

## É POSSÍVEL A RESPONSABILIZAÇÃO JURÍDICA DOS GESTORES MUNICIPAIS RELATIVA À SUA CONDUTA OMISSIVA EM RELAÇÃO À SAÚDE PÚBLICA?

Miranda Pinheiro Pavaneli (IC) e Ricardo Cunha Chimenti (Orientador)

**Apoio: PIBIC Mackpesquisa**

### RESUMO

O presente estudo analisa a possibilidade da responsabilização jurídica de gestores municipais em decorrência de suas condutas no trato da saúde pública com recorte específico da região do Vale do Paraíba, São Paulo, entre os anos 2011 e 2014 e no contexto da situação epidêmica da disseminação da dengue e chikungunya. A metodologia aplicada foi o levantamento de dados acerca dos municípios, mais especificamente sobre a contaminação endêmica das arboviroses destacadas, os recursos financeiros disponíveis para o setor, bem como a opinião de agentes públicos sobre as medidas adotadas e o sistema de saúde. Paralelamente objetivou-se tratar de questões subsidiárias, tais como: (i) a possibilidade de responsabilização por inação perante epidemias; (ii) a determinação de setores normativos específicos da legislação que concentrem os ordenamentos que regulam referida matéria; (iii) a aplicação efetiva das leis existentes e; (iv) a existência de mecanismos que representem garantia e fiscalizem o cumprimento das normas já existentes. Para alcançar tal propósito, foi feita a comparação entre o disposto no ordenamento jurídico e conceitos relativos à responsabilidade civil, de forma que se realizou contraposição dos aspectos jurídicos e suas consequências no caso prático. Conclui-se pela improvável responsabilização jurídica, embora esta seja possível, face à abrangência de fatores como o aspecto climático, complexidade de contingência das mazelas, integração das medidas entre municípios e restrições orçamentárias.

**Palavras-chave:** Responsabilidade. Saúde pública. SUS.

### ABSTRACT

The present study analyzes the possibility of legal liability of municipal managers as a result of their conduct in dealing with public health, with specific focus in the region Vale do Paraíba, São Paulo, between the years of 2011 and 2014, in the context of the epidemic situation of the dissemination of dengue and chikungunya. The methodology applied was a survey in the counties, specifically about the endemic contamination of detached arboviruses above mentioned, the available financial resources for the health sector, as well as the opinion of public agents about the adopted measures and the health system. At the same time, focusing on subsidiary questions such as: (i) the possibility of liability by inaction in the face of epidemic diseases; (ii) the determination of specific normative sectors of the legislation that concentrate ordinances that regulates this matter; (iii) the effective

enforcement of existing laws and; (iv) the existence of mechanisms that guarantee and enforce compliance with existing standards. To achieve this purpose, a comparison was made between the provisions on the legal system and the concepts relating to civil liability, so that there was contrast between the legal aspects and their consequences in the practical case. It is concluded by the unlikely legal liability, although it is possible, given the range of factors such as climate, complexity of contingencies, the integration of measures between municipalities and budgetary constraints.

**Keywords:** Legal accountability. Public Health. National Health Service.

## 1. INTRODUÇÃO

Historicamente, a ideia inicial de Seguridade Social no país originou-se dos chamados "socorros públicos", previstos na Constituição de 1824. Referido instituto desenvolvia atividade por meio da iniciativa privada, através de casas de misericórdia, o que evidencia o quão primitivo o sistema já se demonstrou. Décadas à frente e em contexto de retorno ao estado democrático, a nova Constituição Federal, promulgada em 1988, tornou o bem-estar um conceito de direito individual, fomentando um esforço que visasse sistema público, universal e descentralizado de saúde<sup>1</sup>.

Desta bagagem histórica surge o que entendemos por Sistema Único de Saúde (SUS); o "conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo Poder Público" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 5).

Dessa forma, sabe-se que a promulgação da Constituição Cidadã, somada à adesão do Brasil a tratados de Direitos humanos e sua participação na Organização Mundial da Saúde possibilitou a criação do Direito à Saúde, ou Direito Sanitário<sup>2</sup>. Tais fatores foram indispensáveis para a consolidação deste novo direito<sup>3</sup>.

Por conta do exposto, destaca-se que a origem de referida instituição tem relação direta com a crise da socialdemocracia e do estado de bem-estar social, o que implicou em diretrizes orçamentárias específicas, regulamentando os recursos cabíveis de serem investidos nesta área.

Vale ressaltar, a fundamentação que subsidia o direito à saúde encontra-se disposta no art. 6º da Constituição Federal/1988. Além disso, o ordenamento jurídico que diz respeito a estas questões integra o art. 196 do mesmo documento, além de possuir regulamentação própria, qual seja a Lei 8.080/90 instituída pelo Decreto nº 7.508.

O questionamento apresentado origina-se na expressa previsão legal contida em nossa Constituição Federal e na Lei 8.080/90 no que tange as responsabilidades do Sistema Único de Saúde, suposto "direito do cidadão e dever do Estado".

---

<sup>1</sup> PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. - mar. 2014, p.15.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde, *SUS Princípios e Conquistas*, Brasília, 2000.

<sup>3</sup> BONFIN, J. R. A., et al. As ações judiciais no SUS e a Promoção do Direito à Saúde. 1 ed. São Paulo; Instituto de Saúde; 2009, p. 15.

Diante de tamanha complexidade o SUS enfrenta obstáculos, e, em especial, a fragmentação das políticas e programas de saúde e na manutenção de um progresso uno no tocante a integração dos Municípios, Estados e União. Por conta dos impedimentos suscitados, ainda persiste relevante estatística de usuários incapazes de usufruir o direito universal à saúde, constitucionalmente garantido<sup>4</sup>.

