profundas mudanças que o transformaram, progressivamente, da condição de órgão defensor dos interesses do Estado e competente para, em juízo, efetivar a pretensão punitiva, para uma instituição independente e responsável, de forma ampla, por efetivar o acesso à Justiça¹, proteger direitos coletivos e individuais indisponíveis e velar pelos interesses públicos. No bojo dessas mudanças, o Ministério Público, progressivamente, assumiu protagonismo na proteção do direito à saúde, seja como interesse coletivo ou individual, em juízo ou fora dele.²

O Código de Processo Civil, de 1973, previa a intervenção do Ministério Público, como *custos legis*, em todas as causas em que houvesse “interesse público evidenciado pela natureza da lide ou qualidade da parte” (art. 82). Em 1981, a Lei da Política Nacional do Meio Ambiente previu a legitimidade do Ministério Público para propor ações de responsabilidade civil e criminal, por danos causados ao meio ambiente. No mesmo ano, a Lei complementar nº 40/1981 conferiu ao Ministério Público a titularidade da ação civil pública. Por sua vez, a Lei nº 7347/85 atribuiu legitimidade ao Ministério Público para a propositura da ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico. Esses instrumentos normativos ampliaram as perspectivas para a atuação do Ministério Público brasileiro, de forma a lhe conferir singularidade no cenário internacional.^{3,4}

Embora seja inegável a importância das leis já referidas, a consolidação do Ministério Público como instituição essencial à Justiça, responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis ocorreu com a promulgação da Constituição de 1988. Para além da atividade típica de promover, privativamente, a ação penal pública, atribuiu-se ao Ministério Público, os deveres de proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos (art. 129, III).

¹ ALMEIDA, Gregório Assagra de. *O Ministério Público e o Direito em épocas extraordinárias*. Disponível em: <<https://ammp.org.br/o-ministerio-publico-e-o-direito-em-epocas-extraordinarias/>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

² OLIVEIRA, Luciano Moreira de. *Ministério Público e políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

³ VIGLIAR, José Marcelo Menezes. A participação do Ministério Público no Processo Civil. In.: FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo (Org.). *Ministério Público: Instituição e Processo*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999, pp. 162-210.

⁴ PROENÇA, Luis Roberto. Participação do Ministério Público no Processo Civil nos Estados Unidos da América. In.: FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo (Org.). *Ministério Público: Instituição e Processo*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1999, pp. 211-228.

Na área da saúde, a Constituição de 1988 efetivou um conjunto de mudanças apresentadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O evento, considerado um marco na história da Reforma Sanitária Brasileira, teve a ousadia de defender a saúde como um direito fundamental, integrante do *status* de cidadania de todos os brasileiros, devendo ser assegurado a todos, com equidade, independente da capacidade de pagamento, o acesso integral a ações e serviços de saúde.⁵

Dessa forma, a Constituição de 1988 previu a saúde como direito fundamental, dentre os direitos sociais (art. 6º). Entre os artigos 196 a 200, disciplinou, em linhas gerais, a atuação do Estado para a promoção de políticas públicas necessárias para a efetivação desse direito. Assim, estabeleceu como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a prioridade para as ações de prevenção, a descentralização e a participação da comunidade. No art. 197, o constituinte conferiu relevância pública às ações e serviços públicos de saúde, sejam eles públicos ou privados. Mais adiante, no art. 199, a par de admitir a assistência privada à saúde, estabeleceu que, ao participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde – SUS, a iniciativa privada deve seguir as diretrizes do sistema.

Ao tempo em que se caminha para o encerramento desta breve introdução, registra-se que, de forma definitiva, o constituinte incumbiu ao Ministério Público a missão de ser uma das garantias institucionais do direito à saúde. Isso porque, no art. 129, II, estabeleceu que a instituição deve se responsabilizar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias para a sua garantia (art. 129, II).

Assim, neste XIV Congresso Estadual do Ministério Público, cabe-nos, uma vez mais, revisitar o tema neste momento “pós-pandemia” de COVID-19, a fim de discutirmos e propormos caminhos para uma atuação cada vez mais eficiente para a proteção do direito à saúde.

