

OS DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE NO BRASIL A PARTIR DO ESTUDO DE CASO DA EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

THE CHALLENGES FOR THE IMPLEMENTATION OF PUBLIC HEALTH POLICIES IN BRAZIL THROUGH THE STUDY OF ZIKA VIRUS EPIDEMIC CASE

Luís Guilherme Soares Maziero*
Mariana Tourinho e Silva **

Como citar: SILVA, Mariana Tourinho e; MAZIERO, Luís Guilherme Soares. Os desafios para implementação de políticas públicas em saúde no brasil a partir do estudo de caso da epidemia do Zika Vírus. **Revista do Direito Público**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 109-129, abr. 2022. DOI: 10.5433/24157-108104-1.2022v17n1p. 109. ISSN: 1980-511X

*Graduado em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2006), mestre em Direito pela Universidade Metodista de Piracicaba (2010) e doutor em Direito pelo Instituto Toledo de Ensino (2018). Atualmente é professor titular da Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, onde atua em regime de dedicação exclusiva, em tempo integral. Também exerce a função de Integrador Acadêmico de Graduação junto à Pró Reitoria de Graduação - PROGRAD, durante a gestão 2018-2021. Também atua como advogado e parecerista de diversas revistas acadêmicas.
E-mail: luismaziero@yahoo.com.br

**Graduada em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2015-2019), e pós-graduanda pelo CEI - Centro de Estudos pela Internet.
E-mail: marianatourinho.s@gmail.com

Resumo: Utilizando a metodologia científica de estudo de caso analítico, combinada com a metodologia qualitativa, pautada no estudo de textos teóricos e fatos históricos, este trabalho visa traçar um panorama dos impactos da epidemia do Zika vírus no Brasil à luz do Direito Sanitário, analisando sua estrutura e relação com o Direito à Saúde. Buscou-se através de relatórios nacionais e internacionais identificar de que forma crianças e suas famílias foram afetadas, quais medidas corretivas e preventivas foram tomadas pelos governos e posteriormente avaliá-las. Este estudo demonstrou que as políticas públicas foram ineficazes na medida em que desconsideraram diversos fatores determinantes quando da sua implementação, ocasionando uma patente violação não só do Direito à Saúde, mas de uma gama de direitos fundamentais. Diante deste desequilíbrio, o Poder Judiciário se apresenta como última e única alternativa ao cidadão na busca à efetivação de seus direitos.

Palavras-chave: Direito Sanitário. Direito à Saúde. Zika Vírus. Políticas Públicas. Poder Judiciário.

Abstract: This paper draws an overview of the impacts of the Zika virus epidemic in Brazil from the context of Brazilian Health Care Law, analyzing its structure and relationship with the Right to Health. This study examined national and international reports on how children and their families were affected, which corrective and preventive measures had been taken by governments and subsequently evaluates them. This study showed that public policies were ineffective in that they

disregarded several determining factors when implemented, causing a patent violation of not only of the Right to Health but of a range of fundamental rights. Given this imbalance, the judiciary is the last and only alternative to citizens in the pursuit of the enforcement of their rights.

Keywords: Health Law. Right to Health. Zika Virus. Public Policies. Judiciary.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de monografia busca estudar a estrutura do direito sanitário brasileiro e sua relação com as principais dificuldades que se encontram em apresentar uma resposta satisfatória e tutelar o direito à saúde frente às novas doenças, bem como analisar o papel do judiciário na efetivação das políticas públicas, com vistas à garantia deste direito fundamental.

Este panorama será traçado em paralelo à Epidemia do Zika Vírus, que trouxe à tona diversas questões de saneamento básico do país e demandou uma ação coordenada no combate à proliferação do vírus e de outras doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*.

Este estudo fará uso da metodologia científica de estudo de caso analítico, combinada com a metodologia qualitativa, pautada no estudo de textos teóricos e fatos históricos. Com isto, buscar-se-á refletir quanto à uma possível implicação recíproca entre os direitos fundamentais de um lado, mais especificamente o direito à saúde, e de outro o impacto em diversas barreiras, sejam as orçamentárias, de planejamento, demográficas, socioculturais e a demanda por legisladores, juízes e administradores que pensem e dominem as questões sanitárias, a fim de superar esses entraves.

1 A EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS NO BRASIL

1.1 HISTÓRICO DA EPIDEMIA

O Zika Vírus, originário no continente africano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016)¹, chegou ao Brasil através de turistas, especialmente durante a Copa do Mundo de 2014. O clima e, principalmente, a falta de atuação do poder público em implementar políticas de controle do *Aedes Aegypti* (vetor do vírus do Zika, da dengue, da febre Chikungunya e da febre amarela urbana) foram as causas apontadas para a disseminação da doença (MACIEL-LIMA, 2018). De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, os principais sintomas apresentados após a contaminação pelo Zika são febre aguda e manchas avermelhadas na pele.

Neste contexto, a médica paraibana, Doutora Adriana Suely de Oliveira Melo, foi pioneira na associação do Zika Vírus à Microcefalia (CARNEIRO, 2016)², malformação congênita do perímetro cefálico que afeta o desenvolvimento do indivíduo, principalmente em suas funções neurológicas, respiratórias e motoras, através da análise do líquido amniótico doado por duas pacientes que tiveram o Zika durante a gestação (MACIEL-LIMA, 2018).

A médica encontrou diversas dificuldades em comunicar as autoridades acerca da

1 WORLD HEALTH ORGANIZATION. **One year into the Zika Outbreak**: how an obscure disease became a global health emergency. WHO, 5 mai. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/zika-virus/articles/one-year-outbreak/en/>. Acesso em: 16 out. 2019.