A verificação dos aspectos constitucionais e legislativos do SUS resgata a importância da garantia da efetivação do direito à saúde é pauta relevante para a sociedade. A apreciação de referidas características permite, cada vez mais, a garantia da efetividade do sistema.

Neste sentido, de acordo com Regina Bodstein (2002): “A estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios do país ainda hoje. [...] mostrando a importância de diversas propostas em curso de regionalização e criação de consórcios intermunicipais. A integralidade da atenção como princípio do SUS é inquestionável. Mas, sem o fortalecimento da rede básica de serviços e mudança do modelo assistencial, sua implementação e resultados são extremamente incertos”<sup>5</sup>.

Sob essa ótica e abrangido por uma lógica que pondera os desafios a serem enfrentados, elencou-se como objeto de estudo a região do Vale do Paraíba, entre os anos de 2011 e 2014. Localizada às margens da Rodovia Presidente Dutra entre a cidade do Rio de Janeiro e São Paulo, sua composição abrange trinta e nove municípios, os quais se integram por diversas políticas de saúde originárias no âmbito da vigilância sanitária, epidemiológica e linhas de cuidado formando redes assistenciais.

Há, ainda, subdivisão que delimita quatro colegiados: (i) Alto Vale do Paraíba; (ii) Vale do Paraíba e Região Serrana; (iii) Circuito da Fé e Vale Histórico; e (iv) Litoral Norte.

Contudo, inobstante as atividades realizadas a fim de consolidar a saúde dos 2.305.758 (dois milhões, trezentos e cinco mil, setecentos e cinquenta e oito) habitantes do Vale<sup>6</sup>, esses foram acometidos por arboviroses, com ênfase na região do Circuito da Fé e Vale Histórico.

---

<sup>4</sup> SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança*, São Paulo, 2009.

<sup>5</sup> BODSTEIN, Regina. *Atenção básica na agenda da saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, volume 7, número 3, 401-412, 2002.

<sup>6</sup> IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. São Paulo, 2012.

Válido, ainda, breve comentário sobre a epidemia que em enfoque no estudo. A dengue representa doença febril aguda, de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica, e grave quando se apresenta na forma hemorrágica<sup>7</sup>. É classificada como arbovirose (i.e., moléstia viral transmitida por vetores artrópodes) de extrema relevância na atualidade. Ocorre, sobretudo, nos países tropicais cujas condições do meio favorecem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, seu principal vetor, e do *Aedes albopictus*, considerado secundário<sup>8</sup>.

A doença possui como via de transmissão a picada de insetos, especialmente os mosquitos. Existem quatro tipos de vírus de dengue (sorotipos 1, 2, 3 e 4) e cada indivíduo pode contrair os quatro sorotipos da doença, haja vista que a infecção por um sorotipo gera imunidade permanente somente para ele<sup>9</sup>.

Ainda, são diversos os aspectos capazes de influir na proliferação da mazela, tal qual a influência do clima, aspectos biológicos que se relacionam à dinâmica social e à pressão seletiva sobre vetores e vírus, o que colabora com a disseminação da endemia.

Neste contexto, importante observar a contribuição da Comissão Intergestora Regional (CIR) para a questão, que é definida como Órgão apartidário de instância colegiada, “de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399 de 22 de Fevereiro de 2006), constituindo-se em um espaço de planejamento que permite que sejam traçadas logísticas e linhas de cuidado específicas no que for relevante aos municípios e região.

Há ainda que se falar no Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) que “tem como atribuição prever qualquer mudança nos fatores condicionantes de saúde individual e coletiva com objetivo de recomendar e adotar as medidas de controle”<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento*. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_aspecto\\_epidemiologicos\\_diagnostico\\_tratamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf)> Acesso em: 4 mar. 2019.

<sup>8</sup> BRASIL. Centro de Vigilância Epidemiológica. Artigo sobre dengue. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dengue.htm>> Acesso em: 3 mar. 2019.

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Artigo sobre dengue. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue>> Acesso em: 3 mar. 2019.

<sup>10</sup> CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA “PROF. ALEXANDRE VRANJAC”, *Guia de Vigilância Epidemiológica*, São Paulo, 2012.

O planejamento da saúde preceituava que seriam promovidas discussões pela CIR, espaço reconhecido como apto para que se desenvolvam discussões acerca de medidas cabíveis no âmbito de contenção de dengue e chikungunya, pauta levantada por agentes da vigilância epidemiológica. Tais reuniões que representam encontros de intergestores municipais oportunizam que os gestores municipais sejam orientados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico no que diz respeito às normas.

Não obstante os encontros, a contaminação e disseminação ostensiva da epidemia na região levantam dúvidas sobre a conduta dos gestores da saúde em seu dever de traçar procedimentos e verificar sua eficiência no combate às mazelas.

Diante do ocorrido, resta evidente o impacto sofrido pela população dos municípios do Vale, com destaque para aqueles que enfrentam desafios econômicos, o que se reflete em recursos e prestação de assistência médica. Em atenção a tal apuração, surge a discussão da existência de previsão normativa e possibilidade de aplicação sob a ótica da responsabilização subjetiva dos profissionais envolvidos durante os procedimentos e planejamento da saúde, dentro da possibilidade da razoabilidade e de suas limitações jurídicas, como a Lei Orçamentária Anual.

Em objetivo geral, busca-se a analisar a possibilidade de responsabilização jurídica de gestores municipal relativa à sua conduta em relação à saúde pública, no âmbito da responsabilidade subjetiva no recorte específico do Vale do Paraíba entre 2011 e 2014.