2 - DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS – COMO ESTRATÉGIA PRIORITÁRIA PARA A REALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

2.1 CONCEITO DE SAÚDE E DIREITO À SAÚDE

Antes de ser socialmente valorada e alcançar o *status* de bem jurídico constitucionalmente tutelado, a saúde é um fenômeno da realidade, analisado e estudado desde os mais remotos tempos. Em breves linhas e naquilo que comporta este espaço, é conveniente lembrar que, na antiguidade, os gregos, afastando-se de concepções místicas da saúde, consideravam-na a partir da relação entre o homem e o ambiente. A saúde era vista como um estado de equilíbrio da pessoa e desta com o meio, ao passo que a doença era considerada como desequilíbrio. Os escritos de Hipócrates, considerado pai da Medicina, trazem considerações sobre as enfermidades endêmicas e epidêmicas.^{6,7}

No período romano, pode-se destacar a importância das intervenções realizadas no ambiente, em especial a drenagem de pântanos, vistos como propagadores de doenças, ainda que desconhecidos os agentes causais específicos. Também, convém destacar a importância das ações realizadas para a canalização e suprimento de água para as cidades.⁸

Na Idade Média, o protagonismo do poder da Igreja influenciou os estudos sobre a saúde e a doença⁹. Nesse contexto, as explicações místicas voltaram a ser invocadas, sendo que doença e pecado, saúde e virtude, passaram a ser noções correlacionadas. O doente podia ser visto como alguém castigado por Deus e a doença uma possessão ou feitiçaria praticada por inimigos.¹⁰

⁵ OLIVEIRA, Luciano Moreira de. *Teoria Jurídica da Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2022.

⁶ BARATA, Rita de Cássia Barradas. A historicidade do conceito de causa. In ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Textos de apoio: epidemiologia*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1985, pp. 14-15.

⁷ SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2ª Ed. São Paulo: SENAC, 2005, pp. 21-22.

⁸ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 40.

⁹ SEVALHO, Gil. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, (jul./set.), pp. 349-363. Disponível em <<https://www.scielosp.org/pdf/csp/1993.v9n3/349-363/pt>>. Acesso 06 jun. 2020, p. 354.

¹⁰ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*, cit., pp. 52-53.

O período do Renascimento foi novamente favorável para o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde. Entretanto, o pensamento científico emergente convivia com práticas místicas.¹¹ Assim como nas artes, prevaleceu na saúde a visão humanística, centrada nos indivíduos e se destacaram os estudos sobre o corpo humano, em especial, as observações anatômicas.^{12,13,14}

Na sequência, do século XVI ao século XVIII, destaca-se, inicialmente, no contexto da afirmação dos estados nacionais, de caráter absolutista, o avanço de uma visão da saúde como medida de Estado, conferindo respaldo à autoridade nacional. Assim, no território da atual Alemanha, a polícia médica, a par de promover importantes medidas para a saúde pública, tinha forte conteúdo normalizador e limitador de liberdades individuais.¹⁵ No entanto, esse período também foi próspero em contribuir para a implementação de registros sobre vida, morte e estado de saúde das pessoas.¹⁶

No século XIX, o olhar para o processo saúde-doença voltou-se, novamente, para o ambiente. Porém, o ambiente já não se limitava aos aspectos físicos e biológicos. Se, por um lado, a teoria miasmática imputava às emanções pútridas do solo e das águas a ocorrência de doenças¹⁷, por outro lado, as condições de vida e trabalho também ganharam destaque em um contexto de precariedade e insalubridade das moradias, dos locais de trabalho e das cidades em geral.¹⁸ Rudolf Virchow, atuante nesse período, ficou conhecido como um dos fundadores da medicina social. Esse importante cientista “procurou estabelecer um nexos entre epidemias e desigualdades sociais”.¹⁹

No entanto, a partir do final do século XIX e início do século XX, as descobertas dos agentes causadores de doenças infecciosas, como a tuberculose, por Koch, foram responsáveis por uma profunda mudança na compreensão do processo saúde-doença. Com efeito, da causalidade complexa da medicina social e abstrata da teoria miasmática, passou-se à compreensão de que cada doença possui um agente etiológico por ela responsável. Trata-se do modelo unicausal e do paradigma bacteriológico, que teve um importante papel para o avanço da medicina. Assim, enquanto à luz da medicina social e do paradigma miasmático, a prevenção de doenças dependia de intervenções sobre o ambiente como a drenagem de pântanos, da melhoria das condições de salubridade nos ambientes de trabalho e de moradia, com o advento do paradigma bacteriológico as principais intervenções para prevenção e tratamento das doenças passaram a ser as vacinas e os antibióticos. De fato, experimentou-se um importante avanço no manejo das doenças infecciosas, com benefícios para a prevenção de mortes evitáveis e o aumento das expectativas de vida.²⁰

