

O PROGRAMA SUSCOM+ DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ: UMA ABERTURA DEMOCRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Thadeu Augimeri de Goes Lima*

Camilo Zufelato**

Valter Foletto Santin***

Resumo: O artigo apresenta um estudo de caso sobre o Programa SUSCOM+, desenvolvido e conduzido pelo Ministério Público do Estado do Paraná em municípios desta unidade federativa e cujo objetivo principal é fortalecer a participação comunitária na construção da política pública de Atenção Básica à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. O trabalho tem natureza empírico-teórica e analisa aquele Programa a partir de referenciais e conceitos fornecidos pela Ciência Jurídica, pela Ciência da Administração Pública e pela Ciência Política, notadamente as ideias de direitos fundamentais sociais, de ciclo de políticas públicas, de democracia e de participação popular ou comunitária, buscando demonstrar que ele é capaz de proporcionar uma abertura democrática no momento inicial do ciclo constitutivo da

* Pós-doutorado em Ciência Jurídica pela Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP). Doutor em Direito Processual pela Universidade de São Paulo (USP).

** Livre-docente em Direito Processual Civil pela Universidade de São Paulo (USP). Doutor em Direito Processual pela Universidade de São Paulo (USP). Professor titular de Direito Processual Civil da Faculdade de Direito de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). Advogado.

*** Pós-doutorado pelo Programa de Pós-Doutoramento em Democracia e Direitos Humanos do *Ius Gentium Conimbrigae* – Centro de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal). Doutor e Mestre em Direito Processual pela Universidade de São Paulo (USP).

política pública de Atenção Básica à Saúde, qual seja, a definição de agenda, de modo a possibilitar que as concretas aspirações da comunidade sejam efetivamente recepcionadas e respondidas pela esfera governamental competente.

Palavras-Chave: Atenção Básica à Saúde. Definição de agenda. Participação comunitária. Ministério Público do Estado do Paraná. Programa SUSCOM+.

Abstract: The article presents a case study about the SUSCOM+ Program, developed and conducted by the Public Prosecution Service of the State of Paraná in Cities of this federative unit and having as its main objective to strengthen community participation in the construction of the Primary Health Care public policy in the field of the Unified Health Care System. The work has empirical-theoretical nature and analyzes that Program parting from references and concepts given by Legal Science, Public Administration Science and Political Science, notably the ideas of fundamental social rights, public policy cycle, democracy and popular or community participation, seeking to demonstrate that it is capable of providing a democratic openness at the beginning of the constitutive cycle of the Primary Health Care public policy, that is, the agenda setting, in order to enable the concrete aspirations of the community to be effectively received and answered by the competent governmental sphere.

Keywords: Primary Health Care. Agenda setting. Community participation. Public Prosecution Service of the State of Paraná. SUSCOM+ Program.

Sumário: Introdução; 1. A longa jornada pela efetivação de direitos fundamentais sociais no Brasil; 2. O papel do Ministério Público brasileiro na formulação e implementação de políticas públicas; 3. O Sistema Único de Saúde brasileiro e a Atenção

Básica à Saúde como sua “porta de entrada”; 4. O Programa SUSCOM+ do Ministério Público do Estado do Paraná: fortalecendo a definição democrática de agenda concernente à Atenção Básica; Considerações finais; Referências.

INTRODUÇÃO



Podemos afirmar que o estudo das políticas públicas usualmente abraça um caráter transdisciplinar, chamando contribuições de diversos ramos do saber para compor um quadro – tanto quanto possível – holístico desse fenômeno, que está presente, em maior ou menor escala, em todas as sociedades organizadas na forma de Estados.

De fato, a confluência de múltiplos olhares nos permite identificar e compreender desde as necessidades coletivas que determinam a adoção das políticas públicas até as transformações que estas são capazes de provocar na realidade social, sem esquecer, é claro, todo o processo que medeia tais polos e envolve a formulação e a implementação das citadas políticas públicas.

No caso do Brasil, dentre as políticas públicas impostas como deveres estatais, a política pública de atenção à saúde, operacionalizada através do Sistema Único de Saúde, merece permanente destaque, dada a sua importância para a configuração de um patamar mínimo de vida digna para as pessoas – o que se costuma chamar de *mínimo existencial*. E, no interior do Sistema Único de Saúde, a política pública de Atenção Básica à Saúde, tida como a sua “porta de entrada”, há que ser iluminada.

Este artigo apresenta um estudo de caso sobre o Programa SUSCOM+, desenvolvido e conduzido pelo Ministério Público do Estado do Paraná em Municípios desta unidade federativa e cujo objetivo principal é fortalecer a participação comunitária na construção da política pública de Atenção Básica à

Saúde.

O trabalho tem natureza empírico-teórica e analisa aquele Programa a partir de referenciais e conceitos fornecidos pela Ciência Jurídica, pela Ciência da Administração Pública e pela Ciência Política, notadamente as ideias de direitos fundamentais sociais, de ciclo de políticas públicas, de democracia e de participação popular ou comunitária, buscando demonstrar que ele é capaz de proporcionar uma abertura democrática no momento inicial do ciclo constitutivo da política pública de Atenção Básica à Saúde, qual seja, a definição de agenda, de modo a possibilitar que as concretas aspirações da comunidade sejam efetivamente recepcionadas e respondidas pela esfera governamental competente.

Primeiramente, contudo, traz as premissas de todo o raciocínio desenvolvido: a previsão constitucional e a crise de efetividade dos direitos fundamentais sociais, o papel do Ministério Público Brasileiro como indutor de políticas públicas voltadas à satisfação de tais direitos e as linhas estruturantes do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica à Saúde.

1. A LONGA JORNADA PELA EFETIVAÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS NO BRASIL

A outorga de caráter fundamental a direitos sociais ocorreu notadamente a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, que, como ressalta Flávia Piovesan (2015), não apenas trouxe esses direitos no seu art. 6º, mas também contemplou diversas medidas responsáveis pela concretização deles, dentre diretrizes e programas. Nesse sentido, os direitos fundamentais sociais representaram uma virada paradigmática no que se refere a um modelo de Estado “abstencionista” para uma atuação estatal pautada em uma lógica de direitos ativa e prestacional. Isso implicou um processo de inscrição epistemológica das políticas

públicas¹ no campo da Ciência Jurídica, na medida em que elas representam as formas de efetivação dos direitos sociais constitucionalmente previstos (BUCCI, 2006).