Em um viés específico, estudou-se (i) a possibilidade de responsabilização por inação perante epidemias; (ii) a determinação de setores normativos específicos da legislação que concentrem os ordenamentos que regulam referida matéria; (iii) a aplicação efetiva das leis existentes e; (iv) a existência de mecanismos que garantam ou fiscalizem o cumprimento das normas já existentes.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

Direta ou indiretamente, as garantias e promessas do Sistema de Saúde adotado implicam em uma construção legislativa muito completa que, contraposta à realidade encontra dificuldade em ser plenamente efetivada. A idealização dos projetos contidos nas normas acaba representando um objetivo a ser seguido, o que eventualmente relativiza os resultados por eles alcançados.

Nessa seara, necessário transitar pelo conceito de responsabilidade civil, tema sobre o qual não se pretende exaurir o estudo, mas tão somente delimitar seu conceito, a fim de melhor compreender possível nuance e desafios na efetivação de políticas da saúde pública.

A responsabilização civil representa concretização da possibilidade de reparação de um dano em face de sujeito passivo da relação jurídica que se forma. Assim sendo, vinculam-se em relação que subordina a reparação aquele que foi vitimado e o causador do dano<sup>11</sup>.

Ademais, seguro dizer que, no campo de estudo subjetivo é destacado o ato ilícito, de tal forma que embora dolo ou culpa constituam elementos influentes na avaliação da responsabilidade, o imprescindível é associar-se o ressarcimento à conduta do causador do dano.

É ver-se o preceituado por Caio Mário da Silva Pereira (2016):

“Na atualidade, o dano adquiriu papel central na responsabilidade civil. A consagração constitucional dos princípios da dignidade da pessoa humana e da solidariedade social, associada ao acelerado desenvolvimento tecnológico, deslocou a ênfase da conduta do agente para o dano ressarcível, assistindo-se ao surgimento de formidável tipologia de novos danos, na esteira do incremento de riscos e do potencial danoso trazido pelas novas invenções. Não parece exagerada, nesse cenário, a alusão à era dos danos.<sup>12</sup>”

Nesse raciocínio, evidente presumir que não há que se falar em reparação se inexistir o dano ou coisa a ser reparada. Ademais, somente pode ser ressarcido o dano provido de (i) certeza; (ii) atualidade e; (iii) subsistência<sup>13</sup>.

Em outras palavras, deve o prejuízo ressarcível fundar-se sobre fato determinado, existente no momento da ação de responsabilidade e, ainda, não ter sido reparado por quem lhe deu causa.

Nessa senda, é possível analisar os tipos de responsabilidades existentes. Verifica-se a responsabilidade subjetiva e objetiva. A primeira se configura quando o sujeito que ocasiona o ato danoso atinge tal resultado em razão de dolo ou da culpa em sua conduta, se vendo obrigado a indenizar o prejuízo causado somente caso se consume sua responsabilidade. A segunda hipótese, por sua vez, surge quando a responsabilidade ocorre independente da comprovação de dolo ou culpa, bastando averiguação do nexo causal do ato praticado com o objetivo atingido.

---

<sup>11</sup> PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Responsabilidade Civil*. Rio de Janeiro: Forense, 2016, p. 38.

<sup>12</sup> Idem, p. 38.

<sup>13</sup> ALTERINI, Atilio Anibal. *Responsabilidade civil*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1974, n. 147, p. 124.

Do mesmo modo, possível a colocação – extremamente reducionista, embora suficientemente didática – que resume a responsabilidade subjetiva como aquela vinculada à comprovação de dolo ou culpa, enquanto a responsabilidade objetiva depende apenas da constatação de nexos causal.

No que tange a responsabilidade constitucional do Estado, até a Constituição Federal de 1934 era, em regra, de índole subjetiva, demandando que o agente público praticasse um ato contrário ao direito ou se omitisse na prática de ato que tinha o dever de realizar, caracterizando-se o dano.

Desde a Constituição Federal de 1946<sup>14</sup>, porém, o Estado responde pelos atos danosos praticados por seus agentes. A vítima desde logo pode acionar o Estado judicialmente, independentemente de, antes, superar a esfera administrativa; portanto, desde 1946 a responsabilidade civil do Estado, pelos atos nocivos de seus servidores, não exige a culpa, a prática de ato contrário ao direito ou a falta de dever prescrito por lei. Basta que o prejudicado demonstre a ação ou omissão, o dano e o nexo de causalidade entre este e o comportamento do agente público.

Ademais, nota-se que temáticas similares deram ensejo a processos discutindo a indenização da população por conduta omissa no âmbito do Direito Sanitário. Neste sentido, temos como exemplo a Ação Civil Pública nº 1000693-39.2016.8.26.0120, movida pelo Ministério Público do Estado de São Paulo em face da Prefeitura Municipal de Cândido Mota, na qual sobreveio Acórdão dando provimento ao apelo do Ministério para julgar procedente a Ação, em 15 de fevereiro de 2015. Em sede de Agravo em Recurso Especial interposto pelo Município foi proferida decisão monocrática negando seguimento ao Recurso Especial outrora interposto.

Sobre este tema, cumpre tecer breve observação sobre a Lei nº 13.655/2018, que modificou a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB), prevendo normas de segurança jurídica quando da aplicação do Direito Público.

Embora não expresse vedação à interpretação abstrata do magistrado durante sua motivação decisória, o art. 20 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro, na

---

<sup>14</sup> BRASIL. Constituição (1946) *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, 8 set. 1946. *in verbis*: Art. 194 “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis pelos danos que os seus funcionários, nessa qualidade, causem a terceiros. Parágrafo único. Caber-lhes-á ação regressiva contra os funcionários causadores do dano, quando tiver havido culpa dêstes”.