Contudo, por ser reducionista e afastar da apreciação do campo da saúde as condições de vida e de trabalho, com o tempo o paradigma bacteriológico revelou suas limitações. Assim, se por um lado o modelo funciona bem para explicar e propor o manejo de doenças infecciosas, por outro, não consegue esclarecer as causas das doenças crônicas, como as doenças do sistema vascular, os diversos tipos de câncer e os transtornos mentais, por exemplo, cuja ocorrência nos indivíduos e populações precisa ser atribuída a diversos fatores, ou seja, são agravos multicausais. Na realidade, mesmo para as doenças infecciosas, o paradigma bacteriológico, ao desprezar considerações sobre o ambiente e reduzir o ser humano à sua dimensão biológica, não atende, em especial, à necessidade de promoção de medidas que possam beneficiar a saúde coletiva.²¹

Em sintonia com a noção de que a saúde e o bem-estar dependem de um conjunto amplo de fatores, por um lado, a Organização Mundial da Saúde – OMS, no preâmbulo de sua Constituição, considera que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”²² e, por outro, a Declaração Universal dos Direitos Humanos prevê que “todo ser humano tem direito

¹¹ SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*, cit., p. 39

¹² SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*, cit., p. 44.

¹³ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*, cit., p. 62.

¹⁴ PINTO JÚNIOR, Vitor Laerte. Introdução ao Pensamento Epidemiológico. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 7, n.1, (2018), p. 163.

¹⁵ SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*, cit., pp. 49 e 52-53

¹⁶ SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, (May 1996), p. 668.

¹⁷ SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms, cit., p. 669.

¹⁸ NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014, p. 18.

¹⁹ SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*, cit., p. 67.

²⁰ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*, cit., pp. 221-222.

²¹ SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms, cit., p. 670.

²² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 22 de julho de 1.946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 07 jun. 2.020.

a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive *alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança* em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle”²³

Portanto, nos dias atuais, é necessário reconhecer que a manutenção da saúde e a ocorrência de doenças são eventos complexos, dependentes de múltiplos fatores individuais – biológicos e psicológicos – e coletivos, abrangendo o ambiente natural e as condições de vida e trabalho, isto é, fatores determinantes sociais.²⁴ Não é possível considerar a ocorrência de doenças sob perspectiva estritamente biológica, em um plano a-histórico, desvinculando o indivíduo de seu meio. Essa perspectiva é incapaz de dar conta da complexidade da vida e apresentar respostas, em especial, aos problemas coletivos da saúde pública.

Por outro lado, a consciência sobre a importância da saúde para as pessoas, os impactos das doenças para as vidas dos indivíduos e de suas famílias e sobre a diversidade de fatores que influenciam os modos de vida das pessoas contribuíram bastante para que o tema passasse a ter relevância para o direito e, mais adiante, pudesse ser considerado um direito.²⁵ Com efeito, pouco a pouco as sociedades perceberam que a saúde não pode ser tratada como responsabilidade exclusiva do indivíduo e que possui uma clara e importante dimensão coletiva a desafiar a atuação do Estado.

Nesse sentido, já no final do século XIX, Bismarck propôs um seguro social de doença, baseado em contribuições de empregados e empregadores, responsável pela disponibilidade de uma rede de serviços de saúde para seus segurados. É o chamado modelo de seguro social ou bismarckiano, ainda hoje presente na Alemanha.²⁶ Aliás, a previsão do dever estatal pela promoção de uma rede de serviços de saúde está presente na Constituição alemã de 1919, marco jurídico do advento do Estado Social de Direito.

Após a segunda guerra mundial, com suas populações fortemente impactadas pelas consequências do conflito, os países europeus implementaram políticas públicas voltadas para o fortalecimento da proteção social. Consequentemente, o fortalecimento dos sistemas de saúde acompanhou esse movimento.

