

DIREITO À SAÚDE E ESTUDO DA POLÍTICA PÚBLICA DO PROGRAMA “MAIS MÉDICOS”

Gisele Keiko Kamikawa*
Ivan Dias da Motta**

SUMÁRIO: *Introdução; 1.1 Considerações Gerais Sobre Políticas Públicas; 2 Foco de Estudo Dentro do Direito à Saúde; 3 Objeto e Problemas; 3.1 Profissionais de Medicina; 3.2 Concentração dos Profissionais; 3.3 Formação de Profissionais; 4 Do Programa “Mais Médicos”; 5 Fundamentos Teóricos; 6 Considerações Finais; Referências.*

RESUMO: Procuramos fazer um estudo do direito à saúde, como um direito e dever, a ser oferecido pelo Estado em favor dos cidadãos. Faremos considerações gerais acerca das políticas públicas. Estudaremos uma política específica: Programa Mais Médicos (MP 621/2013), tentando relacioná-la com as características, eficácia dos direitos e das respectivas políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVE: Concentração de Médicos; Direito à Saúde; Direito Fundamental; Políticas Públicas; Profissionais; Programa Mais Médicos.

THE RIGHT TO HEALTH AND AN ANALYSIS OF THE PUBLIC POLICY IN THE “MORE DOCTORS” PROGRAM

ABSTRACT: A study on the right to health, as a right and a duty, supplied by the state to its citizens, is provided. General considerations on public policies are discussed. A specific policy, the More Doctors Program is focused and related to the characteristics, efficiency of rights and perspectives of public policies.

KEY WORDS: Concentration of Physicians; Right to Health; Fundamental Right; Public Policies; Professionals; More Doctors Program.

DERECHO A LA SALUD Y ESTUDIO DE LA POLITICA PÚBLICA DEL PROGRAMA ‘MÁS MÉDICOS’

* Pós-graduada em Direito Público e em Direito Tributário pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, UNIDERP, Brasil.; Mestranda do Programa de Mestrado em Ciências Jurídicas do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR; E-mail: gikamikawa@yahoo.com.br

** Docente Permanente do Programa de Mestrado em Ciências Jurídicas do Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR.

RESUMEN: Buscamos desarrollar un estudio del derecho a la salud, considerándolo como un derecho y como un deber a ser ofrecido por el Estado a los ciudadanos. Haremos consideraciones generales sobre las políticas públicas. Estudiaremos una política específica: Programa Más Médicos (MP 621/2013), buscando relacionarla con las características, eficacia de los derechos y de las respectivas políticas públicas.

PALABRAS-CLAVE: Concentración de Médicos, Derecho a la Salud; Derecho Fundamental; Políticas públicas, Profesionales; Programa Más Médicos.

INTRODUÇÃO

O presente artigo foi elaborado a partir do seminário produzido por esta mestranda, com enfoque no direito à saúde pública e respectivas políticas públicas. Não temos a pretensão de exaurir o tema, cuja relevância se evidencia na efetivação do direito à saúde como elemento intrínseco à dignidade da pessoa humana.

Sem saúde, não há vida efetiva, não há trabalho, não há educação, prejudicando a vida, bem como do cidadão como um todo. Consideramos que a saúde é um direito social, a ser realizado pelo Estado.

Procuramos estudar a saúde, como um direito e como um dever. Tentaremos fazer uma abordagem acerca das políticas públicas da realização do direito à saúde.

Far-se-á uma abordagem a partir de dados expressos em relatórios oficiais, matérias jornalísticas, posições dos Conselhos Regional e Federal de Medicina. O estudo ainda aborda a doutrina das políticas públicas, apontando relações com determinados programas estatais para promoção da saúde do brasileiro.

1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para a elaboração do presente artigo, foram utilizadas, além de pesquisa bibliográfica, busca de dados estatísticos em mídia eletrônica, em sua maioria fornecida pelos Governos Federal, Estadual e Municipal, IBGE, cuja finalidade primeira é a de proporcionar melhor compreensão da atual situação da prestação de serviços, para então, verificar os problemas que impedem a efetivação plena do direito à saúde.

A efetivação do direito à saúde está ligada à política. Mas o que se entende por política pública? Thomas Dye¹ apresenta uma sintética definição: "Política pública é tudo o que o governo decide fazer ou deixar de fazer".

Para Howlett², Thomas Dye utiliza alguns pontos básicos para compreender política pública: a) o agente primário da *policy making* pública é um governo; b) *policy making* envolve uma decisão fundamental por parte dos governos de fazer ou não fazer alguma coisa a respeito de um problema e que esta decisão é tomada pelos políticos eleitos e outros funcionários não oficiais; c) política pública é uma determinação consciente de um governo. Isto é, ações e decisões do governo muitas vezes produzem efeitos não intencionados.

Leonardo Secchi³ apresenta uma definição interessante:

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Vejamos esta definição em detalhe: uma política pública é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante.

Para Jenkins⁴, política pública é um conjunto de decisões que dizem respeito aos objetivos e meios para seu alcance:

Política pública é o conjunto de decisões inter-relacionadas tomadas por um ator ou grupo de atores políticos e que dizem respeito à seleção de objetivos e dos meios necessários para alcançá-los, dentro de uma situação específica em que o alvo dessas decisões estaria, em princípio, ao alcance desses atores.

Maria Paula Dallari Bucci⁵ entende que o estudo de políticas públicas deve ser feito a partir da construção de um estudo de repertório de casos. Tal estruturação

¹ In: HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Antony. Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução de Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 6.

² Ibidem, 2013, p. 6-7.

³ SECCHI, Leonardo. Políticas públicas: conceito, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage learning, 2012, p. 2.

⁴ JENKINS, William I. Policy Analysis: a political and Organizational perspective. Londres: Martin Robertson, 1978. In: HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Antony. Política pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução de Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 8.

⁵ BUCCI, Maria Paula Dallari. Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 299.

deve-se apoiar sobre um roteiro de trabalho que oriente a coleta e análise de quantidade de material de políticas públicas.

Paulo de Martino Jannuzzi⁶ também explica que os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes áreas de governo, possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais.

Deve-se lembrar que dentro de uma política pública, existem atores governamentais e não governamentais, divididos da seguinte maneira por Leonardo Secchi⁷:

- a) Atores governamentais: políticos, designados politicamente, burocratas e juizes.
- b) Atores não governamentais: grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação destinatários das políticas (*policytakers*), organizações do terceiro setor, outros *stakeholders*: fornecedores, organismos internacionais, comunidades epistêmicas, financiadores, especialistas etc.

Há que se reconhecer que nem todos os atores de mesma categoria se comportam de mesma maneira. Ademais, cada ator tem seu próprio interesse dentro de uma política pública.

Dentro da política pública, duas metainstituições têm influência direta, ao informar as estruturas que se desenvolvem nas sociedades: capitalismo e democracia.

Para Howlett⁸, o capitalismo se refere a uma economia política ou sistema de produção e troca orientado pelo mercado, quanto a uma sociedade em que o controle sobre a propriedade requerida para a produção (capital) esteja concentrado nas mãos de uma pequena parcela da população, enquanto a maior parte do restante vende seu tempo de trabalho ~~num~~ em um sistema de salários.