<sup>15</sup> BRASIL. 1ª Câmara Reservada ao Meio Ambiente. Apelação Cível nº 1000693-39.2016.8.26.0120. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelada: Município de Cândido Mota. Relator: Desembargador Ruy Alberto Leme Cavalheiro. São Paulo, 8 de fevereiro de 2018.

redação da Lei nº 13.655/2018, prevê que, na eventualidade de decisão que se fundamente em abstrações, deverão ser avaliadas as consequências práticas deste ato.

Conforme outrora pontuado pela Professora Irene Nohara, não se olvida que a alteração da previsão normativa possa ser deturpada a fim de justificar o descumprimento de determinada norma face às dificuldades que se sobrepõe na realidade<sup>16</sup>. Neste cenário, pertinente o comentário que frisa a importância da constante fiscalização, sem prejuízo da manutenção de senso crítico e a capacidade de ponderar os dilemas eventualmente enfrentados em análises de casos concretos.

Além disso, tem-se a Lei nº 8.429/1992, também conhecida como Lei de Improbidade Administrativa, que dispõe sobre “sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional”<sup>17</sup>. Referida determinação legal se aplica, em síntese, nas hipóteses em que a conduta dos gestores resulta em enriquecimento ilícito, ou que causaram prejuízos ao patrimônio público ou que afrontaram os princípios da Administração Pública.

Em se tratando da responsabilidade subjetiva do servidor é válido ressaltar a existência da Ação Civil Pública nº 0004654-96.2013.8.26.0156, movida pelo Ministério Público em face da então Prefeita Municipal de Cruzeiro por omissão quanto à prevenção e à repressão de casos de dengue ocorridos entre os anos de 2009 e 2013. Na ocasião, o acórdão proferido negou provimento ao recurso de Apelação do MP, mantendo a sentença, ante o entendimento da ausência de comprovação do nexos causal entre as suscitadas omissões e as graves consequências dela advindas<sup>18</sup>.

Destacam-se as considerações elaboradas pela Procuradoria Geral de Justiça:

“Nesse contexto, não há elementos que indiquem de forma categórica que as condutas não adotadas pela apelada foram determinantes para elevação dos casos de

---

<sup>16</sup> NOHARA, Irene Patrícia. *Proposta de alteração da LINDB (projeto 349/2015)*. Disponível em <<http://direitoadm.com.br/proposta-de-alteracao-da-lindb-projeto-349-2015/>> Acesso em: 3 mar. 2019.

<sup>17</sup> BRASIL, Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Rio de Janeiro, 2 jun. 1992. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm)> Acesso em: 5 mar. 2019.

<sup>18</sup> BRASIL. 13ª Câmara de Direito Público. Apelação Cível nº 0004654-96.2013.8.26.0156. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelada: Ana Karin Dias de Almeida Andrade. Relator: Desembargador Borelli Thomaz. São Paulo, 30 ago. 2017.

dengue no município de Cruzeiro. E nem se alegue que, no ano de 2014, após a adoção das providências pela apelada, houve redução do número de casos da doença porque esta diminuição também foi observada no âmbito nacional. Sendo assim, embora tenham sido comprovadas as omissões da apelada não se logrou demonstrar que essas omissões deram ensejo ao agravamento surto de dengue, o que rompe o nexo de causalidade entre a omissão e o evento danoso e, por consequência, elide a responsabilidade imputada à apelada, especialmente no que toca ao pleito de ressarcimento de danos”.

Do caso prático acima suscitado se extrai a ressalva de que, embora o ordenamento jurídico atual tenha ampliado a responsabilização em prol de uma proteção mais ampla de garantias e direitos constitucionais do cidadão, não se dispensa a apresentação dos critérios necessários para sua comprovação. A alegação de omissão quanto aos atos praticados por servidor público, sob a perspectiva da responsabilidade subjetiva, deve fundamentar-se nas evidências mais específicas e auferíveis possíveis para que sejam capazes de comprovação probatória em juízo.

### **3. METODOLOGIA**

A dinâmica do Sistema Único de Saúde foi estudada sob duas vertentes; a perspectiva jurídica e sua efetiva aplicação na atualidade. Logo, a fim de melhor compreender os desafios das políticas públicas e a constatação de efetiva omissão ou ineficiência na conduta dos gestores municipais, considerou-se o contexto das normas que o regem, o processo de aplicação das políticas e a diretriz orçamentária.

Para uma justa ponderação das medidas adotadas durante o período analisou-se a conformidade do planejamento e das atitudes desenvolvidas com a observância dos limites orçamentários e fáticos que influem no cenário.

Nesses termos, o estudo foi pautado por uma análise qualitativa de documentos e entrevistas pontuais com agentes públicos capazes de fornecer opinião sobre o tema.

Suas fontes primárias foram a Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90 (Lei do SUS), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias). Já as fontes secundárias foram indicadores fornecidos por entidades estatais, artigos, jurisprudência, análise do formulário de pesquisa respondido por; (i) Diretora do Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos; (ii) Secretária da Saúde de Aparecida; e (iii) Articuladora da Política Estadual de Humanização no Vale do Paraíba, livros, entre outros materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Foram encaminhados aos entrevistados formulários de pesquisa contendo perguntas objetivas para a atribuição de nota, bem como facultando eventuais comentários sobre aspectos pontuais da dinâmica da saúde, para que pudessem enriquecer o debate a partir

de suas perspectivas. Destaca-se, para fins éticos, que se facultou aos entrevistados a elaboração de comentários sobre qualquer uma das questões objetivas contidas no formulário.

Importante destacar que tais questionamentos foram respondidos tendo ciência os participantes de que expressaram sua opinião face aos desdobramentos das políticas de saúde pública, alicerçada em experiências vivenciadas no exercício de suas funções, não representando necessariamente o posicionamento da Administração.