Assim, os direitos fundamentais sociais presentes na Constituição Federal estão relacionados a um alargamento conceitual da dignidade da pessoa humana, em que esses direitos se agregam ao conjunto de direitos fundamentais individuais em uma lógica de “direitos-meios” (uma vez que viabilizam a fruição dos direitos individuais) (BUCCI, 2006), e se inscrevem na dinâmica do Estado Democrático de Direito em sua dimensão de “transformação social”, a qual privilegia a substância dos direitos e garante meios de materialização do Texto Constitucional (STRECK; MORAIS, 2006).

Esse incremento do conteúdo jurídico da dignidade da pessoa humana trouxe a complexidade da efetivação dos direitos fundamentais e humanos. A construção constitucional de um repertório de mecanismos de concretização desses direitos por meio da atuação estatal é essencial e insere esta última no processo de institucionalização das dinâmicas sociais com o fim de amortizar “a força desagregadora da economia capitalista” e “promover o desenvolvimento da pessoa humana” (BUCCI, 2006). Contudo, não é possível a transposição dessas formulações teóricas sobre as pretensas atividades estatais diretamente aos países que ocupam posições internacionais periféricas, como o Brasil, na medida em que eles experimentam a ausência de um Estado Social no caminho de efetivação daqueles direitos (BUCCI, 2006).

É preciso considerar, na contraditória experiência de atuação prestacional do Estado na realidade brasileira, que a inefetividade dos direitos fundamentais sociais não pode ser aceita de modo pacífico, porque a Constituição Brasileira foi elaborada

¹ Nesse sentido, as políticas públicas podem ser consideradas um desenho de atuação governamental, em que há a conjugação organizada de diversos mecanismos e atuações para a consecução dos fins estatais e/ou a realização dos direitos fundamentais subjacentes (BUCCI, 2006).

ressaltando a força desses direitos no curso da redemocratização política e nos esforços de superação de desigualdades historicamente consolidadas. A efetividade dos direitos fundamentais sociais atravessa o sentido substancial de democracia desejado, e esse panorama democrático depende da equalização material e de oportunidades sociais na jornada pela superação de situações de subhumanidade e de desigualdades que permeiam e estruturam a sociedade brasileira (BUCCI, 2006).

Nesse contexto, os direitos fundamentais sociais operam dentro do objetivo de atingimento de uma igualdade material e demandam, para tanto, uma cadeia de atuações estatais concretas – legislativas e administrativas –, impactando sobremaneira na dinâmica orçamentária pública. A satisfação desses direitos de forma espontânea pelo Estado se expressa por meio de políticas públicas, que são preponderantemente elaboradas pelos Poderes Legislativo e Executivo (CANELA JÚNIOR, 2011) e podem se embasar em diferentes substratos normativos, desde normas constitucionais até instrumentos jurídicos infralegais (BUCCI, 2006).

Contudo, como pode ser tomado na realidade brasileira acima enunciada, as atuações estatais não necessariamente estão totalmente alinhadas com a realização plena daqueles direitos e, nessa inefetividade, expressam-se em uma dimensão comissiva ou omissiva. As condutas comissivas que violam os direitos fundamentais sociais e os fins precípuos do Estado são aquelas que necessitam de um controle que lhes denegue validade, uma vez que instauram políticas públicas de forma defectiva. As condutas omissivas são aquelas que demandam o preenchimento de um vazio de políticas públicas que não foram implementadas. Ambas as situações partilham o mesmo núcleo: a divergência entre o que está normativamente previsto enquanto direito e o que se encontra concretamente feito (CANELA JÚNIOR, 2011).

A correção desses “desvios de rota” na formulação e implementação de políticas públicas e na concretização de direitos

fundamentais sociais passou a contar com os esforços do Ministério Público e do Poder Judiciário. Como mencionado, as disposições constitucionais trouxeram um repertório institucional e normativo, substancial e procedimental (COSTA, 2016), que contempla formas de exigibilidade daqueles direitos, em juízo ou na esfera extrajudicial. O Ministério Público e o Poder Judiciário ganharam espaço como atores no cenário político, com potencial de atuação contramajoritária constitucionalmente delimitada (SADEK, 2013; COSTA, 2016).

Houve um processo de “juridificação” das relações sociais, no qual espaços antes destinados à atuação política passaram a incorporar a intervenção do Ministério Público e do Poder Judiciário (OLIVEIRA, 2019), conduzindo ao fenômeno da judicialização ou do controle jurisdicional de políticas públicas, decorrente da inércia ou da negligência dos Poderes Legislativo e Executivo (especialmente deste último) na implementação delas (SANTIN, 2005, 2013; MACHADO; DAIN, 2012; GRINOVER, 2017). Dessa forma, o Judiciário é chamado a intervir nos casos em que haja violação ao denominado *mínimo existencial*, composto por direitos fundamentais sociais como os direitos à educação, à proteção integral de crianças e adolescentes, à assistência social, à moradia, à atenção à saúde, à alimentação e à segurança pública (SANTIN, 2005, 2013; GRINOVER, 2010). Vale referir, contudo, que o mínimo existencial se caracteriza pela dinamicidade e pela organicidade e maleabilidade conceitual, adaptando-se, em termos históricos e geográficos, à conjuntura socioeconômica e tendo como linha condutora o *princípio da proibição do retrocesso* (WATANABE, 2013), segundo o qual as conquistas na efetivação de direitos fundamentais sociais não podem ser simplesmente revogadas.

A jornada pela efetivação dos direitos fundamentais sociais pode ser considerada extensa, até porque eles são vitórias históricas que ganharam corpo ao longo do tempo. Como pontua Flávia Piovesan (2015), os direitos sociais começaram a ser

previstos a partir da Constituição Federal Brasileira de 1934, contudo de forma dispersa ao longo do seu texto e sem a conotação do caráter fundamental. Tal qual explanamos, foi a Constituição de 1988 que atribuiu a esses direitos a posição de direitos fundamentais e a aplicabilidade imediata. Nesse sentido, não é possível tomá-los a partir de um referencial apenas atual, sem considerar todo um histórico que os permeia.

Além disso, o percurso de efetivação dos direitos fundamentais sociais mediante a implementação de políticas públicas consiste em um trajeto de sua afirmação em face de muitos obstáculos, estando associado a uma perspectiva que leve em consideração as clivagens sociais e que reflita sobre formas de diálogos interinstitucionais (OLIVEIRA, 2019).

É justamente como uma instituição fomentadora e facilitadora desses diálogos interinstitucionais visando à implementação de políticas públicas e à efetivação de direitos fundamentais sociais que deve se portar o Ministério Público, diante de sua atual configuração constitucional.

