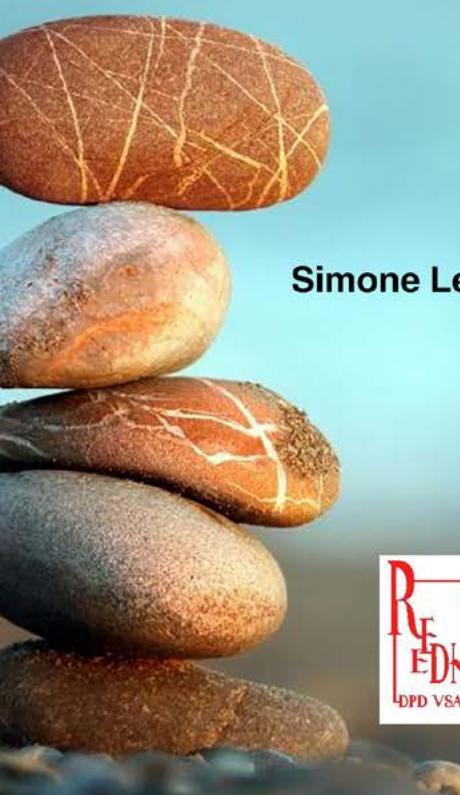


Organización editorial:
María Esther Martínez Quinteiro & Cássius Guimarães Chai

DESAFIOS E AVANÇOS NO DIREITO À SAÚDE: promovendo direitos humanos em tempos de mudança.

VOL. 2



Coordinación:
Patrícia Gorisch &
Simone Leticia Severo e Sousa Dabés Leão

Salamanca - España
2025



**DESAFIOS E AVANÇOS
NO DIREITO À SAÚDE:
promovendo direitos humanos
em tempos de mudança.**

VOL. 2

CULTURA, DIREITO & SOCIEDADE (Research Group/DGP/CNPq/UFMA)

<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/456>

<https://culturadireitosociedade.org/index.php/institucional/>

File available at: www.dialogoscriticos.com

NOSSA MISSÃO: Desenvolver a investigação científica e contribuir para a formação de cidadãos(as) e líderes da sociedade nacional, através do compromisso irrevogável com as Artes, Filosofia, Ciência Política e Ciéncia do Direito em sua inseparável imanénciam social, numa abordagem transdisciplinar com todo o conhecimento, com a prática e com a transformação de mentalidades no alcance dos objetivos republicanos contidos no art. 3º, da Constituição Federal Brasileira de 1988:

- I – Construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II – Garantir o desenvolvimento nacional;
- III – Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV – Promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

NOSSOS VALORES: Integridade; Resiliência; Respeito às diferenças.

NOSSA VISÃO: O papel da Universidade reside na compreensão, em primeiro lugar, das necessidades socioeconômicas e políticas de seu entorno e, considerando seu contexto, promovendo e provocando uma intervenção consciente, plural, cientificamente orientada na realidade, capaz de fortalecer a dignidade da pessoa humana, de forma sustentável, ética e inclusiva. Assim, o Grupo de Pesquisa (Estudos) Cultura, Direito e Sociedade atua como agente institucional dirigindo suas ações de estudos, investigações sociológicas e propostas afirmativas visando contribuir para a redução das desigualdades regionais, promovendo o respeito pela diversidade

cultural e o fortalecimento da identidade constitucional republicana e democrática, reconciliando ações de ensino, pesquisa e engajamento comunitário entre a academia, a visão global e a sociedade local. E, ainda, criar e manter as condições que permitam que seus integrantes experimentem uma jornada educacional que seja intelectualmente, social e pessoalmente transformadora.

NOSSOS OBJETIVOS: Geral: Pesquisar no âmbito da área de Cultura, Direito e Sociedade questões sociais relacionadas com as linhas de investigação, visando contribuir para o processo histórico de reflexão, discussão e propostas políticas adaptadas às necessidades da sociedade local, transferindo conhecimento cientificamente sistematizado, permitindo a sua aplicação nos processos discursivos de formação e estabelecimento de prioridades para a governança democrática.

Específicos: Treinar, através de uma abordagem metodológica à investigação, pesquisadores iniciados na investigação científica, treinando-os na língua, procedimento e sistematização da atividade de investigação. Desenvolver projetos relacionados às linhas de pesquisa; Disseminar os relatórios de pesquisa de forma sistemática, permitindo um processo de reflexão com os fóruns de debates e a formação de opinião pública local; Estabelecer uma rede de informação com outros setores, centros, grupos e ou centros de pesquisa que reflitam objetivos semelhantes.

Quadro Teórico: Teorias Críticas e Deliberativas no Direito; Criminologia Crítica; Teoria Discursiva do Direito no viés Procedimentalista e Fenomenológico; Geopolítica e Direitos Humanos.

LINHAS DE PESQUISA

Direito Internacional dos Direitos Humanos e Sistemas Regionais de Justiça | Estado, Direito e Controle Social
Geopolítica, Institucionais e Desenvolvimento | Hermenêutica e Jurisdição Constitucional
Mediação e Processo – acesso à Justiça e gestão de conflitos | Políticas Públicas: Direitos Humanos vs. Serviços Públicos

MARCA

Diálogos Críticos: Cultura, Direito e Sociedade

CONSELHO CIENTÍFICO

Cássius Guimarães Chai – Brasil, presidente
Alberto Manuel Poletti Adorno - Paraguai
Alex Pires Sandes - Brasil/Portugal
Alexandre de Castro Coura - Brasil
Amanda Cristina de Aquino Costa - Brasil
Ana Teresa Silva de Freitas - Brasil
Fabio Marcelli - Itália
Heinz-Dietrich Steinmeyer - Alemanha
Joana Bessa Topa - Portugal
José Cláudio Pavão Santana - Brasil

José Manuel Peixoto Caldas - Portugal
Manuellieta Hermes Rosa Oliveira Filha - Brasil
Maria da Glória Costa Gonçalves de Sousa Aquino - Brasil
Maria do Socorro Almeida de Sousa - Brasil
María Esther Martínez Quinteiro - Espanha
Maria Francesca Staiano - Argentina
Mariana Lucena Sousa Santos - Brasil
Pedro Garrido Rodríguez - Espanha
Sérgio Neira-Peña - Chile
Vyacheslav Sevalnev - Rússia

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca da Procuradoria Geral de Justiça do Estado do Maranhão)

Desafios e avanços no direito à saúde : promovendo direitos humanos em tempos de mudança. [livro eletrônico] / organização editorial, Maria Esther Martínez Quinteiro, Cássius Guimarães Chai; coordenação, Patrícia Gorisch, Sinome Letícia Severo e Sousa Dabés Leão. – Salamanca: Grupo de Pesquisa Cultura, Direito e Sociedade (DGP/CNPq/UFMA), 2025.

PDF; 180 p. ; v. 2

ISBN 978-65-01-13513-7

1. Direitos fundamentais. 2. Direito à saúde. 3. Direitos sociais. I. Quinteiro, María Esther Martínez. II. Chai, Cássius Guimarães. III. Gorisch, Patrícia. IV. Leão, Sinome Letícia Severo e Sousa Dabés. V. Título.

CDU 342.7



Índices para catálogo sistemático: 1. Brasil: Direito à saúde: Direitos fundamentais sociais : Direito constitucional 342.7(81)

OS TEXTOS SÃO DE INTEIRA
RESPONSABILIDADE
DE CADA AUTOR(A)
POR SEU CONTEÚDO,
REVISÃO E ESTRUTURA DE
APRESENTAÇÃO.



Versão digital publicada em 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.53658/gpcds978-65-01-13513-7saudeddhhusalvol2>

Organización editorial:
María Esther Martínez Quinteiro & Cássius Guimarães Chai

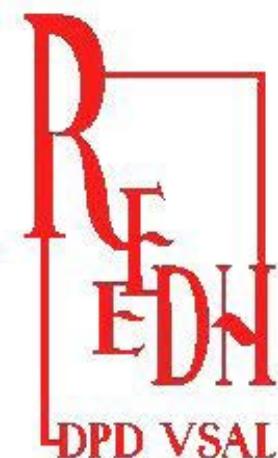
Coordinación:
Patrícia Gorisch & Simone Leticia Severo e Sousa Dabés Leão

DESAFIOS E AVANÇOS NO DIREITO À SAÚDE: promovendo direitos humanos em tempos de mudança.

VOL. 2



Salamanca - España
2025



**ESTE LIBRO COLECTIVO, FORMA
PARTE DE LA COLECCIÓN DE
MONOGRAFÍAS PUBLICADAS
EN EL MARCO DE LA “RED DE
ESPECIALISTAS EN DERECHOS
HUMANOS DOCTORES Y
POSTDOCTORES FORMADOS POR
LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA”
(REDHDP/USAL).**

NOTA DE LOS EDITORES

Con gran satisfacción académica y compromiso institucional presentamos esta obra colectiva que se inscribe en la trayectoria de la Red de Especialistas en Derechos Humanos, Doctores y Postdoctores formados por la Universidad de Salamanca (REDHDP/USAL). La publicación de esta colección de estudios representa no solo un hito en la consolidación de un diálogo internacional sobre el derecho a la salud, sino también un aporte decisivo a la articulación entre teoría y práctica jurídica en un campo donde los derechos fundamentales se encuentran en constante tensión frente a las transformaciones sociales y políticas contemporáneas.

El volumen que se ofrece al lector constituye un espacio de convergencia de miradas plurales y críticas, elaborado por investigadores y profesionales de diversas latitudes que comparten la convicción de que el derecho a la salud no puede ser entendido de manera aislada, sino en interrelación con los sistemas de justicia, la igualdad de acceso y la gobernanza democrática. La fuerza de la obra radica precisamente en esa pluralidad, que permite reconocer los desafíos comunes y las respuestas diferenciadas que los ordenamientos jurídicos ensayan ante contextos de desigualdad estructural, migraciones, emergencias sanitarias y avances tecnológicos.

La colección se erige así como fuente de información y consulta indispensable para quienes se dedican al estudio y a la práctica del derecho, así como para quienes buscan comprender cómo la salud se configura como un derecho fundamental en permanente construcción. En este sentido, se refuerza el papel de la investigación académica como herramienta de transformación social, capaz de orientar políticas públicas, iluminar debates jurisdiccionales y ofrecer fundamentos normativos que respondan con eficacia a las necesidades humanas más urgentes.

La REDHDP/USAL confirma con esta publicación su papel central como plataforma de investigación transnacional que favorece la circulación del conocimiento y la construcción de una comunidad académica crítica, comprometida y solidaria. Su labor en la promoción de redes de cooperación y en la formación de investigadores se refleja en cada página de este volumen, que conjuga rigor metodológico, densidad analítica y sensibilidad ética.

En suma, esta obra se ofrece al lector como un testimonio de la capacidad transformadora de la investigación colectiva y como un puente

entre la reflexión teórica y la acción práctica, reafirmando el compromiso de la red de investigadores con la defensa de la dignidad humana y la consolidación del derecho a la salud como pilar de una sociedad más justa e inclusiva.

María Esther Martínez Quinteiro y Cássius Guimarães Chai

PREFÁCIO

Fui muito honrada com a incumbência de prefaciar um livro especial a pedido da Dra. Patrícia Gorisch e da Dra. Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão, com a participação de notáveis especialistas e estudiosos no Direito à Saúde, considerando as mudanças e avanços que hoje vivenciamos e as repercussões humanitárias decorrentes.

A saúde é o bem mais preciso do ser humano, pois sem ela qualquer de nossos sonhos e realizações se tornam marcas efêmeras de um tempo pouco desfrutado. Evidente que cada um de nós é responsável por se manter com saúde, tomando as precauções que estão à disposição, face à notável e dinâmica evolução dos mecanismos, que a ciência põe a nossa disposição.

Verdade que os serviços de saúde têm se ampliado, com o implemento de novos conhecimento e tecnologias, padecendo, no entanto, de grande desigualdade na oferta dos serviços em relação à população menos favorecida. Assim, como não dizer que somos privilegiados, quando podemos lançar mão da tecnologia e do conhecimento que, infelizmente, apesar de todas as facilidades, não são acessíveis aos menos favorecidos?

Como não considerar que muitos indivíduos, por padecerem de moléstias semelhantes, necessitam do mesmo insumo, do mesmo medicamento ou do atendimento, e apenas por fazerem parte da população economicamente vulnerável e não terem acesso à rede de saúde, não tem como receber, sequer atendimento.

A tônica maior da obra, é exatamente pensar em soluções para problemas presentes, que afetam a população mundial menos favorecida, com vista a melhorar as questões relativas à saúde populacional, seja através de parcerias público-privadas, com a implementação das políticas necessárias, seja através do reconhecimento de direitos, que possam resgatar a parcela mais sofrida da humanidade, permitindo que possa viver com dignidade.

Certo que, todo sistema de saúde, de qualquer país, é complexo, comportando grande diversidade na esfera pública e privada, levando-se em consideração o número exponencialmente crescente não só de usuários, vinculados ao sistema, mas, principalmente, o número de necessitados que precisam de ser atendidos, ainda que não sejam albergados pelos regramentos que permeiam as instituições de saúde, na busca, inclusive, de soluções que envolvam ajudas humanitárias.

Entre os autores, em ordem alfabética, compõem a lista de doutrinadores, Carlos Eduardo Cancherini em conjunto com Célio Marcos Lopes Machado e Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão; Carol de Oliveira Abud em parceria com Patrícia Gorisch e Luciano Pereira de Souza, Luiz Henrique Borges Varella; Paula Campos Victório, Patrícia Gorisch; Renata Salgado Leme; Rafael Vinícius Normandia Cruz; e Sandra Fonseca, sob a coordenação de ilustres profissionais e doutrinadores, Dra. Patrícia Gorish e Simone Letícia Severo e Souza Dabés Leão.

Permito, uma análise de cada um dos artigos que compõe a obra.

Início com a abordagem relativa aos migrantes, que estão em dois artigos diferenciados: O primeiro, sob o prisma da questão relativa à saúde mental, vez que vivenciam, principalmente, nos campos de refugiados, a violação do direito de terem uma vida digna, que repercute inexoravelmente em distúrbios comportamentais, que precisam de ser enfrentados através de políticas coerentes e permanentes, para que à esta parcela da população mundial possa se garantir uma vida, onde não só a saúde física, mas, também, a saúde mental seja prioridade.

O segundo artigo enfatiza o deslocamento migratório dos denominados refugiados ambientais, que escapam de condições ambientais nefastas, e não são alvo de nenhum resguardo legal internacional, impedindo-os, por falta de políticas públicas internacionais, de ter acesso a rede de proteção e as facilidades de saúde, o que aliado a precariedade das condições de reassentamento, implica na manifestação de problemas físicos e mentais, que os impede de reconstruir suas vidas. A abordagem traz a necessidade da conscientização da questão, inclusive, sob o aspecto preponderante da saúde, alertando que o deslocamento desta população, para áreas urbanas sobrecarrega a infraestrutura, implicando em precariedade do sistema, com impactos ambientais também severos.

Em dois artigos emblemáticos, a obra trata da parceria público-privada, na concessão do direito à saúde, solução reconhecidamente salutar para o enfrentamento das mazelas que assolam o sistema, principalmente no Brasil, onde a Constituição de 1988 universalizou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir de então, o Estado então passou a ser responsável, através do implemento de medidas positivas, para a concretização deste direito, lembrando os autores o crescimento exponencial da população, em contrapartida à finitude dos recursos públicos. É certo, que o aumento populacional e o envelhecimento da população são consequências dos cuidados com a saúde, adoecemos, mas

hoje já não morremos mais tão cedo, o que, em um país como o Brasil, marcado pela desigualdade, pelo acesso precário ao atendimento médico, faz necessário uma solução que permita que o setor público possa se beneficiar do capital, eficiência e inovações do setor privado, para que a prestação dos serviços de saúde possa ser mais eficaz.

Os doutrinadores enfrentam a questão sob o prisma de um novo modelo de contratação alternativo, menos burocrático, que permite que os projetos voltados à saúde sejam as prioridades, podendo ser adotados seja o modelo inglês de transferência ou o modelo português-espanhol que, além de tudo, também transfere os serviços assistenciais.

Ainda, enfrenta-se a questão relativa à tutela de evidência no direito brasileiro, como conquista inerente aos direitos do cidadão, principalmente, no pertinente à saúde, como instrumento processual para agilização do acesso a procedimentos médicos.

No Brasil, a judicialização na saúde é uma realidade, mercê da pouca estrutura sistêmica posta a disposição e, são utilizados os instrumentos processuais no qual o autor, deu especial destaque a tutela de evidência, que permite e promove o mandamento constitucional da duração razoável do processo , com a prestação jurisdicional mais efetiva, impedindo que os pacientes-usuários do sistema, sofram danos que possam significar prejuízos irrecuperáveis.

Também a obra aborda, tema importante relativo aos direitos fundamentais da mulher no cenário brasileiro, demonstrando a construção de uma identidade social e a evolução do direito da proteção integral, com foco nos avanços legislativos que, contudo, ainda não trouxeram a repercussão esperada, permanecendo a mulher estigmatizada, principalmente, no que diz respeito as peculiaridades de sua saúde.

Como *gran finale*, temos um artigo que trata de questão ambiental das mais tormentosas, envolvendo os microplásticos, partículas diminutas, que já se acham disseminadas nos ecossistemas marinhos e terrestres, com pouca atenção mundial, considerando as repercussões nefastas que causam a saúde. As articulistas demonstraram a falta de compromisso quanto a regulação da questão no pertinente a saúde pública, em confronto com estudos que comprovam a repercussão sobre a inflamação, disfunção hormonal e efeitos cancerígenos dos microplásticos que estão carregados de contaminação química, como pesticidas e metais pesados. Afirmando a necessidade de serem adotadas medidas regulatórias mais res-

tritivas, aliadas a estratégias preventivas para limitar a exposição humana ao material e seus agregados; através de iniciativas internacionais, com balizamento de índices de concentração permitidos em alimentos, água potável e mesmo o ar, o que poderia permitir um maior controle da questão mundialmente, concluindo que a contaminação por microplásticos é uma questão global e que requer uma atenção imediata.

Assim, me permiti mostrar, ainda que brevemente, o comprometimento da obra, com os aspectos essenciais que permeiam a questão relativa à saúde, não só no Brasil, como em outros países, tratando-se de um fenômeno mundial, que precisa, como alertado, ser enfrentado adequadamente.

Ao fim e ao cabo, cabe-me aplaudir aqueles que se debruçam sobre questões tão relevantes, buscando soluções e indicando caminhos. Vivemos em um mundo conturbado, com exigências e parâmetros que multiplicam a cada dia e poucos são aqueles que se dedicam e se preocupam com as questões humanitárias! A estes, como no caso, o nosso sincero agradecimento.



Teresa Cristina da Cunha Peixoto

Desembargadora atuante na 8^a Câmara Cível Especializada
do Tribunal de Justiça de Minas Gerais/TJMG

APRESENTAÇÃO

É com elevado apreço acadêmico e profundo senso de responsabilidade social que apresentamos ao público leitor o segundo volume da obra coletiva Desafios e Avanços no Direito à Saúde: promovendo direitos humanos em tempos de mudança. Esta coletânea é fruto das reflexões e contribuições apresentadas durante o Congresso Internacional de Direitos Humanos promovido pelo Programa de Pós-Doutorado da Universidad de Salamanca, na Espanha, e reúne textos de pesquisadores e pesquisadoras comprometidos com a promoção de uma perspectiva crítica, propositiva e interdisciplinar no campo do Direito à Saúde, em consonância com os fundamentos dos direitos humanos e da justiça social.

Enquanto coordenadoras desta obra, Patrícia Gorisch e Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão, reafirmamos nosso compromisso com a produção e difusão do conhecimento jurídico comprometido com a transformação da realidade social, especialmente no que tange à proteção da saúde como direito fundamental universal. A presente publicação constitui-se em um espaço de diálogo entre distintas áreas do saber jurídico e das ciências sociais e da saúde, que se entrecruzam para enfrentar os múltiplos desafios que afetam o pleno exercício desse direito em tempos de profundas transformações políticas, ambientais e institucionais.

O volume se inicia com o capítulo da desembargadora Sandra Fonseca, intitulado “*Novos desafios para a implementação do direito à saúde mental dos migrantes*”, que examina de forma minuciosa os efeitos do deslocamento forçado, das doenças tropicais e das condições precárias de vida nos campos de refugiados sobre a saúde mental das populações migrantes. A autora ressalta a necessidade de políticas públicas que superem a invisibilidade dessas pessoas, propondo uma atuação mais eficaz e humanizada dos Estados e dos organismos internacionais.

Em seguida, Dr. Rafael Vinícius Normandia Cruz apresenta o capítulo “*A importância das parcerias público-privadas no Direito da Saúde Contemporâneo*,” no qual analisa criticamente os modelos de cooperação entre os setores público e privado na gestão da saúde, especialmente no contexto brasileiro. O autor destaca a relevância dessas parcerias como instrumentos para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, sem, contudo, desconsiderar os riscos à universalidade e à equidade que podem decorrer de sua implementação desregulada.

O professor Luiz Henrique Borges Varella contribui com o capítulo “*Tutela de evidência no Direito à Saúde*”, abordando a relevância desse instituto processual como ferramenta de efetivação célere dos direitos fundamentais à vida e à saúde, sobretudo em contextos nos quais a urgência da situação clínica do paciente impõe ao Poder Judiciário uma resposta célere e eficaz.

No capítulo subsequente, de autoria de Carlos Eduardo Cancherini, Célio Marcos Lopes Machado e Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão, intitulado “*As parcerias público-privadas como instrumento garantidor do direito à saúde*” aprofunda-se a discussão sobre a viabilidade jurídica e política das PPPs no setor da saúde, com especial atenção às experiências internacionais, notadamente as de Portugal e da Espanha. Os autores propõem a construção de um modelo brasileiro que concilie inovação, eficiência administrativa e rigor no cumprimento dos princípios constitucionais da saúde pública.