Howlett⁹ ainda explica que o capitalismo representa uma relação entre dominantes e dominados:

⁶ JANNUZZI, Paulo de Martino. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações para formulação de políticas públicas, elaboração de estudos sócio-econômicos. Campinas, SP: Alínea, 2001.

⁷ SECCHI, op. cit., 2012, p. 79.

⁸ HOWLETT; RAMESH; PERL, op. cit., 2013, p. 60.

⁹ Ibidem, 2013, p. 61.

O capitalismo dá aos proprietários o direito de decidir o que será produzido e de que maneira e em que quantidade, um poder que também transforma os capitalistas em classe social dominante, já que as outras classes e estratos da sociedade (trabalhadores, camponeses, donos de pequenos negócios, autoridades religiosas intelectuais e assim por diante) dependem todos dos capitalistas para a manutenção de suas rendas em seu bem-estar”.

A democracia é a segunda metainstituição que afeta Estado e *policy-making*. A democracia é definida por Theborn¹⁰: 1) um governo autorepresentativo eleito por 2) um eleitorado composto por toda a população adulta, 3) cujos votos têm peso igual e 4) que pode votar a favor de qualquer opinião sem intimidação por parte do aparato do Estado.

Howlett¹¹ explica que a democracia modera os efeitos do capitalismo:

A democracia oferece, assim, um mecanismo político que pode moderar os efeitos econômicos do capitalismo. O grau de harmonia alcançado entre estas duas metainstituições é um fator de contribuição fundamental para a coesão social que pode reduzir a necessidade de autoridade coercitiva (por exemplo, polícia e prisões), para manter a ordem doméstica.

Howlett¹² faz interessante observação que o regime democrático acaba exigindo uma maquiagem de conduta pelos *policy-makers*:

Nas democracias, os *policy-makers* pelo menos têm que parecer que dão atenção aos anseios de fazendeiros e trabalhadores, crianças e idosos, homens e mulheres e outros segmentos da população com interesses diferentes e muitas vezes contraditórios que precisam ser constantemente harmonizados e que são inerentemente instáveis.

Laswell¹³ dividiu o processo de política pública em estágios, a partir dos quais programas deveriam ser planejados e executados:

¹⁰ Ibidem, 2013, p. 64.

¹¹ Ibidem, 2013, p. 65.

¹² Ibidem, 2013, p. 66.

¹³ LASSWELL (1951) apud LERNER and LASSWELL (Ed.). The policy sciences: recent developments in scope and method. Stanford, Calif.: Stanford University Press. p. 3-15. In: HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Antony. A ciência da política pública: ciclos e subsistemas político-administrativos. Tradução de Francisco G Heidemann. Toronto: Oxford University Press, 2003, p. 17.

(1) informação, (2) promoção, (3) prescrição, (4) invocação, (5) aplicação, (6) término e (7) avaliação (LASWELL, 1971). O processo de uma política começava com a reunião de informações, ou seja, a coleta, o processamento e a disseminação de informações para aqueles que participam no processo de decisão. E daí ele seguia para a promoção das opções particulares pelos envolvidos na tomada de decisão. No terceiro estágio, os tomadores de decisão de fato prescreviam um curso de ação. No quarto, o curso de ação prescrito era invocado, na medida em que se desenvolvia um conjunto de sanções para penalizar aqueles que não cumpriam as prescrições dos tomadores da decisão. A política era então aplicada pelas cortes e pela burocracia e corria seu curso até chegar ao término ou ser cancelada. Finalmente, os resultados da política eram apreciados ou avaliados contra os alvos e objetivos dos tomadores de decisão originais.

Feitas as considerações gerais sobre políticas públicas, podemos falar de nosso objeto de estudo: direito à saúde, implementado como programa de política pública.

2 FOCO DE ESTUDO DENTRO DO DIREITO À SAÚDE

A partir dos dados coletados acerca de instituições de ensino da graduação em Medicina do município de Maringá (PR), destaca-se quadro comparativo considerando custo e vagas.

Quadro 1. Comparativo de custo e vagas

	UNICESUMAR	UEM
Valor mensalidade	R\$ 4.993,00 ¹	Gratuito
Valor anual 12 meses	R\$ 59.916,00	Gratuito
Total do Curso 06 anos	R\$ 359.496,00	Gratuito
Vagas Anuais	100	40

Fonte: Dados da Pesquisa

Considerando o número de vagas informado pela instituição de ensino público (Universidade Estadual de Maringá), há que se destacar que das 40 (quarenta) vagas disponibilizadas, apenas 13 destas são reservadas para não cotistas, o que gera uma concorrência real de 322,8 por 01, enquanto que para cotistas, apesar de também concorrido, a informação repassada pela instituição pública foi uma concorrência de 169,3 por cada vaga.

No tocante à qualidade do ensino, conforme dados de avaliação coletados (Guia do Estudante - 2010)¹⁴, em nível estadual, foram classificados como muito bom, os cursos oferecidos pelas Universidades Públicas do Estado do Paraná: UEL (Universidade Estadual de Londrina) e UFPR (Universidade Federal do Paraná), e como boas a UEM (Universidade Estadual de Maringá) e Unioeste (Universidade Estadual do Oeste do Paraná).

Quanto ao programa do Governo Federal "Mais Médicos", conforme dados adquiridos até a presente data (04.10.2013), observa-se que dos 648 pedidos de registro profissional protocolados pelo Ministério da Saúde para os participantes com diplomas do exterior, apenas 276 foram emitidos pelos Conselhos Regionais de Medicina, que são os responsáveis pela emissão dos registros, ou seja, 42,5% dos pedidos.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, dos 504 pedidos de registro profissionais provisórios feitos pelo Ministério da Saúde aos CRMs apenas 257 foram entregues.

Quanto ao número de vagas no curso de graduação em Medicina previsto na MP 621/2013, o Paraná somente fora contemplado na cidade de Cascavel, através da Faculdade Assis Gurgacz, passando o número de vagas oferecidas a ser de oitenta¹⁵, conforme Portaria nº 362, de 26.07.2013, da Secretaria de Regulação e Supervisão de Educação Superior.

Ao direcionar a pesquisa à saúde pública ao município de Maringá, Estado do Paraná, verificou-se que no tocante ao índice de mortalidade por Causas Externas, em 2008 foi de 148 óbitos com taxa de mortalidade de 44,54/100.000, sendo 114 óbitos em homens 77,02%, 34 óbitos em mulheres 22,98%.

Dentre os óbitos do sexo masculino, 41,23% foram por acidentes de transporte, 29,82% por homicídios, 8,78% por suicídios, 20,17% por outras causas, sendo que, no ano de 2009, foi possível constatar um aumento significativo de óbitos por suicídios no sexo masculino, de modo que de 10 casos em 2008 passou para 19 casos em 2009¹⁶.

¹⁴ CONHEÇA OS 55 MELHORES CURSOS DE MEDICINA DO BRASIL. E-Guia do Estudante. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/vestibular-enem/conheca-55-melhores-cursos-medicina-brasil-575793.shtml>>. Acesso em: 17 out. 2013.