Além disso, para fins de materialização dos conceitos, dedicou-se parte do estudo ao cruzamento de dados entre a Lei Orçamentária Anual de municípios de cada uma das quatro regiões do Vale de Paraíba e os planos de prevenção e controle traçados, bem como as medidas efetivamente adotadas pelos servidores.

Diante da impossibilidade fática que levantar informações sobre os 39 municípios, levou-se em consideração critério para extrair duas cidades de cada Colegiado, buscando diversidade para não comprometer uma avaliação neutra.

Os municípios das regiões do Vale do Paraíba foram analisados em seu número de habitantes e extensão territorial, cuja respectiva divisão apontou dois extremos; os menores e maiores coeficientes municípios em termos de contingente populacional por território.

A partir do resultado obtido, foram destacados dois municípios por região, acompanhando ao longo dos anos a destinação de verba para os órgãos da administração e saúde. Tal raciocínio objetivou verificar se o investimento em saúde caminhou na mesma proporção que área diversa, bem como se houve disparidade em tais gastos. Aludida comparação entre as despesas relativas à mesma área de investimento ao longo do período analisado, gera indicativo da gestão municipal e dos esforços empenhados em cada setor pelos gestores:

Notou-se certa dificuldade em padronizar o exame da legislação municipal devido ao grau de detalhamento atribuído por cada município, que especifica suas despesas com nomenclaturas diversas. Em alguns casos, a complicação em obter tais informações indicam fatores que representam empecilho para uma avaliação mais aprofundada do investimento dos recursos na área da saúde.

#### **4. RESULTADO E DISCUSSÃO**

Antes da exposição das informações levantadas e seu mérito na avaliação da pesquisa, vale ressaltar o impacto das CIRs na medida em que promove a integração e alinhamento das políticas a serem adotadas pelos gestores da saúde, contando com

reuniões periódicas em que se delimitam estratégias e pontos relevantes para que sejam definidas diretrizes de contingenciamento da dengue e chikungunya.

Ainda, conforme disponibilizado pelo próprio CVE, as diretrizes do planejamento e medidas a serem adotadas face às arboviroses dependem do encontro de sua diretoria técnica com assessorias e a ouvidoria da saúde<sup>19</sup>. Tal previsão somente realça o valor intrínseco às reuniões e esclarecimento dos profissionais presentes, quer seja em quesitos técnicos ou na própria fluidez do diálogo.

A partir da metodologia criada, nota-se que os agentes públicos apresentaram opiniões convergentes no tocante à boa avaliação as propostas de ação apresentadas pela Vigilância Sanitária. Contudo, as menores notas atribuídas relacionam-se com a observância das orientações transmitidas para os municípios pertencentes ao Circuito da Fé, imediatamente seguida pela união dos gestores da região no combate a arboviroses.

Quando questionados sobre a modalidade mais efetiva de campanha contra as arboviroses não houve consenso sobre o tipo que acarretaria melhores resultados, podendo ser doméstica ou por meio de mídias. Entretanto, houve consenso unânime sobre a ineficácia dos mecanismos que fiscalizam o cumprimento das medidas pré-existentes para aplicação das leis.

#### Formulário de pesquisa objetivo

Aspecto analisado	Diretora do Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos 2019 (Débora Assis)	Secretária da Saúde de Aparecida 2019 (Eliane Moraes)	Articuladora da Humanização da Saúde do Vale do Paraíba 2019 (Edna Silva)	Média da nota atribuída
Nota atribuída ao impacto negativo da restrição orçamentária na efetivação das políticas de saúde pública	7	10	8	8,3
Nota atribuída às propostas de ação apresentadas pela Vigilância Sanitária a partir dos indicadores de arboviroses	10	10	9	9,6
Nota atribuída à eficácia de campanhas domiciliares e das promovidas através de mídias.	10	8	6	8

<sup>19</sup> BRASIL. Centro de Vigilância Epidemiológica. Organograma do CVE. Disponível em <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/organograma\\_cve.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/organograma_cve.pdf)> Acesso em: 4 mar. 2019.

Nota atribuída eficácia das sugestões de combate dadas na Comissão de Intergestores Regional ao combate das mazelas.	10	9	5	8
Nota atribuída à união dos gestores da região no combate a arboviroses.	10	7	6,5	7,7
Nota atribuída à observância das orientações transmitidas para os municípios pertencentes ao Circuito da Fé entre 2011 e 2014	Não houve atribuição de nota, pois não acompanha tais municípios.	9	4	6,5

Formulário de pesquisa dissertativo

Aspecto analisado	Atual Diretora do Grupo de Vigilância Epidemiológica de São José dos Campos (Débora Assis)	Atual Secretária da Saúde de Aparecida (Eliane Moraes)	Atual Articuladora da Humanização da Saúde do Vale do Paraíba (Edna Silva)
Impacto negativo da restrição orçamentária na efetivação das políticas de saúde pública	Importante ter o recurso financeiro e que ele se mantenha ao longo do tempo, mas também o planejamento das ações, o encadeamento delas e a capacitação dos funcionários, bem como não ter trocas constantes dos mesmos.	Não houve comentário específico, somente atribuição de nota.	Não houve comentário específico, somente atribuição de nota.
Propostas de ação apresentadas pela Vigilância Sanitária a partir dos indicadores de arboviroses.	As ações abrangem as necessidades necessárias para o controle.	Não houve comentário específico, somente atribuição de nota.	Não houve comentário específico, somente atribuição de nota.
Eficácia de campanhas domiciliares e das promovidas através de mídias e o grau de importância das modalidades.	Importante as campanhas para sensibilização da população, além de funcionar como lembrete. As campanhas associadas às ações de controle e manejo executada pelo município garantem uma maior eficácia.	Campanhas domiciliares são mais eficazes e efetivas.	Campanhas promovidas pelas mídias parecem ser mais potentes.