Assim, o Reino Unido, de forma pioneira, previu um sistema de saúde universal, *National Health Service* (NHS), responsável por assegurar atenção à saúde a todas as pessoas, conforme sua necessidade, independentemente da capacidade de pagamento. O financiamento do NHS é realizado com a receita de impostos incidentes sobre toda a sociedade. Ainda que tenha passado por reformas, o NHS permanece íntegro em relação às suas premissas e propósitos originais.²⁷

A consciência da relevância da saúde, como se vem de expor, conduziu a um movimento de reconhecimento da saúde como direito. Não se trata de um direito a ser saudável, mas de fruir ações e serviços que, individual e coletivamente, contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, reabilitação e cuidados paliativos das pessoas, segundo sua necessidade.

No âmbito internacional, destaca-se, uma vez mais, o preâmbulo da Constituição da OMS, que enuncia que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”²⁸

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966, já ratificado pelo Brasil (Decreto nº 591/1992) e por diversos outros países, dispõe sobre o direito à saúde:

ARTIGO 12

1. Os Estados Partes do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental.

2. As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

²³ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1.948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso: 31 mai. 2020.

²⁴ BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto – «A saúde e seus Determinantes Sociais», cit., p. 78.

²⁵ ESTORNINHO, Maria João; MACIEIRINHA, Tiago. *Direito da saúde*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014, p. 10.

²⁶ LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In GIOVANELLA, Lígia, et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 116.

²⁷ LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica, cit., p. 119.

²⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde, cit.

- a) A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- b) A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.²⁹

Tanto o tratamento conferido pelo Pacto Internacional de Direitos, como a disciplina da Constituição de 1988, já referida na introdução, são abrangentes e não permitem uma interpretação que limite o direito a uma visão estreita, biomédica. Aliás, o correspondente dever do Estado previsto no texto constitucional do art. 196 é de *promover “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Portanto, é necessário que o operador do direito compreenda que o estado de saúde é influenciado por aspectos individuais e coletivos, biológicos, psicológicos, ambientais, sociais, culturais, econômicos, políticos, entre outros. Ao se tutelar a saúde pelo direito, não é possível reduzi-la a uma dimensão menor e apartada da realidade.

Tratando-se de um estado de extrema relevância e que, em verdade, é pressuposto para o exercício de diversos outros direitos fundamentais³⁰, o acesso a ações e serviços de saúde precisa ser garantido de forma universal, com equidade, independentemente da capacidade de pagamento.

Dessa forma, velar pela efetividade do direito à saúde exige do operador do direito a compreensão do fenômeno e de toda a sua complexidade, assim como dos princípios que estão consagrados no texto constitucional e que consubstanciam uma dada concepção de saúde e não qualquer outra ao livre sabor das forças políticas e dos operadores do direito.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS

Ainda que outros conceitos de saúde diversos daquele proposto pela OMS possam ser apresentados, é necessário reafirmar que, a partir do estudo das doenças crônicas, não é possível conceber um conceito de saúde que venha a reduzi-la à dimensão biológica individual. Como consequência disso, as políticas públicas e os sistemas de saúde – conjunto de ações e serviços que articulam normas, instituições, recursos materiais e recursos humanos para promover medidas individuais e coletivas de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e outros – precisam estabelecer estruturas capazes de satisfazer amplamente às necessidades da população, seja no plano individual ou coletivo, traduzindo em redução da mortalidade, melhoria da expectativa de vida e outros aspectos o impacto de suas ações.

O desafio de implementar sistemas de saúde capazes de conferir acesso a todos, independentemente de sua capacidade financeira, a ações e serviços de saúde abrangentes e capazes de satisfazerem as necessidades individuais e coletivas requer, para além da disponibilidade de fontes suficientes e estáveis de financiamento e o estabelecimento de redes de serviços, a concepção de políticas públicas eficientes e eficazes, custo-efetivas, culturalmente competentes e que estejam próximas das pessoas.

De longa data o tema é objeto de reflexões e de estudos. O Relatório Dawson, proposto ao governo inglês em 1920, já sugeria a organização dos serviços que integram os sistemas de saúde em níveis de atenção diversos, com especialização crescente. Assim, o sistema deveria ter um conjunto de serviços ambulatoriais, de primeiro nível, responsável pelo primeiro contato com os usuários e competente para atender os casos mais comuns. Ademais, os sistemas de saúde deveriam dispor de centros de saúde secundários, serviços domiciliares, serviços

²⁹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 19 de dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso: 31 mai. 2020.