A professora Renata Salgado Leme apresenta o capítulo “*A evolução dos direitos civis, econômicos e sociais das mulheres e os desafios da realidade brasileira*”, no qual analisa, a partir de uma perspectiva crítica e interseccional, a persistência das desigualdades estruturais de gênero na efetivação do direito à saúde. A autora destaca os impactos do machismo institucional e das omissões estatais na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras.

No capítulo “*Microplásticos: impactos na saúde humana e a urgência de uma regulação eficaz*”, assinado por Paula Carpes Victório e Patrícia Gorisch, são discutidos os riscos à saúde humana decorrentes da presença crescente de microplásticos no meio ambiente e nos alimentos. As autoras defendem a urgência de uma regulação internacional robusta e eficaz, ancorada no princípio da precaução, capaz de prevenir danos de larga escala e de proteger as futuras gerações.

O capítulo de Carol de Oliveira Abud, Patrícia Gorisch e Luciano Pereira de Souza, intitulado “*Caracterização social da saúde dos refugiados ambientais: determinação, determinados e determinantes*”, oferece uma reflexão inovadora sobre os impactos da crise climática na saúde das populações deslocadas. O texto propõe uma reconceituação jurídica da figura do refugiado, a fim de incorporar os chamados “refugiados ambientais” ao escopo de proteção do direito internacional, evidenciando os vínculos entre justiça ambiental, justiça social e direito à saúde.

A presente obra não se limita à identificação das múltiplas crises que permeiam o campo da saúde pública contemporânea. Ao contrário, propõe alternativas, aponta caminhos e reforça a necessidade de construção de políticas públicas pautadas na solidariedade, na equidade e na proteção dos mais vulneráveis. Mais do que um conjunto de capítulos, este livro constitui-se em um esforço coletivo de resistência e reinvenção dos fundamentos democráticos do Direito à Saúde.

Patrícia Gorisch e Simone Letícia S. e S. Dabés Leão

SUMÁRIO

NOTA DE LOS EDITORES	6
PREFÁCIO	8
APRESENTAÇÃO	12
NOVOS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL DOS MIGRANTES: TRANSTORNOS CAUSADOS POR DOENÇAS TROPICAIS E A SITUAÇÃO DOS CAMPOS DE REFUGIADOS	19



Sandra Fonseca.....	19
Desembargadora do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, Brasil. Possui graduação em Direito pela Universidade Católica de Santos. Especialista em Direito Constitucional pelo Instituto para o Desenvolvimento Democrático em parceria com a Universidade de Coimbra (2012). Professora de Direito Público pela Faculdade de Direito da Universidade Católica de Minas Gerais-PUCMINAS (2013). Doutora em Direitos Humanos pela Universidade de Palermo- ITÁLIA (2017). Pós-doutora em Direitos Sociais pela Universidade de Salamanca-Espanha (2021).	

E-mail: sasfonseca@terra.com.br

CV: <http://lattes.cnpq.br/9965078729113623>

A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO DIREITO DA SAÚDE CONTEMPORÂNEO	34
---	----



Rafael Vinicius Normandia Cruz.....	34
Advogado. Pós-Graduado em Direito Tributário com ênfase em Magistério Superior pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Pós-Graduado em Direito Processual Civil pela UNIDERP. Foi Vice-Presidente da OAB Patos de Minas no triênio 2016-2018. Foi Conselheiro Estadual da OAB de Minas Gerais no triênio 2019/2021.	

E-mail: rafaelnormandia@terra.com.br

CV: <http://lattes.cnpq.br/1793681217309355>

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-8051-6331>

**TUTELA DE EVIDÊNCIA NO DIREITO DA SAÚDE:
UM ESTUDO SOBRE A SUBUTILIZAÇÃO
E O POTENCIAL TRANSFORMADOR DA TUTELA
DE EVIDÊNCIA NO DIREITO DA SAÚDE61**

Luiz Henrique Borges Varella.....61



Professor Universitário e Advogado. Mestre em Direito Públíco pela Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduado em Direito Médico, Direito Civil, Direito Processual Civil e Direito Empresarial.
E-mail: luizhbv@gmail.com
CV: <http://lattes.cnpq.br/1167670124721979>
Orcid: <https://orcid.or/0009-0001-4424-0618>

**AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS COMO
INSTRUMENTO GARANTIDOR DO DIREITO À SAÚDE81**

Carlos Eduardo Cancherini.....81



Advogado. Pós-graduado em Direito Públíco pelo IEC-Pucminas. Pós-graduado em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra, Portugal. Mestrando em Direito das Relações Econômicas e Sociais pela Faculdade Milton Campos.
E-mail: cec@piolicancherini.com.br
CV: <http://lattes.cnpq.br/0561900566701129>

Célio Marcos Lopes Machado81

Advogado e economista. Mestre em Administração Pública com Gestão Econômica pela Fundação João Pinheiro. Professor associado à Fundação Dom Cabral (FDC). Doutor em Direito pela PUCMINAS.

E-mail: celio@machadomendes.com
CV: <http://lattes.cnpq.br/9665087486268753>

Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão81



Advogada e Professora universitária. Pós-doutora em Direitos Humanos pela Universidad de Salamanca. Doutora em Direito Públíco (PUCMinas/Belo Horizonte). Mestre em Direito das relações econômico-empresariais (Unifran/ São Paulo). Membro da Diretoria do Colegiado de Gestores em Saúde de Minas Gerais – Cogesmig.
E-mail: simoneleticia77@gmail.com
CV: <http://lattes.cnpq.br/1383455179109141>

**A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS CIVIS, ECONÔMICOS
E SOCIAIS DAS MULHERES E OS DESAFIOS
IMPOSTOS PELA REALIDADE BRASILEIRA.107**

Renata Salgado Leme.....107



Advogada. Mestra e Doutora em Direito na Universidade de São Paulo. Doutorado em Direito Reconhecido pela Direção-Geral do Ensino Superior - DGES de Portugal. Professora titular da Universidade Santa Cecília - UNISANTA, na Graduação da Faculdade de Direito e Relações Internacionais e no Mestrado de Direito da Saúde Dimensões Individuais e Coletivas. Membro do IASP - Instituto dos Advogados de SP. Membro da Comissão de Direito da Saúde da OAB Santos. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Transdisciplinaridade e Direitos Humanos - CNPQ.
Email: renataleme@aasp.org.br
CV: <http://lattes.cnpq.br/9305934870432423>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2298-9975>

**MICROPLÁSTICOS: IMPACTOS EN LA SALUD HUMANA
Y LA URGENCIA DE UNA REGULACIÓN EFICAZ.....128**

Paula Carpes Victório128



Farmacêutica e bioquímica com Habilitação em Análises Clínicas e Mestrado em Toxicologia e Análises Toxicológicas pela Universidade de São Paulo; Advogada; Professora do curso de Medicina na Universidade do Oeste Paulista/Guarujá/SP; Sócia no escritório de advocacia Patricia Gorisch e Paula Carpes Victório; Perita Judicial no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e Perita Farmacêutica da Receita Federal do Brasil
Email: paulacarpes@periciafarmaceutica.com.br
CV: <http://lattes.cnpq.br/5320025764271127>
<https://orcid.org/0009-0000-8686-7139>

Patricia Gorisch128



Advogada. Pós Doutora em Direitos Humanos pela Universidad de Salamanca. Pós Doutora em Direito da Saúde pela Università degli Studi di Messina, Itália. Doutora e Mestre em Direito Internacional. Coordenadora do Observatório dos Direitos do Migrante da Unisanta. Presidente da Comissão Nacional dos Direitos dos Refugiados do IBDFAM.
Email: patricia@patriciagorisch.adv.br
CV: <https://lattes.cnpq.br/6889818850592542>

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DOS REFUGIADOS AMBIENTAIS: DETERMINAÇÃO, DETERMINADOS E DETERMINANTES156

Carol de Oliveira Abud156



Doutoranda em Ciência e Tecnologia Ambiental e Mestra em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília, bolsista CAPES; MBA em Gestão pela Fundação Getúlio Vargas; pesquisadora nos Grupos de Pesquisa CNPq/Unisanta “Núcleo de Pesquisa de Saúde em Migração e Emergências Humanitárias” e “Direitos humanos, desenvolvimento sustentável e tutela jurídica”.

E-mail:abudcarol@hotmail.com

CV:<http://lattes.cnpq.br/9170795342559002>

Patricia Gorisch156



Advogada. Pós Doutora em Direitos Humanos pela Universidad de Salamanca. Pós Doutora em Direito da Saúde pela Università degli Studi di Messina, Itália. Doutora e Mestre em Direito Internacional. Coordenadora do Observatório dos Direitos do Migrante da Unisanta. Presidente da Comissão Nacional dos Direitos dos Refugiados do IBDFAM.

Email: patricia@patriciagorisch.adv.br

CV: <https://lattes.cnpq.br/6889818850592542>

Luciano Pereira de Souza156



Bacharelado e Licenciatura Plena em Ciências Biológicas (USP, 1989) e Bacharelado em Direito (USP, 1994), Mestre em Direito (USP, 2000). Doutor em Direito Ambiental Internacional (Unisantos, 2017). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Professor visitante da Escola Superior da Advocacia em Santos. Coordenador da Faculdade

de Direito da Universidade Santa Cecília (UNISANTA)

E-mail:proflucianosouza@unisanta.br

CV:<http://lattes.cnpq.br/4540280104164070>

NOVOS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE MENTAL DOS MIGRANTES: TRANSTORNOS CAUSADOS POR DOENÇAS TROPICAIS E A SITUAÇÃO DOS CAMPOS DE REFUGIADOS

***NEW CHALLENGES FOR IMPLEMENTING THE
RIGHT TO MENTAL HEALTH FOR MIGRANTS:
DISORDERS CAUSED BY TROPICAL DISEASES
AND THE SITUATION IN REFUGEE CAMPS***

Sandra Fonseca¹

Resumo: Pretende-se, com o presente artigo, expor os desafios para a implementação do direito à saúde mental dos migrantes, especialmente em contextos de migração forçada, como refugiados e deslocados. No início do século surgiram problemas regionais e de ordem mundial, que causaram novas migrações, advindo a necessidade de atendimento para a proteção dos direitos humanos do migrante. A situação dos migrantes que se encontram nos campos de refugiados, evidencia a falta de assistência e, por vezes, a violação dos direitos humanos. O direito humano ao gozo do padrão mais elevado de saúde, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social, é citado no Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Nessa linha, a OMS apoia políticas que ofereçam atendimento de saúde adequado para migrantes e refugiados, independentemente de sua situação legal ou documentação. No entanto, os migrantes enfrentam desafios específicos para acessar serviços de saúde, como a exigência de documentação, a falta de conhecimento sobre seus direitos, barreiras linguísticas e medos de

¹ Pós-Doutora em Direitos Sociais pela Universidade de Salamanca. Doutora em Direitos Humanos pela Universidade de Palermo. Especialista em Direito Constitucional pelo Instituto Democrático Brasileiro em parceria com a Universidade de Coimbra. Mestre em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas. Desembargadora do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. E-mail: sasfonseca@terra.com.br.

detenção ou deportação. Os deslocamentos forçados em contextos de guerra também levam a abrigos temporários em campos ou à integração em populações anfitriãs, de forma que a superlotação e a falta de vacinação nesses locais podem levar a surtos de doenças preveníveis por vacinas, como o sarampo. As mudanças nas condições de vida, como abrigo e acesso a alimentos, alteram comportamentos, levando potencialmente à má nutrição, distúrbios do sono e aumento do uso de substâncias nocivas, exacerbando problemas de saúde mental. Enfrentar esses desafios requer uma abordagem abrangente que integre intervenções de saúde, sociais e econômicas para apoiar a realização do direito humano à saúde para refugiados. Garantir que os sistemas de saúde em campos de refugiados sejam capazes de abordar as necessidades de saúde imediatas e de longo prazo e garantir a vida e a saúde da população deslocada.

Palavras-chave: Migração – Direitos Humanos - Direito à saúde mental dos Migrantes –Doenças Tropicais – Vacinas e Medicamentos –Previsibilidade - Campo de Refugiados –Violação de Direitos.

Abstract: The aim of this article is to present the challenges in implementing the right to mental health care for migrants, particularly in contexts of forced migration, such as refugees and displaced persons. At the beginning of the century, regional and global issues emerged, causing new migrations and the subsequent need for care to protect the human rights of migrants. The situation of migrants in refugee camps highlights the lack of assistance and, at times, the violation of human rights. The human right to enjoy the highest attainable standard of health, without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition, is mentioned in the Preamble of the Constitution of the World Health Organization (WHO). In this regard, WHO supports policies that provide adequate healthcare for migrants and refugees, regardless of their legal status or documentation. However, migrants face specific challenges in accessing healthcare services, such as the requirement for documentation, a lack of knowledge about their rights, language barriers, and fears of detention or deportation. Forced displacement in war contexts also leads to temporary shelters in camps or integration into host populations, where overcrowding and lack of vaccination in these areas can lead to outbreaks of vaccine-preventable diseases, such as measles. Changes in living conditions, such as shelter and access to food, alter behaviors, potentially leading to malnutrition, sleep disorders, and increased use of harmful substances, exacerbating mental health problems. Addressing these challenges requires a comprehensive approach that integrates health, social, and econom-

ic interventions to support the realization of the human right to health for refugees. Ensuring that healthcare systems in refugee camps are capable of addressing both immediate and long-term health needs, and safeguarding the life and health of the displaced population, is critical.

Keywords: Migration – Human Rights – Right to Mental Health of Migrants – Tropical Diseases – Vaccines and Medicines – Predictability – Refugee Camp – Human Rights Violations.

1 INTRODUÇÃO

A migração tem levantado preocupações sobre a saúde da população que se movimenta pelo mundo, fugindo das guerras, conflitos ou condições adversas de sobrevivência. A saúde dos refugiados e migrantes ainda é marginalizada, sendo essa população frequentemente negligenciada na implementação de políticas públicas de saúde. (MATLIN, 2018, p. 55)

O direito humano ao gozo do padrão mais elevado de saúde, sem distinção de raça, religião, crença política, condição econômica ou social, é citado no Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS)². Nessa linha, a OMS apoia políticas que ofereçam atendimento de saúde adequado para migrantes e refugiados, independentemente de seu *status* legal, visando a proteger tanto a saúde das comunidades migrantes quanto das populações anfitriãs, conforme resolução da Sétima Reunião do Comitê Consultivo Europeu da OMS sobre Pesquisa em Saúde³. Isso se alinha com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), particularmente a meta de “não deixar ninguém para trás”, que exige políticas inclusivas e baseadas em evidências para garantir cuidados de saúde para migrantes e refugiados. (MATLIN, 2018, p. 55)

2 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Constitution of the World Health Organization*, Nova Iorque, 22 de julho de 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 set. 2024.

3 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *European Advisory Committee on Health Research, Seventh Meeting, Copenhagen, Denmark, 6–7 April 2016*. Copenhague: Organização das Nações Unidas, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365706/WHO-EURO-2016-6331-46097-66678-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2024.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CDESC), no Comentário Geral nº 14, de 2000, afirma que os Estados têm a obrigação de garantir que todas as pessoas, incluindo refugiados e migrantes, tenham acesso igualitário a serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos, independentemente de sua situação legal ou documentação⁴. No entanto, os migrantes enfrentam desafios específicos para acessar serviços de saúde, como a exigência de documentação, a falta de conhecimento sobre seus direitos, barreiras linguísticas e medos de detenção ou deportação⁵.

Não obstante esse panorama normativo internacional, as questões de saúde não foram explicitamente priorizadas no Pacto Global sobre Migração, adotado em 2018⁶. Ainda, apesar do crescimento exponencial da migração, não houve desenvolvimento suficiente de políticas públicas coordenadas abordando as implicações de saúde para refugiados e migrantes. A formulação de políticas sobre migração geralmente ocorre em setores isolados (por exemplo, ajuda internacional, segurança, imigração), muitas vezes excluindo o setor de saúde. (MATLIN, 2018, p. 55) Isso ressalta a necessidade de uma abordagem que garanta o acesso universal à assistência médica e aborde as vulnerabilidades específicas de refugiados e migrantes, incluindo aqueles em campos de refugiados⁷.

Nesse contexto, a proliferação de doenças tropicais entre populações de refugiados reflete questões mais amplas na política de saúde pública, que muitas vezes não atende adequadamente às necessidades de saúde dos refugiados. Como a incidência desse tipo de enfermida-

4 COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **General Comment No. 14:** the right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant). Genebra: Organização das Nações Unidas, 2000. Disponível em: <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2000/en/36991>. Acesso em: 14 set. 2024.

5 COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Duties of States towards refugees and migrants under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.** Genebra: Organização das Nações Unidas, 2017. Disponível em: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPlF1vfPMJbFePxX56jVyNBwivepPdlEe4%2BUb4qsdJhuBDpCR-SOwCXPjZ7VN7SXN0oRoXkZhCuB9Z73iyU35LZveUjX0d7u>. Acesso em: 14 set. 2024.

6 ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Global Compact for Migration.** Genebra, 2018. Disponível em: <https://www.iom.int/global-compact-migration>. Acesso em: 14 set. 2024.

7 *Ibid*

des pode levar a repercussões para a saúde cognitiva e mental, sobre tudo das crianças, é necessário compreender a extensão desse desafio na aferição das obrigações estatais em matéria de direitos humanos. Além disso, o agravamento dessas enfermidades em razão das mudanças climáticas e de fatores de ordem ambiental e ecológica sobreleva a necessidade de discussão da matéria como forma de efetivação dos direitos humanos. Do mesmo modo, o acesso dos migrantes a direitos e serviços é impactado em campos de refugiados, incluindo a assistência em matéria de saúde mental⁸.

Este trabalho irá explorar alguns dos principais desafios para a efetivação prática do direito à saúde mental, nomeadamente o enfrentamento de doenças tropicais e as problemáticas decorrentes, e o acesso à saúde em campos de refugiados. Conforme se pretende demonstrar, o enfrentamento desses desafios requer um esforço concentrado para integrar os cuidados de saúde às políticas humanitárias e de migração, garantindo que os refugiados recebam os cuidados de que precisam de uma maneira que respeite e cumpra seus direitos humanos.

2 DOENÇAS TROPICAIS ENTRE AS POPULAÇÕES DE REFUGIADOS

2.1 Doenças infecciosas

Um estudo veiculado no periódico britânico *Public Health Reviews* em 2017, apurou, a partir de pesquisas sobre doenças infecciosas em refugiados e requerentes de asilo publicadas entre 2010 e 2016, a alta prevalência de doenças infecciosas entre refugiados e requerentes de asilo, com ênfase em condições como tuberculose latente, hepatite B, sífilis e clamídia. A malária e outras doenças infecciosas também representam riscos devido às condições precárias de vida e à falta de vacinação adequada, especialmente entre crianças. Esse cenário ressalta a necessidade de políticas de triagem de saúde

⁸ Ibid

precoce, vacinação adequada e acesso gratuito ao diagnóstico e tratamento são cruciais⁹.

Apesar disso, o mesmo estudo aponta que pouco mais de metade dos países da União Europeia têm orientações nacionais ou subnacionais para a triagem de migrantes recém-chegados. O programa de rastreio mais comum foi direcionado para o rastreio da tuberculose e apenas um terço dos países da UE rastreou outras doenças infeciosas, como a hepatite, o HIV ou as doenças evitáveis de vacinas. Para abordar essas lacunas, extrai-se a importância de desenvolver clínicas especializadas para refugiados e formar profissionais de saúde para atender às necessidades específicas dessa população¹⁰.

2.2 Doenças tropicais

Outra investigação, conduzida entre agosto de 2019 e dezembro de 2020 por pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde, Migração e Pobreza e do Hospital IRCCS Sacro Cuore Don Calabria em centros de recepção para refugiados africanos na região de Lazio, Itália, identificou uma elevada prevalência de doenças tropicais negligenciadas, como a estrongiloidíase e a esquistossomose, entre refugiados africanos na Itália, com destaque para indivíduos de países da África Ocidental. Isso reflete a importância de políticas públicas específicas de saúde para refugiados, dado que muitos deles desconhecem essas doenças e enfrentam barreiras no acesso a tratamentos. Custos elevados para medicamentos essenciais para o tratamento dessas doenças, como a ivermectina e o praziquantel, agravam o problema, assim como a insuficiência da abordagem diagnóstica com métodos tradicionais, pelo que se recomenda o uso de exames mais sensíveis, como testes serológicos¹¹.

9 EISET, Andreas Halgreen; WEJSE, Christian. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers: current status and going forward. **Public Health Reviews**, v. 38, p. 1-16, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40985-017-0065-4>. Acesso em: 14 set. 2024.

10 *Ibid*

11 MARRONE, R. et al. Screening for neglected tropical diseases and other infections in African refugees and asylum seekers in Rome and Lazio region, Italy. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 56, p. 102649, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893923001096>. Acesso em: 14 set. 2024.

2.2.1 Recorte de gênero

Especificamente quanto a refugiadas, uma pesquisa conduzida por médicos da *Baylor College of Medicine*, em Houston, nos EUA, apurou que doenças tropicais, como esquistossomose, infecções por helmintos e leishmaniose, afetam desproporcionalmente mulheres e meninas em campos de refugiados devido a condições de vida inadequadas, falta de água potável e saneamento básico, além da ausência de programas de erradicação de doenças, especialmente em mulheres que realizam atividades como lavar roupas e buscar água, em contato direto com fontes contaminadas. A presença de tais doença entre esse grupo evidencia a necessidade urgente de políticas públicas voltadas como programas de desparasitação, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, além de reforçar os serviços de saúde sexual e reprodutiva¹².