2 CARNEIRO, Júlia Dias. Para pioneira em ligar zika a microcefalia, Brasil está perdendo tempo e situação é 'de guerra'. **BBC NEWS Brasil**, São Paulo, 15 mar. 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160314_pioneira_zika_microcefalia_jc_if. Acesso em: 14. jun. 2019.

descoberta. De início, contactou a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que, na época, havia emitido uma nota técnica alertando sobre o aumento dos casos de microcefalia. Obteve retorno negativo da Vigilância Epidemiológica. Como resposta, o órgão estatal afirma que agiu dentro dos limites orçamentários e o Ministério da Saúde informou que o protocolo para realização de testes e suspeitas é feito por meio de editais de institutos de pesquisas, podendo levar meses (PEREIRA, 2016).³

De acordo com o Relatório Internacional elaborado em parceria através do Center for Reproductive Rights (CRR), pelo Woman and Health Initiative da Harvard T. H. School of Public Health e junto ao Global Health Justice Partnership da Yale Law School and Yale School of Public Health, “*Unheard Voices: Women’s Experiences With Zika*”, o vírus do Zika é primariamente disseminado pelo mosquito *Aedes Aegypti*, mas também pode ser sexualmente transmitido ou, conforme mencionado, transmitido da mãe para o feto. O feto infectado com o vírus pode apresentar complicações pré-natais, como Microcefalia e/ou Síndrome Congênita do Zika Vírus. Atualmente, não há qualquer vacina ou medicamento capaz de tratar ou prevenir o Zika e as ferramentas de teste e diagnóstico são implantadas de forma inconsistente nas regiões afetadas (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2018).

De 2000 a 2014, o Sinasc, principal fonte de informações nacional para o planejamento e a avaliação de ações de saúde direcionadas à gestante, ao parto e ao recém-nascido, registrou 2.464 nascidos vivos com microcefalia no Brasil. Somente no ano de 2015, foram registrados 1.608 casos, um aumento de nove vezes em relação à média dos cinco anos anteriores (MARINHO, *et al.*, 2016).

Ainda, o estudo traçou o perfil dessas mães. Dos 1.608 nascidos vivos com microcefalia em 2015, 71% eram filhos de mães residentes na região Nordeste; 51%, de mães com até 24 anos de idade; 77%, de mãe com cor da pele preta ou parda; e 27%, de mães com menos de oito anos de escolaridade. Mais uma vez, o aspecto estrutural do problema se evidencia, as desigualdades sociodemográficas e geográficas estão presentes em cada um dos indicadores do estudo (MARINHO, *et al.*, 2016).

Após avaliação da situação, considerando o aumento exponencial dos casos de microcefalia em Pernambuco e verificando a ocorrência do mesmo evento em outros estados da região Nordeste, fez-se necessário uma resposta coordenada das ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde entre as três esferas de gestão do SUS e, em 11 de novembro de 2015, o Ministério da Saúde declarou ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, através da Portaria MS nº 1.813/2015 (GARCIA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde realizou durante este período diversas visitas ao país, a fim de analisar as ações coordenadas pelo Ministério da Saúde. Em junho de 2016, o comitê de emergência confirmou a consonância internacional de que o vírus Zika era agente causador da microcefalia e da Síndrome de Guillain-Barré e declarou a ESPII – Emergência em Saúde Pública

3 PEREIRA, Felipe. **Médica que ligou zika à microcefalia diz que levou 2 meses para ser ouvida**. Uol. Campina Grande (PB). 12 fev. 2016. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/02/12/medica-que-relacionou-zika-a-microcefalia-levou-dois-meses-para-ser-ouvida.htm>. Acesso em: 14 jun. 2019.

de Importância Internacional (GARCIA, 2018).

Neste momento, o principal objetivo do comitê era voltado às áreas de pesquisa em saúde pública sobre microcefalia, a fim de sanar outros questionamentos decorrentes da confirmação entre a relação do vírus Zika e a microcefalia, como a existência de outras doenças neurológicas decorrentes do vírus, vigilância, controle de vetores, comunicação de risco, cuidados clínicos, recomendações para viajantes e pesquisa e desenvolvimento de produtos.

Por fim, em 18 de novembro de 2016, o comitê de emergência considerou que um plano estratégico de longo prazo era então necessário para gerir a resposta global, de modo que a situação não mais constituía uma ESPII, sob a definição do Regulamento Sanitário Internacional, o que foi acatado pela diretora-geral da OMS. Posteriormente, o Ministério da Saúde declarou oficialmente o fim da ESPIN em 11 de maio de 2017, tendo comunicado a decisão à Organização Mundial da Saúde (GARCIA, 2018).

O relatório *Unheard Voices: Women's Experiences With Zika* apontou que a reação da OMS e do Governo Brasileiro pode ter sido emitida muito cedo. Isto porque o número de pessoas afetadas demonstra uma epidemia crescente, os impactos a longo prazo do vírus permanecem mal compreendidos e a realidade das mulheres e suas famílias continuam ignoradas pelos Governos e autoridades sanitárias.

1.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS AO COMBATE DO ZIKA VÍRUS

O aumento exponencial dos casos de Zika Vírus trouxe à tona diversos problemas estruturais de saúde e saneamento no país, como a falta de acesso à água potável, saneamento básico e coleta e descarte adequado de lixo (MARINHO *et al.*, 2016), o que revela, mais uma vez, o despreparo do poder público diante do controle de epidemias e novas doenças, especialmente as transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.

A partir da notificação do evento, em outubro de 2015, o Ministério da Saúde inicialmente centralizou esforços nas atividades de monitoramento e investigação dos casos no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde, com a publicação de protocolos e diretrizes para a vigilância e atenção à saúde (GARCIA, 2018).

Em dezembro de 2015, foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, dividido em três eixos de ação: 1. mobilização e combate ao mosquito; 2. atendimento às pessoas; 3. e desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa.

Com relação ao orçamento, o governo federal, por meio da Medida Provisória (MP) nº 716/2016, liberou R\$ 420 milhões do orçamento federal para ações de combate em março de 2016, tendo sido aprovada e convertida na Lei nº 13.301, de 27 de junho de 2016. Posteriormente, em 2017, o Ministério da Saúde destinou R\$ 135,2 milhões para abertura de novos serviços de assistência às crianças com microcefalia e realização de estudos relacionados à dengue, Zika e Chikungunya (GARCIA, 2018).

A referida Lei nº 13.301/2016 foi o principal ato normativo do Poder Público ao combate

da epidemia, tratando da adoção de medidas de vigilância em saúde quando verificada situação de iminente perigo à saúde pública pela presença do mosquito transmissor do vírus Zika. Todavia, a Lei foi alvo de críticas e provocou o controle direto de constitucionalidade, a ser tratado neste trabalho.