³⁰ VENKATAPURAM, Sridhar. Health, vital goals and human capabilities. *Bioethics*, v. 27, n.5, (2013), p. 272.

suplementares e hospitais. Essa lógica de organização teria o escopo de racionalizar o uso dos serviços especializados, incumbindo ao primeiro nível exercer o papel de filtro das demandas.³¹

Contudo, o grande marco para a sistematização e difusão das práticas da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978. O relatório do encontro exerceu uma grande influência sobre as políticas públicas de diversos países. Isso porque a Declaração de Alma-Ata partiu do pressuposto de que a saúde é um direito fundamental e responsabilidade dos Estados, tendo a atenção primária um papel decisivo para a efetivação desse direito.

A Declaração de Alma-Ata define:

Os cuidados primários de saúde são *cuidados essenciais de saúde* baseados em métodos e tecnologias práticas, *cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis*, colocadas ao *alcance universal* de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a *função central* e o *foco principal*, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o *primeiro nível de contato* dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.³² (grifou-se)

Barbara Starfield, principal referência mundial sobre a APS define como seus principais atributos³³:

- Ser um serviço de primeiro contato;
- Ser uma fonte regular de atenção ao longo do tempo e independentemente da presença de doença ou enfermidade (longitudinalidade);
- Integralidade;
- Coordenação da atenção.

A OMS, em 2008, publicou seu relatório mundial de saúde reafirmando a importância da atenção primária para a efetividade do acesso à saúde.³⁴ Em 2018, a Conferência de Astana, no marco dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, buscou ratificar os princípios desta última e defender uma APS que:

- (1) empodere as pessoas e as comunidades para que sejam autoras de sua própria saúde, defensoras das políticas que a promovem e a protegem e, ainda, corresponsáveis pela construção da saúde e dos serviços sociais que para ela contribuem;
- (2) abordem os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde através de políticas com base em evidências e ações em todos os setores; e
- (3) assegure uma saúde pública e uma atenção primária fortes ao longo de toda a vida das pessoas, como núcleo fundamental da prestação integrada de serviços.³⁵

³¹ REINO UNIDO. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Trad. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1964. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso: 07 dez. 2018.

³² DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Disponível em: <<https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso: 30 mai. 2020.

³³ STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, pp. 62-63. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso 29 jun. 2016.

³⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de saúde 2008. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca*. Trad. Maria Cristina Moniz Pereira, Fátima Hipólito, Paulo Ferrinho. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.who.int/whr/2.008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016.

³⁵ DECLARATION of Astana. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Cazaquistão, 25 a 26 de outubro de 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso: 30 dez. 2019.

No Brasil, experiências exitosas com a implementação de uma APS robusta e capilarizada nos territórios datam do início da década de 1990. Dos esforços iniciais, voltados para a instituição da função de agentes comunitários de saúde e do desenvolvimento de ações de enfrentamento às doenças infecciosas endêmicas e da mortalidade infantil, avançou-se para uma proposta de APS construída sob o pilar das equipes de saúde família, multidisciplinares e multiprofissionais, abrangentes e com competência para atender às principais necessidades de saúde da população. Diversos estudos apontam o êxito da estratégia de APS brasileira e seu impacto na redução da redução da mortalidade infantil e está associada à redução da mortalidade em adultos por doenças vasculares e cerebrovasculares, à redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e à redução de complicações decorrentes de condições crônicas, com diabetes.³⁶

Segundo o art. 11 do Decreto nº 7508/11, cabe a APS ordenar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica reconhece a importância dos cuidados primários e propõe sua definição como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, responsável por assegurar cuidado integral e continuado para a população, de caráter individual ou coletivo, desde a promoção à saúde e prevenção de doenças, até a assistência, reabilitação e cuidados paliativos, devendo ser resolutiva ao abordar as condições de saúde mais comuns. Estima-se que 80% das necessidades de saúde de uma população podem ser satisfeitas na APS.³⁷

2.3 O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

No exercício de sua missão constitucional, cabe ao Ministério Público velar pela efetividade do direito à saúde. Agindo como órgão independente aos demais poderes do Estado, no exercício de sua função de controle, deve a instituição velar para que o dever estatal de implementar políticas públicas para o acesso à saúde da população seja cumprido.