2. O PAPEL DO MINISTÉRIO PÚBLICO BRASILEIRO NA FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O Ministério Público é geralmente visto como a instituição responsável pela persecução criminal, e o Promotor de Justiça ou Procurador da República como o agente público que tem o poder (e no Brasil também a obrigação) de apresentar e sustentar casos criminais perante órgãos jurisdicionais.

Uma vez que o Brasil é uma Federação, composta por Estados e um Distrito Federal dotados de ampla autonomia político-administrativa e pela União, além dos Municípios, ele dispõe de vários Ministérios Públicos. Cada Estado, o Distrito Federal e a União têm seus próprios Ministérios Públicos independentes. E cada Ministério Público é chefiado por um Procurador-

Geral e composto por um grande número de membros. Porém, a identidade de estrutura, de princípios e de propósitos nos permite lhe reconhecer um caráter nacional e unitário.

O Ministério Público Brasileiro, como um todo, é atribuído pela Constituição Federal com muitas outras tarefas além da persecução criminal. O art. 127, *caput*, da Constituição lhe outorga a natureza de instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, e a responsabilidade de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis. Para tanto, o Ministério Público Brasileiro tem ampla legitimidade para ações coletivas e outros instrumentos jurídicos voltados a buscar a satisfação de direitos, a implementação de políticas públicas e a responsabilização de autoridades negligentes, por exemplo, conforme o art. 129 da Constituição.

A Constituição Federal de 1988 representou verdadeiramente o marco da consolidação de uma nova identidade para o Ministério Público nacional, tendo refletido, em linhas gerais, as aspirações contidas na chamada Carta de Curitiba, proposta elaborada pelos seus vários segmentos e aprovada no 1º Encontro Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça e Presidentes de Associações, realizado na capital do Estado do Paraná entre os dias 20 e 22 de junho de 1986 (GARCIA, 2008).

Carlos Roberto de Castro Jatahy (2010) sustenta que o art. 127 da Constituição redefiniu o Ministério Público e lhe alterou a essência, numa modificação conceitual e paradigmática nunca antes vista, e assevera que duas mudanças ficam nítidas na leitura do dispositivo: sua nova função institucional, como instituição voltada para a transformação social, e sua posição constitucional diferenciada perante os demais Poderes constituídos do Estado, implicando que não se encontra formalmente integrado ao Executivo, ao Legislativo ou ao Judiciário, porém mantém com eles relações institucionais que possibilitam os freios e contrapesos necessários ao harmônico funcionamento

do sistema.

Gregório Assagra de Almeida (2010), ao seu turno, argumenta que a melhor concepção para explicar o atual posicionamento do Ministério Público é a que o vê deslocado da sociedade política, como órgão estatal repressivo, para a sociedade civil, como legítimo e autêntico defensor da sociedade.

De fato, o hodierno Ministério Público brasileiro é parte do modelo positivado de Estado Democrático de Direito, estruturado pela Constituição sob forma institucional e com independência em relação aos demais Poderes e órgãos estatais, estando vinculado diretamente com a Constituição Federal, com a ordem jurídica que com ela seja compatível e com a sociedade civil e seus superiores interesses (CAMBI; LIMA, 2011; ZUFELATO; LIMA, 2015).

Sobre o seu novo papel, a visão de que o Ministério Público deve atuar como instituição vocacionada à transformação social (JATAHY, 2010) ou agência política, produtora social e fomentadora-efetivadora de políticas públicas (CAMBI, 2009) já se tornou consagrada.

Ou seja, além de buscar o efetivo cumprimento das políticas públicas, o Ministério Público também deve atuar na própria formulação delas (CAMBI, 2009). Nessa importantíssima missão, é chamado a intervir de forma eficaz, tanto no plano legislativo dos direitos fundamentais sociais quanto no plano das instituições que devem assegurar o processo político democrático e a concretização das atividades estatais prestacionais (CHOUKR, 2010).

Assim, o Ministério Público deve ser contemplado como instituição mediadora nos conflitos de interesses sociais (JATAHY, 2010) e verdadeiro canal de comunicação da sociedade, notadamente com o Poder Judiciário (CAMBI, 2009).

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO SUA “PORTA DE

ENTRADA”

A saúde pública começou a ganhar destaque político a partir do momento em que as grandes epidemias marcaram indelevelmente os países, fazendo nascer o conceito de perigo social e exigindo controle sobre as pessoas e as práticas de higiene, com o intuito de evitar aquelas epidemias e a devastação de aldeias, cidades e regiões (SANTOS, 2005).

Essa consciência do coletivo – doença como risco social contagioso que poderia se disseminar sem distinção, independentemente de classes sociais – levou as autoridades a se preocuparem com a política pública de saúde. A participação do Estado na atenção à saúde decorre exatamente da consciência do perigo social e da necessidade de intervenção coletiva (SANTOS, 2005).

Ao longo da História do Brasil, a atenção à saúde adquiriu diversas feições. No Império (1822-1889) e na Primeira República ou República Velha (1889-1930) ela era tida como um favor do Estado à sua população, uma vez que não havia um arcabouço jurídico que pudesse garantir o direito à saúde para todos. O Estado, assim, agia de forma discricionária. A partir da Era Vargas (1930-1945) e até o período da redemocratização, na década de 1980, havia duas formas pelas quais o cidadão poderia usufruir da atenção à saúde: a) sendo um trabalhador com carteira assinada e contribuinte da previdência social; e b) sendo capaz de pagar por um plano privado de saúde (OLIVEIRA, 2015).

A partir da década de 1970, num contexto em que vários segmentos da sociedade brasileira lutavam pelas liberdades democráticas contra o regime militar, o movimento da reforma sanitária empunhou a sua bandeira em defesa da atenção à saúde como um direito de todos e da concepção de que as ações e os serviços de saúde deveriam ser formulados não só pelo Estado, mas em conjunto com a sociedade, que conhece de perto as

instituições de saúde (OLIVEIRA, 2015).

Vinda a lume em 1988 a atual Constituição Federal Brasileira, o direito à saúde foi elevado à categoria de direito subjetivo público de natureza fundamental social, com o reconhecimento de que cada pessoa é detentora dele e de que o Estado (*lato sensu*, entendido como Poder Público) é o seu devedor (SANTOS, 2005). O art. 196 da Constituição textualmente afirma que a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Nessa trilha, um novo sistema de saúde pública nacional foi criado, o Sistema Único de Saúde (SUS), com responsabilidades públicas e uma definição de saúde que não leva em conta apenas o fenômeno puramente biológico, compreendendo ainda as condições sociais, econômicas e ambientais (SANTOS, 2005).