¹⁵ BRASIL. Portaria 362, de 26.07.2013, da Secretaria de Regulação e Revisão de Educação Superior. Disponível em: <http://www.escolasmédicas.com.br/news_det.php?cod=1878>. Acesso em: 02 out. 2013.

¹⁶ MARINGÁ. Secretária de Saúde de Maringá. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Programa Maringá Saudável. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

Dentre as internações registradas em 2009, prevaleceu a causa de hipertensão na faixa etária acima de 15 anos com 13,19%, e do grupo de diabéticos referente à população acima de 15 anos com 3,34%. Segundo dados do Ministério da Saúde a prevalência de hipertensão arterial na população adulta é de 11 a 20% e de diabetes é de 7,6%.

Quanto à disponibilidade de leitos hospitalares, observou-se que 767 leitos (58,72%) são destinados ao SUS, sendo: 252 leitos (32,85%) são de psiquiatria, 515 leitos gerais e de UTI para atender ao município de Maringá e outros municípios da 15ª RS e Macrorregião noroeste, havendo déficit de 150 leitos hospitalares para o município de Maringá de acordo com a Portaria 1.101, de 12.06.2002.

O Hospital Municipal, de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2010/2013, conta com 90 leitos, sendo: 26 de emergência psiquiátrica, 44 de clínica médica, 20 de pediatria, 06 leitos em salas de emergência - Pronto Atendimento adulto e infantil e leitos credenciados para atendimento de pacientes portadores de AIDS.

Com relação à saúde mental, em 2008, a Emergência Psiquiátrica, que atende 67 municípios da 11ª, 13ª e 15ª Regional de Saúde, teve 4.708 atendimentos entre consultas e internações, sendo que 62,6% correspondem aos moradores de Maringá.

Considerando-se motivo dos atendimentos, 46,8% estavam relacionados com o uso abusivo de álcool e outras drogas, 18,9% de esquizofrenia, 11,1% de depressão.

O número de internações no hospital psiquiátrico em 2008 correspondeu a 3.800 autorizações para 1.649 pacientes, aumentando em 2009, pois as 3.783 autorizações foram dirigidas a 1.693 pacientes.

A pesquisa contou ainda com outros dados estatísticos que poderão ser acessados através das fontes disponibilizadas no final do presente trabalho.

3 OBJETO E PROBLEMAS

O Brasil passa por um período de mudanças demográficas. Na década de 1940, apontava-se o início do declínio dos níveis de mortalidade, como resultado de avanços obtidos no sistema de saúde pública, previdência social, infraestrutura urbana, nas legislações trabalhistas, bem como nos conhecimentos científicos de

áreas químico-farmacêutica, que levaram ao controle e à redução de várias doenças, principalmente as infectocontagiosas e pulmonares.

A partir de 1970, houve queda de fecundidade, redução da mortalidade infantil, as migrações e a urbanização, as transformações econômica e cultural, a reorganização na composição e tamanho da família.

O IBGE¹⁷ ainda observou que o perfil epidemiológico do país teve importante alteração com reflexos na morbimortalidade, cujo padrão caracterizado por doenças e óbitos por causas infecciosas e transmissíveis vem sendo progressivamente substituído pelo de doenças crônicas, degenerativas e causas externas ligadas a acidentes e violência.

Reconhecida a permanência de desnutrição em crianças e adultos, aumento de prevalência do excesso de peso e obesidade de população em geral são também resultados dos processos em curso, segundo o IBGE.

Os dados também revelam as diferenças regionais existentes na estrutura etária da mortalidade. Os diferenciais observados nas proporções de óbitos.

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde passa por insuficiência de recursos, é mal estruturado e possui poucos profissionais para atendimento à população em programa nacional de atenção básica em regiões do país que atraem pouca atenção dos médicos.

Tentaremos tratar de forma pontual a partir dos dados coletados o objeto e problema relativos a cada tema abordado.

3.1 DOS PROFISSIONAIS DA MEDICINA

Devido à polêmica instalada e amplamente divulgada em torno do “Programa Mais Médicos” (MP 621/2013), entendeu-se por bem abordar os fatores relevantes e influenciadores a iniciativa desse tipo de política pública.

Primeiramente, evidenciou-se que atualmente, em nível nacional, os problemas referem-se à capacitação profissional médica, ante a insuficiência de vagas na graduação em Medicina nas universidades públicas e alto custo nas universidades privadas, além da escassez de profissional para a efetiva prestação de serviços.

No caso do Paraná, evidencia-se que a qualificação profissional na Medicina não influencia em prejuízo na prestação de serviços da saúde. O problema está, sim,

¹⁷ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27).

no número de vagas ofertadas pelo Poder Público e alto custo dos cursos privados, impedindo a formação de número de profissionais necessários a atender à demanda.

Osmar Terra defende que a carreira do SUS é importante e que profissionais precisariam se dedicar ao SUS com exclusividade, incentivando-os a trabalhar no interior dos Estados¹⁸.

Número de escolas médicas do Brasil é maior que o dos Estados Unidos da América e do Japão¹⁹, o que nos faz concluir pela inexistência de falha grave acerca da oferta de vagas e universidades com graduações em Medicina. Não obstante a comercialização empreendida por faculdades de Medicina, os profissionais que colam grau não se interessam pelas áreas mais carentes do país, o que influencia diretamente na ineficiência do serviço de saúde prestado pelo Estado. Como o Poder Público pode prestar serviços de saúde com eficiência sem oportunizar a formação de profissionais em número suficiente a atender à população? É a indagação que está presente em nosso cotidiano.

Seria o custo e interesse políticos a opção em exportar profissionais em vez de capacitar cidadãos brasileiros?

3.2 CONCENTRAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

As faculdades de Medicina têm localização mais concentrada, em cerca de 60%, (sessenta por cento) dentre escolas públicas e privadas, no Sul e Sudeste, conforme dados do ME/INECP – 2006²⁰.

Se as graduações em Medicina acabam se centralizando em determinadas áreas do país, isto acaba por influenciar na escolha dos médicos para estabelecimento profissional após a colação de grau, já que estão ambientados àquele lugar. Isso influencia, por certo, na concentração de profissionais em determinadas áreas do país, em detrimento de outras, com menor atrativo.

De acordo com dados apresentados pelo Conselho Federal de Medicina, existem 371.788 médicos em atividade no Brasil (dados de outubro de 2011). Em 1970, eram 58.994 médicos. O percentual é cinco vezes maior do que o de crescimento populacional, que, em cinco décadas, aumentou 104,8%.

¹⁸ INTERFARMA. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. São Paulo: Associação de Indústria Farmacêutica De Pesquisa, 2011, p. 14. (Edições Especiais Saúde, v. 3).

¹⁹ OLIVEIRA, Neilton Araujo de. Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros. 2007, 217f. Tese (Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, p. 5.

²⁰ *Ibidem*, 2007, p. 141.