O setor de segurança pública também foi acionado. As Forças Armadas e a Defesa Civil foram convocadas a fim de organizar o transporte e à distribuição de inseticidas e de profissionais de saúde, inclusive com a realização de mutirões (GARCIA, 2018).

Ainda, no âmbito da Educação, o Programa Saúde na Escola mobilizou, em março de 2016, em torno de 18 milhões de estudantes para o enfrentamento ao *Aedes aegypti* (GARCIA, 2018).

Conforme o relatório *Unheard Voices: Women's Experiences With Zika*, a comunidade médica continua a explorar as repercussões do Zika ao redor do mundo, e observou que além da Microcefalia, foram reportadas outras complicações em crianças afetadas pelo Zika. Por exemplo, convulsões musculares e articulares, o que impede a criança de se mover e se equilibrar, ou ainda, atrasos de desenvolvimento, alterações visuais e auditivas ou pé torto congênito. Essas complicações variam entre médias e severas, podendo até haver risco de vida.

Pela dificuldade em prever no nascimento quais problemas o bebê pode desenvolver através da Microcefalia, é importante o monitoramento por um profissional da saúde especializado durante os primeiros anos de vida.

Neste sentido, a resposta do governo brasileiro demonstrou falta de atenção às mulheres contaminadas com o Zika e seus filhos nascidos com deficiências decorrentes do vírus. Não obstante o governo de forma incisiva orientar mulheres a postergar a gravidez e trabalhar para criar estratégias de controle do mosquito a fim de mitigar sua proliferação, essa abordagem não incluiu de forma adequada uma perspectiva dos Direitos Humanos e, portanto, pouco fez para melhorar as complicações resultantes da epidemia.

Muitos especialistas em saúde pública entrevistados para a elaboração do Relatório Internacional supramencionado criticaram a prioridade do governo brasileiro em controlar o vetor como um meio de controlar a disseminação do Zika, visto que suprime outras estratégias de prevenção como serviços abrangentes de saúde sexual e reprodutiva, proteção social para crianças com deficiência e melhora na infraestrutura de água e saneamento.

As políticas públicas voltadas ao combate dessas novas doenças, mais especificamente no caso da epidemia do Zika Vírus, devem englobar cada um destes aspectos. Portanto, antes de adentrarmos nas dificuldades e impasses no implemento de políticas públicas em saúde, necessário analisar o sistema sanitário e de saúde brasileiro.

2 DIREITO SANITÁRIO BRASILEIRO

2.1 DIREITO À SAÚDE E DIREITO SANITÁRIO

Inicialmente, necessário fixar-se que o Direito à Saúde e o Direito Sanitário são indissociáveis, sem um não existe o outro. A razão dessa indissociabilidade veremos adiante.

No Brasil, o Direito à Saúde, reconhecido como um direito humano fundamental por instrumentos internacionais, encontra-se categorizado na Constituição Federal no que se convencionou chamar de direitos sociais ou direitos humanos de segunda geração (BRASIL, 2006).

Para se chegar nesta categorização como direito social, é preciso analisar o desenvolvimento do conceito de Direito à Saúde. Pelo estudo de *Sueli Gandolfi Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior* na obra *Direito Sanitário* (2010), inicialmente se tinha a saúde como ausência de enfermidade, na forma mais determinada e simples de conceito, que possibilitou sua evolução, através da Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1948, para a ideia de saúde como um bem coletivo, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Através dessa evolução, torna-se possível identificar duas dimensões do direito à saúde: a primeira individual, como a ausência de enfermidade no cidadão, e a segunda coletiva, como a cooperação de indivíduos e Estado, com o fim de atingir o bem-estar físico, mental e social. Esta última dimensão tem suma importância para o presente trabalho, pois tratando-se de doenças transmissíveis, epidemias e pandemias que tomam dimensões planetárias, a cooperação da coletividade exerce papel fundamental em seu controle, erradicação e prevenção) (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Neste sentido, o direito à saúde e o bem-estar do indivíduo pressupõem aspectos sanitários, ambientais e comunitários que só podem ser concebidos a partir de uma perspectiva coletiva, em que se está diante tanto de direitos, como também deveres, e não só por parte dos Estados, mas também da sociedade (BRASIL, 2006).

Contextualizando os grandes problemas de saúde pública, exige-se dos serviços de saúde a consideração de outras variáveis sociais, além dos mecanismos biológicos de transmissão de doenças, que certamente interferem na aplicação das medidas de controle de forma adequada (BRASIL, 2006).

Outro ponto importante, especialmente para a presente análise, inaugurado pela Constituição da Organização Mundial da Saúde, em seu preâmbulo foi *a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins (...) essencial para a mais ampla realização da saúde*. Quer dizer, o acesso e a transparência acerca da evolução tecnológica e do saber científico a todos, contribui para o direito à saúde. Vale aqui lembrar dos esforços empregados pela médica pesquisadora Dra. Adriana Melo em divulgar os resultados de sua descoberta científica.

Com o aspecto do acesso a informação relaciona-se a complexidade das mencionadas variáveis sociais que envolvem a prestação de serviços de saúde adequados, de forma que se

demanda do Estado a adoção de medidas preventivas, que partem principalmente do uso correto e oportuno dos mecanismos de informação, indo - em casos extremos - até medidas de polícia administrativa (BRASIL, 2006).

A contribuição conceitual trazida pela Constituição da Organização Mundial de Saúde é, portanto, inegável e serviu de referência à operacionalização de diversas leis em matéria sanitária. Isto porque ao trazer junto ao conceito de saúde a ideia de bem-estar físico, mental e social, relaciona o ser humano e o meio em que está inserido, além de, como mencionado, classificar a saúde como um bem jurídico de dimensão individual e coletiva, acenando para a necessidade da preservação presente e futura tanto do indivíduo, como da humanidade (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

É possível traçar um paralelo da importância do meio em que o indivíduo está inserido ao caso da epidemia do Zika vírus através das conclusões do estudo realizado por Marinho et al (2016), mencionado no capítulo 1 deste trabalho. Ainda, acompanhado dos resultados do “Ranking do Saneamento das 100 maiores cidades”, publicado pelo Instituto Trata Brasil, que indicou que no Nordeste, somente 32,11% do esgoto é tratado e na região Norte o número é ainda menor, apenas 16,42% (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2019).