Grande motivo de tensão para as relações entre o Ministério Público e os demais poderes é o descompasso entre o direito fundamental previsto na Constituição e disciplinado na legislação sanitária e a realidade do dia a dia. Sem desmerecer todas as conquistas de cidadania protagonizadas pelo SUS ao longo de mais de três décadas e, mais recentemente, a demonstração de força e solidez no enfrentamento a COVID-19, não são raros os casos de denegação de direitos em concreto. Muitos dos constrangimentos, claro, podem ser imputados ao histórico subfinanciamento do sistema e também ao desfinanciamento de que vem sendo alvo desde as reformas implementadas pela EC nº 86 e EC nº 95.

Contudo, cabe ao Ministério Público, no exercício de seus misteres constitucionais, velar pela proteção do direito fundamental à saúde, papel este reconhecido no âmbito do sanitarismo brasileiro. Nessa linha, o relatório final da IX Conferência Nacional da Saúde propôs a atuação do Ministério Público com rigor em busca do cumprimento da Constituição e da legislação pertinente à seguridade social.

No entanto, a atuação do Ministério Público deve estar ancorada na situação fática que conforma o estado de saúde da população, em uma concepção de saúde abrangente, capaz de lidar com a complexidade de fatores que influenciam o processo saúde-doença e, afinal, com os princípios e regras constitucionais. Assim, mesmo assegurando respeito ao princípio da independência funcional (art. 127, §1º da Constituição), não se pode admitir que seja dado ao membro do Ministério Público, no exercício de suas atribuições sanitárias, promover medidas que sejam dissociadas dos parâmetros constitucionais.

³⁶ “Evidence suggests that the FHS provides better access and quality and results in greater user satisfaction than do traditional health posts and centers or even some private-sector health care facilities. Numerous studies have shown that FHS expansion has resulted in improvements in children’s health, including large and sustained reductions in infant mortality, and in particular, post-neonatal mortality due to diarrhea and respiratory infections. Among adults, FHS expansion has been associated with reduced mortality from cardiovascular and cerebrovascular causes, large reductions in hospitalization rates for ambulatory-care-sensitive conditions, and reduced rates of complications from some chronic conditions such as diabetes. Over the past decade, expansion of the family health program from its initial focus on poorer-than-average municipalities and regions has played an important role in reducing inequities in access to and utilization of care. There is also evidence that the FHS has improved detection of cases of neglected tropical diseases, reduced disparities in oral health, and even enhanced reporting of vital statistics.” Mais adiante, o autor ainda ressalta que a ESF é, aparentemente, extremamente custo-efetiva: “The FHS appears to be extremely cost-effective: Brazil currently spends about \$50 annually per person on the program.” MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil’s Family Health Strategy – Delivering community-based primary care in a universal health system. *The New England Journal of Medicine*, n. 372, (Jun. 2015), pp. 2179-2180. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmp1501140>>. Acesso: 30 jun. 2015.

³⁷ SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In GIOVANELLA, Lígia, et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2.009, p. 628.

A título de orientação, remete-se o leitor para o Plano Nacional de Atuação Ministerial em Defesa da Saúde, elaborado pela Comissão Permanente de Direito à Saúde – COPEDS – do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais dos Ministérios Públicos dos Estados e da União, na sua primeira versão, de 2006, e na versão revisada, de 2017.³⁸ Os documentos propõem que o Ministério Público brasileiro deve priorizar a atuação coletiva na área da saúde e destacar a atenção primária, os cuidados preventivos e a atenção necessária para as populações mais vulneráveis.

Por seu turno, o Conselho Nacional do Ministério Público expediu a Recomendação nº 68/2018, que “sugere parâmetros para a atuação do Ministério Público no dever constitucional de defesa do acesso e da qualidade da Atenção Básica de Saúde e na execução das atividades relacionadas à Ação Nacional da Saúde”.