O Conselho Federal de Medicina²¹ apontou, em 15.02.2013, que existem dois médicos para cada grupo de 1000 habitantes (média nacional). Entretanto, observa-se uma distribuição desigual entre os Estados da Federação, sendo evidente que o Norte e o Nordeste do país são regiões que padecem de deficiência de número de profissionais.

A Pesquisa Demográfica Médica no Brasil (2013) demonstra que os Estados do Norte e Nordeste ficam prejudicados em números de profissionais, o que se deve, provavelmente, à falta de estrutura de trabalho, no sistema público e privado de saúde ali existente.

A média nacional é de 2,0 médicos a cada grupo de 1000 habitantes. O Paraná possui 1,87 médicos para cada grupo de 1000 pessoas, estando abaixo da média nacional, mas acima do Maranhão, que se encontra na última posição com 0,87 médico/1000 habitantes, segundo estatística do CFM.

O número irregular de médicos entre as regiões tem influência direta no direito à saúde e qualidade de vida de que gozam os habitantes de cada Estado.

3.3 FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

É fato que a carência de profissionais possui liberdade, autonomia, discernimento para escolherem sua área profissional após a graduação. A maioria deles rejeita a atenção básica.

Neilton Oliveira²² entende que os currículos das faculdades de Medicina não preparam os profissionais sequer para pesquisa/iniciação científica e nem para a atuação em comunidade, grandes necessidades de nossa população.

O Ministério da Saúde tem responsabilidade de estimular e ordenar o processo de formação de trabalhadores em saúde. Para formar profissionais que atendam às necessidades do Sistema Único de Saúde, os cursos precisam adequar sua abordagem pedagógica, favorecer a articulação de conhecimentos e promover atividades práticas ao longo do curso em todos os tipos de unidades de saúde. Diante da pouca abordagem pedagógica acerca de saúde pública, os acadêmicos de

²¹ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia médica no Brasil: distribuição de médicos reforça desigualdades regionais. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23568:distribuicao-de-medicos-reforca-desigualdades-regionais&catid=3>. Acesso em: 14 out. 2013.

²² OLIVEIRA, op. cit., 2007, p. 104.

Medicina no Brasil não possuem interesse em trabalhar no SUS, conforme pesquisa feita por Neilton Araújo de Olivera²³.

Os cursos de graduação em Medicina, de modo quase generalizado, não demonstram preocupação com a saúde pública e os profissionais pouco se relacionam escola - serviço, dentre outras deficiências, conforme constatou Neilton Araújo de Oliveira²⁴:

Assim, delineado o quadro do cotidiano da saúde pública, passaremos a estudar uma de suas políticas públicas.

4 DO PROGRAMA “MAIS MÉDICOS”

Através da MP 621/2013, institui-se:

- a) Remuneração de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a profissionais para atuar na rede pública. Estrangeiros só foram chamados para ocupar vagas não preenchidas por brasileiros;
- b) Serão aceitos somente brasileiros formados no exterior e profissionais estrangeiros com conhecimento de língua portuguesa, vindos de países com mais de 1,8 médicos por habitante (índice brasileiro);
- c) Os estrangeiros selecionados no programa recebem um registro temporário e só podem exercer a atenção básica (prevenção e procedimento pouco complexos);
- d) Os médicos estrangeiros não precisam passar pelo Revalida (exame de validação de diploma estrangeiro). Atente-se para o detalhe que, em 2012, 92% (noventa e dois por cento) dos candidatos foram reprovados;
- e) Os médicos estrangeiros passam por um período de avaliação e treinamento em uma instituição de ensino e são supervisionados ao longo dos três anos de duração do programa.

A eficácia de tal medida é discutível. A fundamentação de validade e eficiência do programa Mais Médicos apresentadas pelo governo é que a MP

²³ Ibidem, 2007, p. 113.

²⁴ Ibidem, 2007, p. 114.

621/2013 representa ação emergencial e visa suprir uma demanda imediata. Trazer médicos de fora do país agilizaria a regularização do sistema, dado o longo tempo de formação de novos médicos em universidades²⁵. Os médicos só estariam autorizados a trabalhar em um local determinado, o que lhes retiraria do dever de submeter seu diploma à revalidação.

Por outro lado, médicos e Conselhos de Medicina entendem que a proposta da MP 621/2013 põe em risco a saúde da população, pois não existem regras claras e criteriosas para a escolha dos médicos, como a não exigência da revalidação do diploma no Brasil²⁶. Ainda segundo as entidades de classe, trazer médicos de fora não significa melhorar a qualidade do atendimento, já que o problema seria falta de estrutura e subfinanciamento do SUS.

A ADI 5035 questiona a constitucionalidade dos seguintes dispositivos: Arts. 007º, os incisos I, II e §§ 1º e 2º, os incisos I e II, § 3º; § 1º, I, II e III do art. 009º, art. 10 e §§ 1º, 2º, 3º e 4º e art. 011 da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013. A ADI 5037 também argumenta pela inconstitucionalidade dos seguintes artigos: Arts. 3º a 8º; 009º; 10; 11; 13 e 14 da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013. Os referidos dispositivos confrontariam os seguintes artigos da CF: Art. ??º, IV; Art. 5º, *caput*, XIII, §1º e §2º; Art. 6º; Art. 7º; Art. 12; Art. 37, *caput* e II; Art. 39; Art. 62, § 1º, “a”; Art. 68, §1º, II; Art. 207; Art. 208, V.

Realizou-se audiência pública na ADI 5035 e 5037, aos 25 e 26.11.2013, mas ainda não houve julgamento das liminares.

Importa ressaltar que sem o registro provisório os médicos selecionados pelo programa estão impedidos de exercer a profissão, não podendo, dessa forma, iniciar atendimento à população.

Visando suprir a ausência de registros, a comissão mista que analisa a Medida Provisória 621/13²⁷, criadora do “Programa Mais Médicos”, aprovou relatório geral do deputado Rogério Carvalho (PT-SE) que estabelece que o registro profissional de médicos formados no exterior seja expedido pelo Ministério da Saúde, mantendo com os Conselhos Regionais de Medicina a responsabilidade de fiscalizar o trabalho desses profissionais, mas não mais a emissão dos registros.

²⁵ CRMS entregam 42% dos registros de médicos intercambistas do Mais Médicos. UOL Notícias Saúde. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/10/01/crms-entregam-42-dos-registros-de-medicos-intercambistas-do-mais-medicos.htm>>. Acesso em: 03 out. 2013.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Medida provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm>. Acesso em: 02 out. 2013.

Imperioso frisar que se o texto for aprovado pelo Plenário, deixam de ser obrigatórios os registros provisórios emitidos pelos Conselhos Regionais de Medicina. Diante disso, como impor ao órgão de classe a fiscalização de profissionais que não passaram pelo seu crivo, que não foram por ele autorizados a exercer a profissão?

Sem entrar no mérito acerca da eficácia do Programa instituído pela MP 621/2013, o Município de Maringá seria, segundo a Gazeta do Povo²⁸, contemplado com a vinda de 04 (quatro) médicos imigrantes.