De acordo com expressas disposições constitucionais (arts. 197 e 199), a existência do Sistema Único de Saúde não exclui a possibilidade de prestação de ações e serviços de atenção à saúde pela iniciativa privada, exercida por pessoas naturais ou jurídicas, com ou sem intuito de lucro, e de forma autônoma ou complementar às ações e aos serviços públicos.

As linhas mestras do Sistema Único de Saúde são traçadas no art. 198, *caput*, da Constituição. O dispositivo estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo (inc. I); b) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (inc. II); e c) participação da comunidade (inc. III).

A descentralização do Sistema Único de Saúde significa

que as ações e os serviços públicos de saúde são distribuídos como deveres de todos os entes da Federação, isto é, entre a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, o que se compatibiliza com a divisão constitucional de competências materiais e legislativas desses entes.

A União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal detêm competência material para organizar e executar ações e serviços públicos de atenção à saúde, nos termos dos arts. 23, inc. II, e 30, inc. VII, da Constituição. Também a competência legislativa se reparte entre a União, os Estados e o Distrito Federal, conforme o disposto nos arts. 24, inc. XII, e 32, § 1º, sendo atribuído aos Municípios o poder de suplementar as legislações federal e estadual, no que couber, por força do art. 30, inc. II (SANTOS, 2005).

A distribuição de competências em saúde pública pode ser assim resumida: a) a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal têm competência para cuidar da saúde da população, ou seja, competência para organizar e executar ações e serviços públicos de atenção à saúde; b) a União, os Estados e o Distrito Federal têm competência concorrente para legislar sobre atenção à saúde pública; c) quando a competência legislativa é concorrente, a União legisla sobre normas gerais e os Estados e o Distrito Federal suplementam a legislação federal, legislando exaustivamente a fim de atender às suas peculiaridades; os Estados, tais quais o Distrito Federal, na sua competência suplementar, podem editar normas específicas, mais detalhadas; d) quanto ao Município, a sua competência legislativa no campo da atenção à saúde pública irá se referir sempre aos interesses locais: o Município legisla no interesse local, além de poder suplementar as legislações federal e estadual no tocante à atenção à saúde pública, sempre que o interesse local o exigir (SANTOS, 2005).

Em cada esfera, contudo, deve haver um órgão incumbido da direção do Sistema Único de Saúde. Tratando-se da União, o órgão é o Ministério da Saúde, enquanto que, tratando-

se de Estado, de Município ou do Distrito Federal, o órgão é a respectiva Secretária de Saúde.

Ao seu turno, a diretriz de atendimento integral se refere a aspectos quantitativos e qualitativos das ações e dos serviços de saúde pública, que devem abranger todas as necessidades da pessoa relacionadas ao seu bem-estar. Portanto, não só todos têm direito à atenção à saúde, como esta deve ser prestada de maneira completa, sem exclusões de doenças ou patologias, por dificuldades técnicas ou financeiras do Poder Público (TAVARES, 2014). O atendimento integral deve privilegiar as atividades preventivas, ou seja, aquelas voltadas a evitar as doenças e agravos à saúde e/ou a lhes minorar antecipadamente as possíveis consequências, sem contudo olvidar os serviços assistenciais. Como veremos adiante, a política pública de Atenção Básica é o principal instrumento para se lograr o atendimento integral à saúde.

Finalmente, a diretriz da participação comunitária é efetivada principalmente, conforme o art. 1º da Lei n. 8.142/1990, por intermédio de duas instâncias colegiadas, existentes em cada esfera da Federação: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde (PICORELLI, 2019).

De acordo com o art. 1º, § 1º, a Conferência de Saúde deve se reunir a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde pública e propor as diretrizes para a formulação da política pública de saúde. Ela será convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pela própria Conferência ou pelo Conselho de Saúde (PICORELLI, 2019).

Nos termos do art. 1º, § 2º, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Ele atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (PICORELLI, 2019).

Em complemento às normas constitucionais que delinham o Sistema Único de Saúde, sobreveio a Lei n. 8.080/1990, a qual, basicamente, cuida da organização, da direção e da gestão do Sistema, das competências e atribuições das esferas de governo, do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde e da política de recursos humanos, além dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento das ações e dos serviços de saúde pública.

Dentre as várias políticas públicas específicas que compõem o quadro maior da política de saúde pública brasileira – por exemplo, política de atenção à saúde de gestantes, política de atenção à saúde de idosos, política de atenção à saúde de crianças etc –, destaca-se, por sua enorme importância e sua articulação imediata com as diretrizes estampadas no art. 198, *caput*, da Constituição Federal, a chamada Política Nacional de Atenção Básica à Saúde.

A Atenção Básica é frequentemente referida como a “porta de entrada” dos usuários no sistema público de saúde, sendo responsável pelo atendimento inicial dos cidadãos que buscam os seus serviços. Os objetivos da Atenção Básica são essencialmente os de orientar sobre a prevenção de doenças, executar ações voltadas a solucionar os casos de agravos e patologias dentro de seu nível de complexidade e de direcionar os casos mais graves para níveis de atendimento mais complexos. A Atenção Básica funciona, assim, como um “filtro” apto a organizar o fluxo dos casos que ingressam no Sistema Único de Saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde evoluiu notadamente a partir da experiência do Programa Saúde da Família, lançado pelo Ministério da Saúde em 1994, e foi objeto das Portarias do Ministério da Saúde números 648/2006 e 2.488/2011. Atualmente ela é disciplinada pela Portaria do Ministério da Saúde n. 2.436/2017.

O art. 2º, *caput*, da Portaria do Ministério da Saúde n. 2.436/2017 define a Atenção Básica à Saúde como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipes multiprofissionais e dirigidas à população em território delimitado, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

O § 1º do art. 2º expressamente afirma que a Atenção Básica à Saúde será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Assistência à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede, ao passo que o § 2º preconiza que a Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Em consonância com a sua genealogia, o art. 4º estabelece que a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a expansão e a consolidação da Atenção Básica.

O art. 3º destaca os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica. Os princípios (inc. I) são a universalidade, a equidade e a integralidade e as diretrizes (inc. II) são a regionalização e hierarquização, a territorialização, a população adscrita, o cuidado centrado na pessoa, a resolutividade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, a ordenação da Rede e a participação da comunidade. Esses princípios e diretrizes significam, em brevíssima síntese, que a Atenção Básica deve ter por foco a população localizada em um determinado espaço territorial e providenciar um serviço de atenção à saúde acolhedor, humanizado, articulado, de qualidade e efetivo, além de aberto aos anseios comunitários, que devem encontrar canais

de expressão e ser levados em consideração na formulação e na implementação da política pública.