Referido estudo enfatiza que, embora exista um processo de triagem médica pré-reinstalação em países terceiros, não há procedimentos obrigatórios nos Estados Unidos para a detecção de doenças tropicais em refugiados, o que deixa essas populações vulneráveis. É que, após o reassentamento, muitos refugiados continuam a enfrentar desafios no acesso à saúde. Outro ponto relevante é o desconhecimento dos profissionais de saúde nos países de destino sobre doenças tropicais, o que pode resultar em diagnósticos tardios e na perpetuação de problemas graves, como infertilidade e estigmatização. Disso decorre a necessidade de se aumentar a vigilância das doenças tropicais em campos de refugiados, com foco em clínicas de saúde para mulheres; implementar programas de erradicação de tais enfermidades em campos de refugiados; melhorar o acesso à saúde pós-reassentamento, garantindo que o cuidado seja culturalmente adequado e focado em gênero, com o envolvimento de especialistas em saúde feminina; e educar os profissionais de saúde nas áreas de reassentamento sobre doenças tropicais, para que reconheçam, diagnostiquem e tratem essas enfermidades adequadamente¹³.

¹² DUFFEY, Megan M. et al. The impact of neglected tropical diseases on women and girl refugees: a call for increased awareness and strategic intervention. *Frontiers in Tropical Diseases*, v. 3, 1095174, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/tropical-diseases/articles/10.3389/ftd.2022.1095174/full>. Acesso em: 14 set. 2024.

¹³ *Ibid*

2.3 Transtornos de neurodesenvolvimento causados ou agravados por doenças tropicais

Estudos como o conduzido por pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará sugerem uma relação entre infecções parasitárias, como a causada pelo *Toxoplasma gondii*, e o desenvolvimento de distúrbios neuropsiquiátricos, incluindo o Transtorno do Espectro Autista, o que destaca a importância de controlar fatores inflamatórios relacionados a essas infecções, incluindo o acesso a controle pré-natal e o manejo das citocinas pró-inflamatórias em comunidades marginalizadas, como acesso a água limpa, saneamento e educação sobre higiene, bem como a necessidade de se desenvolver pesquisas focadas em como essas infecções afetam a saúde mental e o desenvolvimento neurológico das crianças¹⁴.

2.4 Risco à saúde dos migrantes no Brasil em razão das doenças tropicais

No Brasil, os migrantes são expostos a um maior risco de contrair malária, especialmente nas regiões da Amazônia Legal, inclusive em virtude da intensificação das atividades de desenvolvimento e mudanças ambientais nas últimas décadas. A migração em massa para essas áreas aumentou a disseminação da malária, com picos de até 600.000 casos anuais. Embora tenha havido uma redução nas formas mais graves da doença, graças a esforços de controle e descentralização do diagnóstico e tratamento, os migrantes, especialmente aqueles em áreas remotas da Amazônia, continuam vulneráveis¹⁵.

Além disso, ressalta-se o aumento do risco à saúde dos migran-

14 TEIXEIRA, Amanda Colaço Morais; BACHUR, Tatiana Paschoalette Rodrigues. A influência da toxoplasmose congênita na gênese do Transtorno do Espectro Autista. **Doenças infecciosas e parasitárias no contexto brasileiro**, v. II, p. 42-57. Disponível em: <https://ampliaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Doencas-Infecciosas-v2.pdf#page=43>. Acesso em: 14 set. 2024.

15 COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Initial reports submitted by States parties under Articles 16 and 17 of the Covenant**: Brazil. Genebra: Organização das Nações Unidas, 2001. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2F1990%2F5%2FAdd.53&Lang=en. Acesso em: 14 set. 2024.

tes no Brasil devido à leishmaniose visceral, uma doença de origem florestal que está se expandindo para áreas urbanas. Essa expansão ocorre por conta do desmatamento, que diminui o número de animais que servem de alimento para os mosquitos vetores, forçando-os a se alimentar de cães e seres humanos. Além disso, as ondas de migração para as periferias das grandes cidades contribuem para a disseminação da doença. O aumento dos casos desde os anos 1980 reflete essa mudança, com surtos ocorrendo regularmente, especialmente em cidades como Belo Horizonte e Fortaleza¹⁶. Essas condições ressaltam a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde dos migrantes em regiões endêmicas de doenças tropicais.

3 AS CONDIÇÕES NOS CAMPOS DE REFUGIADOS

Os conflitos armados representam riscos significativos ao direito humano à saúde de refugiados. Esses conflitos exacerbam a pobreza por meio de danos à propriedade, deslocamento e perda de emprego; perturbam as estruturas familiares e comunitárias, afetando vários aspectos da vida desses indivíduos, incluindo a educação e a dinâmica familiar, o que pode ainda fazer com que crianças sejam forçadas a trabalhar para sustentar suas famílias, afetando ainda mais sua saúde e perspectivas futuras; danificam infraestruturas essenciais como estradas e transporte, dificultando o acesso das pessoas à assistência médica; e podem resultar no aumento da violência civil, incluindo homicídios, violência doméstica e a atuação de organizações criminosas, levando as pessoas a se envolverem em atividades ilegais para sobreviver¹⁷.

Os deslocamentos forçados em contextos de guerra também levam a abrigos temporários em campos ou à integração em populações anfitriãs, o que pode sobrestrar ainda mais os recursos já limitados. Os danos à infraestrutura de água e saneamento em áreas

¹⁶ *Ibid*

¹⁷ GARRY, Sylvia; CHECCHI, Francesco. Armed conflict and public health: into the 21st century. **Journal of Public Health**, v. 42, n. 3, p. 287-298, 2020. Disponível em: <https://cectresourcelibrary.info/wp-content/uploads/2021/07/Armed-Conflict-and-Public-Health-2019.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

rurais levam os indivíduos deslocados para áreas urbanas, agravando a escassez de abrigos. Da mesma forma, a superlotação e a falta de vacinação nesses locais podem levar a surtos de doenças preveníveis por vacinas, como o sarampo, pois a redução da imunidade de rebanho e o aumento da transmissão de doenças se tornam preocupações significativas¹⁸.

As mudanças nas condições de vida, como abrigo e acesso a alimentos, alteram comportamentos, levando potencialmente à má nutrição, distúrbios do sono e aumento do uso de substâncias nocivas, exacerbando problemas de saúde mental. Ainda, em cenários de deslocamento, particularmente em acampamentos, mulheres e crianças correm maior risco de exploração sexual¹⁹.

Como a infraestrutura dos sistemas de saúde é danificada pelos conflitos, afetando hospitais, lojas de medicamentos, laboratórios e serviços públicos como eletricidade e água, os quais, inclusive, costumam ser saqueados, essa destruição afeta a disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde²⁰.

A saúde neonatal é particularmente afetada em áreas de conflitos armados, em que se verifica maiores taxas de morbidade e mortalidade neonatal, incluindo baixo peso ao nascer e natimortos. Os fatores que contribuem para isso incluem nutrição materna prejudicada, maior estresse materno, acesso reduzido à assistência médica e menores taxas de amamentação. Muitos desses problemas de saúde neonatal podem ser abordados com práticas de cuidados básicos, como suporte alimentar, educação parental, higiene e acesso a antibióticos. No entanto, o conflito interrompe a prestação desses serviços essenciais²¹.

A saúde mental das crianças também é gravemente afetada, sobretudo quando expostas à guerra e ao deslocamento forçado. Estudos indicam uma alta prevalência de transtornos mentais entre crianças afetadas pela guerra, incluindo transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade²². O impacto psicológico do conflito se estende

18 *Ibid*

19 *Ibid*

20 *Ibid*

21 *Ibid*

22 BÜRGIN, David *et al.* Impact of war and forced displacement on children's mental health: multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. **European child & adolescent**

além do período inicial de reassentamento, com problemas de saúde mental persistindo ao longo do tempo. Nos casos em que o deslocamento forçado leva à separação dos pais, isso contribui para o estresse e o trauma prolongados²³.

Esses fatores têm consequências de longo prazo e podem se estender por décadas. Por exemplo, a desnutrição durante a gravidez pode levar à morte intrauterina, problemas crônicos de saúde por hipóxia no parto e riscos aumentados de doenças não transmissíveis na idade adulta. Crianças em zonas de conflito podem sofrer de nanismo devido à desnutrição crônica, o que afeta seu bem-estar mental e desenvolvimento neurológico, com implicações de longo prazo para sua produtividade e contribuição social. No aspecto macroeconômico, os conflitos podem atrasar a recuperação econômica, com países de baixa renda experimentando um crescimento mais lento após o conflito. Ainda, os conflitos causam danos ambientais significativos, incluindo poluição por explosivos, armas químicas e desmatamento, que levam a problemas de saúde como defeitos congênitos, doenças respiratórias e aumento de doenças transmitidas por vetores, devido à interrupção de ecossistemas²⁴.

Enfrentar esses desafios requer uma abordagem abrangente que integre intervenções de saúde, sociais e econômicas para apoiar a realização do direito humano à saúde para refugiados. Garantir que os sistemas de saúde em campos de refugiados sejam capazes de abordar as necessidades de saúde imediatas e de longo prazo é crucial para proteger e promover o bem-estar das populações deslocadas.

4 CONCLUSÃO

Os desafios enfrentados pelos refugiados no que diz respeito à incidência de doenças tropicais e saúde mental, bem como às condições dos campos de refugiados, sobreleva a necessidade de políticas

psychiatry, v. 31, n. 6, p. 845-853, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-022-01974-z.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

²³ *Ibid*

²⁴ GARRY; CHECCHI, *op. cit.*

públicas por parte dos Estados com atenção às doenças mentais, à visita dos desafios particulares que esse grupo enfrenta. A alta prevalência de doenças tropicais entre populações de refugiados destaca lacunas significativas nos sistemas de saúde atuais, incluindo a falta de serviços adequados de triagem, diagnóstico e tratamento, o que pode, inclusive, levar a transtornos cognitivos e mentais. A questão da saúde mental é agravada pela prevalência de condições de saúde mental em campos de refugiados, exacerbadas por traumas pré e pós-migração que os refugiados e migrantes podem sofrer, em razão, inclusive, da exposição à violência, conflito e condições adversas. Esses fatores contribuem para um aumento no risco de transtorno de estresse pós-traumático e outras condições de saúde mental, como ansiedade e depressão. (MATLIN, 2018, p. 55)

Para abordar esses desafios complexos e garantir o direito humano à saúde, é necessária uma perspectiva sistêmica, com abordagens flexíveis para a prestação de serviços de saúde que se adaptem ao processo de recebimento e acolhimento de migrantes e conjuguem serviços especializados e tradicionais. Constata-se, assim, a necessidade de políticas coerentes e baseadas em evidências, que integrem ou abordem as necessidades de saúde dos migrantes de forma eficaz, ao mesmo tempo em que consideram suas experiências diversas e as complexidades na prestação de serviços de saúde. (MATLIN, 2018, p. 55)

Além disso, conforme enfatizado pelo CDESC no Comentário Geral nº 14, para evitar que essas barreiras impeçam o acesso à saúde, os Estados devem assegurar que não haja ligação entre o sistema de saúde e as autoridades de imigração e que as informações sobre os direitos e serviços de saúde sejam fornecidas nas línguas compreendidas pelos migrantes²⁵.

Ao adotar essas medidas, os Estados podem garantir melhor que o direito humano à saúde seja mantido para todos os refugiados, contribuindo para respostas mais eficazes às suas necessidades de saúde.

25 COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 2017, *op. cit.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÜRGIN, David *et al.* Impact of war and forced displacement on children's mental health: multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. **European child & adolescent psychiatry**, v. 31, n. 6, p. 845-853, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00787-022-01974-z.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

COMITÊ DOS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Duties of States towards refugees and migrants under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**. Genebra: Organização das Nações Unidas, 2017. Disponível em: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPlF1vfPMJbFePxX56jVyNBwivepPdlEe4%2BUb4qsdJhuBDpCRSOwCXPjZ7VN7SXN0oRoXkZhCuB9Z73iyU35LZveUjX0d7u>. Acesso em: 14 set. 2024.

_____. **General Comment No. 14:** the right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant). Genebra: Organização das Nações Unidas, 2000. Disponível em: <https://www.refworld.org/legal/general/cescr/2000/en/36991>. Acesso em: 14 set. 2024.

_____. **Initial reports submitted by States parties under Articles 16 and 17 of the Covenant:** Brazil. Genebra: Organização das Nações Unidas, 2001. Disponível em: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2F1990%2F5%2FAdd.53&Lang=en. Acesso em: 14 set. 2024.

DUFFEY, Megan M. et al. The impact of neglected tropical diseases on women and girl refugees: a call for increased awareness and strategic intervention. **Frontiers in Tropical Diseases**, v. 3, 1095174, 2022. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/tropical-diseases/articles/10.3389/fitd.2022.1095174/full>. Acesso em: 14 set. 2024.

EISET, Andreas Halgreen; WEJSE, Christian. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers: current status and going forward. **Public Health Reviews**, v. 38, p. 1-16, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40985-017-0065-4>. Acesso em: 14 set. 2024.

GARRY, Sylvia; CHECCHI, Francesco. Armed conflict and public health: into the 21st century. **Journal of Public Health**, v. 42, n. 3, p. 287-298, 2020. Disponível em: <https://cectresourcelibrary.info/wp-content/uploads/2021/07/Armed-Conflict-and-Public-Health-2019.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

MARRONE, R. *et al.* Screening for neglected tropical diseases and other infections in African refugees and asylum seekers in Rome and Lazio region, Italy. **Travel Medicine and Infectious Disease**, v. 56, p. 102649, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477893923001096>. Acesso em: 14 set. 2024.

MATLIN, Stephen A. *et al.* Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. **Public Health Reviews**, v. 39, p. 1-55, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s40985-018-0104-9.pdf>. Acesso em: 14 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Constitution of the World Health Organization**, Nova Iorque, 22 de julho de 1946. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES. **Global Compact for Migration**. Genebra, 2018. Disponível em: <https://www.iom.int/global-compact-migration>. Acesso em: 14 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **European Advisory Committee on Health Research, Seventh Meeting, Copenhagen, Denmark, 6–7 April 2016**. Copenhague: Organização das Nações

Unidas, 2016. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365706/WHO-EURO-2016-6331-46097-66678-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 set. 2024.

TEIXEIRA, Amanda Colaço Morais; BACHUR, Tatiana Paschoalette Rodrigues. A influência da toxoplasmose congênita na gênese do Transtorno do Espectro Autista. **Doenças infecciosas e parasitárias no contexto brasileiro**, v. II, p. 42-57. Disponível em: <https://amplaeitora.com.br/books/2021/04/eBook-Doencas-Infecciosas-v2.pdf#page=43>. Acesso em: 14 set. 2024.

A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS PÚBLICO- PRIVADAS NO DIREITO DA SAÚDE CONTEMPORÂNEO

THE IMPORTANCE OF PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY HEALTH LAW

Rafael Vinicius Normandia Cruz²⁶

Resumo: As Parcerias Público-Privadas (PPPs) têm sido adotadas como uma estratégia para enfrentar as limitações de recursos e gestão no setor de saúde. Este artigo analisa a natureza jurídica das PPPs e como elas podem contribuir para a concretização do direito à saúde no Brasil, destacando tanto os benefícios quanto os desafios de sua implementação.

Palavras-chave: Parcerias Público-Privadas, Sistema Único de Saúde, gestão de saúde, direito à saúde, regulamentação.

Abstract: Public-Private Partnerships (PPPs) have been utilized as a strategy to overcome resource and management limitations in the health sector. This paper examines the legal nature of PPPs and how they can contribute to the realization of health rights in Brazil, highlighting both the benefits and challenges of their implementation.

Keywords: Public-Private Partnerships, Unified Health System, health management, health rights, regulation.

²⁶ Advogado. Graduado pela Faculdade de Direito do Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM). Pós-Graduado em Direito Tributário com ênfase em Magistério Superior pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Pós-Graduado em Direito Processual Civil pela UNIDERP. e-mail: rafaelnormandia@terra.com.br

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal do Brasil como um direito fundamental e inalienável, sendo do Estado, a responsabilidade de garantir seu acesso universal e igualitário. No entanto, a implementação prática deste direito enfrenta desafios significativos, incluindo a limitação de recursos e questões de gestão.

Diante desse cenário, as parcerias público-privadas (PPPs) emergem como uma estratégia legal e administrativa para ampliar a infraestrutura e a eficiência dos serviços de saúde.

O presente estudo tem como foco a análise da natureza jurídica das PPPs e sua função como mecanismo para a concretização do direito à saúde no Brasil. A pesquisa, assim, investiga as bases legais que fundamentam as PPPs, abordando tanto a legislação específica que rege essas parcerias quanto os dispositivos constitucionais relativos à saúde. O estudo propõe-se a examinar como as PPPs, enquanto modelo híbrido de colaboração entre o setor público e o privado, podem se alinhar aos princípios do direito administrativo e constitucional para superar os obstáculos operacionais e financeiros do sistema de saúde.

Assim, pretende-se analisar as implicações legais das PPPs na oferta do serviço público de saúde, destacando os benefícios e as controvérsias que acompanham sua implementação. Além disso, será dada atenção especial aos desafios jurídicos enfrentados na configuração dessas parcerias, incluindo questões de transparência, eficácia contratual e responsabilidade fiscal.

O objetivo é fornecer uma perspectiva crítica sobre o papel das PPPs na saúde pública, avaliando se e até mesmo como tal mecanismo podem contribuir efetivamente para o cumprimento da obrigação constitucionalmente assumida pelo Estado, buscando-se oferecer contribuições significativas para o debate acerca da (in)viabilidade das PPPs, enquanto instrumento jurídico e administrativo na melhoria do sistema de saúde brasileiro, proporcionando uma base sólida para decisões políticas e administrativas informadas.

2 O DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE NO BRASIL

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 é preciso ao garantir que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]. De modo subsequente, o constituinte originário se prestou em positivar, no artigo 197, que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...]”.

Essa previsão legal não apenas incorpora a saúde como um direito humano essencial, instruindo, também, o Estado a garantir esse direito através de políticas sociais e econômicas que busquem a redução de riscos de doenças e outros agravos, além de promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

A consagração constitucional do direito à saúde representa uma resposta direta às desigualdades históricas no acesso a serviços de saúde de qualidade e reflete um compromisso ético e social do Estado para com a dignidade da pessoa humana.

Este compromisso está intrinsecamente ligado ao princípio da universalidade, sendo que, com a redemocratização e a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que veio trazendo expressamente o direito à saúde como uma garantia, o legislador infraconstitucional, atendendo às nuances da época, veio a editar a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, sendo o marco de criação do Sistema Único de Saúde.

O SUS, então, foi criado com o objetivo de eliminar as barreiras ao acesso e garantir que todos os cidadãos, independentemente de sua condição socioeconômica, possam usufruir de serviços de saúde de qualidade sem qualquer custo no ponto de uso. Tal marco é fundamental no contexto histórico brasileiro, onde disparidades econômicas e sociais significativas sempre trouxeram óbices ao acesso equitativo dos serviços de saúde.

A garantia do direito à saúde pela Constituição vai além da mera prestação de serviços médicos; ela engloba uma ampla gama de prevenções e intervenções sociais que visam a promoção da saúde e o bem-estar geral.

Inclusive, o *caput* do artigo 4º da Lei Federal nº 8.080/90, denominada de Lei Orgânica da Saúde, conceitua o SUS e suas respectivas atribuições, ao prever que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

No dispositivo seguinte, estão discriminados os objetivos do SUS, vejamos:

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Portanto, a legislação brasileira reconhece que a saúde é um direito interdependente que requer a colaboração de várias esferas da atuação estatal, bem como de setores da sociedade para ser efetivamente garantido.

O §1º do dispositivo, o qual o inciso II do artigo 5º faz alusão, prevê, basicamente, que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças, assegurando um acesso universal e igualitário às ações e aos serviços promovidos.

Decerto, o legislador não mediou esforços em criar uma obrigação legal ao Estado, atribuindo-o quase que exclusivamente o dever de ofertar uma saúde universal e satisfatória. Não somente em relação à saúde, o surgimento de direitos sociais, consequentemente concebidos como fundamentais, se deram através de expressa previsão constitucional.

Sarlet e Figueiredo (2007, p. 174), apontam uma ótica dos direitos sociais sob a égide da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, vejamos:

[...] o Poder Constituinte de 1988 acabou por reconhecer um conjunto heterogêneo e abrangente de direitos (fundamentais) sociais, o que, sem que se deixe de admitir a existência de diversos problemas ligados a uma precária técnica legislativa e sofrível sistematização (que, de resto, não constituem uma particularidade do texto constitucional) acaba por gerar consequências relevantes para a compreensão do que são, afinal de contas, os direitos sociais como direitos fundamentais.

Observa-se, de imediato, que pela posição jurídica dos direitos sociais no ordenamento constitucional, enquanto expressamente reconhecidos, há uma evidente necessidade de uma prestação positiva pelo Estado, este que é elencado como garantidor de tais direitos, como anteriormente enfrentado acerca do direito à saúde.

Contudo, apesar da robusta previsão legal e dos esforços contínuos para sua implementação, a concretização do direito à saúde enfrenta numerosos desafios práticos. A falta de recursos financeiros suficientes, a gestão ineficaz, a corrupção, as desigualdades regionais na distribuição de recursos de saúde e a crescente judicialização desse direito são algumas das principais barreiras que ainda persistem.

A judicialização, em particular, tem emergido como uma resposta popular às deficiências do sistema, onde os cidadãos buscam na justiça a garantia de acesso a tratamentos e medicamentos muitas vezes não disponibilizados pelo SUS.

Barroso (2012, p. 31) afirma que “a judicialização decorre do modelo de Constituição da República analítica e do sistema de controle de constitucionalidade abrangente adotados no Brasil, que permitem que discussões de largo alcance político e moral sejam trazidas sob a forma de ações judiciais”, bem como que “a judicialização não decorre da vontade do Judiciário, mas sim do constituinte”.

Esse contexto evidencia a complexidade de uma plena concretização do direito à saúde no Brasil e destaca a necessidade de uma gestão mais eficiente e de reformas estruturais que possam fortalecer o sistema de saúde pública.