Faremos, a partir de agora, um sintético cruzamento de critérios para o estudo do processo político-administrativo da política pública do Programa Mais Médicos, utilizando-nos da lição de Thomas R Dye²⁹:

Quadro 2. Critérios para o estudo do processo político-administrativo da política pública do Programa Mais Médicos

(continua)

Atividades políticas no processo político (Thomas R Dye)		Programa Mais Médicos (MP 621/13)
Identificar problemas	Tomar manifestas as demandas, para a ação governamental	Falta de médicos para atendimento à população mais frágil e distribuição desigual de profissionais pelo país, prejudicando a efetivação do direito à saúde; Estudantes de medicina de faculdades brasileiras demorarão a concluir seus estudos
Montar agenda para deliberação	Escolher as questões decididas e os problemas a serem tratados	Propiciar atenção básica à população, suprir insuficiência de profissionais
Formular propostas de políticas	Desenvolver propostas de políticas para resolver as questões e os problemas	Trazer médicos brasileiros formados no exterior e médicos de nacionalidade estrangeira que falem português, alocando-os em áreas de maior necessidade, com foco na atenção básica e procedimentos de simples complexidade

²⁸ ANTONELLI, Diego. Estrangeiros fazem curso para conhecer a saúde do Paraná. Gazeta do Povo, Curitiba. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/m/conteudo.phtml?id=1409112&tit=Estrangeiros-fazem-curso-para-conhecer-a-saude-do-Parana>> Acesso em: 02 out. 2013.

²⁹ DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Org.). Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. 2. ed. Brasília: Ed. da UnB, 2010, p. 104.

(conclusão)

Legitimar políticas	Selecionar uma proposta; Articular apoio político para ela; Transformá-la em lei	Trazer profissionais com formação médica do exterior para, designando-os para locais que os médicos brasileiros costumam rejeitar, buscando mostrar que a camada mais frágil da sociedade está dentro das políticas sociais; Instituição da MP 621/2013
Implementar políticas	Organizar burocracias; Prestar serviços ou prover pagamentos; Criar impostos	Dispensar revalida aos integrantes do Programa Mais Médicos; Providenciar vinda dos profissionais e seus familiares; Providenciar remuneração dos profissionais
Avaliar políticas	Estudar os programas; Relatar os <i>outputs</i> dos programas governamentais; Avaliar os impactos dos programas sobre os grupos-alvo e sobre os outros grupos; Propor mudanças e ajustes	Ação emergencial, com foco na atenção básica de saúde; Risco de que profissionais formados fora do país e sem Revalida não consigam efetivar o direito à saúde de brasileiros; Vinda de profissionais formados no exterior não suprirá a falta de estrutura e recursos que maculam o SUS

A preocupação do CFM acerca da formação técnica dos médicos da MP 621/2013 representa um dos itens de avaliação da política pública, já que o Estado deve prestar serviço com qualidade, explicado por Howlett (capacidade de nível de tratamento, habilidade e profissionalismo dos profissionais, caráter do subsistema político-administrativo)³⁰.

É possível concluir que o Programa Mais Médicos, recentemente implementado pelo Ministério de Saúde, representa uma política pública como produto do sistema, que envolve demandas, apoio, decisões e ações.

Sabatier³¹ aponta dois modelos de implementação de políticas públicas. O primeiro é o modelo *top-down* (de cima para baixo), em que há separação entre decisão e implementação, ao passo que no modelo *bottom-up* (baixo para cima), há liberdade de burocratas em auto-organizar e implementar as políticas públicas.

Ousamos classificar o Programa Mais Médicos como modelo *top-down* de políticas públicas. Isto porque a identificação do problema e das estratégias

³⁰ HOWLETT; RAMESH; PERL, op cit., 2013, p. 215-216.

³¹ SECCHI, op. cit., 2012, p. 46-47.

buscando a solução pela falta de médicos veio de cima para baixo. Tal inserção no modelo de cima para baixo fica ainda mais evidente quando se lembra que, quando da negativa de concessão de registro provisório para os médicos inseridos na MP 921/2013 por falta de preenchimento de requisitos, o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais acabou sendo obrigado a emitir tais registros, porque deferida tutela antecipada em ação ordinária nº 50600-52.2013.4.01.3800³², da 5ª vara cível da justiça federal em Belo Horizonte, seção judiciária de Minas Gerais.

Depreende-se que o Programa Mais Médicos representa uma atitude para tentar, pelo menos, efetivar o direito à saúde. Através da MP 621/2013, o Estado empreende esforços para cumprir o direito à saúde. Parece que é uma tentativa de levar o direito à saúde a sério, como explica Ronald Dworkin³³.

Já no âmbito territorial do Município de Maringá, inicialmente verificou-se que não há pesquisas³⁴ recentes destinadas a avaliar a efetivação do direito à saúde para todos, tampouco meios de acesso de informação.

Quanto à transparência na utilização do dinheiro público, observou-se que não há informações precisas sobre a aplicação do dinheiro arrecadado e concretização das políticas públicas traçadas. Pois, ao se acessar o portal da transparência no site da Prefeitura, a única informação sobre a secretaria de saúde é que não existem arquivos cadastrados.

Sendo assim, como a população poderá exercer sobre o Poder Público a fiscalização necessária e de direito sobre os recursos destinados à saúde de modo a exigir seu direito?

Constatou-se que a primeira pesquisa do IBGE³⁵ para verificação da situação da saúde maringaense está sendo realizada neste ano de 2013.

Contudo, informa também a matéria, que os dados coletados durante a pesquisa serão sigilosos.

³² MINAS GERAIS. (Estado) Justiça Federal de 1º Grau em Minas Gerais, 5º Vara Cível. Proc. nº 50600-52.2013.4.01.3800. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/conselho-regional-medicina-mg-obrigado.pdf>> Acesso em: 01 out. 2013.

³³ DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. Tradução e notas de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002 - (Justiça e direito). p. 286.

³⁴ MARINGÁ. Prefeitura de Maringá. Pesquisa vai diagnosticar situação da saúde do brasileiro. 2013. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=a2b7b36b3f5a2&id=20336>>. Acesso em: 17 out. 2013.

³⁵ CARVALHO, Luiz de. Maringá e Sarandi estão na pesquisa de saúde. Odiário.com, Maringá, 2013. Disponível em: <<http://digital.odiario.com/regiao/noticia/765832/maringa-e-sarandi-estao-na-pesquisa-de-saude/>>. Acesso em: 17 out. 2013.

Apesar de claramente se verificar que o Município de Maringá se encontra em situação muito melhor que outras cidades da federação, verificou-se que os índices de mortalidade são significativos principalmente no que tange a causas externas³⁶.

O índice de hipertensão da faixa etária de até 15 anos é absurdamente superior aos demais e a captação dos hipertensos e diabéticos ainda está baixa, o que compromete a atuação sobre o controle destes agravos para evitar as complicações.

Evidencia-se que a população maringaense está adoecendo precocemente, sinalizando para o futuro um aumento de incidência de doenças cardiovasculares. Estaria faltando no Município cuidados de medicina preventiva relativa à hipertensão nessa faixa etária?

Outro agravante verificado é que um dos maiores problemas de câncer de estômago está relacionado com o hábito alimentar das pessoas que, na grande maioria, não contam com recursos para fazerem uma dieta balanceada.