Observância das orientações transmitidas para os municípios pertencentes ao Circuito da Fé entre 2011 e 2014.	Não houve comentário específico.	É eficaz, porém cada município tem suas características, necessitam aprimorar seus serviços.	Não houve comentário específico, somente atribuição de nota.
Maior obstáculo para efetivação de políticas preventivas e repressivas às arboviroses.	Participação maior dos gestores municipais no apoio a sua equipe e planejamento das ações.	O trabalho sócio educativo – prevenção, o trabalho intersetorial no âmbito municipal e o financiamento por partes dos governos Estadual e Federal.	A complexidade do combate às arboviroses, sua propagação, a conscientização dos setores públicos e da população e, sobretudo a não observância das orientações transmitidas aos gestores nas CIRs e monitoramento destas.
São eficazes os mecanismos que fiscalizam o cumprimento das medidas pré-existentes para aplicação das leis?	Não. Muitas vezes ficamos de mãos atadas quando não temos apoio da gestão municipal para que as ações necessárias se concretizem.	Não é suficiente, falta descentralização dos recursos e legislações pertinentes mais expressivas.	Não.
No que tange o recurso total disponibilizado para Saúde e sua proveniência, considera que deveria haver maiores subsídios?	Não temos os recursos necessários, mas também falta gestão dos recursos para otimização das ações.	Sim, o fortalecimento e a permanente ações de Vigilância em Saúde exigem mais investimentos.	Sim.
Fica facultada ao entrevistado a elaboração de um comentário sobre quaisquer umas das perguntas respondidas anteriormente.	Não houve comentário específico, somente atribuição de nota.	Sobre a restrição orçamentária e investimentos em ações de vigilância, são necessárias para o fortalecimento das ações, haja vista a existência do vetor transmissor das arboviroses em todo território nacional. Necessitamos de políticas públicas mais eficaz, e a responsabilização de toda população.	As respostas ao questionário são baseadas em minha participação das Câmaras Técnicas e Comissão Intergestores Regional do DRSXVII desde o ano de 2012. Considerando a relevância do tema que segue impactado a saúde da população e o Sistema Único de Saúde, parablenizo pela escolha do objeto de estudo e pesquisa.

As disparidades econômicas e populacionais existentes entre as regiões trazem como consequência que alguns municípios, providos de mais recursos, prestem atendimento a habitantes de outros. Tal fato igualmente gera ocorrência conhecida como

rede ampliada, cuja repetição se observa em segmentos complexos como o da oncologia, fazendo com que cidades redirecionem seus pacientes para garantir seu atendimento.

Conforme regula o art. 23, inciso II da Constituição de 1988, há previsão no sentido de que todos os entes federativos restam competentes para prestação de serviço relativo à saúde. Entretanto, ponderam-se as repartições e atribuições que incumbem a cada um deles, especialmente pelas implicações da proximidade dos Municípios no atendimento dos usuários e prestação de serviços.

Ainda sobre a competência, as prefeituras igualmente possuem, dentro de sua atribuição, a criação de políticas de saúde, auxiliando na aplicação de políticas nacionais e estaduais, dispondo de recursos próprios (mínimo de 15% de sua receita) e os repasses realizados pela União e pelo Estado. Os serviços de saúde da cidade também são administrados pelos municípios, mesmo os que envolvem maior complexidade.

Quanto aos recursos disponibilizados, apurou-se o que segue:

Levantamento de dados sobre o orçamento da saúde

Município	Despesa	LOA 2011	LOA 2012	LOA 2013	LOA 2014
São José dos Campos	Por Órgão de Governo	Secretaria da Saúde R\$ 391.355.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 452.533.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 478.197.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 569.214.000,00
	Por função	Saúde R\$ 391.059.000,00	Saúde R\$ 452.106.000,00	Saúde R\$ 477.909.000,00	Saúde R\$ 568.941.000,00
		Saneamento R\$ 3.994.000,00	Saneamento R\$ 74.850.000,00	Saneamento R\$ 72.712.000,00	Saneamento R\$ 79.571.000,00
Jambeiro	Por Órgão de Governo	Secretaria da Saúde e Saneamento R\$ 3.278.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 3.474.800,00	Secretaria da Saúde R\$ 4.026.760,00	Secretaria da Saúde e Saneamento R\$ 4.873.000,00
	Por função	Saúde R\$ 3.278.000,00	Saúde R\$ 3.474.800,00	Saúde R\$ 4.026.760,00	Saúde R\$ 4.873.000,00
		Atenção básica R\$ 3.278.000,00	Atenção básica R\$ 3.474.800,00		
Taubaté	Por Órgão de Governo	Secretaria da Saúde R\$ 104.147.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 127.981.200,00	Secretaria da Saúde R\$ 146.482.800,00	Secretaria da Saúde R\$ 172.778.000,00
	Por função	Saúde R\$ 136.752.000,00	Saúde R\$ 169.841.200,00	Saúde R\$ 146.482.800,00	Saúde R\$ 172.778.000,00
		Saneamento R\$ 8.347.400,00	Saneamento R\$ 9.837.100,00	Saneamento R\$	Saneamento R\$ 14.020.000,00