A existência de um perfil social das principais pessoas atingidas pelo vírus do Zika demonstra que a saúde depende, ao mesmo tempo, de características individuais, físicas e psicológicas, mas, também, do ambiente social e econômico das pessoas e dos Estados. O que obriga afirmar que, sob a ótica jurídica, a saúde deverá inevitavelmente implicar aspectos individuais, sociais e de desenvolvimento (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Acerca da relevância desta reflexão, merece destaque excerto da obra de Dallari e Nunes Junior (2010. 16):

É possível concluir, portanto, que tanto a noção de direito como a de saúde no Estado contemporâneo implicam a mais ampla compreensão do ambiente em que será realizado o direito à saúde. É preciso que o legislador, o administrador e o juiz possam orientar-se em meio a tantas variáveis sociais, econômicas e culturais que participam da definição do estado de saúde das pessoas.

Feitas as indispensáveis considerações acerca do Direito à Saúde, a Constituição da República Federativa Brasileira entabula, junto ao Direito à Saúde, o conceito de Direito Sanitário, principalmente pelos artigos 196, 197 e 200, e em seguida pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei Federal nº 8.080/90) (BRASIL, 1990a)⁴, consubstanciado em um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Fernando Aith e Dallari (2009), em seu artigo Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde considera que embora o comportamento individual e coletivo seja importante para a

4 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 9 jan. 2020.

redução dos riscos à saúde, é o Estado quem efetivamente assume um papel fundamental para a adoção de todas as medidas possíveis e necessárias para evitar a existência, no ambiente social, de riscos de doenças e de outros agravos à saúde da população. Quando não for possível evitar a existência dos riscos, compete ao Estado adotar as medidas cabíveis para reduzir os efeitos que podem ser causados pela sua existência. A segurança sanitária, neste sentido, torna-se um princípio constitucional do direito sanitário brasileiro e constitui um dos seus principais alicerces. O direito sanitário organiza a ação de vigilância estatal em busca da segurança sanitária, bem como estabelece normas de conduta para que diversas atividades humanas passem a ser desenvolvidas de forma segura.

Da leitura do Direito Sanitário, é hialina a indissociabilidade deste ao Direito à Saúde mencionada no início deste capítulo.

2.2 ESTRUTURA E FUNDAMENTOS

Sendo o fundamento do Direito Sanitário encontrado a nível constitucional, a Lei Orgânica da Saúde possui igual importância na medida em que fixa diretrizes e limites aos entes federativos na tutela ao Direito à Saúde, estrutura o Sistema Único de Saúde, orienta a organização, direção e gestão da Saúde entre as esferas de poder e a comunidade, todas atribuições com caráter indubitavelmente de normas de direito sanitário, por se tratarem de regras voltadas à proteção à saúde.

Por óbvio, a criação da Lei Orgânica da Saúde, bem como os dispositivos constitucionais supramencionados, influenciaram diretamente a instituição do Sistema de Vigilância Sanitária, por meio da Lei Federal nº 9.782/99 (BRASIL, 1999).⁵

A ideia de um sistema nacional indica a necessidade de ações estruturadas entre os entes federativos, de modo que um exerça suas funções precípua e, ao mesmo tempo, concorra para o bom desempenho das funções dos demais (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

O artigo 2º da citada Lei 9.782/99 outorgou à União as seguintes competências: definir a Política Nacional de Vigilância Sanitária; definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde; exercer a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios; acompanhar e coordenar as ações estaduais, distrital e municipais de vigilância sanitária; prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde; e manter sistema de informações em vigilância sanitária, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

É possível verificar pelo menos quatro das oito atribuições elencadas, no decorrer da configuração da epidemia do Zika vírus no Brasil, narrado no primeiro capítulo, são elas as

5 BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 9 jan. 2020.

presentes nos incisos IV, V, VI, VII e VIII do artigo supracitado.

O mesmo dispositivo ainda determina que a competência da União será exercida indiretamente pelo Ministério da Saúde, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelos demais órgãos federais, cujas áreas de atuação se relacionem com o sistema.

Quanto aos Estados e Municípios especificamente, enquanto à União se outorgam atividades mais voltadas a aspectos normativos e regulatórios, a estes são atribuídas funções executivas, de implementação concreta das leis e normas administrativas em vigor, ou seja, de execução das políticas públicas.

Desta forma, aos Estados cabe a coordenação do sistema no âmbito de seu respectivo território, a assistência técnica e financeira aos Municípios, bem como a eventual suplementação das atividades por estes desenvolvidas.

Vale ressaltar que justamente por essa atribuição “em cadeia”, em que um ente regulamenta, outro coordena e outro executa, a responsabilidade entre eles é solidária, como veremos futuramente.

Neste sentido, elaborar a legislação de proteção e defesa da saúde é competência concorrente da União e dos Estados (artigo 24, inciso XII e parágrafos 1º e 2º, da Constituição Federal) e suplementar dos Municípios (artigo 24, inciso XII e parágrafos 1º e 2º cumulado com o artigo 30, inciso II, todos da Constituição Federal) e cuidar da saúde é competência comum da União, dos Estados e dos Municípios (artigo 23, inciso II, da Constituição Federal).

Quanto ao orçamento, primeiro há que se ressaltar que a Saúde, em sentido amplo, integra o regime da Seguridade Social (artigo 194, da Constituição Federal), abarcada pelo caráter de contribuição direta ou indireta (artigo 195, da Constituição Federal) e pela universalidade, vez que qualquer cidadão tem livre acesso ao Sistema Único de Saúde, sem necessidade de uma contraprestação.

Neste sentido, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) trata do regime de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, em seu artigo 33, determina que estes sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde; e que os recursos do Fundo Nacional de Saúde, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes serão administrados pelo Ministério da Saúde, que terá a função, inclusive, de auditar os repasses de recursos aos Estados e Municípios.

Além disso, o valor do repasse será estabelecido de acordo com os seguintes critérios: perfil demográfico da região, perfil epidemiológico da população a ser coberta, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos na rede, ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Mais uma vez, percebe-se a preocupação, pelo menos da norma, em analisar o meio, compreendido por aspectos sociais, de desenvolvimento e econômicos, para o direcionamento de

ações de vigilância sanitária e promoção do direito à saúde.