Observa-se, portanto, ausência de orientação nutricional de modo a alcançar a camada mais pobre da população, bem como ausência de amparo do Poder Público no fornecimento de alimentos adequados.

A par disso, foi constatado também que a prestação de serviços públicos no âmbito municipal encontra-se deficiente pela falta de leitos suficientes ao atendimento da demanda.

A insuficiência do número de leitos vem se agravando pela falta de investimento para ampliação em estrutura hospitalar, que, em contrapartida, recebe enfermos de outras localidades da região.

Verificou-se número elevado de atendimento relacionado à saúde mental, não havendo até a realização da pesquisa, CAPS para atendimento de crianças e adolescentes e CAPS III para atendimento 24 horas.

Apesar de mais crescente a procura por este tipo de atendimento, muitos deixam de buscá-lo por não haver programas de desmitificação e quebra de preconceitos relacionados ao tratamento.

De modo geral, foi apontada e verificada relativa carência de número suficiente de médicos porque, apesar de vários concursos realizados no município, não foram suficientes para completar o quadro, além de haver evasão de profissionais impedindo a manutenção das equipes completas³⁷.

³⁶ MARINGÁ. Secretária de Saúde de Maringá. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Programa Maringá Saudável. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

³⁷ MARINGÁ. Secretária de Saúde de Maringá. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. Programa Maringá Saudável. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

Por fim, apurou-se deficiência no atendimento do SAMU³⁸ por falta de pessoal; que o Hospital Universitário encontra-se com superlotação e centenas de pacientes aguardando atendimento³⁹; e falta de conclusão dos trabalhos de CPI instaurada para apurar os motivos da situação não desejável e apropriada à efetivação do direito da saúde a que se encontra a cidade de Maringá (PR)⁴⁰.

5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Segundo Maria Paula Dallari Bucci⁴¹, as políticas públicas são categoria jurídica que se apresenta na medida em que buscam a concretização de direitos humanos e, em particular, direitos sociais. Os direitos sociais (entre os quais se incluem o direito à saúde) são de segunda geração e foram formulados para garantir a plenitude dos direitos de primeira geração.

As políticas públicas não são, portanto, categoria definida e instituída pelo direito, mas arranjos complexos, típicos da atividade político-administrativa, devendo o direito estar apto a descrever, compreender e analisar, de forma a integrar à atividade política os valores e métodos próprios do universo jurídico.

Diante disso, a introdução dos direitos sociais representa uma tormentosa questão no panorama do sistema jurídico. Isso porque, especialmente nas sociedades com menor tradição de garantia de liberdades e mais atrasadas do ponto de vista das condições econômicas e sociais de seu povo, a introdução dos direitos sociais somente faz sentido, do ponto de vista normativo, se estiver associada a um conjunto de garantias equivalente ao que permitiu que os direitos individuais se transformassem em pilar e referencial político e jurídico dos Estados democráticos modernos.

Denota-se que os destinatários dos direitos sociais são sujeitos soberanos, como explica Alain Supiot⁴².

³⁸ SAÚDE em Maringá pede socorro. Manchete, 2013. Disponível em: <http://www.maringamanchete.com.br/2010/index.php?option=com_content&view=article&id=6818%3Asaude-em-maringa-pede-socorro&catid=65%3Asaude&Itemid=1>. Acesso em: 17 out. 2013.

³⁹ SAMU para de atender por falta de pessoal. Rigon Opinião & Notícias. Disponível em: <<http://angelorigon.com.br/2013/08/04/samu-para-de-atender-por-falta-de-pessoal>>. Acesso em: 17 out. 2013.

⁴⁰ QUADRO é de caos na saúde de Maringá e Londrina. Blog Paraná Oeste, 2013. Disponível em: <<http://www.paranaoeste.com.br/noticia.php?id=243>>. Acesso em: 17 out. 2013.

⁴¹ BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006, p. 3.

⁴² SUPIOT, Alain. Homo juridicus: ensaio sobre a função antropológica do direito. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007, p. 25.

O Estado é titular de prerrogativas que exorbitam o direito comum, em que há a garantia primordial da personalidade jurídica dos seres reais ou fictícios que se lhe exportam, como ensina Alain Supiot⁴³.

Assim, o alvo do programa “Mais Médicos” e de outros programas de políticas públicas é o ser humano, e, na expressão de Alain Supiot⁴⁴, é o *homo juridicus* (sujeito de direitos e protegido pela lei).

Sendo assim, Maria Paula Dallari Bucci⁴⁵ ensina que um dos efeitos da aplicabilidade das normas programáticas é a proibição de omissão dos Poderes Públicos na realização dos direitos sociais. O direito processual que sanciona as omissões, enunciado na Constituição Federal (arts. 102, I, *q*, e 103, § 2º) seria um dos caminhos para a efetivação das normas programáticas, em face da inércia do Poder Público na iniciativa das medidas legislativas ou administrativas necessárias à implementação do direito.

Ensina Alain Supiot⁴⁶ que a sociedade deve se pautar pelo princípio da solidariedade, não só entre particulares, mas também em relação ao Estado, no que concerne aos serviços públicos. Através desta solidariedade, cria-se uma instituição com um fundo comum, o qual cada um deve depositar segundo as suas capacidades e pode retirar conforme as suas necessidades.

Em A Sociedade dos Indivíduos⁴⁷, orienta-se que a sociedade seja regida por um espírito de solidariedade:

Não faz tanto tempo assim que os Estados se tornaram as unidades de integração que atraíram, mesmo que de forma ambivalente, sentimentos especialmente intensos de um nós e impuseram a todos os seus membros uma obrigação relativamente grande de lealdade e solidariedade.

Há, entretanto, inúmeras dificuldades a transpor para o completo funcionamento de um modelo de sanções das omissões do Poder Público, ainda mais nas hipóteses em que tais omissões decorram de inequívocas limitações de meios, dado o reconhecimento da escassez de recursos para atendimento pleno e simultâneo de todas as demandas sociais decorrentes dos direitos afirmados na Constituição.

⁴³ Ibidem, 2007, p. 34.

⁴⁴ Ibidem, 2007, p. 235.

⁴⁵ BUCCI, op. cit., 2006, p. 27.

⁴⁶ SUPIOT, op. cit., 2007, p. 262.

⁴⁷ ELIAS, Norbert. A sociedade dos indivíduos. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994, p. 186.

De outro norte, não se pode perder de vista que o direito à saúde é um direito público subjetivo, constitucionalmente tutelado, classificado como Direito social fundamental (art. 6º da CF), por se tratar de uma necessidade vital básica (art. 7º, inciso IV da CF) de toda pessoa humana.

Por isso, as ações e serviços de saúde são de relevância pública cabendo ao Poder Público dispor, por ser dever do Estado (Art. 196 da CF) nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por intermédio de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197 da CF).