O dever do estado em propiciar um cenário de efetivo desenvolvimento humano, enquanto sujeito inserido em um contexto social, como também, em questões essencialmente políticas, é ainda mais profundo.

Não se pode olvidar, ainda, que o Poder Constituinte zelará em positivar tais garantias, que tem por objetivo conferir ao cidadão tais condições mínimas de dignidade, sendo certo que, a existência de deveres e direitos dotados de força constitucional têm, com ainda maior facilidade, natureza de exigibilidade.

Isto porque, qualquer espécie de omissão ou ilegalidade cometida pelo Poder Público em detrimento desses direitos, elencados pelo próprio texto constitucional como fundamentais, especialmente aqueles mínimos à dignidade humana, contradiz a sua própria razão de ser.

Barroso (2009, p. 6) por bem assevera que direitos contemplados pela própria Constituição da República, inclusive aqueles de caráter social, são imediatamente exigíveis por via das ações constitucionais e infraconstitucionais cabíveis, conferindo ao Poder Judiciário função importante na concretização e efetivação daquele mesmo direito invocado, especialmente se ferido o mínimo existencial humano.

Contudo, como alternativa de intervenção de igual imediatez face à tais problemas, as parcerias público-privadas surgem como oportunidades para superar essas barreiras, mobilizando recursos do setor privado para a oferta do serviço de saúde pública.

No entanto, elas devem ser cuidadosamente reguladas e fiscalizadas para assegurar uma contribuição positiva para o objetivo de oferta de saúde universal, não comprometendo os princípios de equidade e universalidade do SUS.

3 AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS: CONCEITO E NATUREZA JURÍDICA

As parcerias público-privadas são instrumentos de colaboração entre o setor público e o privado, estabelecidos com o objetivo de realizar projetos ou ofertar serviços de interesse público com eficiência e qualidade aprimoradas, em razão dos problemas já abordados acima.

O conceito de parceria público-privada engloba mais do que simples contratos de terceirização ou concessões tradicionais; ele se refere a uma cooperação de longo prazo, na qual os riscos e benefícios são compartilhados entre os parceiros público e privado.

Juridicamente, as PPPs no Brasil são regidas pela Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, que estabelece um marco regulatório específico para sua implementação. No próprio artigo 1º, dispõe que a instituição de normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, delegando a execução de obras ou serviços públicos a empresas privadas que assumem a responsabilidade de gerenciar essas iniciativas, bem como de financiá-las, recebendo em contrapartida uma remuneração vinculada.

Pelas lições de Marinela (2017, p. 634):

A Parceria Público-Privada é acordo firmado entre a Administração Pública e a pessoa do setor privado, com objetivo de implantação ou gestão de serviços públicos, com eventual execução de obras ou fornecimento de bens, mediante financiamento do contratado, contraprestação pecuniária do Poder Público e compartilhamento dos riscos e dos ganhos entre os pactuantes. Trata-se de uma espécie de concessão de serviço público, denominada concessão especial.

Como bem assevera Meirelles (2007, p. 402), trata-se de nova forma de participação do setor privado na implantação, melhoria e gestão da infraestrutura pública, como alternativa à falta de recursos estatais para investimentos nessas áreas.

Contudo, ainda que se mostre como sendo uma medida remediadora à falta de recursos, há que se considerar a necessidade de contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado, não constituindo parceria público-privada a concessão comum, nos termos do §3º do artigo 2º da Lei nº 11.079/04. Inclusive, no pelo §4º, inciso I, é vedada a celebração de contrato de parceria público-privada cujo valor do contrato seja inferior a R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais).

O artigo 2º da Lei nº 11.079/04 estabelece que a “parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa”. A distinção entre a concessão na modalidade patrocinada e administrativa é estabelecida pelo §1º e §2º do dispositivo, respectivamente.

Em resumo, será na modalidade patrocinada quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários, uma contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado, diferindo-se da administrativa, que, se dará quando a Administração Pública é a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.

Guimarães (2007, p. 237) explica a justificativa da escolha de concessões patrocinadas com resultado da necessidade de capital particular em projetos financeiramente deficitários. É dizer, que neste modelo exsurge a necessidade de se instituir uma receita tarifária conjunta ao financiamento estatal, que não se mostra suficiente para a produção de um projeto autossustentável, sendo que ambas as receitas, neste caso, se complementariam.

Carvalho Filho (2014, p. 433) afirma que “a concessão patrocinada se caracteriza pelo fato de o concessionário perceber recursos de duas fontes, uma decorrente do pagamento das respectivas tarifas pelos usuários e outra, de caráter adicional e outra, de caráter adicional, oriunda de contraprestação pecuniária devida pelo poder concedente [...]”.

Quanto às concessões administrativas, Meirelles (2007, p. 402) aduz que:

Esta concessão administrativa é um contrato de prestação de serviços de que a Administração é a usuária direta ou indireta, conforme a defina

a lei. Daí, por que a remuneração é paga integralmente pela própria Administração. Destina-se, ao que parece, a permitir a inserção do setor privado em serviços até agora pouco atrativos, como a construção e administração de presídios, hospitalais, escolas e outros setores.

Ou seja, sendo a Administração Pública a usuária – uma vez que assume para si o dever de oferta de saúde gratuita e universal – não há a razão para que se tenha receita gerada através de tarifas a serem pagas pelo administrado. Sendo assim, certo é que a parceria público-privada no âmbito da oferta de saúde pública, se dará na modalidade de concessão administrativa.

De suma importância evidenciar que o artigo 4º da Lei nº 11.079/04 estabelece as diretrizes a serem observadas para a adoção das PPPs:

Art. 4º Na contratação de parceria público-privada serão observadas as seguintes diretrizes:

I – eficiência no cumprimento das missões de Estado e no emprego dos recursos da sociedade; II – respeito aos interesses e direitos dos destinatários dos serviços e dos entes privados incumbidos da sua execução;

III – indelegabilidade das funções de regulação, jurisdicional, do exercício do poder de polícia e de outras atividades exclusivas do Estado;

IV – responsabilidade fiscal na celebração e execução das parcerias;

V – transparéncia dos procedimentos e das decisões;

VI – repartição objetiva de riscos entre as partes;
VII – sustentabilidade financeira e vantagens so-

cioeconômicas dos projetos de parceria.

Cabe destacar e, consequentemente elucidar, a expressa necessidade de repartição objetiva de riscos entre as partes. Decerto, os riscos são atribuídos ao parceiro que está em melhor posição para

gerenciá-los, o que é crucial para a sustentabilidade e eficácia do projeto. Por exemplo, riscos relacionados à construção e à tecnologia geralmente recaem sobre o parceiro privado, enquanto riscos inerentes à demanda ou à política pública passam a ser assumidos pelo parceiro público.

Além disso, observa-se que transparência e a consequente fiscalização contínua são componentes essenciais da estrutura jurídica das PPPs, que deverão ser submetidas a uma gestão e monitoramento constantes, visando assegurar que as parcerias sejam conduzidas de maneira ética e que os objetivos sejam atingidos.

Decerto, a estrutura jurídica das PPPs é desenhada para assegurar que o interesse público prevaleça, garantindo ao mesmo tempo que os investimentos privados sejam protegidos, se estabelecendo rigorosos requisitos para a celebração de contratos, incluindo estudos de viabilidade técnica, econômico-financeira e ambiental, além da realização de licitações públicas para escolha do parceiro privado, que serão abordados mais adiante.

4 A APLICAÇÃO DAS PPPS NA ÁREA DA SAÚDE: REQUISITOS LEGAIS

As concessões, repita-se, na modalidade administrativa – por se tratar de oferta de serviço de saúde pública sem receita tarifária –, permitem que entidades privadas participem na prestação de serviços públicos, em caráter complementar, tendo a própria Constituição Federal, no artigo 199, §1º, estabelecido tal possibilidade, vejamos:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Ademais, o legislador infraconstitucional cuidou em reforçar, na própria Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), no artigo 4º, §2º que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

Assim, se oferece a flexibilidade de recursos adicionais para a gestão da saúde pública, sem retirar a titularidade do Estado sobre o serviço.

Em suma, enquanto as PPPs representam uma oportunidade inovadora para melhorar a oferta de serviços de saúde no Brasil, elas exigem uma abordagem equilibrada que considere cuidadosamente os riscos, as recompensas e as responsabilidades de ambos os parceiros. A estrutura jurídica dessas parcerias deve sermeticulosamente planejada e implementada para garantir que os benefícios potenciais sejam plenamente realizados enquanto se protege o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde essenciais.

Observamos anteriormente que a Lei nº 11.079/2004, que regulamenta as PPPs, permite tanto concessões patrocinadas quanto administrativas, sendo esta última adequada para o setor de saúde, pois não exige contraprestação por parte do usuário final: o cidadão.

Rovai e Bonetti (2006, p. 293), quanto a finalidade da parceria público-privada, afirmam que:

Pode-se dizer, pois, que em uma PPP a Administração Pública, visando à satisfação do interesse público, tendo constatado sua incapacidade de cumprir o princípio constitucional da eficiência, mediante seus limites orçamentários, estabelece a parceria com o setor privado – que, por sua vez, almeja o lucro, mas não tem condições de por si só enfrentar o risco inerente à atividade final destinada ao público -, de maneira a viabilizar, então, a consecução de uma atividade que a ela, Administração Pública, cabia originalmente executar.

Cabe, assim, elucidarmos algumas questões inerentes à adoção de PPPs, notadamente quanto aos requisitos formais estabeleci-

dos pela legislação correlata, que cuidou em evidenciá-los de forma específica.

Por exemplo, o artigo 5º, inciso I, da Lei nº 11.079/2004 estabelece o prazo de vigência contratual como sendo de mínimo de 5 (cinco) anos e máximo de 35 (trinta e cinco) anos.

Quanto à divisão de riscos entre os parceiros (público e privado), observa-se, pela própria redação do inciso III do artigo 5º, que deverá necessariamente constar do contrato a repartição dos riscos entre as partes, inclusive em caso fortuito, força maior e álea econômica extraordinária.

Necessário elucidar que, para a celebração das parcerias público-privadas, é necessária a abertura anterior de procedimento licitatório, na modalidade de concorrência pública, nos termos do artigo 10 da Lei nº 11.079/2004, que estabelece, também, requisitos prévios. Spitzcovsky (2021, p. 378) pontua que da leitura do dispositivo, extrai-se a preocupação do legislador com a compatibilidade das parcerias com as diretrizes da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além disso, consta da redação do artigo 10, inciso I, da Lei nº 11.079 a expressa necessidade de estudos técnicos prévios, vejamos:

Art. 10. A contratação de parceria público-privada será precedida de licitação na modalidade concorrência ou diálogo competitivo, estando a abertura do processo licitatório condicionada a:
I – autorização da autoridade competente, fundamentada em estudo técnico que demonstre:
a) a conveniência e a oportunidade da contratação, mediante identificação das razões que justifiquem a opção pela forma de parceria público-privada;
b) que as despesas criadas ou aumentadas não afetarão as metas de resultados fiscais previstas no Anexo referido no § 1º do art. 4º da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, devendo seus efeitos financeiros, nos períodos seguintes, ser compensados pelo aumento permanente de receita ou pela redução permanente de despesa; e

c) quando for o caso, conforme as normas editadas na forma do art. 25 desta Lei, a observância dos limites e condições decorrentes da aplicação dos arts. 29, 30 e 32 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, pelas obrigações contraídas pela Administração Pública relativas ao objeto do contrato;

Cumpre destacar que, além de estabelecer que o procedimento licitatório deverá obedecer à legislação vigente sobre licitações e contratos administrativos, o artigo 12 da Lei nº 11.079/2004 estabelece, ainda, regras específicas para licitações em âmbito de parcerias público-privadas, destacando-se a possibilidade do julgamento ser precedido de etapa de qualificação de propostas técnicas, desclassificando-se os licitantes que não alcançarem a pontuação mínima, os quais não participarão das etapas seguintes, à teor do inciso I.

Ademais, à teor do inciso II, poderá se observar o menor valor da contraprestação a ser paga Administração Pública como critério norteador, bem como a análise da melhor proposta, de acordo com os pesos estabelecidos no edital, entre a contraprestação e a melhor técnica, à teor do inciso II.

Importante ressaltar que o artigo 13, inciso IV estabelece que o objeto será adjudicado ao vencedor, nas condições técnicas e econômicas por ele ofertadas no trâmite do procedimento licitatório.

Por outro lado, para que seja concretizada a parceria público-privada, o artigo 9º da Lei nº 11.079/2004 estabelece que “deverá ser constituída sociedade de propósito específico, incumbida de implantar e gerir o objeto da parceria”.

Spitzcovsky (2021, p. 381), quanto à Sociedade de Propósito Específico leciona que:

Encerrada a licitação e apurada a proposta vencedora, com intuito de oferecer credibilidade a essas parcerias, o legislador houve por bem condicionar sua celebração à constituição de uma sociedade de propósito específico, com a finalidade única de implantar e gerir o objeto do ajuste [...].

Essa sociedade, por indicação do legislador, poderá assumir a forma de companhia aberta (art. 9º, §2º), ficando, por expressa determinação legal, o parceiro público impedido de ter a titularidade da maioria do capital votante, de acordo com a redação estabelecida no §4º, aspecto que, sem dúvida, também contribuirá para a atrair o investidor privado.

Observa-se que o Estado passa a intervir direta ou indiretamente em atividades econômicas com o objetivo de promover políticas públicas voltadas ao bem-estar social. Isto porque, para garantir o acesso universal a bens e serviços essenciais, foram criados diversos mecanismos para a substituição, em muitos casos, do setor privado que anteriormente tomava para si a execução de funções públicas.

Segundo Tavares (2006, p. 57), o chamado “Estado Social” emergiu para atender às demandas de cunho assistencial, oferecendo suporte àqueles que não conseguiam sustentar-se adequadamente, resultando em um grande crescimento da intervenção estatal em várias áreas, inclusive na prestação de serviços de saúde.

No entanto, o crescimento estatal não foi suficiente para atender à demanda de maneira eficaz, sendo que a incapacidade do setor público de fornecer sozinho os serviços de saúde com a agilidade e eficiência necessárias abriu margem à implementação das parcerias público-privadas.

5 ASPECTOS JURÍDICOS DOS CONTRATOS DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS

Os contratos de parcerias **público**-privadas estão fundamentados em um regime jurídico complexo e rigoroso, estabelecido pela Lei nº 11.079/2004, que define a estrutura legal necessária para a formalização e execução dessas parcerias.

Anteriormente, destacamos que a própria legislação detalha algumas particularidades dos processos de licitação, formalização, execução e fiscalização das PPPs, garantindo que as colaborações entre os

setores público e privado ocorram de maneira transparente e eficiente, alinhada aos interesses públicos, sendo que, a estruturação legal e a formalização dos contratos de parceria público-privada exigem a elaboração de um projeto de viabilidade, incluindo estudos técnicos, econômicos e ambientais, que fundamentam a necessidade e a viabilidade da parceria, assegurando que o projeto seja não apenas sustentável e benéfico para a comunidade, mas também viável do ponto de vista econômico.

Na mesma linha lógica, os contratos devem especificar de forma clara e detalhada os termos da parceria, abordando o objeto, o período de vigência, os modos de financiamento e as consequências jurídicas para casos de inadimplemento. Além disso, não é demais reforçar que é crucial que os contratos prevejam cláusulas que tratem da distribuição de riscos, metas de desempenho e indicadores de qualidade, assegurando que haja um equilíbrio justo entre as responsabilidades assumidas pelo setor privado e os interesses públicos a serem atendidos.

Cumpre destacar que o legislador se prestou a estabelecer cláusulas essenciais à contratos de parceria público-privada no artigo 5º da Lei nº 11.079/2004, estipulando, ainda, a aplicação subsidiária da Lei nº 8.937/95, que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos.

Cabe, assim, reproduzir o texto do artigo 5º da Lei nº 11.079/2004:

Art. 5º As cláusulas dos contratos de parceria público-privada atenderão ao disposto no art. 23 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, no que couber, devendo também prever:

I – o prazo de vigência do contrato, compatível com a amortização dos investimentos realizados, não inferior a 5 (cinco), nem superior a 35 (trinta e cinco) anos, incluindo eventual prorrogação; II – as penalidades aplicáveis à Administração Pública e ao parceiro privado em caso de inadimplemento contratual, fixadas sempre de forma proporcional à gravidade da falta cometida, e às obrigações assumidas;

- III – a repartição de riscos entre as partes, inclusive os referentes a caso fortuito, força maior, fato do princípio e álea econômica extraordinária;
- IV – as formas de remuneração e de atualização dos valores contratuais;
- V – os mecanismos para a preservação da atualidade da prestação dos serviços;
- VI – os fatos que caracterizem a inadimplência pecuniária do parceiro público, os modos e o prazo de regularização e, quando houver, a forma de acionamento da garantia;
- VII – os critérios objetivos de avaliação do desempenho do parceiro privado;
- VIII – a prestação, pelo parceiro privado, de garantias de execução suficientes e compatíveis com os ônus e riscos envolvidos, observados os limites dos §§ 3º e 5º do art. 56 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e, no que se refere às concessões patrocinadas, o disposto no inciso XV do art. 18 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995;
- IX – o compartilhamento com a Administração Pública de ganhos econômicos efetivos do parceiro privado decorrentes da redução do risco de crédito dos financiamentos utilizados pelo parceiro privado;
- X – a realização de vistoria dos bens reversíveis, podendo o parceiro público reter os pagamentos ao parceiro privado, no valor necessário para reparar as irregularidades eventualmente detectadas.
- XI - o cronograma e os marcos para o repasse ao parceiro privado das parcelas do aporte de recursos, na fase de investimentos do projeto e/ou após a disponibilização dos serviços, sempre que verificada a hipótese do § 2º do art. 6º desta Lei.

Spitzcovsky (2021, p. 382) destaca “a inclusão de diversas matérias que não aparecem nos contratos administrativos regidos pela Lei nº 8.666/93, com o claro objetivo de atrair a iniciativa privada para empreendimentos de grande porte”, bem como a existência de

uma “novidade de enorme importância, consistente na possibilidade de aplicação de penalidades à Administração Pública, em casos de inadimplemento contratual”.

Por outro lado, a fiscalização do cumprimento dos contratos, conforme previsto na Lei nº 11.079/2004, é um outro ponto importante na gestão das parcerias público-privadas.

Por óbvio, a administração pública deve implementar mecanismos eficazes para monitorar continuamente a execução do contrato, utilizando indicadores de desempenho preestabelecidos. A realização de auditorias regulares e que os resultados dessas auditorias sejam publicamente acessíveis, garantindo assim a transparência e permitindo que a sociedade civil participe e fiscalize as atividades desenvolvidas, é de extremo rigor.

O artigo 15 da Lei nº 11.079/2004 prevê expressamente a competência dos Ministérios e Agências Reguladoras, nas suas respectivas áreas de competência, para submeter o edital de licitação ao órgão gestor, bem como para proceder à licitação e acompanhar e fiscalizar os contratos.

Toda esta estrutura jurídica delineada é essencial para garantir que as PPPs sejam executadas dentro de um quadro de alta integridade e responsabilidade, respeitando tanto os princípios de eficiência e qualidade no fornecimento dos serviços quanto as normas de transparência e equidade.

Portanto, a lei não apenas facilita a implementação de projetos colaborativos entre os setores público e privado, mas também protege os interesses da população, garantindo que os serviços prestados atendam às necessidades e expectativas da comunidade de maneira eficaz e ética.

6 O ENTENDIMENTO DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL ACERCA DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO SETOR DA SAÚDE

A análise da compatibilidade das parcerias público-privadas com os mandamentos constitucionais é essencial para assegurar que essas iniciativas se alinhem aos fundamentos do ordenamento jurídico

brasileiro, especialmente no que tange ao fornecimento de serviços públicos essenciais, como é o caso da saúde.

Afinal, as PPPs, enquanto mecanismo de colaboração entre os setores público e privado, devem ser cuidadosamente avaliadas à luz dos princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, que regem a administração pública.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas que visem à redução de riscos de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Do ponto de vista essencialmente jurídico, o Supremo Tribunal Federal tem reconhecido a validade das PPPs como um meio de a Administração Pública cumprir suas obrigações constitucionais, especialmente em áreas que demandam alto investimento e gestão especializada, como é o caso da saúde.

Em várias decisões, o STF destacou que as PPPs devem, contudo, ser implementadas de forma a garantir não apenas a eficiência na prestação dos serviços, mas também a observância dos princípios de transparência, competitividade e igualdade de condições entre os participantes nos processos licitatórios.

Conforme destaca Mânicca (2016, p. 4), nos termos da ADI nº 1923, cujo objeto era a discussão acerca da constitucionalidade do modelo de gestão por Organizações Sociais, no voto vencedor, proferido pelo Ministro Luiz Fux, extrai-se recortes importantes acerca do tema, vejamos:

Com efeito, a intervenção do Estado no domínio econômico e social pode ocorrer de forma direta ou indireta, como ensina Floriano Azevedo Marques Neto: enquanto na primeira hipótese cabe ao aparelho estatal a disponibilização de utilidades materiais aos beneficiários, na segunda hipótese o Estado faz uso de seu instrumental jurídico para estimular a que os próprios particulares executem atividades de interesses públicos, seja através da regulação, com coercitividade, seja através do fomento, fazendo uso de incentivos e estímulos a comportamentos voluntários.

Observa-se que princípio da eficiência é particularmente relevante, pois as PPPs são muitas vezes justificadas pela capacidade do setor privado de oferecer serviços de maneira mais eficaz e inovadora. No entanto, isso não pode ser alcançado às custas dos princípios de imparcialidade e moralidade.

Nos termos do voto, o Ministro Luiz Fux ainda pontuou a desnecessidade de atuação direta do Poder Público, que pode se valer de parcerias com a iniciativa privada, em atuação indireta, através do fomento, para garantir a oferta de serviços essenciais. (Mânicia, 2016, p. 5)

Em outros termos, a Constituição não exige que o Poder Público atue, nesses campos, exclusivamente de forma direta. Pelo contrário, o texto constitucional é expresso em afirmar que será válida a atuação indireta, através do fomento, como o faz com setores particularmente sensíveis como saúde (CF, art. 199, §2º, interpretado a contrario sensu – “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”) e educação (...), mas que se estende por identidade de razões a todos os serviços sociais.