Por sua vez, as atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde serão financiadas de maneira conjunta pelo SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.3.1 ACESSO E REGIONALIZAÇÃO

Como visto, o Sistema Único de Saúde, concebido através da Constituição Federal em seu artigo 198, que traz suas diretrizes, é também regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde e pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b).⁶

Neste sentido, diante da divisão de competências entre os entes federativos na prestação de serviços públicos de saúde, a rede de serviços públicos que integra o SUS é guiada, de maneira geral, pelas diretrizes constitucionais da descentralização, da integralidade de atendimento e da participação da comunidade na sua gestão (AITH *et al*, 2014).

A LOS elenca os princípios do SUS, quais sejam: a mencionada universalidade (art. 7º, I, da Lei 8.080/90), a integralidade (II), a preservação da autonomia (III), a igualdade (IV), a transparência (V), a publicidade (VI), a utilização da epidemiologia (VII), a participação da comunidade (VIII), a descentralização político-administrativa (IX), a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico (X), a conjugação dos recursos (XI) e a capacidade de resolução, organização dos serviços públicos (XII).

Conceitualizando as diretrizes do SUS, a descentralização compreende a cooperação de cada um dos entes federativos nas atividades de execução, havendo uma transferência de obrigações recíprocas entre União, Estados e Municípios, visando o atendimento adequado ao cidadão. A assistência integral determina que o Sistema deva abarcar atividades de prevenção, promoção e curativos da saúde, colocando o direito à saúde e à vida em um patamar superior a qualquer outro interesse invocado, como a reserva do possível, reserva orçamentária (ELLWANGER; NUNES JUNIOR, 2016).

Por fim, a participação da comunidade se consolida através da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, colegiados responsáveis por criar estratégias de controle e execução de políticas públicas em saúde junto ao ente correspondente (ELLWANGER; NUNES JUNIOR, 2016).

Destas diretrizes decorre a regionalização do Sistema Único de Saúde, definida no

6 BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 09. jan. 2020.

Decreto 7.508/11 (BRASIL, 1990c)⁷ como Região de Saúde, consiste em “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de **identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados**, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”.

A regionalização promove, portanto, a melhor coordenação e integração das ações em saúde e seus custos, e proporciona escala mais adequada e maior participação dos cidadãos no processo de tomada de decisão.

Contudo, a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, como as dificuldades em áreas de baixa densidade demográfica, como a Amazônia Legal, ou na hipótese da região de saúde apresentar um desenho diferente do recorte territorial, e ainda respeitar as diversidades locais, continuando a atender as necessidades de saúde e demandas da população (BRASIL, 2011).

2.3.2 ACREDITAÇÃO E QUALIDADE

A regulamentação de leis em matéria sanitária e de saúde e a disponibilização de serviços nesta seara fazem parte do processo de tutela do direito fundamental à saúde, porém além disso, é necessário que o serviço ofertado seja de qualidade para que de fato se efetive o direito à saúde (DALLARI; NUNES JUNIOR, 2010).

Com o objetivo de analisar e aprimorar a oferta dos serviços em saúde, foi criada em 1996, o Programa de Aprimoramento da Qualidade em Saúde, pelo Ministério da Saúde. Posteriormente e com o mesmo intuito, agora mais especificamente com relação aos Hospitais Públicos, criou-se o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar no ano de 2001 (ELLWANGER; NUNES JUNIOR, 2016).

A organização hospitalar é considerada um sistema complexo, em que as estruturas e os processos interligados, interferem entre si em seu funcionamento e do conjunto como um todo, de modo que não se pode avaliar um setor ou departamento isoladamente. Neste sentido, o Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente de educação permanente dos seus profissionais (BRASIL, 2002).

A acreditação é, portanto, uma espécie de escala, capaz de quantificar e qualificar, pela avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, com vistas ao seu aperfeiçoamento (ELLWANGER; NUNES JUNIOR, 2016), diante da necessidade de implementar mecanismos de eficiência e eficácia nos processos de gestão para assegurar uma assistência melhor e prestar o serviço de forma mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, usualmente em condições de mais fragilidade (BRASIL, 2002).

7 BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 09. jan. 2020.

Pelo estudo de *Ellwanger e Nunes Júnior* (2016), da totalidade de hospitais brasileiros, apenas 3,75% são considerados acreditados e que, apesar de algumas regiões concentrarem maior quantidade de hospitais, a proporção de hospitais acreditados não se mantém, pois estes se concentram na região Sudeste e Sul do país.

A porcentagem de hospitais acreditados nível 1 por região, é de 58% na Região Sudeste; 18% na Região Sul; 10% na Região Nordeste; 8% na Região Centro-Oeste; e 6% na Região Norte.

Facilmente percebe-se uma relação desta estatística, ligada à qualidade do serviço de saúde ofertado, à estatística trazida por *Marinho et al* (2016), ligada ao perfil das pessoas atingidas pelo vírus do Zika, bem como ao *Relatório do Instituto Trata Brasil*, referente ao saneamento básico. A importância do desenvolvimento social, econômico das pessoas e dos Estados e do acesso à tecnologia e ao saber científico é gritante quando analisados os dados simultaneamente.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 NORMATIZAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

A saúde é um direito fundamental que, como visto, demanda uma prestação positiva do Estado, seja pela instalação de um hospital, por meio de uma consulta médica, pela realização de uma cirurgia ou através do fornecimento de um medicamento. Na concepção de *Caçado Trindade, o direito à saúde, como direito social que é, realmente possui a característica de exigir do Estado brasileiro ações concretas e efetivas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.*⁸ Essa prestação positiva deve ser realizada precipuamente na forma de política pública, visto que se não efetivada, o cidadão usualmente aciona o Poder Judiciário para tal.⁹

Neste sentido, definir as políticas públicas como campo de estudo jurídico demanda do direito uma interdisciplinaridade. Isto porque a normatização e planejamento de determinada ação estatal deverá considerar os aspectos econômicos, sociais, geográficos, científicos daquele direito que se pretende efetivar.