Apesar das regras contidas na Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei Complementar do Município nº. 567, é de suma importância frisar que o legislador constitucional, a fim de assegurar o direito à saúde, estabeleceu parâmetros mínimos a serem observados pelo Poder Público, sendo eles: atendimento materno-infantil (art. 227, § 1º, I da CF); Ações de medicina preventiva (art. 198, II, da CF); Ações de prevenção epidemiológica (art. 200, II da CF); Serviços de Saneamento (art. IX, 198, II e 200, IV da CF).

A garantia constitucional se justifica pelo fato da saúde ser reconhecida como um dos direitos considerados dentro do mínimo existencial à dignidade da pessoa humana, haja vista se tratar de uma das condições materiais básicas para a sua existência.

E por representar esse mínimo existencial, o mínimo de direitos que deve ser garantido aos indivíduos foi colocado pelo poder constituinte originário fora do alcance de deliberação política e das maiorias, reconhecendo-se, porquanto, eficácia jurídica positiva.

De outro norte, imperioso ressaltar que os direitos essenciais sem os quais todos os outros direitos subjetivos perderiam todo o interesse para o indivíduo são reconhecidos como direitos da personalidade por serem a medula da personalidade⁴⁸.

Sendo assim, não se pode olvidar que o direito à saúde está umbilicalmente ligado ao direito à vida e que dada a sua essencialidade também é classificado como um direito da personalidade. Pois, é perfeitamente conclusivo que se o indivíduo não tiver saúde outros direitos não lhe despertarão interesse.

Deste modo, aplicando a lição de Alain Supiot⁴⁹, pode-se concluir que uma vez efetivado o direito à saúde, cumprida estará a função social da ordem jurídica.

⁴⁸ CUPIS, Adriano de. Os direitos da personalidade. 2. ed. São Paulo: Quorum, 2008, p. 24.

⁴⁹ SUPIOT, op. cit., 2007, p. 46.

Como destacado por Ingo Wolfgang Sarlet⁵⁰, a percepção última é de que onde não houver respeito à vida e integridade do ser humano, física e moral, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde os direitos fundamentais não forem minimamente assegurados, não haverá dignidade da pessoa humana de modo que poderá não passar de mero objeto de arbítrio e injustiça.

Potyara A. P. Pereira⁵¹ reproduz a teoria de Doyal e Gouth, para quem as necessidades humanas não são passíveis de variação, independentemente da origem cultural:

Goyal e Gouth sustentam que todos os seres humanos, em todos os tempos, em todos os lugares e em todas as culturas têm necessidades básicas comuns. Baseados nessa convicção, afirmam que há um consenso moral, perfeitamente detectável em diferentes visões de mundo, de que o desenvolvimento de uma vida digna só ocorrerá se certas necessidades fundamentais (comuns a todos) foram atendidas.

Diante disso, da necessidade de efetividade da dignidade da pessoa humana, é inadmissível que o Poder Público permaneça inerte, furtando-se ao cumprimento de seu dever de prestar saúde às pessoas, como necessidade fundamental e comum a todas as pessoas. Nesse sentido, destaca-se julgamento proferido pelo Supremo Tribunal Federal⁵²:

O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política – que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro – não pode converter-se em promessa constitucional inconsequente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado. [...] O reconhecimento judicial da validade

⁵⁰ SARLET, Ingo Wolfgang. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais*. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009, p. 64.

⁵¹ PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007, p. 66.

⁵² Supremo Tribunal Federal, RE 271.286-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, julgamento em 12-9-2000, Segunda Turma, DJ de 24-11-2000. No mesmo sentido: AI 550.530-AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, julgamento em 26-6-2012, Segunda Turma, DJE de 16-8-2012; RE 368.564, Rel. p/ o ac. Min. Marco Aurélio, julgamento em 13-4-2011, Primeira Turma, DJE de 10-8-2011; STA 175-AgR, Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes, julgamento em 17-3-2010, Plenário, DJE de 30-4-2010. Vide: AI 734.487-AgR, Rel. Min. Ellen Gracie, julgamento em 3-8-2010, Segunda Turma, DJE de 20-8-2010.

jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/Aids, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à <saúde> das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade”.

Potyara Pereira⁵³ confirma a necessidade de que o acesso a serviços médicos deve ser efetivo, com cura e tratamento eficaz, por todas as pessoas indistintamente, com alta tecnologia.

Considerando a decisão acima, destacam-se as lições de Giorgio Agamben quando expõe que a validade da norma jurídica não necessariamente significa que a norma seja aplicada ao particular⁵⁴.

É exatamente o que se verifica na realidade do país, posto que há norma jurídica perfeitamente válida prevendo o direito social à saúde, mas que, sob a justificativa da reserva do possível pautada na insuficiência de recursos financeiros, não se verifica a aplicação e efetivação de tal direito em favor das pessoas.

Alain Supiot⁵⁵ explica que a lei tem eficácia relativa, que cede às convenções e ao mercado. Neste contexto, Giorgio Agamben⁵⁶ esclarece o fenômeno preconizando que a lei vigora, mas não significa, porque o Soberano relega indivíduos ao abandono.

Sem direito à saúde ter-se-á uma vida limitada, um mero existir. Poderíamos enquadrar uma vida despida de saúde na *vida nua* (vida pura, mera vida), expressão criada por George Agamben⁵⁷.

Ora, ainda que se admita a ausência de recursos do Estado para investir na qualidade da prestação de serviços de saúde, há que ressaltar que não incluindo tal prestação em seu orçamento como prioridade, estará deixando a pessoa ao abandonado, violando dessa forma o direito da personalidade e a dignidade da pessoa humana.

⁵³ PEREIRA, op. cit., 2007, p. 78.

⁵⁴ AGAMBEN, Giorgio. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2007, p. 28.

⁵⁵ SUPIOT, op. cit., 2007, p. 66.

⁵⁶ AGAMBEN, op. cit., 2007, p. 54.

⁵⁷ AGAMBEN, op. cit., p. 187-188.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde pública visa promover a saúde humana, desde a capacitação da comunidade por uma qualidade de vida. Almeja-se um estado completo de bem-estar físico, mental, social de indivíduos e grupos. A saúde é vista como um recurso para a vida, e não como um objetivo de viver, buscando um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Nosso estudo permitiu concluir que o sistema de saúde oferecido aos cidadãos, pela estrutura pública e privada, não cumpre às necessidades básicas do ser humano, confirmando matérias de cunho jornalístico, a partir de dados oferecidos pela própria Administração Pública.

O direito à saúde é um direito público subjetivo, com caráter de direito social fundamental (art. 6º da CF), com necessidade vital básica (art. 7º, inciso IV da CF) de toda pessoa humana.

Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública cabendo ao Poder Público ofertar, por ser dever do Estado (Art. 196 da CF) nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por intermédio de terceiros, ainda que por pessoa física ou jurídica de direito privado (Art. 197 da CF). Sua relevância também é reconhecida em diversas cartas internacionais, ratificadas pelo Brasil.

A eficácia do direito à saúde dependerá de diversos fatores: formação dos profissionais, quantidade de profissionais disponíveis em cada Município aptos a identificar as necessidades de cada ser humano, destinação e efetiva aplicação de recursos no sistema de saúde. Apesar da compulsoriedade de implementação de políticas públicas de saúde, a Administração se vale da cláusula da reserva do possível, para justificar a ineficiência da máquina administrativa.