As responsabilidades dos entes políticos na Atenção Básica são explicitadas nos arts. 7º a 10.

Competem à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal, igualmente, deveres de normatização, fomento, financiamento, oferta de infraestrutura e de logística, planejamento, monitoramento, fiscalização, avaliação, qualificação de profissionais, gestão de informações, estímulo à participação popular e ao controle social e garantia de efetivo e integral atendimento.

Outrossim, conforme se percebe do art. 10, em coerência com as diretrizes de regionalização e hierarquização, territorialização e população adscrita trazidas no art. 3º, inc. II, compete essencialmente aos Municípios e ao Distrito Federal, no exercício de suas competências municipais, organizar, executar e gerenciar as ações e os serviços de Atenção Básica, de forma universal, dentro dos seus territórios, de modo a permitir que ela atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Cabe a tais entes políticos, por exemplo, programar as ações da Atenção Básica a partir de suas bases territoriais, de acordo com as necessidades de saúde identificadas em suas populações, utilizando instrumento de programação nacional vigente; organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção com diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para assegurar a integralidade do cuidado; estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e a coordenação do cuidado; e organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a ações e serviços de saúde fora do nível da Atenção Básica e de acordo

com as necessidades de saúde daquelas pessoas.

Podemos concluir que as tarefas, a participação popular e a prestação social de contas na Atenção Básica à Saúde devem ocorrer principalmente em âmbito local e tomar como critérios as características, as necessidades e os interesses dos membros de uma concreta comunidade. Como consequência, é no respectivo espaço público de debates e com os olhos e ouvidos abertos a tais características, necessidades e interesses das pessoas que deve se formular e implementada a política pública, ou seja, elas devem constituir a base para uma definição democrática de agenda concernente à Atenção Básica, esforço a que se propõe o Programa SUSCOM+ do Ministério Público do Estado do Paraná.

4. O PROGRAMA SUSCOM+ DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ: FORTALECENDO A DEFINIÇÃO DEMOCRÁTICA DE AGENDA CONCERNENTE À ATENÇÃO BÁSICA

A expressão *ciclo da política pública* é utilizada para designar o conjunto de etapas do processo – não necessariamente linear – de elaboração, concretização e avaliação de uma política pública, embora não haja uniformidade entre os teóricos sobre quais são e como se sucedem essas etapas (SECCHI, 2012; RUA, 2014; BAPTISTA; REZENDE, 2015).

Não obstante tais divergências, é certo que há expressiva atenção para a grande importância de uma etapa que se situa no início do ciclo de qualquer política pública e funciona como seu ponto de partida: a definição de agenda (KINGDOM, 2003; JOHN, 2006, 2013; CAPELLA, 2007; SECCHI, 2012; RUA, 2014; BAPTISTA; REZENDE, 2015; SANTOS, 2016).

A agenda é uma relação de problemas ou temas reconhecidos como publicamente relevantes (SECCHI, 2012; BAPTISTA; REZENDE, 2015), ou, em outras palavras, é uma lista

de prioridades inicialmente estabelecidas, às quais uma esfera governamental deve dedicar seus esforços, e entre as quais os atores sociais lutam arduamente para incluir os tópicos de seu interesse (RUA, 2014).

A definição de agenda de política pública resulta de um fluxo pouco sistemático e extremamente competitivo, pelo qual se extraem, dentro do universo de questões que poderiam ocupar as atenções do Poder Público, aquelas que efetivamente recebem tratamento (RUA, 2014).

Percebe-se que a identificação de um problema social como digno de preocupação pública e sua inserção na agenda governamental, em uma perspectiva sistêmica, significa a abertura do sistema de políticas públicas para um determinado estímulo (*input*), que, a partir de então, ingressará no sistema e será processado, embora sem a garantia de um resultado (*output*) que corresponda integralmente às aspirações das pessoas ou grupos que conseguiram dita inclusão.

A definição de agenda de política pública, como é óbvio, ganha ainda mais importância na temática ampla da política pública de atenção à saúde, pois implica a opção por um modo de agir e a destinação dos limitados recursos governamentais materiais e humanos para o atendimento das necessidades eleitas como prioritárias em dada realidade espaço-temporal.

No contexto da Atenção Básica à Saúde, por força de mandamentos constitucionais, legais e regulamentares, como vimos anteriormente, a formulação e a implementação da política pública devem necessariamente se apoiar na participação comunitária. Assegurar esta participação desde o início do ciclo da política, vale dizer, desde a definição da agenda, ademais, confere à política pública resultante uma maior validação democrática.

Com o escopo de fomentar uma participação comunitária mais intensa na construção da Atenção Básica à Saúde nos Municípios do Estado do Paraná, o Ministério Público do Estado do

Paraná (MPPR) (2018), por intermédio de seu Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Proteção à Saúde Pública (CAOPSP), desenvolveu e vem conduzindo uma inovadora experiência: o Programa SUSCOM+.²

O Programa foi lançado no ano de 2017 e, desde que colocado em prática, alcançou oito Municípios do Estado do Paraná – Cerro Azul, Medianeira, Rio Negro, Capanema, Maringá, Tijucas do Sul, Xambrê e Terra Roxa. Nota-se, portanto, que a iniciativa é relativamente recente, porém, como veremos a seguir, já tem revelado interessantes e promissores resultados.

O objetivo geral do Programa, no campo da política pública de Atenção Básica à Saúde, é o de reconhecer, nas localidades em que ele se desenvolver, as predominantes percepções de saúde da população, conjugando-as com a investigação dos indicadores sanitários de maior vulto e a detecção de eventuais vazios assistenciais, daí extraindo consensos majoritários, registrados em documento próprio, que motivarão as intervenções possíveis. O Ministério Público do Estado do Paraná pretende, por meio dele, estimular colaborativamente os setores governamentais e não governamentais à elaboração de estratégias e respostas que possam garantir, tanto quanto possível, os consensos obtidos, sem prejuízo das intervenções jurídicas, inspirando assim um novo marco interinstitucional de diálogo e transformação – caracterizado pelo espírito de cooperação entre todos os participantes – que contemple a participação mais efetiva da comunidade na interlocução com o Sistema Único de Saúde (MPPR, 2018).