A Constituição de 88, como uma constituição social, traz a ideia de um estado intervencionista, prestacional, através de normas programáticas que proclamam a intervenção estatal mediante prestações positivas, demonstrando, dessa forma, um modelo jurídico e social de políticas públicas (BUCCI, 2001).

8 TRINDADE, Antônio Augusto Caçado. *Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos*. Volumes I e II, Sergio Antonio Fabris Editor, Porto Alegre, Brasil, 1997.

9 “Assim, podemos perceber que, como direito social, o direito à saúde exige do Estado a adoção de ações concretas para sua promoção, proteção e recuperação, como a construção de hospitais, a adoção de programas de vacinação, a contratação de médicos etc. De outro lado, deve-se ter em vista que o direito à saúde também se configura em um direito subjetivo público, ou seja, um direito oponível ao estado por meio de ação judicial, pois, permite que um cidadão ou uma coletividade exijam do Estado o fornecimento de um medicamento específico ou de um tratamento cirúrgico, ou, ainda, exijam que o Estado se abstenha de adotar ações que possam causar prejuízos à saúde individual ou coletiva (como, por exemplo, não poluir o ambiente). Assim o direito à saúde é ao mesmo tempo um direito social e um direito subjetivo público.” *In*: AITH, F.; DALLARI, S. *Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde*. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 2, p. 94-125, 1 out. 2009.

O direito exerce, portanto, papel de consolidar e delimitar a política pública e sua forma de efetivação, seja em escala constitucional até a nível infralegal, sendo a ciência capaz de realizar a comunicação entre Poder Legislativo, Poder Executivo e a Administração Pública, no que concerne aos objetivos desejados na respectiva política (SPAT; SUPTITZ, 2015).

Assim, as próprias legislações infraconstitucionais especificam elementos que fazem parte da normatização das políticas sociais, tais como: (a) *finalidade da política*, (b) *seus princípios*, (c) *diretrizes*, (d) *forma de organização e gestão*, (e) *ações governamentais, com atribuições de deveres e competências*, (f) *fontes de recursos financeiros* (ARZABE, 2001).

Com relação ao direito à saúde, tratado no segundo capítulo deste trabalho, a política pública deverá necessariamente observar suas dimensões, individual e coletiva, na medida em que o indivíduo deverá ter sua saúde individual resguardada, conjuntamente ao ambiente em que está inserido, que deverá reunir condições básicas de convívio social, sendo estes pontos indissociáveis e interdependentes para a integral efetivação do direito. Não existirá um indivíduo plenamente tutelado pelo Estado em seu direito à saúde incluído em uma comunidade que não possui mínima infraestrutura de saneamento.

A exemplo disto, o Relatório Internacional elaborado pelo CRR retrata que no Brasil cerca de 190 milhões de pessoas dependem exclusivamente dos serviços do Sistema Único de Saúde e por vezes se deparam com cuidados e suprimentos inadequados, longos períodos de espera em serviços emergenciais, problemas de infraestrutura, insumos vencidos ou defeituosos, bem como falta de médicos e medicamentos.

3.2 ANÁLISE DO COMBATE À EPIDEMIA DO ZIKA VÍRUS

A OMS pontuou que “o fardo do Zika recai sobre os pobres, em cidades tropicais no mundo em desenvolvimento, o cidadão pobre não tem condições de custear um ar-condicionado, telas em janelas ou até repelente”. Desta forma, assim como outras doenças infectocontagiosas, a disseminação e impacto do Zika vírus está diretamente associada a desigualdades sociais e econômicas, senão vejamos.

O acesso a serviços de saúde reprodutiva é ainda mais difícil para aqueles que enfrentam a marginalização, o custo de métodos contraceptivos é alto e não há qualquer tipo de aceno para uma interpretação extensiva ao aborto em casos de Síndrome Congênita do Zika.

Tal consideração levanta preocupações relacionadas a Direitos Humanos. A mencionada orientação do governo na época ao atraso da gravidez veio desacompanhada da disponibilidade ou acesso à serviços contraceptivos que permitiriam às mulheres exercerem esse controle.

Além de contracepção, os governos devem garantir que mulheres, crianças com deficiências e seus responsáveis tenham suporte educacional, financeiro, de saúde, entre outras necessidades sociais. Todavia, a pesquisa da CRR constatou que a perspectiva dos direitos das crianças com deficiência era raramente considerada pelos governos, apesar do aumento das crianças nascidas com complicações relacionadas ao Zika.

A pesquisa supramencionada ainda auferiu que a falta de investimento do governo em estrutura de água e saneamento contribuiu para condições que aumentaram a proliferação dos mosquitos, aspecto este analisado anteriormente e verificada a discrepância entre as regiões do país. Neste sentido, um pesquisador da Fiocruz compartilhou que o melhor teste disponível para diagnóstico não está prontamente disponível no Brasil porque o país carece da infraestrutura necessária para administrá-lo.

Com relação à importância da informação para o Direito à Saúde ressaltada no início do trabalho, traçando um paralelo à epidemia do Zika vírus, de acordo com o relatório da CRR o direito a informações precisas e abrangentes inclui a busca, o recebimento e a transmissão de informações e educação sobre saúde reprodutiva. Como resultado da inexistência deste tipo de informação, 20% das adolescentes mulheres sexualmente ativas no Brasil não utilizam métodos contraceptivos e aproximadamente 55% de todas as gestações não são planejadas (ROZENBERG *et al*, 2013).

As informações divulgadas devem ser precisas, imparciais e baseadas em evidências para que as mulheres possam tomar decisões informadas sobre aspectos como gravidez e parentalidade (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2018). As informações também devem ser divulgadas de maneira prévia e inclusiva, o que implica que os estados devam garantir que as informações cheguem às populações mais pobres e marginalizadas, a fim de dissipar quaisquer rumores e equívocos que possam existir sobre o Zika e suas complicações.

O papel de cuidar de uma criança com necessidades especiais é ainda mais difícil em se tratando do perfil das famílias afetadas pela epidemia, mais vulneráveis socioeconomicamente, de modo que a inclusão social e acesso à mecanismos assistenciais são algumas de suas maiores preocupações. Neste sentido a Constituição Federal traz forte proteção às crianças e pessoas com deficiência, incluindo o direito à educação especial, locais públicos adequados, transporte acessível, além do Benefício de Prestação Continuada, pago mensalmente a famílias que possuem renda inferior a 25% do salário-mínimo. Esses benefícios e proteção especial são cruciais para uma resposta à epidemia do Zika, considerando o apoio expressivo demandado pelas famílias das crianças com deficiências relacionadas ao Zika (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2018).