Cabe mencionar o voto do Ministro Dias Toffoli, relator do RE nº 581.488/RS, que, seguido de forma unânime pela Corte, reforçou o entendimento de ser cabível a concretização de parcerias perante empresas privadas, para fins de ampliar, completar ou intensificar as ações na área da saúde, vejamos:

A ação complementar não implica que o privado se torne público ou que o público se torne privado. Cuida-se de um processo político e administrativo em que o Estado agrupa novos parceiros com os particulares, ou seja, com a sociedade civil, buscando ampliar, completar, ou intensificar as ações na área da saúde. Não significa, sob o espectro constitucional, que somente o poder público deva executar diretamente os serviços de saúde - por meio de uma rede própria dos entes federati-

vos -, tampouco que o poder público só possa contratar instituições privadas para prestar atividades meio, como limpeza, vigilância, contabilidade, ou mesmo determinados serviços técnicos especializados, como os inerentes aos hemocentros, como sustentado por parte da doutrina.

[...]

Isso não implica que haja supremacia da Administração sobre o particular, que pode atuar, em parceria com o setor público, obedecendo sempre, como mencionado, os critérios da consensualidade e da aderência às regras públicas. Como se constata pelas exitosas experiências em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Holanda, Portugal e Reino Unido, dentre outros, na área da saúde, importantes requisitos das parcerias, como contratualização, flexibilidade, possibilidade de negociação, consensualismo, eficiência e colaboração são fundamentais para que os serviços possam ser prestados de forma ao menos satisfatória.

Destaca-se a manifesta reafirmação do disposto no artigo 199 da Constituição Federal de 1988, bem como da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), no artigo 4º, §2º, em que se possibilita à iniciativa privada a participação na saúde pública, sem representar qualquer afronta à supremacia do interesse público.

7 VANTAGENS E DESVANTAGENS DAS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA: UM PONTO DE VISTA CRÍTICO

Conforme acima evidenciado, as parcerias público-privadas surgem como uma resposta inovadora aos desafios enfrentados pelo setor público na oferta de serviços de saúde, incorporando práticas de

eficiência do setor privado para melhorar a infraestrutura e a qualidade do atendimento.

Uma das principais contribuições das PPPs é a capacidade de superar as restrições orçamentárias que muitas vezes limitam os investimentos públicos em saúde. Com a participação do setor privado, torna-se possível realizar investimentos significativos na modernização e construção de estabelecimentos de saúde, acessando tecnologias avançadas e adotando práticas de gestão mais eficazes.

A Lei nº 11.079/2004, que regulamenta as PPPs no Brasil, estabelece um marco legal para a implementação dessas parcerias, assegurando que o setor privado não apenas financie, mas também participe ativamente na gestão de serviços de saúde, trazendo inovações tecnológicas e administrativas. Essas inovações são essenciais para aumentar a eficiência operacional e a qualidade dos cuidados de saúde, aspectos que são críticos para o sucesso das PPPs.

A legislação também enfatiza a necessidade de uma gestão eficiente de recursos, permitindo que operações não clínicas, como manutenção e segurança, sejam gerenciadas pelo setor privado, o que pode liberar recursos valiosos e permitir que o setor público concentre seus esforços na efetiva prestação de cuidados médicos.

Outro aspecto de suma importância das PPPs é a distribuição de riscos. A legislação preconiza que os riscos devem ser compartilhados entre os parceiros de forma justa e equitativa, dependendo da capacidade de cada parte para gerenciá-los. Isso inclui riscos financeiros, operacionais e tecnológicos, contribuindo para a conclusão dos projetos dentro do prazo e do orçamento estabelecido.

A sustentabilidade financeira é outra vantagem significativa proporcionada pelas PPPs. Ao distribuir os custos de capital ao longo do tempo, essas parcerias ajudam a estabilizar o orçamento de saúde e melhorar a previsibilidade dos gastos públicos, tornando o financiamento da saúde pública mais sustentável a longo prazo, dada a necessidade de investimentos contínuos em saúde para atender às demandas crescentes da população.

Embora as parcerias público-privadas ofereçam diversas vantagens para a melhoria da infraestrutura e gestão dos serviços de saúde, elas também apresentam limitações e riscos que precisam ser cuida-

dosamente gerenciados para evitar impactos negativos sobre o serviço público de saúde.

Um dos principais riscos associados às PPPs na saúde é a possibilidade de priorização do lucro em detrimento da qualidade e do acesso aos serviços de saúde. O modelo de remuneração baseado no desempenho pode, em alguns casos, levar à minimização de serviços menos rentáveis ou à redução na qualidade do atendimento para maximizar os retornos financeiros, podendo eventualmente contrariar o princípio da universalidade do acesso à saúde, fundamental no sistema de saúde brasileiro, como garantido pela Constituição Federal.

Além disso, as PPPs requerem contratos complexos e de longo prazo que podem impor desafios significativos em termos de flexibilidade e adaptação às mudanças nas demandas de saúde e nas condições econômicas ao longo do tempo. Mudanças na política de saúde, alterações demográficas ou crises econômicas podem afetar a sustentabilidade das PPPs, resultando em encargos financeiros adicionais para o Estado ou na necessidade de renegociação dos termos contratuais, que podem ser onerosos e complexos legalmente.

A transparência emerge como preocupação crítica, dada a complexidade dos acordos e a participação de múltiplos atores, dificultando o monitoramento e a fiscalização efetiva por parte do público e dos órgãos de controle, podendo levar a uma percepção de falta de transparência e potencialmente a casos de corrupção.

Os riscos legais são igualmente significativos. As PPPs envolvem a alocação de responsabilidades entre os parceiros público e privado, e a inadequada definição de responsabilidades pode resultar em litígios prolongados e onerosos. Além disso, a dependência de um parceiro privado para serviços essenciais de saúde pode colocar o sistema de saúde em uma posição vulnerável em caso de falência ou não cumprimento dos termos contratuais pelo parceiro privado.

Finalmente, a implementação de PPPs na saúde requer uma capacidade institucional robusta para projetar, gerenciar e monitorar esses acordos. A falta de expertise técnica e administrativa para gerir tais parcerias pode levar a negociações desfavoráveis e a acordos que não maximizam os benefícios para o público.

Portanto, enquanto as PPPs possuem o potencial de trazer melhorias significativas para o sistema de saúde público, elas também trazem consigo uma série de desafios legais e operacionais que precisam ser meticulosamente gerenciados para garantir que essas parcerias cumpram seus objetivos de forma eficaz e ética, sempre alinhadas aos princípios de equidade e universalidade do sistema de saúde brasileiro.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo partiu da análise histórica-material da saúde brasileira, que, em inédita inovação, foi contemplada pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado, que se tornou responsável, através de uma atuação positiva, em assegurar a concretização não só deste direito social, mas de outros direitos, de ordem econômica e cultural, inclusive.

As parcerias público-privadas têm se mostrado como sendo instrumentos essenciais na estratégia de modernização e expansão dos serviços públicos no Brasil, particularmente no setor de saúde. A Lei nº 11.079/2004, que fundamenta essas parcerias, estabelece um arco jurídico detalhado e robusto, desenhado para assegurar que as PPPs sejam implementadas de forma transparente, eficiente e alinhada com os princípios constitucionais e administrativos que regem a gestão pública.

A implementação das PPPs permite que o setor público se beneficie da eficiência, capital e inovação tecnológica do setor privado, contribuindo para a construção de infraestruturas de saúde mais avançadas e a prestação de serviços mais eficazes. Contudo, apesar dessas vantagens, a complexidade inerente aos contratos de longo prazo das PPPs e a necessidade de uma gestão e fiscalização contínuas impõem desafios jurídicos e administrativos significativos.

Juridicamente, é imprescindível que os contratos sejam estruturados com uma minuciosa atenção à divisão de responsabilidades, riscos e benefícios. A Lei nº 11.079/2004 enfatiza que esses contratos devem incluir cláusulas detalhadas sobre a fiscalização e a performance, estabelecendo critérios claros e mensuráveis de qualidade e eficiê-

cia. Esses critérios são fundamentais para garantir que os serviços prestados atendam às necessidades da população e que o parceiro privado seja remunerado de forma justa, baseada em seu desempenho real.

A exigência de licitação pública visa prevenir favoritismos e garantir a seleção da proposta mais vantajosa para a administração pública, um princípio central na legislação brasileira sobre contratos públicos.

Além disso, a parte jurídica das PPPs deve sempre refletir uma preocupação com a probidade administrativa e a moralidade, exigindo que tanto o governo quanto os parceiros privados operem dentro de um quadro de alta integridade e transparência. Auditorias regulares, realizadas por órgãos independentes, e a obrigação de divulgar publicamente os relatórios de monitoramento e avaliação são medidas vitais para manter a confiança pública e a legitimidade das PPPs.

Em termos de fiscalização, a Lei nº 11.079/2004 determina que a administração pública deve adotar mecanismos de controle eficazes para supervisionar a execução dos contratos. Isso envolve a implementação de sistemas de acompanhamento que permitam uma avaliação contínua da qualidade dos serviços prestados e do cumprimento das obrigações contratadas pelo parceiro privado. A transparência dessas avaliações é crucial para garantir que qualquer falha ou desvio seja prontamente identificado e corrigido.

Portanto, enquanto as PPPs apresentam uma oportunidade valiosa para a melhoria dos serviços públicos de saúde, a sua eficácia depende de uma implementação rigorosamente alinhada aos preceitos jurídicos. A observância dos princípios legais, juntamente com uma gestão pública competente e transparente, são indispensáveis para assegurar que as parcerias público-privadas cumpram seus objetivos estratégicos e fortaleçam o sistema de saúde brasileiro de maneira sustentável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade a judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial.** Porto Alegre: Revista de Direito Social, v. 2, 2009;

BARROSO, Luís Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática.** v. 5, número especial, Rio de Janeiro: [Syn] Thesis, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>>. Acesso em: 27 set. 2024;

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 30 set. 2024;

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 set. 2024;

BRASIL. Lei 8.987, de 13 de fevereiro de 1995. Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8987cons.htm>. Acesso em: 30 set. 2024;

BRASIL. Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/L11079compilado.htm>. Acesso em: 30 set. 2024;

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1923/DF.** Tribunal Pleno, Relator para o acórdão Min. Luiz Fux. Diário de Justiça da União, 17 dez. 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário n. 581.488/RS.** Tribunal Pleno, Relator Min. Dias Toffoli. Diário de Justiça da União, 8 abr. 2016.

CARVALHO FILHO. José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo.** 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

GUIMARÃES, Fernando Vernalha. **Parceria Público-Privada: Caracterização dos tipos legais e aspectos nucleares de seu regime jurídico.** 2008. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/16949>>. Acesso em: 30 set. de 2024.

MÂNICA, Fernando Borges. **Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde: um panorama das concessões administrativas no Brasil e no mundo.** 2016. Disponível em <<https://fernandomanica.com.br/partners-publico-privadas-no-setor-da-saude-um-panorama-das-concessoes-administrativas-no-brasil-e-no-mundo/>>. Acesso em 30 set. 2024.

MARINELA, Fernanda. **Direito Administrativo.** 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro.** 33. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

ROVAI, Armando Luiz; BONETTI, Karina. **Da necessidade de construir Sociedade de Propósito Específico, segundo as regras dispostas nos arts. 1.039 a 1.092 do novo Código Civil.** In: PAVANI, Sérgio Augusto Zampol; ANDRADE, Rogério Emilio (coords.). *Parcerias Público-Privadas*. São Paulo: MP, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas**

aproximações. In: Revista Brasileira de Direitos Fundamentais & Justiça, v. 1, n. 1, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <<https://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>>. Acesso em 27 set. 2024;

SPITZCOVSKY, Celso. **Direito Administrativo.** – coord. Pedro Lenza. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

TAVARES, André Ramos. **Direito Constitucional Econômico.** 2. ed. São Paulo: Método, 2006.

TUTELA DE EVIDÊNCIA NO DIREITO DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A SUBUTILIZAÇÃO E O POTENCIAL TRANSFORMADOR DA TUTELA DE EVIDÊNCIA NO DIREITO DA SAÚDE

EVIDENTIARY INJUNCTION IN HEALTHCARE LAW: A STUDY ON THE UNDERUTILIZATION AND TRANSFORMATIVE POTENTIAL OF THE EVIDENTIARY INJUNCTION IN THE RIGHT TO HEALTH

Luiz Henrique Borges Varella²⁷

Resumo: A tutela de evidência, consagrada no Código de Processo Civil, representa um avanço significativo no sistema processual brasileiro, especialmente no que tange à garantia de direitos fundamentais, como o direito à saúde. Apesar de seu potencial transformador, essa ferramenta ainda é subutilizada na prática jurídica, especialmente no âmbito das relações entre pacientes e planos de saúde. Este estudo tem como objetivo analisar a aplicabilidade da tutela de evidência no contexto do direito à saúde, destacando sua importância para a agilização do acesso a tratamentos e procedimentos médicos essenciais. A pesquisa demonstra que, diferentemente da tutela de urgência, a tutela de evidência dispensa a comprovação do periculum in mora, ou seja, do risco de dano irreparável ou de difícil reparação. Essa característica a torna um instrumento mais flexível e adequado para a defesa de certos tipos de direitos que, embora não sejam urgentes em sentido estrito, exigem uma resposta célere do Poder Judiciário. Especialmente levando em consideração que há um outro direito fundamental, também muito importante, envolvido nos processos judiciais que tratam do direito da saúde: o direito à razoável duração do processo, que tem como uma de suas dimen-

²⁷ Professor Universitário e Advogado. Mestre em Direito Público pela Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduado em Direito Médico, Direito Civil, Direito Processual Civil e Direito Empresarial. E-mail: luizhbv@gmail.com. CV: <http://lattes.cnpq.br/1167670124721979>. Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-4424-0618>

sóes o direito a um processo sem dilações indevidas. Logo, se juridicamente um direito pode ser satisfeito de forma mais rápida, através da tutela de evidência, a parte que possui o direito à satisfação tem como direito fundamental – pela garantia da duração razoável do processo – que essa satisfação ocorra no momento processual mais breve possível (como por exemplo em momentos iniciais da causa, através da tutela provisória de evidência), sem ter que aguardar o longo trâmite processual do processo de conhecimento, que não raras vezes dura anos. Com efeito, a análise da legislação, da doutrina e da jurisprudência revela que a tutela de evidência pode ser utilizada em diversas situações, como para garantir o fornecimento de medicamentos, a realização de exames, a autorização de internações hospitalares e a cobertura de procedimentos cirúrgicos, mesmo em situações que não haja risco de morte ou perigo de dano acentuado (“periculum in mora”). Ao permitir que o juiz antecipe o momento da satisfação da tutela jurisdicional, a tutela de evidência contribui para a efetividade do direito à saúde, evitando que os pacientes sofram danos sensíveis em decorrência da demora na prestação jurisdicional. No entanto, a pesquisa também identificou diversos desafios para a efetiva aplicação da tutela de evidência no âmbito do direito à saúde. Entre eles, destacam-se a falta de conhecimento sobre o instituto por parte de advogados e juízes, a resistência de alguns operadores do direito em utilizar essa ferramenta e a ausência de dados estatísticos sobre a utilização da tutela de evidência nesse contexto. Nesta ordem de ideias, a pesquisa, ao enfrentar a problemática proposta por meio de estudos bibliográficos e documentais, conclui que a tutela de evidência representa uma ferramenta poderosa para a garantia do direito à saúde, permitindo a resolução célere de conflitos e a efetivação de direitos fundamentais, mas que esse instrumento precisa ser melhor utilizado para que atinja sua plenitude de eficácia.

Palavras-chave: Direito fundamental à saúde. Tutela de evidência. Acesso à Justiça. Direito Processual Civil.

Abstract: The evidentiary injunction, established in the Brazilian Code of Civil Procedure, represents a significant advancement in the Brazilian procedural system, especially concerning the guarantee of fundamental rights, such as the right to health. Despite its transformative potential, this tool remains underutilized in legal practice, particularly in the context of relationships between patients and health plans. This study aims to analyze the applicability of the evidentiary injunction in the context of the right to health, highlighting its importance in expediting access to essential medical

treatments and procedures. The research demonstrates that, unlike the urgent injunction, the evidentiary injunction does not require proof of “periculum in mora”, i.e., the risk of irreparable harm or harm that is difficult to repair. This characteristic makes it a more flexible and suitable instrument for protecting certain types of rights that, while not urgent in the strict sense, demand a prompt response from the Judiciary. Particularly, it takes into account another fundamental right of equal importance involved in legal proceedings concerning the right to health: the right to a reasonable duration of the process, which includes the right to a proceeding free from undue delays. Therefore, if a right can be legally satisfied more swiftly through the evidentiary injunction, the party holding that right—by virtue of the guarantee of reasonable process duration—has a fundamental right to have such satisfaction occur at the earliest possible procedural moment (for instance, at the initial stages of the case through the provisional evidentiary injunction), without having to endure the lengthy procedural course of an ordinary trial, which often lasts for years. Indeed, an analysis of legislation, doctrine, and case law reveals that the evidentiary injunction can be applied in various situations, such as ensuring the provision of medications, conducting medical tests, authorizing hospital admissions, and covering surgical procedures, even in cases where there is no immediate risk of death or severe harm (“periculum in mora”). By allowing the judge to anticipate the satisfaction of judicial relief, the evidentiary injunction contributes to the effectiveness of the right to health, preventing patients from suffering significant harm due to delays in judicial resolution. However, the research also identified several challenges to the effective application of the evidentiary injunction in the context of health law. Among these are the lack of awareness of the institute among lawyers and judges, the resistance of some legal professionals to use this tool, and the absence of statistical data regarding its application in this context. In this regard, the research, addressing the proposed issue through bibliographic and documentary studies, concludes that the evidentiary injunction is a powerful tool for guaranteeing the right to health, enabling the swift resolution of disputes and the realization of fundamental rights. Nevertheless, this instrument needs to be better utilized to achieve its full potential efficacy.

Keywords: Fundamental Right to Health. Evidentiary Injunction. Access to Justice. Civil Procedure Law.

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é amplamente reconhecido como um direito fundamental e essencial, intrinsecamente ligado à dignidade humana. No Brasil, este direito é assegurado constitucionalmente, implicando uma obrigação do Estado em garantir acesso universal e igualitário a serviços de saúde adequados para todos os cidadãos. No entanto, na prática, a efetivação desse direito enfrenta numerosos desafios, especialmente no que tange à celeridade processual necessária para responder a demandas urgentes de saúde. É neste contexto que a tutela de evidência, mecanismo processual previsto no Código de Processo Civil de 2015, surge como uma ferramenta potencialmente transformadora.

A tutela de evidência foi introduzida como uma inovação destinada a garantir maior eficiência ao sistema judiciário, permitindo a concessão de medidas judiciais sem a necessidade de comprovação do perigo de dano ou do risco ao resultado útil do processo (*periculum in mora*), bastando a evidência da probabilidade do direito e a demonstração de algumas situações específicas previstas em lei. Esta característica a torna particularmente adequada para casos no âmbito do direito à saúde, onde muitas vezes os direitos reclamados, embora não urgentes em sentido estrito, não podem suportar o peso de atrasos processuais prolongados sem causar prejuízos significativos aos envolvidos.

Apesar de seu claro potencial, a tutela de evidência é notavelmente subutilizada, especialmente em casos envolvendo direitos de saúde contra planos de saúde e entidades privadas de assistência. Este estudo busca, portanto, explorar a aplicabilidade e o impacto transformador da tutela de evidência dentro do contexto do direito da saúde, com o objetivo de compreender as razões de sua subutilização e propor soluções que possam promover uma maior efetividade e rapidez no atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos.

A metodologia adotada neste estudo envolve uma análise detalhada da legislação pertinente, da doutrina e de decisões judiciais relevantes, além de uma revisão de literatura que inclui estudos anteriores sobre a aplicação de tutelas provisórias no direito brasileiro. Com isso,

espera-se não apenas evidenciar a subutilização da tutela de evidência, mas também demonstrar como uma maior compreensão e aplicação desse mecanismo por parte dos operadores do direito podem contribuir significativamente para a garantia do direito à saúde no Brasil.

Esta introdução define o cenário e a relevância da pesquisa, delineando o problema e a necessidade de uma análise aprofundada sobre a tutela de evidência como um mecanismo eficaz para a proteção do direito à saúde, preparando o terreno para os desenvolvimentos subsequentes que serão abordados nos capítulos seguintes do artigo.

2 A TUTELA DE EVIDÊNCIA NO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

Há muito tempo já se destaca, na doutrina, que a tutela da evidência é vista como um mecanismo essencial no direito brasileiro para responder à crise do processo, enfatizando a responsabilidade dos juristas processuais de adaptar-se aos novos anseios de justiça urgente da sociedade, em contraste com a justiça ordinária e ritualística (FUX, 2016). Daí a necessidade de se compreendê-la de forma profunda, como instrumento capaz de impactar incontáveis jurisdicionados, que aguardam pela efetivação da tutela jurisdicional. A seguir, portanto, serão traçados os conceitos, definições e elementos basilares desse instituto.

2.1 Definição e Fundamentos da Tutela de Evidência

A tutela de evidência, introduzida no ordenamento jurídico brasileiro através do Código de Processo Civil de 2015 (Lei nº 13.105/2015), constitui uma modalidade de tutela provisória que se destaca por sua aplicação em casos onde a evidência do direito é manifesta, dispensando a demonstração de perigo na demora da decisão (*periculum in mora*) que é típica das tutelas de urgência. Este mecanismo processual é regulado pelo artigo 311 do CPC, que especifica as circunstâncias sob as quais ela pode ser concedida, oferecendo uma alternativa rápida e eficaz para a proteção de direitos que, embora não

urgentes no sentido tradicional, requerem uma resposta jurisdicional imediata para evitar prejuízos legais ou administrativos.