Dentre os objetivos específicos esperados do Programa estão os seguintes: a) o levantamento situacional e a visibilidade das condições sanitárias dos Municípios selecionados; b) a identificação de prioridades locais, valorizando a manifestação da

² O acrônimo visivelmente deriva de Sistema Único de Saúde (SUS) com mais (+) participação comunitária (COM). Página virtual oficial do Programa SUSCOM+: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-1053.html>.

comunidade como elemento para a ampliação e melhoria do acesso à atenção à saúde; c) induzir boas práticas sanitárias por parte do Poder Público, bem como o aperfeiçoamento de seu controle social; d) induzir a construção de um discurso coletivo sobre o direito à atenção à saúde no âmbito local; e) o aumento da coesão social em torno do Sistema Único de Saúde (desenvolvimento da noção de “pertencimento”); f) encorajar a construção participativa de soluções locais; g) reduzir os desníveis de informação entre a gestão sanitária e o usuário; h) reduzir as frustrações da comunidade, pela participação na política pública de Atenção Básica à Saúde; i) identificação e consolidação de alianças estratégicas, inclusive regionais, para o propósito do Programa; j) prestigiar as linhas mestras constitucionais do Sistema Único de Saúde, por meio de sua aplicabilidade prática; k) o aprofundamento da integração interfederativa; l) o fortalecimento do acolhimento e da resolutividade da Atenção Básica na percepção do usuário; m) a maior eficácia das referências inter-regionais; n) a criação ou a adequação do funcionamento de Ouvidorias do Sistema Único de Saúde; e o) o fomento à replicação do Programa em outros territórios (MPPR, 2018).

O Programa selecionou inicialmente cinco Municípios-pilotos, localizados em regiões diversas do Paraná, com demografias e aspectos socioeconômicos e sanitários distintos e ocupando estratos variados na última versão disponível do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), de modo a explorar diferentes realidades e estabilizar conceitos, iniciativas, experiências e prazos. Tais Municípios-pilotos foram os de Cerro Azul, Medianeira, Rio Negro, Capanema e Maringá. Nessa fase inicial, pretendia-se obter volume de práticas, resultados e experiências sanitárias que constituíssem um conjunto heterogêneo de realidades e que pudessem favorecer, simplificada, modulada e com maior autonomia, a expansão posterior do Programa para outros territórios (MPPR, 2018).

O IDHM, que segue o mesmo padrão do IDH Global, foi

o critério utilizado para selecionar os primeiros Municípios integrantes do Programa porque, através dele, é possível retratar, com maior profundidade, a realidade e as dificuldades comuns às populações e identificar os desafios gerais do desenvolvimento humano (inclusive aqueles atinentes à saúde). O IDH analisa o desenvolvimento humano estudado a partir de três dimensões: longevidade, educação e renda. Tende, pois, a evidenciar debilidades regionais mais extensas e profundas do que os marcadores de saúde sozinhos possam sugerir (MPPR, 2018).

No que tange à metodologia do Programa, a sua execução se inicia com a pactuação do CAOPSP com a Promotoria de Justiça local, voltada a sintonizar esforços e prazos (MPPR, 2018).

O CAOPSP, então, dá início ao levantamento preliminar de informações e indicadores sanitários sobre o território. Essa apuração é realizada em bases de dados oficiais (Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, dentre outros) e origina um documento denominado Ficha de Situação do Município (FIS). A FIS abrange, dentre outros, dados gerais sobre o Município (índices de desenvolvimento, dados populacionais e de renda, abastecimento e saneamento, despesas), investimento orçamentário próprio em atenção à saúde, participação social (existência do Conselho Municipal de Saúde e respeito à paridade de composição entre a sociedade e a esfera governamental), configuração da rede local e referências, estabelecimentos de saúde, cobertura da Atenção Básica, vacinação e imunização, saúde da criança e da mulher, morbimortalidade geral e saúde mental (MPPR, 2018).

A FIS deve ser complementada com as informações colhidas localmente e depois entregue aos interlocutores e parceiros no Programa (notadamente o Conselho Municipal de Saúde e órgãos estaduais e municipais) e publicizada para acesso a todos os interessados (MPPR, 2018).

Na sequência, realizam-se reuniões de trabalho com

representantes dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário e da sociedade civil organizada, com a finalidade de apresentar o Programa e debater a situação da saúde pública do Município e os encaminhamentos para a realização de audiência pública (MPPR, 2018).

A próxima etapa consiste em ouvir a comunidade em audiência pública aberta à ampla participação dos seus membros, organizados ou não, momento em que os trabalhos serão desenvolvidos com a lógica democrática da liberdade de expressão, voltada para a eleição de prioridades comunitárias na política pública de Atenção Básica à Saúde. A ideia é ouvir os anseios da população interessada, o que se pretende que se torne prática perene e propicie arranjos locais para as soluções desejadas na Atenção Básica à Saúde (MPPR, 2018).

Os problemas identificados e as propostas e cronogramas para a sua superação serão objetos de ata da audiência pública e de termo de compromisso assinado pelas autoridades. Buscar-se-á, ainda, que as obrigações assumidas nesse termo de compromisso sejam inseridas no Plano Municipal de Saúde, de modo a haver mais um reconhecimento formal do Município quanto ao compromisso de executar as ações e os serviços que a população identificou como prioritários (MPPR, 2018).

Além disso, os conteúdos da ata e do termo de compromisso também servirão para embasar as iniciativas jurídicas do Ministério Público relativamente aos problemas constatados (MPPR, 2018).

Após o decurso dos prazos estabelecidos para as atividades estatais orientadas à resolução dos problemas identificados pela população, terá lugar uma segunda audiência pública, devolutiva, com o escopo de prestar contas à comunidade sobre as ações e os serviços efetivamente executados e seus resultados e de avaliá-los. Com as informações expostas e colhidas nessa audiência pública será elaborado um relatório final (MPPR, 2018).

É importante ressaltar que o Programa não almeja

substituir nenhuma das instâncias de gestão ou controle do Sistema Único de Saúde, mas sim valorizá-las e lhes agregar maior legitimidade, e que as iniciativas jurídicas do Ministério Público não eximem a responsabilidade legal dos gestores públicos e outras autoridades, em hipóteses de ilicitudes que, eventualmente, venham a ser descobertas (MPPR, 2018).

Como dito anteriormente, oito Municípios do Estado do Paraná receberam o Programa SUSCOM+ e sete deles concluíram todas as suas fases. Outrossim, o período agudo da pandemia de Covid-19, entre os anos de 2020 e 2021, certamente obstruiu que ele se expandisse a outros Municípios.