Em Minas Gerais, o Plano Estratégico do Ministério Público, instrumento integrante de seu planejamento estratégico 2020-2029, estabelece, dentre os objetivos prioritários para a área de atuação de defesa da saúde contribuir para o fortalecimento e expansão da rede de atenção básica em saúde, por meio da promoção de ações para o regular funcionamento dos equipamentos de atenção básica de saúde e da avaliação da composição das equipes de atenção básica de saúde.³⁹

Dessa forma, reconhecendo-se as dificuldades de atuação dos membros do Ministério Público na área da saúde, especialmente aqueles sem especialização e que acumulam outras atribuições, e a necessidade de respeito ao princípio da independência funcional, mostra-se necessário, para que a instituição bem se desincumba do dever constitucional de proteção do direito à saúde, conferir prioridade para a promoção de medidas visando a efetivação e a resolutividade da APS, conforme proposta do planejamento estratégico.

3 - CONCLUSÃO

Sem prejuízo do respeito à independência funcional, deve o membro do Ministério Público priorizar, no exercício de suas atribuições de proteção do direito à saúde, a promoção de medidas para contribuir para o fortalecimento e expansão da rede de atenção primária à saúde.

4 - REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gregório Assagra de. *O Ministério Público e o Direito em épocas extraordinárias*. Disponível em: <<https://ammp.org.br/o-ministerio-publico-e-o-direito-em-epocas-extraordinarias/>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. A historicidade do conceito de causa. In ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA; ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Textos de apoio: epidemiologia*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1.985, pp. 13-27.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1.978. Disponível em: <<https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso: 30 mai. 2020.

DECLARATION of Astana. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Cazaquistão, 25 a 26 de outubro de 2.018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso: 30 dez. 2.019.

ESTORNINHO, Maria João; MACIEIRINHA, Tiago. *Direito da saúde*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014, p. 10.

³⁸ Disponíveis em: <https://saude.mppr.mp.br/pagina-7.html> e https://pcd.mppr.mp.br/arquivos/File/Plano_Nacional_de_Atucacao_do_MP_na_Area_da_Saude.pdf

³⁹ Disponível em: <https://www.mpmg.mp.br/portal/menu/conheca-o-mpmg/planejamento-institucional/planejamento-estrategico.shtml>

- LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In GIOVANELLA, Ligia, et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 116.
- MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy – Delivering community-based primary care in a universal health system. *The New England Journal of Medicine*, n. 372, (Jun. 2015), pp. 2.177-2.181. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmp1501140>>. Acesso: 30 jun. 2015.
- NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de saúde coletiva*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2.014, pp. 17-37.
- OLIVEIRA, Luciano Moreira de. *Teoria Jurídica da Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte: Fórum, 2022.
- OLIVEIRA, Luciano Moreira de. *Ministério Público e políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1.948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf>. Acesso: 31 mai. 2020.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 19 de dezembro de 1966. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>. Acesso: 31 mai. 2020
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de saúde 2008. Cuidados de saúde primários: agora mais que nunca*. Trad. Maria Cristina Moniz Pereira, Fátima Hipólito, Paulo Ferrinho. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2.008. Disponível em <http://www.who.int/whr/2.008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2016
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Assembleia-Geral das Nações Unidas, 22 de julho de 1.946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 07 jun. 2.020.
- PINTO JÚNIOR, Vítor Laerte – «Introdução ao Pensamento Epidemiológico». *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 7, n.1, (2.018), pp. 159-171.
- PROENÇA, Luis Roberto. Participação do Ministério Público no Processo Civil nos Estados Unidos da América. In.: FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo (Org.). *Ministério Público: Instituição e Processo*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1999, pp. 211-228
- REINO UNIDO. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Trad. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1964. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso: 07 dez. 2018.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Trad. Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. 2ª Ed. São Paulo: SENAC, 2005.
- SEVALHO, Gil. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, (jul./set.), pp. 349-363. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csp/1993.v9n3/349-363/pt>>. Acesso 06 jun. 2020.
- SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In GIOVANELLA, Ligia, et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2.009.

STARFIELD, Barbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, pp. 62-63. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso 29 jun. 2016.

SUSSER, Mervyn; SUSSER, Ezra. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, (May 1.996), p. 668.

VENKATAPURAM, Sridhar. Health, vital goals and human capabilities. *Bioethics*, v. 27, n.5, (2013), pp. 271-279.

VIGLIAR, José Marcelo Menezes. A participação do Ministério Público no Processo Civil. In.: FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo (Org.). *Ministério Público: Instituição e Processo*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999, pp. 162-210.