O fundamento principal da tutela de evidência reside na necessidade de uma resposta judicial eficiente em situações onde a matéria de fato e de direito não apresenta controvérsias significativas, permitindo ao juiz decidir com base em uma cognição sumária que, embora não exaustiva, é suficiente para estabelecer a plausibilidade do direito alegado. Segundo Lamy (2018), “a essência da evidência é a existência de uma dúvida mínima do julgador, e que crie a necessidade de instrução probatória, ainda que mínima”. Com efeito, esta forma de tutela se alinha ao princípio da eficiência processual e ao direito constitucional a uma razoável duração do processo, assegurando que os litígios sejam resolvidos de maneira justa e célere, sem sacrificar a segurança jurídica.

Juridicamente, a tutela de evidência é fundamentada na premissa de que certas condições jurídicas são tão claras e indiscutíveis que não requerem o procedimento ordinário completo para sua comprovação e reconhecimento. As hipóteses de aplicação, conforme delineadas no artigo 311 do CPC, incluem casos em que: (i) fica caracterizado o abuso do direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu; (ii) as alegações podem ser comprovadas através de documentação inequívoca cujo conteúdo é transparência de tal forma que a resistência à pretensão do autor seria imprópria; (iii) se enquadram em situações que envolvem a repetição de casos já decididos sob a mesma legislação, reforçando a previsibilidade das decisões judiciais e a coerência do sistema jurídico.

Além disso, a tutela de evidência se justifica pela sua capacidade de contribuir para a diminuição do congestionamento nos tribunais. Ao permitir decisões rápidas em casos claros, reduz-se o volume de litígios que exigem análise detalhada e prolongada, o que pode ser particularmente vantajoso em áreas do direito que frequentemente envolvem relações continuadas ou direitos que necessitam de proteção imediata, como é o caso do direito à saúde e do direito empresarial.

Em termos práticos, a aplicação da tutela de evidência demanda do magistrado uma capacidade de avaliação rigorosa das provas apresentadas, requerendo que estas sejam inequívocas e suficiente-

mente fortes para justificar uma decisão antecipada. Essa exigência reflete a necessidade de equilibrar a celeridade processual com a justiça substancial, garantindo que a decisão provisória não apenas resolva o conflito de forma rápida, mas que o faça com base em um fundamento jurídico sólido e bem fundamentado.

Destarte, a tutela de evidência, enquanto ferramenta processual, é essencial para o desenvolvimento de um sistema jurídico mais dinâmico e responsável. Sua correta aplicação potencializa a eficácia da justiça, minimizando as possibilidades de danos irreparáveis decorrentes da morosidade processual e maximizando a realização do direito de maneira tempestiva e eficiente.

2.2 Distinção entre Tutela de Evidência e Tutela de Urgência

A tutela de urgência e a tutela de evidência, ambas modalidades de tutela provisória previstas no Código de Processo Civil de 2015, são instrumentos jurídicos essenciais destinados a proporcionar respostas judiciais rápidas e eficazes em situações que não comportam o trâmite processual ordinário completo. Apesar de sua semelhança em termos de aplicação imediata, elas se fundamentam em princípios distintos, cada uma atendendo a necessidades processuais específicas, e se justificam por diferentes requisitos legais e práticos. Cândido Rangel Dinamarco (2009), por exemplo, ao discutir o tema sob a ótica do CPC/1973, argumentava que, ao conceder uma tutela baseada em urgência, não se justifica fazer distinções teóricas sobre seus requisitos, independentemente de serem de natureza cautelar ou satisfativa.

A tutela de urgência, conforme estipulado nos artigos 300 e seguintes do CPC, é concedida com base na presença de “periculum in mora” (perigo na demora) e “fumus boni iuris” (aparência do bom direito). O periculum in mora se refere à necessidade de uma decisão judicial rápida para evitar danos graves ou de difícil reparação que possam ocorrer durante o curso do processo. Essa modalidade é tipicamente utilizada em situações onde o tempo é um fator crítico e o atraso na concessão da tutela poderia resultar em prejuízos irreparáveis ou comprometer o resultado útil do processo. O “fumus boni iuris”, por sua vez, exige uma análise preliminar da plausibilidade do direito

reclamado, fundamentada em uma prova inequívoca ou em um juízo de verossimilhança baseado nas informações apresentadas até aquele momento.

Em contraste, a tutela de evidência, regulamentada especificamente no artigo 311 do CPC, dispensa a demonstração do perigo de dano, tratando-se “de uma tutela provisória, mas não de urgência, porquanto fundada exclusivamente na evidência do direito, não se cogitando de *periculum in mora*” (WAMBIER et al, 2015, p. 524).

Sua concessão é justificada pela evidência do direito baseada em uma das quatro hipóteses legais: a manifestação de abuso do direito de defesa ou o caráter protelatório do réu; a ocorrência de múltiplos processos com a mesma questão, cujas decisões são reiteradamente favoráveis ao pedido do autor; a evidência preconizada por súmula ou acórdão multiplicador de recursos repetitivos; ou a documentação capaz de, por si só, comprovar o alegado. Assim, a tutela de evidência tem como objetivo principal agilizar a prestação jurisdicional quando as questões de direito forem indiscutíveis ou estiverem suficientemente claras para permitir uma resolução imediata, mesmo na ausência de um risco iminente.

Na prática, a distinção entre essas tutelas afeta diretamente a estratégia processual e a escolha do instrumento adequado conforme o caso. A tutela de urgência é predominantemente invocada em cenários onde o tempo é essencial para a proteção dos interesses das partes. Por exemplo, casos envolvendo riscos à saúde, segurança, ou perdas financeiras iminentes são contextos típicos para sua aplicação. Já a tutela de evidência é frequentemente associada a situações onde a clareza dos direitos envolvidos permite uma decisão rápida sem necessidade de uma análise aprofundada do risco de dano, facilitando uma administração judicial mais ágil e menos onerosa.

Ambas, contudo, se destinam a de algum modo enfrentam o que se costuma denominar de “tempo-inimigo” (DINAMARCO, 2009), pois as duas modalidades de tutela provisória, em maior ou menor medida, tem por objetivo adiantar a satisfação dos direitos pleiteados que, normalmente, somente seriam efetivados ao final do processo.

Jurisprudencialmente, as decisões relativas à aplicação dessas tutelas demonstram a evolução do entendimento dos tribunais sobre

a importância de adaptar a resposta judicial às especificidades de cada caso. A flexibilidade oferecida pela tutela de evidência, em particular, reflete um avanço na compreensão de que a eficácia do processo judicial pode ser garantida sem comprometer a segurança jurídica, especialmente em casos onde a matéria de direito não suscita maiores controvérsias.

A compreensão aprofundada das diferenças entre a tutela de urgência e a tutela de evidência é crucial para a adequada aplicação desses instrumentos processuais. Cada uma delas atende a propósitos distintos dentro do espectro de ferramentas jurídicas disponíveis para a antecipação de tutela, representando, assim, a dualidade entre a necessidade de uma resposta imediata e a possibilidade de acelerar o processo com base na clareza dos fatos e do direito envolvido. A escolha entre uma ou outra deve ser guiada pela natureza específica do direito em questão e pelas circunstâncias particulares do caso, assegurando que a justiça seja administrada de forma eficiente e justa.

2.3 Requisitos Legais para Concessão da Tutela de Evidência

Integrada ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Código de Processo Civil de 2015, a tutela de evidência é uma modalidade de tutela provisória que se distingue por sua concessão independente da demonstração do perigo na demora, o periculum in mora, que é exigido na tutela de urgência. Este mecanismo processual é concebido para antecipar os efeitos da tutela final quando a clareza do direito invocado pelo autor é inequívoca, permitindo uma resolução judicial mais rápida e eficiente em situações onde a demora poderia resultar em injustiças flagrantes.

O artigo 311 do Código de Processo Civil especifica os critérios sob os quais a tutela de evidência pode ser concedida, estabelecendo um marco legal que busca equilibrar a eficácia processual com a segurança jurídica. Esses critérios refletem a intenção do legislador de fornecer uma ferramenta judicial que possa ser empregada em circunstâncias onde a matéria de direito não é apenas clara, mas também incontestável.

Um dos critérios legais para a concessão da tutela de evidência é o manifesto propósito protelatório do réu, caracterizado por um

abuso no exercício do direito de defesa, visando atrasar o processo. Nesses casos, o judiciário pode intervir de maneira antecipada para evitar que tais táticas processem impacto negativo sobre a parte que detém um direito evidente. Defende-se, inclusive, que esse fundamento deve ser lida como uma regra aberta que autoriza a antecipação da tutela independentemente de urgência “em toda e qualquer situação em que a defesa do réu se mostre frágil diante da robustez dos argumentos do autor - e da prova por ele produzida - na petição inicial” (MARINONI, ARENHART e MITIDIERO, 2019, p. 211).

Outro critério importante é a existência de uma tese jurídica firmada por súmula vinculante ou em julgamento de casos repetitivos pelos tribunais superiores. A aplicação deste critério garante uma uniformidade nas decisões judiciais, proporcionando previsibilidade e estabilidade jurídica, o que é fundamental para que casos similares sejam resolvidos de maneira rápida e eficiente.

Hermes Zaneti Júnior (2019) sustenta que o principal propósito do sistema de precedentes é assegurar igualdade, tratando casos similares de forma semelhante, o que é uma premissa essencial atualmente. Luiz Guilherme Marinoni (2017) complementa ao explicar que a ética dos precedentes promove a unidade do direito e a igualdade no tratamento dos jurisdicionados, contribuindo também para o fortalecimento institucional.

Além disso, a tutela de evidência pode ser concedida quando a petição inicial é instruída com prova documental robusta que comprove o direito alegado de maneira inequívoca. Este requisito enfatiza a importância de uma documentação clara e convincente como suporte às alegações do autor, dispensando a necessidade de outras provas.

Finalmente, casos em que os fatos que fundamentam o direito do autor são uncontroversos também se qualificam para a concessão da tutela de evidência. Isso ocorre quando não existe contestação significativa ou dúvida razoável sobre a veracidade dos fatos apresentados, permitindo uma decisão rápida com base na evidência clara dos direitos envolvidos.

A prática judicial demonstrou que a tutela de evidência, apesar de menos frequente que a tutela de urgência, serve como um recurso valioso para a promoção de uma justiça mais célere e eficaz, especial-

mente em áreas do direito onde a celeridade na resolução de disputas é crucial. Os advogados, portanto, devem estar plenamente cientes desses requisitos e considerar a tutela de evidência como uma opção estratégica em situações apropriadas, assegurando que seus clientes se beneficiem de uma resposta judicial rápida e fundamentada.

Esta análise dos requisitos legais para a concessão da tutela de evidência revela sua capacidade de facilitar uma administração judicial mais ágil e menos onerosa, destacando-se como uma ferramenta essencial para a realização da justiça em casos onde a matéria de direito é indiscutível.

3 IMPORTÂNCIA E DESAFIOS DA TUTELA DE EVIDÊNCIA NO DIREITO DA SAÚDE

3.1 Eficiência Processual e Acesso à Saúde

A tutela de evidência, enquanto mecanismo processual previsto no Código de Processo Civil de 2015, tem demonstrado um potencial significativo para melhorar a eficiência processual, especialmente relevante no contexto do direito da saúde. A aplicação deste instrumento jurídico permite uma resposta judicial mais rápida em casos onde a evidência do direito é manifesta, facilitando o acesso a tratamentos médicos essenciais e mitigando os efeitos adversos da demora processual na saúde dos indivíduos. Especialmente quando se lembra que uma das modalidades de tutela de evidência está ligada ao sistema de precedentes, que está intimamente ligado – na visão de Didier Júnior, Braga e Oliveira (2017) – à formação de uma decisão judicial a partir de um caso concreto, cujo componente normativo pode orientar o julgamento de casos semelhantes no futuro.

No âmbito da saúde, a celeridade processual não é apenas uma questão de conveniência, mas de necessidade vital. Pacientes com condições de saúde críticas ou degenerativas não podem esperar meses ou anos por uma decisão judicial que determine a cobertura de tratamentos, medicamentos ou procedimentos cirúrgicos. A tutela de

evidência atua nesse contexto como um facilitador, garantindo que decisões possam ser tomadas rapidamente quando os requisitos legais para sua aplicação são claramente satisfeitos, como no caso de direitos garantidos por legislação clara ou súmulas vinculantes sobre coberturas de saúde.

A eficácia deste mecanismo é evidenciada em múltiplas instâncias onde pacientes conseguiram acesso a terapias salvadoras de vidas sem a necessidade de passar pelo trâmite completo do processo judicial. Por exemplo, em casos de tratamentos oncológicos de alto custo ou medicamentos para doenças raras, a tutela de evidência permite que os pacientes comecem seus tratamentos imediatamente após a comprovação da urgência e da evidência clara do direito à cobertura, conforme estabelecido pela legislação ou confirmado por jurisprudência consolidada.

No entanto, apesar de seus benefícios evidentes, a implementação da tutela de evidência no direito da saúde não está isenta de desafios. A principal barreira não é jurídica, mas prática e informativa. Muitos profissionais da saúde e pacientes não estão plenamente cientes dos direitos legais e das opções judiciais disponíveis para acelerar seus casos. Uma rápida pesquisa jurisprudencial, por exemplo, demonstra a discrepância enorme entre a quantidade de casos julgados sob a égide da tutela de urgência e sob a égide da tutela de evidência, sendo que para cada caso de tutela de evidência existem mais de 100 julgados sobre tutela de urgência.

Além disso, existe uma necessidade de treinamento e sensibilização contínua entre os operadores do direito, incluindo advogados e juízes, para que possam aplicar esse instrumento de forma mais eficaz e consistente.

A tutela de evidência, portanto, serve como um exemplo poderoso de como o direito processual pode se adaptar para atender às exigências do direito substancial, neste caso, o direito à saúde. Por fim, a adoção mais ampla deste mecanismo poderia não apenas melhorar o acesso à saúde mas também contribuir para uma justiça mais responsável e adaptada às necessidades urgentes da população, refletindo o compromisso do sistema judiciário com a promoção da saúde e do bem-estar.

3.2 Desafios na Implementação da Tutela de Evidência

A implementação da tutela de evidência no direito da saúde, embora fundamental para a eficiência processual e o acesso a tratamentos médicos essenciais, enfrenta vários desafios que impedem sua aplicação plena e efetiva. Estes desafios são multifacetados, abrangendo aspectos legais, práticos e educacionais que precisam ser cuidadosamente considerados para maximizar o potencial deste instrumento jurídico.

Um dos principais desafios é a complexidade das normas que regem a tutela de evidência, que muitas vezes pode confundir tanto os advogados quanto os magistrados. A interpretação e aplicação corretas dessas normas exigem um entendimento profundo do Código de Processo Civil e de como suas provisões se aplicam especificamente aos casos de saúde. Além disso, a falta de familiaridade com as especificações da tutela de evidência pode levar a erros na sua solicitação e concessão, resultando em atrasos e até mesmo em decisões judiciais desfavoráveis.

Outro desafio significativo é a resistência institucional à implementação da tutela de evidência. Muitos juízes e advogados estão acostumados às práticas processuais convencionais e podem ser relutantes em adotar uma abordagem mais proativa que a tutela de evidência requer. Essa resistência pode ser exacerbada pela percepção de que decisões rápidas podem comprometer a qualidade da justiça ou por preocupações sobre a possibilidade de aumentar o número de decisões apressadas e potencialmente errôneas.

Além das barreiras legais e institucionais, há também uma necessidade crítica de capacitação e educação continuada para os profissionais do direito. Advogados, juízes e até mesmo funcionários do tribunal precisam de treinamento regular sobre as nuances da tutela de evidência e como ela pode ser efetivamente aplicada em casos de saúde. Sem esse treinamento, é difícil para os profissionais do direito utilizarem plenamente esse instrumento, limitando sua eficácia.

Do ponto de vista prático, a implementação da tutela de evidência também enfrenta desafios relacionados à coleta e apresentação de provas. Em muitos casos de saúde, os documentos necessários para

comprovar o direito são complexos e envolvem detalhes técnicos que devem ser claramente entendidos e apresentados no contexto judicial. A dificuldade em obter e organizar adequadamente essas provas pode impedir a concessão da tutela de evidência, especialmente quando os tribunais estão sobrecarregados e os prazos são apertados.

Enfrentar esses desafios requer uma abordagem coordenada que inclua reformas jurídicas para simplificar e esclarecer as regras, programas de educação e capacitação para profissionais do direito, e esforços para mudar as atitudes institucionais em relação à inovação processual. Superar esses obstáculos não apenas facilitará a aplicação da tutela de evidência no direito da saúde, mas também promoverá uma justiça mais rápida e acessível para todos os cidadãos, garantindo que o direito à saúde seja efetivamente protegido em um ambiente jurídico cada vez mais dinâmico.

3.3 Perspectivas de Reforma e Melhorias

A implementação mais ampla e efetiva da tutela de evidência no direito da saúde não apenas requer uma superação dos desafios existentes, mas também a adoção de reformas estratégicas e melhorias contínuas nas práticas judiciais. Estas reformas são cruciais para assegurar que a tutela de evidência atinja seu potencial pleno, contribuindo significativamente para a eficácia e a rapidez do sistema de justiça. Uma abordagem multifacetada, envolvendo mudanças legislativas, educacionais e culturais, pode fornecer o impulso necessário para que este instrumento jurídico seja mais bem aproveitado.

Primeiramente, é essencial promover reformas legislativas que clarifiquem e simplifiquem os critérios para a concessão da tutela de evidência. Isso incluiria revisões do Código de Processo Civil para tornar as normas mais acessíveis e compreensíveis, minimizando as ambiguidades que atualmente podem levar a inconsistências na aplicação da lei. Tais reformas deveriam ser acompanhadas de exemplos práticos e diretrizes detalhadas que ajudariam os operadores do direito a aplicar a tutela de evidência de forma mais confiante e precisa.

Além das mudanças legislativas, é crucial investir na educação e na capacitação dos profissionais do direito. Programas de formação continuada deveriam ser desenvolvidos para ensinar advogados e juízes sobre as especificidades da tutela de evidência, particularmente em contextos que envolvem direitos fundamentais como o direito à saúde. Esses programas poderiam ser oferecidos por escolas de magistratura, associações de advogados e instituições acadêmicas, garantindo que os profissionais do direito estejam atualizados com as práticas mais recentes e eficazes.

A mudança cultural dentro do judiciário também desempenha um papel fundamental na promoção da tutela de evidência. Incentivar uma cultura de inovação e eficiência entre juízes e advogados pode ajudar a diminuir a resistência às novas práticas processuais. Essa mudança cultural poderia ser facilitada por uma liderança judicial que valorize e promova o uso de ferramentas processuais que acelerem a prestação jurisdicional sem comprometer a qualidade da justiça.

Outra área de melhoria está na tecnologia e infraestrutura judiciária. A adoção de tecnologias avançadas pode ajudar no processamento mais rápido de casos e na gestão mais eficiente de evidências. Sistemas de gestão eletrônica de casos e plataformas de acesso digital podem facilitar a apresentação e análise de provas, tornando o processo mais ágil e menos suscetível a atrasos.

Por fim, é necessário um compromisso contínuo com a avaliação e ajuste das práticas judiciais. Isso envolve monitorar regularmente a eficácia da tutela de evidência e fazer ajustes conforme necessário para garantir que ela continue servindo ao propósito de facilitar um acesso rápido e justo à justiça. Avaliações periódicas, possivelmente conduzidas por organismos independentes ou comissões judiciais, ajudariam a identificar pontos de estrangulamento e áreas onde melhorias adicionais são necessárias.

Adotando essas reformas e melhorias, o sistema judiciário brasileiro pode não apenas aprimorar a aplicação da tutela de evidência, mas também reforçar o compromisso geral com a justiça rápida e efetiva, especialmente em casos que afetam a saúde e o bem-estar dos cidadãos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução da tutela de evidência no Código de Processo Civil de 2015 marcou um avanço significativo para o sistema judiciário brasileiro, proporcionando uma ferramenta processual que permite uma resposta mais ágil e eficiente em casos onde a clareza do direito é manifesta. Este mecanismo é particularmente valioso no direito da saúde, onde a rapidez na resolução de disputas pode ter impactos diretos e significativos na vida e no bem-estar dos cidadãos.

A tutela de evidência oferece uma alternativa às práticas processuais convencionais, garantindo que casos com direitos claros e incontestáveis sejam decididos rapidamente, sem a necessidade de um processo completo que poderia levar anos para ser concluído. Isso não só melhora a eficiência processual como também assegura o acesso à saúde, permitindo que pacientes obtenham tratamentos essenciais em tempo hábil.

No entanto, a implementação da tutela de evidência enfrenta desafios significativos. Complexidades legais, resistência institucional e a necessidade de capacitação dos profissionais do direito são barreiras que ainda precisam ser superadas para que essa ferramenta alcance seu potencial máximo. A falta de conhecimento e a hesitação em adotar novas práticas processuais diminuem a eficácia deste mecanismo, apesar de seus claros benefícios.

Para superar esses desafios, é crucial que reformas legislativas sejam implementadas para simplificar e clarificar as regras que regem a tutela de evidência. Paralelamente, investimentos em educação e capacitação jurídica são essenciais para equipar advogados e juízes com o conhecimento necessário para aplicar efetivamente a tutela de evidência. Além disso, uma mudança cultural dentro do judiciário, que promova a inovação e a eficiência, pode facilitar uma maior aceitação e utilização desta ferramenta.