Os direitos essenciais sem os quais todos os outros direitos subjetivos perderiam todo o interesse para o indivíduo, são reconhecidos como direitos da personalidade por serem imprescindíveis à formação e exercício da personalidade.

O direito à saúde está diretamente ligado ao direito à vida e que dada a sua essencialidade também é classificado como um direito da personalidade. Pois, é perfeitamente conclusivo que se o indivíduo não puder gozar de saúde, outros direitos não lhe despertarão interesse e nem poderão ser sequer exercidos.

Para que haja respeito à vida e integridade da pessoa humana (física e moral), condições mínimas para uma existência digna precisam ser asseguradas, através de direitos fundamentais, viabilizando a dignidade da pessoa humana.

A preocupação justificada do Conselho Federal de Medicina acerca da formação técnica dos médicos da MP 621/2013 representa um dos itens de avaliação da política pública, já que o Estado deve prestar serviço com qualidade.

Ousamos classificar o programa “Mais Médicos” como modelo *top down* de políticas públicas, isto porque a identificação do problema e das estratégias buscando a solução pela falta de médicos veio de cima para baixo.

É de se reconhecer, entretanto, que o programa “Mais Médicos” representa uma tentativa estatal de efetivar o direito à saúde com foco na atenção básica. No mínimo é exemplo de uma tentativa de levar o direito à saúde a sério.

Há norma jurídica perfeitamente válida prevendo o direito social à saúde, mas que, sob a justificativa da reserva possível pautada na ausência de recursos financeiros, não se verifica a aplicação e efetivação de tal direito em favor das pessoas. Apesar da norma jurídica ser válida e vigente, não significa que o direito à saúde seja, efetivamente, ofertado às pessoas, porque o Soberano relega indivíduos ao abandono.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. Tradução de Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

ANTONELLI, Diego. Estrangeiros fazem curso para conhecer a saúde do Paraná. **Gazeta do Povo**, Curitiba. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/m/conteudo.phtml?id=1409112&tit=Estrangeiros-fazem-curso-para-conhecer-a-saude-do-Parana>>. Acesso em: 02 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medida provisória nº 621, de 8 de julho de 2013**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm> Acesso em: 02 out. 2013.

BRASIL. Portaria 362, de 26.07.2013, da Secretaria de Regulação e Revisão de Educação Superior. Disponível em: <http://www.escolasmedicas.com.br/news_det.php?cod=1878>. Acesso em: 02 out. 2013.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Fundamentos para uma teoria jurídica das políticas públicas**. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 299.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari (Org.). **Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

CARVALHO, Luiz de. Maringá e Sarandi estão na pesquisa de saúde. **Odiário.com**, Maringá, 2013. Disponível em: <<http://digital.odiario.com/regiao/noticia/765832/maringa-e-sarandi-estao-na-pesquisa-de-saude/>>. Acesso em: 17 out. 2013

CONHEÇA OS 55 MELHORES CURSOS DE MEDICINA DO BRASIL. **E-Guia do Estudante**. Disponível em: <<http://guiadoestudante.abril.com.br/vestibular-enem/conheca-55-melhores-cursos-medicina-brasil-575793.shtml>>. Acesso em: 17 out. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil: distribuição de médicos reforça desigualdades regionais**. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23568:distribuicao-de-medicos-reforca-desigualdades-regionais&catid=3>. Acesso em: 14 out. 2013.

CRMS entregam 42% dos registros de médicos intercambistas do Mais Médicos. **UOL Notícias Saúde**. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/10/01/crms-entregam-42-dos-registros-de-medicos-intercambistas-do-mais-medicos.htm>>. Acesso em: 03 out. 2013.

CUPIS, Adriano de. **Os direitos da personalidade**. 2. ed., São Paulo: Quorum, 2008.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. Tradução e notas de Nelson Boeira. São Paulo: Martins Fontes, 2002. (Justiça e Direito).

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José Francisco (Org.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 2. ed. Brasília: Ed. da UnB, 2010, p. 104.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. p. 186.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Antony. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora**. Tradução de Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 27).

INTERFARMA. Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil**. São Paulo: Associação de Indústria Farmacêutica De Pesquisa, 2011, p. 14. (Edições Especiais Saúde, v. 3).

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Indicadores sociais no Brasil**: conceitos, fontes de dados e aplicações para formulação de políticas públicas, elaboração de estudos sócio-econômicos. Campinas, SP: Alínea, 2001.

JENKINS, William I. Policy analysis: a political and organizational perspective. In: HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Antony. **Política pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução de Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LASSWELL, Harold D. The policy orientation. 1951. In: D. LERNER; LASSWELL. (Ed.). The policy sciences: recent developments in scope and method. Stanford, Calif.: Stanford University Press. p. 3-15. In: HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Antony. **A ciência da política pública**: ciclos e subsistemas político-administrativos. Tradução de Francisco G. Heidemann. Toronto: Oxford University Press, 2003. p. 17.

MARINGÁ. Prefeitura de Maringá. Pesquisa vai diagnosticar situação da saúde do brasileiro. 2013. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/site/index.php?sessao=a2b7b36b3f55a2&id=20336>>. Acesso em: 17 out. 2013.

MARINGÁ. Secretária de Saúde de Maringá. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Programa Maringá Saudável. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

MEDICINA UNICESUMAR. **Investimento**. Disponível em: <<http://www.cesumar.br/graduacao/medicina/investimento.php>>. Acesso em: 17 out. 2013.

MINAS GERAIS (Estado). Justiça Federal de 1º Grau em Minas Gerais, 5º Vara Cível. Proc. nº 50600-52.2013.4.01.3800. Disponível em: <<http://s.conjur.com.br/dl/conselho-regional-medicina-mg-obrigado.pdf>> Acesso em: 01 out. 2013.

OLIVEIRA, Neilton Araujo de. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS: um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 2007, 217f. Tese (Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde) - Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

PEREIRA, Potyara. A. P. **Necessidades humanas**. Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

QUADRO é de caos na saúde de Maringá e Londrina. **Blog Paraná Oeste**, 2013. Disponível em: <<http://www.paranaoeste.com.br/noticia.php?id=243>>. Acesso em: 17 out. 2013.

SAMU para de atender por falta de pessoal. **Rigon Opinião & Notícias**. Disponível em: <<http://angelorigon.com.br/2013/08/04/samu-para-de-atender-por-falta-de-pessoal>>. Acesso em: 17 out. 2013.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

SAÚDE em Maringá pede socorro. **Manchete**, 2013. Disponível em: <http://www.maringamanchete.com.br/2010/index.php?option=com_content&view=article&id=6818%3Asaude-em-maringa-pede-socorro&catid=65%3Asaude&Itemid=1>. Acesso em: 17 out. 2013.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceito, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Disponível em: <<http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/edca39be41b9.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2013.

SUPIOT, Alain. **Homo juridicus: ensaio sobre a função antropológica do direito**. Tradução de Maria Ermantina de Almeida Prado Galvão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2007.

Recebido em: 08 de setembro de 2014

Aceito em: 29 de setembro de 2014