Ainda, diante da patente desigualdade socioeconômica entre os estados da federação, vista inclusive pelos dados estatísticos trazidos neste trabalho, que leva a existir regiões significativamente mais afetadas do que outras, a delegação progressiva pelo governo federal da responsabilidade de controle do mosquito para os governos locais “destruiu o sistema de controle do vetor” (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2018).

Não obstante as considerações acima elencadas, as políticas públicas adotadas para o combate à epidemia do Zika Vírus pouco abarcaram a complexidade e dimensão da questão, trazendo medidas imediatistas e desacompanhadas dos meios adequados. Diante destes fatos, quando a política pública não se presta à efetivação do direito a que se compromete, não resta alternativa ao cidadão se não buscar o Poder Judiciário.

3.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

As demandas perante o Poder Judiciário com reivindicações relacionadas ao direito à saúde tiveram início na década de 90, diante do contexto do HIV/Aids, em que as pessoas pleiteavam medicamentos e procedimentos médicos. Desde então, os pleitos se fundamentam, principalmente, no que dispõe a Constituição Federal sobre o direito à saúde, que inclui o dever estatal de prestar assistência à saúde individual, de forma integral, universal e gratuita, no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade conjunta da União Federal, Estados e Municípios (VENTURA *et al.*, 2010).

De maneira geral, as análises acerca dos aspectos negativos da judicialização da saúde apontam que a intervenção do Poder Judiciário aumentaria as desigualdades no acesso à saúde, apresentaria ofensa ao princípio da igualdade, atendendo necessidades individuais ou de grupos determinados em detrimento de outros. Por sua vez, outros estudos apontam as deficiências e insuficiências do sistema de saúde e do sistema judiciário brasileiro em apresentar uma resposta satisfatória às novas e crescentes demandas de saúde, dentro de um contexto normativo que atribui obrigações legais amplas ao Estado brasileiro (VENTURA *et al.*, 2010).

Ventura aponta que as demandas judiciais buscam, portanto, aproximar o acesso aos meios materiais de efetivação do direito à saúde a sua concretude propriamente dita, tendo em vista ser o Estado brasileiro o responsável por prover, no âmbito individual e coletivo, os meios para o cuidado de todos os cidadãos e promoção do direito à saúde, como já elucidado neste trabalho.

Assim, ainda que apontada em determinadas análises como um problema, a judicialização da saúde, mais do que uma forma de efetivação do direito fundamental do indivíduo ou de determinada coletividade, revela principalmente deficiências e insuficiências do sistema de saúde brasileiro em responder de forma satisfatória suas responsabilidades sanitárias. Deste modo, a adoção da via judicial pela ausência ou deficiência da prestação estatal na rede de serviços públicos demonstra desafios de acesso à saúde em seu sentido mais amplo, podendo ser considerado como um recurso legítimo para a redução do distanciamento entre o *ser* e o *dever ser* (VENTURA *et al.*, 2010).

Angelica Carlini, de forma complementar, aponta como um dos fatores determinantes para o fenômeno da judicialização da saúde o impacto da notória ineficiência do sistema de saúde na esfera do poder judiciário, que não dispõe de aparato técnico nesta área, no sentido de se obter pareceres de especialistas nos casos em que é preciso aferir a necessidade e urgência da demanda. Face a esta conjuntura, o magistrado vê-se diante de um pleito por muitas vezes desacompanhado de um relatório médico detalhado e preciso, porém, sujeito a prolatar uma decisão favorável, diante da possibilidade de risco à vida do requerente.

Neste sentido, o pleito individual é visto por muitas vezes como uma solução democrática, porém, além de não necessariamente viabilizar o acesso ao serviço à camada mais vulnerável da população, atua de forma meramente paliativa, visto que não repercute na sociedade, não tem

o potencial de impulsionar ações ordenadas, com o atendimento da medida judicial, o processo simplesmente chega ao fim (CARLINI, 2010).

Desta forma, considerando que o ponto central dos conceitos trazidos de políticas públicas consiste no planejamento e em firmar diretrizes à Administração Pública a fim de que se garanta a aplicação e fiscalização correta das medidas que implementem direitos sociais, as sentenças judiciais em demandas individuais pouco contribuem com este objetivo (CARLINI, 2010).

3.3.1 ADI 5581

Como forma de exemplo da judicialização da saúde como recurso de aproximação dos meios de efetivação do direito à saúde, em 2016 a Associação Nacional dos Defensores Públicos – ANADEP propôs a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) nº 5581, cumulada com Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) questionando as medidas adotadas pelo governo federal ao combate da epidemia do Zika Vírus, mais especificamente a Lei 13.301/2016. A ação tramita sob a relatoria da Ministra Carmen Lucia e possuía julgamento marcado para maio de 2019, mas foi adiado sem maiores explicações.

Os pontos atacados pela ADI 5581 correspondem em parte com a análise suscitada no trabalho, inclusive tiveram por base os mesmos relatórios internacionais, reivindicando entre outros aspectos a extensão do Benefício de Prestação Continuada e seus critérios de fixação para as famílias afetadas pela epidemia; o acesso a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e à educação sexual e planejamento familiar; disponibilidade de profissionais especializados na enfermidade, bem como equipamentos adequados para o diagnóstico próximo às áreas mais afetadas, incluindo o fornecimento de transporte para os locais de tratamento e monitoramento das crianças e suas famílias; e ainda, a interpretação extensiva ao aborto de feto anencéfalo aos casos de feto com Síndrome Congênita do Zika.

CONCLUSÃO

A epidemia do Zika vírus trouxe à tona falhas estruturais do Direito Sanitário brasileiro, mais do que isso, demonstrou que há uma gama de direitos relacionados às questões de saúde pública quando a política pública em saúde não é devidamente elaborada, tais como Direito à Moradia Adequada, à Água e Saneamento, à Saúde Reprodutiva, à Informação Inclusiva e Precisa, entre outros.