				10.477.100,00	
Natividade e da Serra	Por Órgão de Governo	Secretaria da Saúde R\$ 3.075.395,00	Secretaria da Saúde R\$ 3.336.500,00	Secretaria da Saúde R\$ 3.646.800,00	Secretaria da Saúde R\$ 4.409.200,00
	Por Função	Saúde R\$ 2.687.295,00	Saúde R\$ 2.841.500,00	Saúde R\$ 3.137.800,00	Saúde R\$ 4.010.200,00
		Saneamento R\$ 388.100,00	Saneamento R\$ 495.000,00	Saneamento R\$ 509.000,00	Saneamento R\$ 399.000,00
Cruzeiro	Por Órgão de Governo	Secretaria da Saúde R\$ 31.463.111,03	Secretaria da Saúde R\$ 29.747.103,31	Secretaria da Saúde R\$ 34.622.825,00	Secretaria da Saúde R\$ 38.273.515,61
	Por Função	Saúde R\$ 31.463.111,03	Saúde R\$ 31.463.111,03	Saúde R\$ 34.622.825,00	Saúde R\$ 38.273.515,61
		Vigilância Sanitária R\$ 412.938,95	Vigilância Sanitária R\$ 338.150,00	Vigilância Sanitária R\$ 407.900,00	Vigilância Sanitária R\$ 332.415,00
		Vigilância Epidemiológica R\$ 1.209.669,46	Vigilância Epidemiológica R\$ 1.119.600,00	Vigilância Epidemiológica R\$ 1.103.390,00	Vigilância Epidemiológica R\$ 1.651.339,89
São José do Barreiro	Por Órgão de Governo	Saúde e Saneamento R\$ 2.988.860,00	Saúde e Saneamento R\$ 3.307.000,00	Saúde e Saneamento R\$ 3.228.000,00	Saúde R\$ 3.376.430,00
	Por Função	Atenção Básica R\$ 1.924.590,00	Atenção Básica R\$ 3.114.000,00	Atenção Básica R\$ 3.003.000,00	Atenção Básica R\$ 3.376.430,00
		Vigilância Sanitária R\$ 7.490,00	Vigilância Sanitária R\$ 30.000,00	Vigilância Sanitária R\$ 28.000,00	Saneamento Básico Urbano R\$ 115.000,00
		Vigilância Epidemiológica R\$ 8.560,00	Vigilância Epidemiológica R\$ 10.000,00	Vigilância Epidemiológica R\$ 10.000,00	
Ilhabela	Por Órgão de Governo	Secretaria da Saúde R\$ 22.665.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 27.410.000,00	Secretaria da Saúde R\$ 30.848.170,00	Secretaria da Saúde R\$ 40.000.000,00
	Por Função	Saúde R\$ 22.665.000,00	Saúde R\$ 27.410.000,00	Saúde R\$ 30.848.170,00	Saúde R\$ 40.000.000,00
			Vigilância Sanitária R\$ 262.500,00	Vigilância Sanitária R\$ 276.736,26	
Vigilância Epidemiológica R\$ 975.489,70	Vigilância Epidemiológica R\$ 1.111.074,06				
Ubatuba	Por Órgão de Governo	Saúde R\$ 35.136.100,00	Saúde R\$ 35.158.600,00	Saúde R\$ 36.603.000,00	Saúde R\$ 47.000.000,00

Depreende-se dos números coletados que houve um aumento exponencial e crescente no orçamento para o desenvolvimento da saúde como Órgão preponderou nas municipalidades analisadas. Contudo, necessária a ressalva de que algumas das Leis de Diretrizes Orçamentárias analisadas não seguiram a mesma formatação ou nível de detalhamento de informações dos anos anteriores, motivo pelo qual se discriminou a quantia destinada aos órgãos de governo e à sua função.

A metodologia utilizada foi a de comparação entre o aumento percentual dos valores entre o primeiro e último ano do estudo, 2011 e 2014, considerando que foram selecionados os municípios de maior e menor contingente populacional em cada colegiado. Verificou-se que o Litoral Norte foi o responsável pelo maior aumento, estimado em 55%, enquanto o Circuito da Fé e Vale Histórico apresentou o menor aumento percentual referente ao investimento na saúde:

Aumento percentual no investimento na saúde

Colegiado	Município	Aumento	Média
Alto Vale do Paraíba	São José dos Campos	45,45%	47,05%
	Jambeiro	48,66%	
Vale do Paraíba e Região Serrana	Taubaté	65,90%	54,63%
	Natividade da Serra	43,37%	
Circuito da Fé e Vale Histórico	Cruzeiro	21,64%	17,29%
	São José do Barreiro	12,95%	
Litoral Norte	Ilhabela	76,47%	55,11%
	Ubatuba	33,76%	

Em outro aspecto, verifica-se que existe discrepância significativa entre os aumentos percentuais dos demais colegiados com a região do Circuito da Fé e Vale Histórico. Considerando as respostas obtidas com o formulário de pesquisa, que valorizaram o investimento orçamentário para adoção de medidas contra as mazelas, o baixo percentual desse colegiado indica uma limitação de investimento no enfrentamento das arboviroses.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere à obtenção de informações, pode-se afirmar que estabelecer diálogo com representantes de entidades públicas e instituições nem sempre se dá de forma simples. Ao contatar a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a diretora do Departamento Regional de Saúde - DRSXVII de Taubaté para o preenchimento do formulário padronizado, não foi possível que atendessem à demanda até o fim da elaboração do artigo, embora em um primeiro momento aparentassem disposição para tal. Tais fatos demonstram que durante o processo de pesquisa que dependia da coleta de dados e disponibilidade dos entrevistados, foram encontrados desafios.

A opinião emitida pelos entrevistados sugere que houve concordância nos aspectos referentes à ineficácia dos mecanismos para cumprimento das previsões e aplicação da lei, bem como no entendimento de que o recurso disponibilizado para a saúde deveria ser mais expressivo.

As representantes da Vigilância Sanitária e Secretaria da Saúde se posicionaram quanto a maior efetividade das campanhas domiciliares, ou seja, a visita de um agente sanitário para monitoramento de focos da dengue ou chikungunya. Por outro lado, a articuladora da humanização sustentou que as campanhas promovidas por meio das mídias seriam mais eficazes.