Vejam os brevemente as principais características dos sete Municípios que completaram o Programa e os resultados obtidos, conforme as informações extraídas das respectivas FIS e dos documentos referentes às audiências públicas, e em seguida passemos às considerações finais deste artigo.³

O Município de Cerro Azul se situa na região sudeste do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 16.938 habitantes e seu IDHM era 0,573, abaixo da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+ foi realizada em 18 de agosto de 2017 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 325 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os três maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: falta de medicamentos, saúde bucal e saúde da mulher e da criança. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo Poder Público e a maioria escolheu a saúde da mulher e da criança. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a elaborar plano e

³ Disponíveis na página virtual oficial do Programa SUSCOM+: <http://www.saude.mppr.mp.br/pagina-1053.html>. Acesso em: 13 out. 2022.

cronograma de ações voltadas à solução das deficiências e a apresentá-los à Promotoria de Justiça local.

A segunda audiência pública foi realizada em 28 de maio de 2019, novamente contando com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que o plano e o cronograma de ações – tratando especialmente de capacitação de profissionais, conscientização de usuários e disponibilização de serviços de atenção à saúde – foram apresentados e satisfatoriamente cumpridos, considerando-se assim que o Programa SUSCOM+ foi concluído com sucesso no Município de Cerro Azul.

O Município de Medianeira se situa na região oeste do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 41.817 habitantes e seu IDHM era 0,763, acima da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+ foi realizada em 5 de outubro de 2017 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 127 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os dois maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: deficiência do processo de informação na Rede de Atenção à Saúde e mortalidade infantil. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo Poder Público e a maioria escolheu a melhoria do processo de informação na Rede de Atenção à Saúde. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a adotar providências voltadas à melhoria do acesso dos usuários à informação e à orientação na Rede de Atenção Básica à Saúde.

A segunda audiência pública foi realizada em 8 de maio de 2018, novamente contando com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que as providências

assumidas foram satisfatoriamente cumpridas, considerando-se assim que o Programa SUSCOM+ foi concluído com sucesso no Município de Medianeira.

O Município de Rio Negro se situa na região sudeste do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 31.274 habitantes e seu IDHM era 0,760, acima da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+ foi realizada em 24 de fevereiro de 2018 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 206 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os três maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: falta de agentes comunitários de saúde, falta de médico e baixa qualidade de atendimentos prestados. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo Poder Público e a maioria escolheu o aumento do número de agentes comunitários de saúde e a melhoria dos atendimentos prestados por eles. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a elaborar plano de ações voltadas à solução das deficiências e a apresentá-lo à Promotoria de Justiça local.

A segunda audiência pública foi realizada em 11 de julho de 2019, novamente contando com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que o plano de ações – tratando especialmente dos procedimentos e do cronograma para a admissão de agentes comunitários de saúde – foi apresentado e parcialmente cumprido, pois ainda faltavam quatro agentes comunitários de saúde para completar o quadro do Município. Desse modo, estabeleceu-se que a Promotoria de Justiça local deveria continuar acompanhando a questão até a efetiva admissão dos profissionais faltantes e se considerou concluído o

Programa SUSCOM+ no Município de Rio Negro.

O Município de Capanema se situa na região sudoeste do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 18.526 habitantes e seu IDHM era 0,706, pouco abaixo da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+ foi realizada em 28 de março de 2018 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 82 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os três maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: qualidade do atendimento, nos aspectos da falta de capacitação dos profissionais, da deficiência de equipes e da inadequada territorialização, plano de cargos, carreiras e salários dos servidores da atenção à saúde e atenção à saúde mental. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo Poder Público e a maioria escolheu a atenção à saúde mental. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a replantar o Centro de Atenção Psicossocial no Município até o mês de agosto de 2018.

A segunda audiência pública foi realizada em 11 de setembro de 2018, novamente contando com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que a providência assumida foi integralmente cumprida, considerando-se assim que o Programa SUSCOM+ foi concluído com sucesso no Município de Capanema.

O Município de Maringá se situa na região norte do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 357.077 habitantes e seu IDHM era 0,808, acima da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+

foi realizada em 12 de abril de 2018 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 118 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os quatro maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: falta de médicos, qualidade do atendimento, estrutura física e casos de dengue. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo Poder Público e a maioria escolheu a resolução da falta de médicos. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a remediar a falta de médicos e de outros profissionais em equipes da Estratégia Saúde da Família.

A segunda audiência pública foi realizada em 15 de abril de 2019, novamente contando com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que a providência assumida foi integralmente cumprida, considerando-se assim que o Programa SUSCOM+ foi concluído com sucesso no Município de Maringá.

O Município de Tijucas do Sul se situa na região sudeste do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 14.526 habitantes e seu IDHM era 0,716, pouco abaixo da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+ foi realizada em 14 de março de 2019 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 98 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os três maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: falta de médicos, qualidade do atendimento e falta de medicamentos. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo

Poder Público e a maioria escolheu a resolução da falta de médicos. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a remediar a falta de um ginecologista e de médicos em equipes da Estratégia Saúde da Família.

A segunda audiência pública foi realizada em 15 de agosto de 2019, novamente contando com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que a providência assumida foi integralmente cumprida, considerando-se assim que o Programa SUSCOM+ foi concluído com sucesso no Município de Tijucas do Sul.

O Município de Terra Roxa se situa na região oeste do Estado do Paraná. À época dos preparativos da primeira audiência pública, sua população estimada era de 17.439 habitantes e seu IDHM era 0,764, acima da média estadual, que era 0,749.

A primeira audiência pública do Programa SUSCOM+ foi realizada em 5 de junho de 2019 e contou com a presença de representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de 72 membros da comunidade. Dentre os tópicos suscitados nas manifestações dos participantes, identificaram-se os três maiores problemas locais da Atenção Básica à Saúde: qualidade do atendimento, necessidade de funcionamento da farmácia pública em horário estendido ou vinte e quatro horas e falta de atendimentos médicos especializados. Os temas foram submetidos à votação dos participantes para a eleição da prioridade que seria enfrentada pelo Poder Público e a maioria escolheu o funcionamento da farmácia pública em horário estendido ou vinte e quatro horas. As autoridades municipais e estaduais então firmaram o termo de compromisso mediante o qual se obrigaram a viabilizar o horário estendido para o funcionamento da farmácia pública.

A segunda audiência pública foi realizada em 29 de agosto de 2019, novamente contando com a presença de

representantes das esferas governamentais e de entidades da sociedade civil e de membros da comunidade. Verificou-se que a providência assumida foi integralmente cumprida, considerando-se assim que o Programa SUSCOM+ foi concluído com sucesso no Município de Terra Roxa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como podemos notar, o Programa SUSCOM+ realmente foi capaz de proporcionar uma abertura democrática na definição de agenda da política pública de Atenção Básica à Saúde nos Municípios em que se realizou, possibilitando que as concretas aspirações da comunidade fossem efetivamente recepcionadas e respondidas pela esfera governamental competente.