A vigilância e prevenção, a adoção de medidas prestacionais, a divulgação de informações precisas, o investimento nas estruturas básicas de saneamento e, principalmente, a consciência acerca do impacto das desigualdades socioeconômicas são aspectos essenciais a serem considerados pelos governos no combate às novas doenças e para a promoção do direito à saúde.

O papel do Direito é, portanto, de delimitar e orientar a ação da Administração Pública

no atendimento dos preceitos fundamentais que embasam o Estado Democrático de Direito e norteiam a Constituição Federal e, ainda, ao Poder Judiciário cabe hoje, de forma extraordinária, atuar em resposta à omissão da Administração em atender a estes comandos e fornecer os meios àqueles que buscam a efetivação de seus direitos básicos.

Neste sentido, para crianças nascidas com a Síndrome Congênita do Zika e suas famílias, o impacto da epidemia e a necessidade de serviços públicos e assistência irá perdurar durante todas as suas vidas. Trata-se de uma geração de crianças e famílias afetadas pela ineficiência do Estado em atuar como provedor e garantidor dos direitos fundamentais resguardados pela Constituição Federal.

REFERÊNCIAS

AITH, Fernando; BUJDOSO, Yasmin.; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; DALLARI, Sueli Gandolfi. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 10-39, jul. 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804>. Acesso em: 9 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v15i1p10-39>.

AITH, Fernando; DALLARI, Sueli Gandolfi. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 94-125, out. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13165>. Acesso em: 9 jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i2p94-125>.

ARZABE, Patrícia Helena Massa. Conselhos de direitos e formulação de políticas públicas. In: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo: Pólis, 2001. p. 32-43.

BRASIL. Conselho nacional de secretarias de saúde. **Para entender a gestão do sus: sistema único de saúde**. Brasília: CONASS, 2011. v. 1. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1. Brasília, DF, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 137, n.18, p. 1-6, 27 jan. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade

na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 249, p. 25694-25695, 31 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, ano 148, n. 123, p. 1-3, 29 jun. 2011, 1990c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 9 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de direito sanitário com enfoque na vigilância em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Buscando um Conceito de Políticas Públicas para a Concretização dos Direitos Humanos. *In*: BUCCI, Maria Paula Dallari et al. **Direitos humanos e políticas públicas**. São Paulo, Pólis, 2001. p. 5-15.

CARLINI, Angélica Luciá. A judicialização da saúde no Brasil e a participação política na construção de orçamentos. *In*: XIX ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI, 19. 2010, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: CONPEDI, 2010.

CARNEIRO, Júlia Dias. Para pioneira em ligar zika a microcefalia, Brasil está perdendo tempo e situação é 'de guerra'. **BBC NEWS Brasil**, São Paulo, 15 mar. 2016. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160314_pioneira_zika_microcefalia_jc_if. Acesso em: 14. jun. 2019.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Unheard Voices: women's experiences with Zika**. [s.l.], 9 maio 2018. Disponível em: <https://reproductiverights.org/document/unheard-voices-womens-experiences-with-zika-in-brazil>. Acesso em: 16 out. 2019.

DALLARI, Suelli Gandolfi; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatin, 2010.

ELLWANGER, Carolina; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. A política pública da acreditação hospitalar: qualificação do direito à saúde. **Revista de Direitos Sociais e Políticas Públicas**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 135-150, dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-9881/2016.v2i2.1562> Disponível em: <https://indexlaw.org/index.php/revistadspp/article/view/1562>. Acesso em: 9 jan. 2020.

GARCIA, Leila Posenato. **Epidemia do vírus zika e microcefalia no brasil: emergência, evolução e enfrentamento**. IPEA: Rio de Janeiro, 2018. (Textos para Discussão; 2368). Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8282/1/td_2368.pdf. Acesso em: 14 jun. 2019.

INSTITUTO TRATA BRASIL. **Ranking do Saneamento 2019**. São Paulo: GO Associados, 2019. Disponível em: <http://www.tratabrasil.org.br/estudos/estudos-itb/itb/ranking-do-saneamento-2019>. Acesso em 16 de outubro de 2019.

MACIEL-LIMA, Sandra; OLIVEIRA, Francisco Cardozo; DOMINGOS, Isabela Moreira. Direito fundamental à saúde: microcefalia e políticas sanitárias para combate do Zika Virus. **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 14, n. 3, p. 235-248, dez. 2018. ISSN 2238-0604. DOI: <https://doi.org/10.18256/2238-0604.2018.v14i3.2972>. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/2972/2029>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MARINHO, Fatima et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 701-712, out./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400701&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 jun. 2019.

PEREIRA, Felipe. **Médica que ligou zika à microcefalia diz que levou 2 meses para ser ouvida**. Uol. Campina Grande (PB). 12 fev. 2016. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/02/12/medica-que-relacionou-zika-a-microcefalia-levou-dois-meses-para-ser-ouvida.htm>. Acesso em: 14 jun. 2019.

ROZENBERG, Riva et al. Contraceptive practices of brazilian adolescents: social vulnerability in question. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3645-3652, dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de outubro de 2019.

SPAT, Gabrielli Machado; SUPTITZ, Carolina Elisa. O conceito de políticas públicas para o direito e a cultura como direito fundamental: sob o olhar da investigação acadêmica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 12., 2015, Santa Cruz. **Anais [...]**. Santa Cruz: UNISC, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/view/13206>. Acesso em 16 de outubro de 2019.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Tratado de direito internacional dos direitos humanos**. Porto Alegre: Fabris, 1997. 2 v.

VENTURA, Miriam *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000100006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16. out. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **One year into the Zika Outbreak**: how an obscure disease became a global health emergency. WHO, 5 mai. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/zika-virus/articles/one-year-outbreak/en/>. Acesso em: 16 out. 2019.

Como citar: SILVA, Mariana Tourinho e; MAZIERO, Luís Guilherme Soares. Os desafios para implementação de políticas públicas em saúde no Brasil a partir do estudo de caso da epidemia do Zika Vírus. **Revista do Direito Público**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 109-129, abr. 2022. DOI: 10.5433/24157-108104-1.2022v17n1p. 109. ISSN: 1980-511X

Recebido em: 03/08/2020

Aprovado em: 01/09/2020