Quando abordados com o questionamento de qual seria o maior obstáculo para efetivação de políticas das arboviroses houve confluência de opinião entre a representante da Vigilância Sanitária e Articuladora da Humanização. Ambas as entrevistadas entendem a importância do papel do gestor municipal de saúde no combate às endemias. Por outro lado, a representante da Secretaria da Saúde sugeriu que o obstáculo consistiria no trabalho sócio educativo e no financiamento para seu desenvolvimento.

Ademais, os estudos desenvolvidos evidenciam que embora sejam claros os princípios que norteiam o SUS, quais sejam; universalidade, equidade e integralidade, sua aplicabilidade nem sempre ocorre de forma plena, devido a restrições da ordem orçamentária, jurídica e organizacional.

Em atenção à multiplicidade de fatores que auxiliaram com a disseminação das arboviroses, é necessário o envolvimento de todos os setores da sociedade, principalmente na melhoria da gestão dos espaços e serviços públicos, tais como saneamento, educação e coleta de lixo, minimizando o impacto nas ações preventivas cabíveis.

Quanto ao desafio de integração e políticas coligadas entre os municípios, a própria existência da Comissão Intergestores Regional demonstra que a demanda da dengue e chikungunya foi – e ainda é – explorada em âmbito de regionalização, possibilitando que os representantes dos municípios pautem os temas e pleitos relevantes para o planejamento. Contudo, nem sempre as políticas elaboradas em conjunto aplicam-se de forma efetiva diante de uma ausência de um mecanismo de monitoramento e cobrança aos gestores.

Assim sendo, para assegurar a possibilidade de responsabilização jurídica dos gestores municipais, seria necessário partir do pressuposto de que a assunção de cargo público perante as Secretarias da Saúde exigisse, entre outros requisitos; (i) tempo de experiência mínima comprovada em assuntos relacionados com as atividades a ser desempenhadas; e (ii) conclusão de curso em especialização em saúde pública,

administração hospitalar, administração de serviços de saúde ou curso de especialização equivalente, conforme preceituam as Leis Complementares nº 1080/2008 e nº 1157/2011.

O mecanismo legal mais incisivo aliado a uma cobrança mais rigorosa de conhecimento técnico minimizaria a probabilidade de desconhecimento ou improbidade do gesto com relação à própria dinâmica de funcionamento do Serviço Único de Saúde e de aspectos técnicos referentes ao exercício de sua função. Tal questão poderia ser regulada por meio de Lei Complementar que verse sobre os requisitos técnicos para a ocupação do cargo.

Assim sendo, conclui-se pela improvável responsabilização jurídica dos gestores municipais analisados. Embora possível pleitear indenizações referentes à contaminação pelas arboviroses e os prejuízos dela decorrente, sua demonstração inequívoca tende a restar prejudicada. Tal fato ocorre porque essa convicção se sujeita a confirmações cuja prova dificilmente se consolida sem deixar espaço para interpretação ou ponderação de outros fatores, gerando dúvida.

Por conseguinte, a análise da responsabilidade jurídica aplicável aos gestores depende de um conjunto de fatores que ultrapassam a mera disposição legal, tornando remota a oportunidade de uniformizar um entendimento sobre o tema. Cada caso concreto apresenta circunstâncias diversas a serem ponderadas e pode sofrer influência da formação do convencimento do magistrado diante dos indícios e argumentações trazidas.

## 6. REFERÊNCIAS

### Fontes Primárias

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial União. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 10 mar. 2017.

### Fontes Secundárias

ALTERINI, Atilio Anibal. *Responsabilidade civil*. Buenos Aires: Abeledo-Perrot, 1974, n. 147, p. 124.

Ap. Cív. nº 1000693-39.2016.8.26.0120. 1ª Câmara Reservada ao Meio Ambiente. Apelante: Ministério Público do Estado de São Paulo. Apelada: Município de Cândido Mota. Relator: Desembargador Ruy Alberto Leme Cavalheiro. São Paulo, 8 de fevereiro de 2018.

BODSTEIN, Regina. *Atenção básica na agenda da saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, volume 7, número 3, 401-412, 2002.

BONFIN, J. R. A., et al. *As ações judiciais no SUS e a Promoção do Direito à Saúde*. 1 ed. São Paulo; Instituto de Saúde; 2009, p. 15.

BRASIL. Centro de Vigilância Epidemiológica. Artigo sobre dengue. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/dengue.htm>> Acesso em: 3 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, *Guia de Vigilância Epidemiológica*, São Paulo, 2012.

\_\_\_\_\_. Centro de Vigilância Epidemiológica. Organograma do CVE. Disponível em <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/organograma\\_cve.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/institucional/organograma_cve.pdf)> Acesso em: 4 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Constituição (1946) Diário do Congresso Nacional, Brasília, DF, 8 set. 1946.

\_\_\_\_\_. IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. São Paulo, 2012.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Rio de Janeiro, RJ, 2 jun. 1992. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8429.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm)> Acesso em: 5 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Artigo sobre dengue. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/dengue>> Acesso em: 3 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento*. Brasília, Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_aspecto\\_epidemiologicos\\_diagnostico\\_tratamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf)> Acesso em: 4 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, *SUS Princípios e Conquistas*, Brasília, 2000.

KAJIYA, Fernando Takeo. *Dengue na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte de São Paulo: condições socioambientais e dinâmica da doença*. Dissertação (Mestrado em Ciências) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

NOHARA, Irene Patrícia. Proposta de alteração da LINDB (projeto 349/2015). Disponível em <<http://direitoadm.com.br/proposta-de-alteracao-da-lindb-projeto-349-2015/>> Acesso em: 3 mar. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, mar. 2014, p.15.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. *Responsabilidade Civil*. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. *O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudança*, São Paulo, 2009.