Adotando essas medidas, o sistema judiciário brasileiro pode não apenas melhorar o acesso à justiça, mas também garantir que o direito à saúde seja protegido de forma mais eficaz e eficiente. A tutela de evidência, portanto, não é apenas um mecanismo processual; é uma expressão de um compromisso mais amplo com a justiça rápida e

a realização dos direitos fundamentais. A continuidade nas avaliações e ajustes nas práticas judiciais, juntamente com o compromisso com a inovação processual, garantirá que a tutela de evidência continue a servir não apenas como uma ferramenta legal, mas como um pilar para um sistema judiciário mais responsável e adaptativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA ALVIM, Teresa et. al. (Coord.). **Breves comentários ao novo código de processo civil.** 2. ed. rev. e atual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016. E-book.

BEDAQUE, José Roberto dos Santos. **Tutela cautelar e tutela antecipada:** tutelas sumárias e de urgência (tentativa de sistematização). 3. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2003.

CÂMARA, Alexandre Freitas; PEDRON, Flávio Quinaud; TOLEN-TINO, Fernando Lage. Tutelas provisórias no CPC 1973 e no CPC 2015: o quanto o novo tem de inovador? **Revista de Processo: Re-Pro.** São Paulo, v. 41, n. 262, p. 155-184. dez. 2016.

CARNEIRO, Athos Gusmão. **Da antecipação de tutela.** Rio de Janeiro: Forense, 2010.

CARNELUTTI, Francesco. **Diritto e processo.** Napoli: Morano, 1958.

CHIOVENDA, Giuseppe. **Istituzioni di diritto processuale civile.** 2 ed. Napoli: Jovene, 1947.

COSTA, Eduardo José da Fonseca. **O direito vivo das liminares.** São Paulo: Saraiva, 2011.

CRAMER, Ronaldo. **Precedentes judiciais:** teoria e dinâmica. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

DIDIER JÚNIOR, Freddie; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael Alexandria de. **Curso de direito processual civil:** teoria da prova, direito probatório, ações probatórias, decisão, precedente, coisa julgada e antecipação dos efeitos da tutela. 12. ed. rev. Salvador: JusPodi-vm, 2017. v. 2.

DIDIER JÚNIOR, Fredie; BRAGA, Paula Sarno; OLIVEIRA, Rafael Alexandria de. Tutela provisória de evidência. In: COSTA, Eduardo José Fonseca da; PEREIRA, Mateus Costa; GOUVEIA FILHO, Roberto Campos (Org.). **Tutela provisória.** 2 ed. rev., atual. e amp. Salvador: JusPodivm, 2019.

DINAMARCO, Cândido Rangel. **Nova era do processo civil.** 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

FUX, Luiz. **Tutela de segurança e tutela da evidência.** São Paulo: Saraiva, 1996.

JOBIM, Marco Félix; MACHADO, Milton Terra. A tutela provisória do art. 311, II, do CPC e a evidência por norma legal não controversa. **Revista de Processo**, São Paulo, v. 306, p. 205-222, ago. 2020.

LAMY, Eduardo. **Tutela provisória.** São Paulo: Atlas, 2018.

MACÊDO, Lucas Buril de. Antecipação da tutela por evidência e os precedentes obrigatórios. **Revista de Processo**, São Paulo, v. 242, n. p. 523-552, abr. 2015.

MARINONI, Luiz Guilherme. **Abuso de defesa e parte incontroversa da demanda.** 2. ed. rev. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

MARINONI, Luiz Guilherme. **Tutela de urgência e tutela da evidência:** soluções processuais diante do tempo da justiça. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

MARINONI, Luiz Guilherme; ARENHART, Sérgio Cruz; MITIDERO, Daniel Francisco. **Curso de processo civil:** tutela dos direitos mediante procedimento comum. 5. ed. São Paulo: Rev. dos Tribunais, 2019. v. 2.

MEDINA, José Miguel Garcia. **Curso de direito processual civil moderno.** 4. ed. São Paulo: Ed. RT, 2018.

MOREIRA, José Carlos Barbosa. **Temas de direito processual:** oitava série. São Paulo: Saraiva, 2004.

NERY JÚNIOR, Nelson; NERY, Rosa Maria de Andrade. **Código de processo civil comentado.** 17. ed. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2018.

RIBEIRO, Leonardo Ferres da Silva. **Tutela provisória:** tutela de urgência e tutela de evidência. 2. ed. rev. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Curso de direito processual civil:** processo de conhecimento e procedimento comum. 58. ed. rev., atual. e amp. Rio de Janeiro: Forense, 2017. v. 1.

WAMBIER, Teresa Arruda Alvim; CONCEIÇÃO, Maria Lúcia Lins; RIBEIRO, Leonardo Ferres da Silva; MELLO, Rogerio Licastro Torres de. **Primeiros comentários ao novo Código de Processo Civil:** artigo por artigo. São Paulo: Ed. RT, 2015.

ZANETI JR., Hermes. **O valor vinculante dos precedentes:** teoria dos precedentes normativos formalmente vinculantes. 4. ed. rev., atual. e amp. Salvador: JusPodivm, 2019.

ZAVASCKI, Teori Albino. **Antecipação da tutela.** 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

AS PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS COMO INSTRUMENTO GARANTIDOR DO DIREITO À SAÚDE.

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIPS AS A GUARANTOR INSTRUMENT FOR THE RIGHT TO HEALTH.

Carlos Eduardo Cancherini²⁸

Célio Marcos Lopes Machado²⁹

Simone Letícia Severo e Sousa Dabés Leão³⁰

Resumo: A Administração Pública tem encontrado na celebração das parcerias público-privadas (PPPs) uma alternativa para a garantia de direitos fundamentais à população, como o direito à saúde. A regulamentação das parcerias público-privadas são tangenciados pela Lei n. 8987/1995, que introduziu no ordenamento brasileiro a figura da concessão de serviços públicos e as previstas na Lei 11.079/2004, patrocinada e administrativa. A Lei nº 14.133/2021 que institui a Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos, e outras normas, como a Lei nº 13.303/2016 e o Decreto nº 7.746/2012 complementam o quadro regulatório que regulam as parcerias público-privadas, sempre com o intuito de promover a transparência e a sustentabilidade nas contratações públicas. As PPPs se apresentam como um modelo de contratação alternativo à contratação tradicional, mais vantajoso e menos burocrático, pois permite ao Estado focar nos objetivos dos projetos, no que ele pretende seja entregue à população, e menos nos meios

28 Advogado. Pós-graduado em Direito Público pelo IEC-PUCMINAS. Pós-graduado em Direito da Medicina pela Universidade de Coimbra/Portugal. Mestrando em Direito das Relações Econômico-Empresariais na Faculdade Milton Campos.

29 Advogado e economista. Mestre em Administração Pública com Gestão Econômica pela Fundação João Pinheiro. Professor associado à Fundação Dom Cabral (FDC). Doutor em Direito pela PUCMINAS.

30 Advogada. Pós-doutora em Direitos Humanos pela *Universidad de Salamanca*. Doutora em Direito Público (PUCMINAS/Belo Horizonte). Mestre em Direito das relações econômico-coempresariais (UNIFRAN/ São Paulo). Professora universitária. Membro da Diretoria do Colegiado de Gestores em Saúde de Minas Gerais – COGESMIG.

utilizados para atingir tal intento. A experiência tem demonstrado que as concessões no modelo de Parceria Público-Privada no âmbito da saúde, seja através do modelo inglês de transferência apenas dos serviços não assistenciais (bata cinza), ou com a transferência também dos serviços assistenciais (bata branca), como no modelo português e espanhol, que se diferenciam somente na forma de o fazer, em contrato único ou separado, representam excelente alternativa para melhora na prestação do serviço de saúde, em especial em razão da rápida evolução tecnológica que demanda altos investimentos de forma imediata.

Palavras-chave: Parcerias Público-Privadas; instrumento garantidor; prestação de serviços; Direito à Saúde.

Abstract: The Public Administration has found in the celebration of public-private partnerships (PPPs) an alternative to ensure fundamental rights for the population, such as the right to health. The regulation of public-private partnerships is addressed by Law n°. 8987/1995, which introduced the concept of public service concessions into the Brazilian legal system, and those established by Law n°. 11.079/2004, covering both sponsored and administrative PPPs. Law n°. 14.133/2021, which institutes the New Public Procurement and Administrative Contracts Law, along with other norms such as Law n°. 13.303/2016 and Decree n°. 7.746/2012, complement the regulatory framework governing public-private partnerships, always aiming to promote transparency and sustainability in public procurement. PPPs present an alternative contracting model to traditional procurement, being more advantageous and less bureaucratic. This model allows the State to focus on the goals of the projects, on what it aims to deliver to the population, rather than on the means used to achieve that objective. Experience has shown that public-private partnership concessions in the healthcare sector, whether through the English model of transferring only non-care services (grey coat model) or by transferring both care and non-care services (white coat model), as seen in Portugal and Spain, which differ only in the manner of doing so, whether through a single or separate contract, represent an excellent alternative for improving healthcare service delivery, especially due to the rapid technological advancements that require high immediate investments.

Keywords: Public-Private Partnerships; Guarantor Instrument; Service Delivery; Right to Health.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a OMS-Organização Mundial de Saúde, a saúde deve ser compreendida não somente quanto à ausência de doença, mas ao completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

As garantias constitucionais à saúde estão estabelecidas nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal.

De acordo com o disposto no art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

No Brasil, sempre que o tema da transferência de um serviço público para o privado, seja através das privatizações, concessões, permissões de serviços públicos ou parcerias, vem à tona, começam as críticas e discussões sobre a ineficiência do Estado em prestar um serviço público, a lucratividade que terá o ente privado ao explorar um serviço que deveria “alimentar” a máquina estatal e, em tese, trazer desenvolvimento, melhor infraestrutura, enfim, fala-se das terceirizações de serviço público como se estivesse a tratar de algo novo, pouco testado na história, o que não é verdade.

A prestação de serviço público por particulares remonta à Grécia antiga, onde a Administração Pública contratava quase todos os serviços públicos de particulares.

Não era diferente no império Romano, em que serviços de responsabilidade do Estado como manutenção de estradas e exploração de portos também eram passados a empresas privadas.

A partir do século XVII, países como Reino Unido e França passaram a utilizar do capital privado por meio de descentralizações de serviços públicos, com a finalidade de obter desenvolvimento e infraestrutura, assim como é hoje.

No Brasil, a prática também não é nova, na verdade, começou a ser adotada assim que a corte portuguesa colocou os pés em solo tupiniquim e se viu em um ambiente inóspito, muito diferente da já muito desenvolvida Lisboa. Porém, talvez a forma como iniciou tenha acabado por gerar preconceito desde o seu nascedouro.

Assim que aportaram no Rio de Janeiro, D. João VI e a aristocracia portuguesa que o acompanhava depararam com a precariedade e insalubridade daquele vilarejo e, imediatamente, perceberam a urgente necessidade de realizar obras de infraestrutura capazes de dar um mínimo de condições de higiene, segurança, mobilidade, alimentação e trazer civilidade à nova moradia que, pelo menos, se aproximasse da moderna, civilizada e estruturada Lisboa.

Ao buscar empresários com capacidade de investimentos, já que a corte não dispunha de muitos recursos e tinha muita dificuldade de implantar um sistema de arrecadação de impostos eficiente, se depararam com as únicas pessoas com capital à época, os traficantes de escravos.

Pessoas que ganhavam a vida através da subjugação de seres humanos, que tinham na violência a única forma de gerar riqueza, pessoas insensíveis, aculturadas e sem nenhuma capacidade de entender o mecanismo de investir para lucrar, prestar um bom serviço para ter uma boa retribuição; e foram essas pessoas que passaram a prestar os serviços públicos, muitas das vezes em troca de títulos de nobreza que não mereciam, mas era a única moeda de troca de que dispunha a corte imperial. A forma e a qualidade nem precisam ser aqui discorridas.

Talvez daí venha a resistência da sociedade brasileira com as terceirizações de serviço público que, em tempos mais modernos, apesar de algumas experiências ruins, tem sido quebrada, pois as terceirizações vem contribuindo para uma melhora da infraestrutura e da prestação de serviços públicos, em especial após a aprovação da Lei 11.079/2004, que na prática trouxe boas experiências pelos projetos de PPPs desenvolvidos e que vem tendo uma excelente receptividade e aprovação não só pelo poder concedente, mas, principalmente, pelos usuários dos serviços.

Nesse cenário, surgem as parcerias público-privadas (PPPs), reguladas pela Lei nº 11.079/2004, que estabeleceu normas gerais para licitação e contratação no âmbito União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Administração Pública tem encontrado na celebração das parcerias público-privadas (PPPs) uma alternativa para a garantia de direitos fundamentais à população, como o direito à saúde.

Ver-se-á que os contratos celebrados a título de parcerias público-privadas são tangenciados pela Lei nº 8.080/1990.

Utilizar-se-á nessa pesquisa, a metodologia do tipo exploratória, de cunho qualitativa, com análise jurisprudencial, conjugada com revisão bibliográfica através da consulta em teses, dissertações, artigos científicos e doutrinas de autores que debatem direta ou indiretamente as questões teóricas que integram o objeto do presente estudo.

2 DAS CONCESSÕES NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Cientes da necessidade em se ter na legislação brasileira mecanismos legais que promovessem a atração do setor privado em investir em serviços e obras públicas e romper com o modelo de concentração e inchaço do setor público através das estatais, o Constituinte de 1988 trouxe ao novo ordenamento jurídico que se iniciava o artigo 175 em que firmou os alicerces da terceirização do serviço público, a ser regulamentado por lei federal.

Art. 175. Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos.

A tão esperada regulamentação veio com a Lei n. 8987/1995, que introduziu no ordenamento brasileiro a figura da concessão de serviços públicos.

Na definição de Maria Sylvia Zanella Di Pietro, a concessão “é o contrato administrativo pelo qual a Administração Pública delega a outrem a execução de um público, para que o execute em seu próprio nome, por sua conta e risco, assegurando-lhe a remuneração mediante tarifa paga pelo usuário ou outra forma de remuneração decorrente da exploração do serviço”. (DI PIETRO, 2015, p. 267)

Não obstante a importância da figura da concessão para a atração de investimento privado e consequente melhora da infraestrutura dos serviços tidos como tradicionalmente públicos, pela

própria definição percebe-se que o instituto limitou-se em abarcar os serviços públicos tidos como autossustentáveis, concessões de rodovias com cobrança de pedágio, por exemplo, deixando de lado serviços públicos que, não obstante possibilitem a cobrança de tarifas, essas não são suficientes para remunerar o trabalho do privado, bem como, não compreendeu aqueles serviços prestados diretamente ao poder público e, portanto, remunerados pelo erário, sem a contraprestação da tarifa do usuário.

Quanto às origens, podemos afirmar que as parcerias público-privadas não são instrumentos novos no Brasil, mas antes eram específicas para determinadas áreas, e não se utilizava estes termos, pois foi D. Pedro II (1840-1889) quem deu abertura para tal processo denominado de “concessão” na área de infraestrutura do País. Em 1835, conforme publicação do Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes – DNIT, o Governo Imperial estabeleceu na Lei n.º 101, um modelo “concessório”; oferecendo determinadas vantagens às empresas que se comprometessem a construir estradas de ferro, porém isto não conseguiu despertar o interesse empresarial, porque não consideravam um negócio lucrativo, que pudesse compensar seus investimentos (SANTOS, 2017, p. 10).

Desde os tempos de colônia, passando pelo Império, as ordens e irmandades religiosas cuidam de assistência social, cemitérios, orfanatos e educação, recebendo dotações de cofres públicos e contribuições privadas. (PASIN; BORGES, 2003, p. 179)

A adoção das PPPs no Brasil começou a ganhar forma no final da década de 1990 e início dos anos 2000, durante um período de reestruturação econômica e administrativa do país. A necessidade de modernizar a infraestrutura e melhorar os serviços públicos, juntamente com restrições fiscais, incentivou o governo a buscar novas formas de financiamento e gestão. (LEITÃO, 2024, p. 01)

A primeira PPP (concessão patrocinada) assinada no Brasil foi o projeto para exploração da operação dos serviços de transporte de passageiros da Linha 4 - Amarela do Metrô de São Paulo, cujo percurso abrange desde a Estação da Luz até Taboão da Serra, com um valor de R\$ 790 milhões, entre a Companhia do Metropolitano de São Paulo - METRÔ do Estado de São Paulo e a Concessionária da Linha

4 do Metrô de São Paulo S.A. (ViaQuatro). (MATTOS; MAFFIA, 2015, p. 17)

Operações como a da Usina Hidroelétrica de Itaipu, envolvendo parceria internacional, e, posteriormente, a da Hidroelétrica de Machadinho, em que os demandantes de energia receberam o arrendamento da usina no lugar de um contrato de garantia firme de compra da energia (*power purchase agreement*), também poderiam ser vistas como exemplos de PPP, em seu sentido mais amplo. Diversos programas de financiamento a universidades privadas, através da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), poderiam também ser assim classificados. (PASIN; BORGES, 2003, p. 179)

A Lei n. 11.074, de 30 de dezembro de 2004, preenche essa lacuna ao implantar o modelo de Parcerias Públco Privadas no Brasil e ampliar o leque de possibilidades de serviços a serem prestados pelo Poder Públco em parceria com a iniciativa privada, ao prever duas modalidades de concessão, a patrocinada e a administrativa.

Tal legislação proporcionou a confecção de contratos específicos que ainda não podiam ser feitos até então.

Antes de aprofundar o tema, cumpre aqui esclarecer um erro que muitas vezes se comete ao tratar de concessões, que é colocar em institutos jurídicos distintos a concessão prevista na Lei 8987/1995 e as previstas na Lei 11.079/2004, patrocinada e administrativa. Trata-se de modalidades da mesma espécie, que apenas são tratadas em dispositivos legais diversos e possuem âmbito de aplicação distintos, porém, são modos de transferir atividades estatais à iniciativa privada, sendo, portanto, o mesmo instituto jurídico.

A Lei nº 14.133/2021 que institui a Nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos, e outras normas, como a Lei nº 13.303/2016 e o Decreto nº 7.746/2012 complementam o quadro regulatório que regulam as parcerias público-privadas, sempre com o intuito de promover a transparéncia e a sustentabilidade nas contratações públicas.

A partir da Lei Federal, que definiu o marco regulatório nacional das PPPs, a maioria dos estados e de alguns municípios também legislou sobre o tema. As premissas básicas que um contrato deve respeitar para enquadrar-se em um padrão de PPP determinam que

(1) o contrato envolva a realização dos projetos de construção, financiamento, operação e transferência de bens ao poder público; (2) a duração do contrato varie entre 5 e 35 anos e seu valor seja superior a R\$20milhões³¹; (3) a possibilidade de complementar a arrecadação da tarifa com contraprestação pública; (4) o pagamento público condicionado à efetiva prestação do serviço e ao desempenho do parceiro privado; (6) o pagamento público garantido por seguro ou garantias emitidas por fundo garantidor (Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004). (THAMER, 2015, p. 825)

A Lei 11.079/94, inclusive, faz menção à concessão da Lei 8987/1995, que em seu texto chama de comum, ao definir a concessão patrocinada.

Prevista no artigo 2º, §1º, da Lei 11.079/2014, a concessão patrocinada vem para complementar a concessão comum, já que, assim como esta, pressupõe a cobrança de tarifa diretamente dos usuários, porém, acrescida de uma contraprestação ou um aporte do poder público que cubra parte dos investimentos.

A própria definição trazida na lei faz referência à concessão comum:

Art. 2º Parceria público-privada é o contrato administrativo de concessão, na modalidade patrocinada ou administrativa.

§1º Concessão patrocinada é a concessão de serviços públicos ou de obras públicas de que trata a Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, quando envolver, adicionalmente à tarifa cobrada dos usuários contraprestação pecuniária do parceiro público ao parceiro privado.

Como exemplos dessa modalidade de concessão, tem-se a construção de rodovias, que pelo alto valor investido pode ter sua

³¹ A Lei nº 13.529/2017 alterou a redação da Lei nº 11.079/2004, **reduzindo de 20 para 10 milhões de reais** o valor mínimo do contrato para que sejam celebradas Parcerias Público-Privadas (PPP). Para muitos, a justificativa para alteração do valor mínimo foi devido ao alto valor anteriormente definido, que dificultava, inclusive, que municípios de pequeno porte tivessem condições de desenvolver projetos importantes com ajuda da iniciativa privada.

construção financiada pelo poder público e sua manutenção através de tarifas cobradas dos usuários, o mesmo pode ocorrer com o transporte coletivo municipal quando o pagamento de tarifa pelos usuários não é suficiente para remunerar o parceiro privado. Da mesma forma, a exploração do sistema de água e tratamento de esgoto com tarifas pagas pelos usuários, não sendo essas suficientes, o poder público fará uma contraprestação pecuniária ao concessionário.

Em contrapartida, o §2º do mesmo artigo 2º da Lei de PPPs, ao definir a modalidade concessão administrativa, a equipara ao contato administrativo quando prevê a possibilidade de concessão de um serviço público sem que tenha contraprestação pecuniária do privado, mesmo que esse seja o usuário direto do serviço.

(...)

§2º Concessão administrativa é o contrato de prestação de serviços de que a Administração Pública seja a usuária direta ou indireta, ainda que envolva execução de obra ou fornecimento e instalação de bens.

As diferenças entre uma contratação tradicional e a PPP podem ser resumidas no quadro abaixo, encontrado na obra Manual de Parcerias Público-Privadas e Concessões, dos autores lusitanos Carlos Oliveira Cruz e Joaquim Miranda Sarmento: (CRUZ, SARMENTO, 2020, p. 680)

Condições	Contratação Tradicional	PPP
Investimento	<ul style="list-style-type: none"> · Responsabilidade do Estado · Contrato de empreitada com uma empresa de construção · Risco de derrapagem de custos geralmente é do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> · Responsabilidade do privado · O contrato de construção é entre o privado e outras empresas privadas · Risco de derrapagem de custos é assumido pelo privado

Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> Orçamento do Estado 	<ul style="list-style-type: none"> Pagamentos anuais, após a conclusão da construção, pelo período do contrato (20-30 anos)
Custo para o Estado	<ul style="list-style-type: none"> Custo inicial do investimento Custo anual de manutenção do ativo 	<ul style="list-style-type: none"> Repartidos entre o sector público e a empresa privada, adotando uma geometria variável, que é discutida no Capítulo 9
Riscos	<ul style="list-style-type: none"> Totalmente alocados ao sector público 	

Como se vê, as Parcerias Público Privadas são um instrumento intermediário entre a delegação comum e as privatizações, em que se transfere ao privado não só a exploração do serviço, mas todos os ativos a ele relacionados de forma definitiva, ao contrário das PPPs, em que esses ativos são todos devolvidos ao final da concessão em perfeito estado de conservação.