É certo que o número de membros da comunidade que participou das audiências públicas se mostrou ainda bastante tímido, se comparado com o número de habitantes de cada Município. Isso deve necessariamente levar a pensar em incrementar a publicidade do Programa e a melhor estimular a participação da comunidade, mas não lhe elimina os resultados positivos, especialmente se considerarmos que é uma iniciativa relativamente recente e um trabalho ainda em progresso.

De fato, dos sete Municípios que concluíram o Programa, percebe-se que em seis deles a prioridade identificada pelos membros da comunidade participantes foi satisfatoriamente enfrentada e resolvida e que no Município de Rio Negro, único em que não houve o cumprimento integral do ajustado no termo de compromisso, faltou pouco para tanto.

Desse modo, é de se concluir que a estratégia do Programa SUSCOM+ constitui uma experiência válida e digna de ser replicada, não apenas na política pública de atenção à saúde, mas também em outras políticas públicas implementadoras de direitos fundamentais sociais, a fim de garantir maiores abertura democrática e participação popular nos momentos iniciais dos

seus ciclos constitutivos, sem prejuízo do reforço do controle social dos seus resultados.



REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Gregório Assagra de. O Ministério Público no neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. In: C. Chaves; L. B. M. Alves; N. Rosenthal (Coord.). *Temas atuais do Ministério Público: a atuação do “Parquet” nos 20 anos da Constituição Federal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. *Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico*. São Paulo: Saraiva, 2006.
- CAMBI, Eduardo. *Neoconstitucionalismo e neoprocesso judicial: direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.
- CAMBI, Eduardo; LIMA, Thadeu Augimeri de Goes. Compromisso de ajustamento de conduta: um eficaz instrumento à disposição do Ministério Público para a implementação de políticas públicas e à efetivação de direitos fundamentais sociais. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 908, p. 113-141, 2011.
- CANELA JÚNIOR, Osvaldo. *Controle judicial de políticas públicas*. São Paulo: Saraiva, 2011.
- CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: G. Hochman; M. Arretche; E. Marques (Org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

- CHOUKR, Fauzi Hassan. Ministério Público e políticas públicas. In: C. Chaves; L. B. M. Alves; N. Rosenvald (Coord.). *Temas atuais do Ministério Público: a atuação do “Parquet” nos 20 anos da Constituição Federal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- COSTA, Susana Henriques da. Acesso à justiça: promessa ou realidade? Uma análise do litígio sobre creche e pré-escola no município de São Paulo. *Civil Procedure Review*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 36-58, 2016.
- GARCIA, Emerson. *Ministério Público: organização, atribuições e regime jurídico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008.
- GRINOVER, Ada Pellegrini. O controle das políticas públicas pelo Poder Judiciário. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, São Paulo, v. 7, n. 7, p. 9-37.
- GRINOVER, Ada Pellegrini. Caminhos e descaminhos do controle jurisdicional de políticas públicas no Brasil. In: A. P. Grinover; K. Watanabe; S. H. da Costa (Coord.). *O processo para a solução de conflitos de interesse público*. Salvador: Juspodivm, 2017.
- JATAHY, Carlos Roberto de Castro. 20 anos de Constituição: o novo Ministério Público e suas perspectivas no estado democrático de direito. In: C. Chaves; L. B. M. Alves; N. Rosenvald (Coord.). *Temas atuais do Ministério Público: a atuação do “Parquet” nos 20 anos da Constituição Federal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- JOHN, Peter. The Policy Agendas Project: a review. *Journal of European Public Policy*, Londres, v. 13, n. 7, p. 975-986.
- JOHN, Peter. Agendas and instability in American Politics. In: S. Balla; M. Lodge; E. Page (Ed.). *Oxford handbook of the classics of public policy and administration*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- KINGDOM, John. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2.

- ed. New York: Longman, 2003.
- MACHADO, Felipe Rangel de Souza; DAIN, Sulamis. A Audiência Pública da Saúde: questões para a judicialização e para a gestão de saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 4, 1017-1036, 2012.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. *Programa SUSCOM+: participação da comunidade na construção da Atenção Básica*. Curitiba: Autor, 2018.
- OLIVEIRA, Solange de. O direito à saúde na Constituição da República de 1988 e o Sistema Único de Saúde. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*, São Paulo, v. 93, p. 119-134, 2015.
- OLIVEIRA, Vanessa Elias de. Apresentação. In: OLIVEIRA, Vanessa Elias de (Org.). *Judicialização de políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.
- PICORELLI, Luiz Fernando. O papel da participação comunitária no SUS. *Revista de Direito e Medicina*, São Paulo, v. 1, digital, 2019.
- PIOVESAN, Flávia. Justiciabilidade dos direitos sociais e econômicos: desafios e perspectivas. In: J. J. G. Canotilho; M. O. G. Correia; E. P. B. Correia (Org.). *Direitos fundamentais sociais*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.
- SADEK, Maria Teresa. Judiciário e arena pública: um olhar a partir da ciência política. In: A. P. Grinover; K. Watanabe (Coord.). *O controle jurisdicional de políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Gen-Forense, 2013.
- SANTIN, Valter Foletto. Característica de direito ou interesse difuso da segurança pública. *Argumenta*, Jacarezinho, v. 5, p. 208-216, 2005.
- SANTIN, Valter Foletto. *Controle judicial da segurança pública: eficiência do serviço na prevenção e repressão ao crime*. 2. ed. São Paulo: Verbatim, 2013.
- SANTOS, Lenir. Saúde e meio ambiente. Competências. Intersetorialidade. *Revista de Direito do Trabalho*, São Paulo,

- v. 120, p. 135-158, 2005.
- SANTOS, Priscila Ribeiro dos. Inovações participativas, diálogo social e construção de consensos. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 501-511, 2016.
- STRECK, Lenio Luiz; MORAIS, José Luís Bolzan de. *Ciência política e teoria do estado*. 5. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.
- TAVARES, André Ramos. *Curso de direito constitucional*. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.
- WATANABE, Kazuo. Controle jurisdicional das políticas públicas – “mínimo existencial” e demais direitos fundamentais imediatamente judicializáveis. In: A. P. Grinover; K. Watanabe (Coord.). *O controle jurisdicional de políticas públicas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Gen-Forense, 2013.
- ZUFELATO, Camilo; LIMA, Thadeu Augimeri de Goes. O Ministério Público no novo Código de Processo Civil: breve análise sistemática. *Revista Forense*, Rio de Janeiro, v. 421, p. 23-49, 2015.