O grande diferencial do contrato de PPP é a liberdade de atuação do particular, prestador do serviço, pois, ao contrário dos contratos comuns em que o prestador de serviços assume uma obrigação de meio, nas PPPs o particular assume uma obrigação de resultado e, para isso, goza de maior flexibilidade quanto à forma de prestação do serviço.

O concessionário atua como prestador de serviços públicos, realizando todo investimento necessário, que será amortizado em longo prazo, por remuneração a ser paga pela administração pública ou pela combinação desta com a exploração econômica do serviço. Ao contrário do que ocorre no pagamento de mera execução de obra em que o particular recebe por cada tarefa isoladamente considerada, a remuneração a que se faz referência aqui é uma contrapartida pelo serviço disponibilizado, desta forma a remuneração varia de acordo com os índices de desempenho do contratado e da qualidade do serviço prestado.

Em resumo, as PPPs se apresentam como um modelo de contratação alternativo à contratação tradicional, mais vantajoso e menos burocrático, pois permite ao Estado focar nos objetivos dos projetos, no que ele pretende seja entregue à população, e menos nos meios utilizados para atingir tal intento.

Os contratos firmados com fulcro na Lei n. 11.079/04 ainda possuem uma divisão de riscos entre o parceiro público e o parceiro privado nas várias etapas de um projeto de PPP, todavia a legislação não dispõe de critérios pré-estabelecidos para alocação destes riscos. Isso porque, no contrato de PPP, não há modelos nem de contratos, nem de editais, o que irá defini-los é o objeto da contratação que pode variar de uma hidrelétrica a um hospital; de uma plataforma para prospecção de petróleo a uma infraestrutura de saneamento. Dessa forma, a divisão de riscos entre particular e Poder Público nas PPPs é matéria contratual.

De fato, em um projeto de PPP, o poder público compra um serviço em termos e condições específicos, em que somente haverá gastos públicos na fase de operação da PPP, pois o parceiro privado assume sozinho todos os custos durante a fase de investimento, o que evita impacto imediato nas contas públicas.

Em uma contratação tradicional, o Poder Público faria todo financiamento do projeto utilizando-se de impostos e dívida pública, enquanto em uma PPP o investimento é feito por meio de capital privado, que combina construção, financiamento e operação, geralmente em um longo prazo de duração, o que dilui a retribuição pública no tempo, sem causar grandes impactos nas contas públicas. Cabe ressaltar, que o projeto de PPP é respaldado por mecanismos de garantias estabelecidos no contrato.

As PPPs permitem que empresas privadas se envolvam em serviços públicos e tragam benefícios ao setor público, como novas habilidades e técnicas de gestão. (MEYER, 2021, p. 56).

O usual é que esses ativos retornem ao setor público ao final da concessão com valor residual para o privado de zero.

3 DA COMPETÊNCIA PARA REALIZAR PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS PELA UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS

Como já dito, as concessões têm sua matriz constitucional no artigo 175 da Constituição da República Federativa do Brasil que, de forma genérica, conferiu ao Poder Público a competência para realizar concessões de serviços definidos na Constituição como sendo públicos.

O sistema público de saúde no Brasil (SUS) enfrenta atualmente diversos problemas relacionados ao financiamento, eficiência operacional, gestão, qualidade dos serviços, capacidade de resolução de problemas, segurança dos pacientes e equidade no acesso aos recursos. Assim, é exigida das parcerias uma compreensão profunda das necessidades do sistema, com alinhamento dos objetivos do setor privado e público. Isso porque a iniciativa privada se preocupa primordialmente com resultados financeiros, perenidade da relação contratual, e formas para assegurar juridicamente o cumprimento das obrigações assumidas. (BARBOSA; MALIK, 2014, p. 38)

Outro aspecto que traz mais luz sobre o tema da PPP é o exame das esferas de poder em que o processo pode ser executado. Existiram e existem PPPs no Brasil no âmbito tanto federal quanto estadual e municipal. Os processos podem ser completamente diferentes, dependendo da esfera de competência e ainda em uma mesma esfera legal, estando sujeitos a sucessivos programas em diferentes governos. (PASIN; BORGES, 2003, p. 181)

Partindo do princípio de que competências são faculdades juridicamente atribuídas a uma entidade, órgão ou agente do Poder Público para emitir decisões, a Constituição criou em seu texto um complexo sistema de repartição de competências, organizado e estruturado, é bom que se diga, em que tratou de forma diferente e bem definida as competências administrativas, legislativas e tributárias.

Por ter o Brasil adotado um sistema federativo, a repartição de competências é obrigatória entre dois níveis diferentes de governo, o central (União) e o regional (Estados), na forma concebida pelos estudos publicados por Alexander Hamilton, James Madison e Jhon Day, que deram origem à federação norte-americana. Porém, a Constituição de 1988 criou um terceiro patamar, inserindo os municípios na categoria integrante do sistema federativo, de forma que a repartição de competências no Brasil se dá entre os três entes, União, Estados e Municípios, estando os três autorizados a realizar concessões de serviços públicos. (MADISON; HAMILTON; JAY, 1987, s/p)

Assim, convivem no direito brasileiro três ordens de competência, a federal, estadual e a municipal. Dentre a competência da União existem as competências nacional e federal propriamente dita; a nacio-

nal para veicular as regras aplicáveis também a Estados e Municípios (como no caso das concessões de serviço público) e a federal, para vincular apenas a União Federal, na sua competência exclusiva e específica.

Diante disso, as competências para que convivam entre si necessitam obedecer a uma harmonização entre elas, de modo a não haver conflitos de ordens normativas que são de mesma hierarquia. Assim, para evitar esse choque entre competências elas são divididas pelo próprio legislador constitucional entre competências exclusivas, concorrentes e suplementares.

A repartição dessas competências tem como princípio básico a predominância do interesse. À União a Constituição reservou as competências de interesse geral, aos Estados regional e aos Municípios local, lembrando sempre que o Distrito Federal acumula as competências de interesse regional e local.

No que interessa aos Municípios, estes detém a competência exclusiva de “*legislar sobre assuntos de interesse local*”, ex-vi do artigo 30, inciso I, da Constituição, bem como, no pertinente à saúde, a competência para “*prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população*”, conforme disposto no inciso VII do mesmo artigo 30.

Além disso, importante dizer que os Municípios são competentes para “*suplementar a legislação federal e estadual no que couber*” (artigo 30, II, CF)

Tratando-se de saúde pública, o artigo 23, II da Constituição, estabelece como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “*cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência*”.

A importância do tema saúde é evidenciado na Constituição ao ser tratado em uma Seção exclusiva do Título VIII - da Ordem Social, Seção II – Da Saúde, que nos termos do artigo 196:

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.

No terreno infraconstitucional, a principal lei que trata da regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde é a Lei 8.080/1990.

Especificamente sobre as concessões, vige a Lei 8987/1995, de caráter nacional, que regula as concessões comuns, e a Lei 11.079/2004, que criou as concessões administrativa e patrocinada, no âmbito da parceria público privada.

Quanto à competência municipal, a Constituição de 1988, no artigo 29, estabelece que os municípios reger-se-ão por lei orgânica.

4 DA DELEGAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Apesar de toda regulamentação verificada, o serviço de saúde é não exclusivo, ou seja, a sua exploração é permitida pela iniciativa privada, em especial, através de contratos, convênios ou parceiras com o poder público.

A garantia de uma prestação do serviço de saúde adequada e que esteja em consonância com as práticas mais modernas utilizadas na medicina é um grande desafio para o Estado.

O avanço tecnológico na área da medicina, somado ao envelhecimento da população, tem trazido grande dificuldade ao Poder Público em equacionar cada vez mais os escassos recursos públicos em ações efetivas para os cidadãos na área da saúde.

Em todo mundo, a solução encontrada para a melhora da promoção, proteção e recuperação da prestação do serviço de saúde tem sido o estabelecimento de parcerias com a iniciativa privada.

Países como Alemanha, Austrália, Canadá, Chile, Espanha, Inglaterra, França, Itália, Finlândia, Suécia, Polônia, Portugal, Peru, Egito, México, são alguns exemplos de países que possuem PPPs na área hospitalar, que já chegam à casa de 300 contratos assinados de Parcerias Público Privadas.

Em se tratando de gestão de unidades hospitalares, a delegação pode ser apenas dos serviços não assistenciais (*non-core services*), usualmente chamado de “bata cinza”, como no modelo inglês, em que os serviços concedidos são a construção/reforma, as atividades gerais

de manutenção predial, resíduos sólidos, estacionamento, hotelaria, jardinagem, segurança, lavanderia, alimentação, recepção, etc, lá chamados de “*hard facilities*” e “*soft facilities*”.

Como pode ser feito seguindo o modelo português, que reúne a exploração dos serviços bata cinza e bata branca (*core-services*), que são os serviços prestados pelos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, dentistas, fonoaudiólogos, etc, porém, em contratos distintos.

Mais audacioso é o modelo espanhol, também chamado de modelo Alzira, que conjuga em um único contrato de PPP a exploração da bata branca e da bata cinza.

O que significa dizer que, a empresa, ou grupo de empresas, Concessionária, que vencer a licitação, assumirá como um todo os serviços de bata cinza e bata branca, assumindo, portanto, todo serviço assistencial e não assistencial do Hospital.

Tal modelo é vantajoso na medida em que evita conflito entre empresas ou entidades diferentes trabalhando no mesmo local, assim como facilita eventual responsabilização civil em caso de alguma falha na prestação do serviço. O contrato é único, assim como o prestador de todos os serviços será único, portanto, a contraprestação paga pelo Poder Público será feita de forma global a um Concessionário único que se responsabilizará pelo funcionamento da unidade hospitalar também de forma global.

Esse modelo vem sendo adotado com muito êxito pelo Programa de Saúde de Madrid.

No Brasil, existem várias PPPs com grande potencial de estratégia para melhorar o sistema de saúde, dentre elas a do Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro, em Belo Horizonte.

Destarte, modelo bem próximo é da Rede de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, em que há parcerias público-privadas celebradas pela Prefeitura Municipal na modalidade de concessão administrativa, de serviços não assistenciais de apoio e infraestrutura, precedidos de obras de reconstrução e construção de novas unidades.

O Hospital Regional Metropolitano de Belo Horizonte/MG, conhecido como Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC) - localizado no Barreiro, região da Capital com aproxima-

damente 300 mil habitantes distribuídos por 54 bairros e 18 vilas - foi construído mediante a implantação de uma parceria público-privada, conforme as disposições da Lei Municipal Nº 10.754/2014³², que estabeleceu suas diretrizes de gestão.

5 DAS VANTAJOSIDADES EM REALIZAR A CONCESSÃO DO SERVIÇO NO MODELO DE PARCERIA PÚBLICO PRIVADA

O ponto de partida ao se falar em planejamento e investimentos na área de saúde é o envelhecimento da população. Estudos demonstram que haverá uma inversão no perfil demográfico da população, havendo mais idosos do que jovens no mundo em um futuro não muito distante.

Estudos realizados pela Fiocruz projetam que em 2030 essa inversão já ocorrerá na população brasileira que terá mais idosos do que pessoas na faixa de 0 a 14 anos.

As razões são as mais variadas, passando pelo controle de natalidade cada vez mais utilizado, bem como pela evolução da medicina e maiores cuidados das pessoas com alimentação, prática de exercícios físicos, etc.

O que importa aqui é que essa realidade aumenta a necessidade de planejamento e investimentos na área de saúde, em especial na atualização de novas e mais modernas tecnologias clínicas e cirúrgicas que, por sua vez, demandam a modernização dos estabelecimentos hospitalares, movimento não acompanhado pelo Poder Público, pelo menos, não na velocidade necessária para bem atender a população em padrão igual ou semelhante ao realizado pela rede privada.

A implantação de projetos de PPP no setor de infraestrutura, segundo Marques e Berg (2011), tem gerado muitos benefícios em termos de eficiência e qualidade na provisão de bens e serviços públi-

³² BRASIL. Belo Horizonte. Lei nº 10.754, de 30 de setembro de 2014. Autoriza o Poder Executivo a instituir o serviço social autônomo Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 30 set. 2014.

cos. Isso porque a atuação conjunta da iniciativa privada com o setor público pode gerar um maior *value for money*³³ quando comparado com a forma de provisão pública tradicional (*European Commission*, 2003; IMF, 2004; World Bank, 2012). A comparação dos benefícios da intervenção econômica entre a provisão pública tradicional e a provisão privada tem sido objeto de um contínuo debate, uma vez que as PPP têm sido vistas como uma modalidade de provisão que proporciona um salto qualitativo no esforço para combinar os pontos fortes do setor público e do setor privado (HODGE; GREVE, 2007, p. 549).

Dentre os principais desafios que precisam ser enfrentados para plena alavancagem das PPPs no Brasil, é preciso, primeiramente, capacitar o setor público para lidar com a complexidade das PPPs, bem como criar procedimentos administrativos para absorver projetos dos particulares e, assim, assimilar valiosos *inputs* para o desenvolvimento do empreendimento público objeto de concessão patrocinada ou concessão administrativa. Também é preciso desenvolver a técnica de aferição de indicadores de desempenho dos parceiros privados, bem como modificar a cultura e parâmetros usualmente utilizados para definir o *value for money*. Em comum, ambos os desafios apontam para a necessidade de sofisticação no trato dos projetos de PPP, cuja celebração significa uma decisão de endividamento de longo prazo, até mesmo geracional. Um amplo processo de sensibilização para as características peculiares das PPPs, que demandam a construção de um ambiente relacional com destравamento dos modelos de garantias, precisa ser fortalecido no Brasil, passando inclusive pelas instâncias de controle – afinal, a batalha cultural nos órgãos de controle contra as PPPs é salutar. (MARQUES NETO, 2017, p. 03)

Apesar da Constituição de 1988 ter criado um sistema de prestação de serviço público de saúde integral e universal, diferente do utilizado em outros países, o investimento privado em saúde no Brasil, em especial em modernização e novas tecnologias, é maior que o público.

33 A expressão inglesa *value for money* é utilizada na literatura sobre PPP para expressar uma melhor vantagem econômica para a Administração Pública em relação à modalidade de provisão pública tradicional.

Para se ter uma noção, em 2018 o gasto com saúde no Brasil correspondeu a 9,51% do PIB, sendo que apenas 3,96% foram gastos do governo.

Além de fazer mais investimentos, reconhecidamente, o privado tem obtido melhores resultados na gestão e prestação dos serviços de saúde, o que exige do Poder Público buscar formas de reduzir ou, até mesmo equiparar, a eficiência do privado na prestação do serviço de saúde.

Neste cenário, é que aparecem as Parcerias Público Privadas como modelo mais eficaz de qualificar a prestação do serviço de saúde, pois dá ao Poder Público a possibilidade de explorar a maior capacidade do particular em realizar a gestão do serviço com eficiência, bem como conseguir acesso mais rápido, fácil e menos burocrático às novas tecnologias e inovações tecnológicas; porém, submetendo o privado ao poder de fiscalização do Estado, que como ente concedente, insere no contrato índices de performance mínimos de exigência que interferem diretamente na remuneração final da empresa concessionária, possibilitam a aplicação de multas e até mesmo de retomada da concessão em caso de não cumprimento, garantido assim, um aumento exponencial na qualidade do serviço prestado à população.

Ademais, as PPPs geram investimentos, empregos, redução de custos dos serviços, profissionalização da gestão do serviço, além de incentivar a fiscalização e a transparência.

5.1 Vantajosidades Diretas

5.1.1 Bundling

A palavra inglesa *bundling*, que no âmbito das PPPs é utilizada para se referir ao “empacotamento dos serviços”, ou seja, à reunião em um único prestador de diversos serviços que são executados em um determinado seguimento, é o exemplo clássico das vantajosidades em se realizar a parceria público privada no âmbito da saúde, pois representa não só a desburocratização no âmbito das contratações, compras, mas, também, nas questões administrativas do dia a dia.

Ao adotar o sistema de PPP, todo planejamento, governança contratual, controle e comandos da prestação do serviço, concentram-se em um único agente, o concessionário, ou seja, concentra a administração pública em uma única empresa todos os escopos necessários para o funcionamento da unidade nosocomial.

Não obstante a possibilidade dos diferentes serviços serem prestados por um consórcio de prestadores, a responsabilidade sempre vai recair sobre a empresa concessionária, que jamais poderá, perante o poder público, alegar a transferência de responsabilidade; a responsabilidade será sempre da empresa concessionária perante o poder público.

Em um serviço tão complexo quanto o hospitalar, que muitas vezes fica difícil de identificar quem foi o agente responsável pelo não ou mal funcionamento do serviço e que em grande parte dos casos a culpa é concorrente entre mais de um agente, a concentração da responsabilidade em uma única empresa representa uma economia para o poder público de tempo e dinheiro imensurável.

A grosso modo, se ocorrer uma falha, que pode ser desde uma simples, mas não menos importante, limpeza do chão, uma pintura descascada da parede, até ao não funcionamento de um equipamento essencial à prestação do serviço, como tomógrafo, ultrassom, raio X ou qualquer outro previsto no contrato como de obrigação da concessionária, o responsável será o mesmo, o concessionário. Não interessa se o problema foi gerado pelo funcionário da limpeza que jogou água no equipamento, ou foi o técnico que utilizou mal o equipamento, ou, até mesmo, se houve um pico de energia que queimou o aparelho, o concessionário tem que, no prazo previsto no contrato, reativar a prestação do serviço para não sofrer penalização.

Só essa circunstância evita ao Poder Público a mobilização de diversos agentes para apuração e investigação da responsabilidade, eventual processo administrativo ou judicial, desgaste com aplicação de punição ao prestador de serviço, abertura de processo licitatório para compra de peças ou conserto, contestação do preço pago ou da qualidade do serviço prestado, enfim, estas são apenas algumas das inúmeras circunstâncias que acabam por travar o rápido restabelecimento do serviço, além de deixá-lo mais oneroso.

No contrato de PPP a única coisa que interessa ao Poder Público é o pronto restabelecimento do serviço dentro do estabelecido no contrato, ou seja, na PPP o que importa ao Poder Público, e obviamente à população, é o fim proposto, a eficiente prestação do serviço; os meios que serão empregados para que esse serviço seja prestado a tempo e modo conforme o contrato, ficam a cargo do concessionário.

Deste modo, as questões essencialmente administrativas, voltadas à manutenção e serviços acessórios (bata cinza), por ficarem a cargo do concessionário, possibilitam ao gestor público voltar seu tempo às atividades assistenciais, foco principal da atividade de saúde.

5.1.2 Controle do serviço por indicadores de desempenho.

Grande aliado da governança contratual, o estabelecimento de indicadores de desempenho baseado em metas e resultados é um garantidor da boa prestação do serviço, pois o seu resultado impacta diretamente na remuneração recebida pela empresa concessionária, estimulando assim a eficiência na prestação.

Tais indicadores, como já dito, se baseiam no resultado final e funcionam de forma muito simples e inteligente através da observação do serviço prestado, mensuração da eficiência e penalização pelo resultado final.

A somatória de indicadores inteligentes e muito bem definidos com o procedimento faseado descrito acima, deixam pouca margem ao contraditório da empresa concessionária, o que é determinante para o comprometimento na prestação eficiente do serviço, pois dele depende a sua remuneração.

5.1.3 Longevidade dos contratos de PPP

Os contratos de Parceria Público Privada podem ser realizados entre 5 e 35 anos³⁴.

³⁴ O prazo mínimo de um contrato de PPP previsto na Lei 11.079/2004 é de 5 anos (art. 2º, § 4º, inc. I), não podendo ser superior a 35 anos, incluindo eventual prorrogação (art. 5º, inc. I). Desse modo, trata-se de um contrato com prazo diferido, distendido o suficiente para viabilizar o retorno dos investimentos ou para amortizar a verba orçamentária pública empenhada no projeto de PPP.

Apesar da lei prever a possibilidade de contratos relativamente curtos, 5 anos, a realidade que se tem observado não só no Brasil, mas em todo mundo, são contratos mais longevos, que ultrapassam os 20 anos.

A possibilidade de se firmar contratos com uma longevidade muito maior que os contratos tradicionais traz para a PPP uma vantagem imensa quando se olha pelo lado do investimento.

Contratos mais longevos permitem a realização de investimentos mais pesados no início da concessão, com a amortização do pagamento ao longo de toda duração do contrato.

Com isso, garante-se à população atendida a prestação do serviço de saúde naquele estabelecimento em toda sua plenitude desde o início da concessão e não com uma efetividade e qualidade progressiva como é de costume em contratos tradicionais.

De forma exemplificativa, em um caso específico, que envolva reforma e construção, que é o mais comum, em um contrato tradicional o pagamento seria feito por medição, ou seja, o contratado recebe na medida que vai entregando parcelas da obra, podendo durante a execução vir a questionar sobrecustos e até paralisar a obra, já que não possui vinculação ou qualquer responsabilidade com o serviço prestado.

No contrato de PPP essa lógica é inversa, o concessionário assume a responsabilidade pelo serviço prestado, de forma que não poderá alegar eventual sobrecusto da obra para estender o prazo de construção, pois esse risco está imputado na matriz de risco do contrato, respondendo o concessionário pelo atraso ou qualquer imperfeição na prestação do serviço, visto que na PPP, nunca é demais repetir, o concessionário se compromete pelo resultado final.

6 CONCLUSÃO

A experiência tem demonstrado que as concessões no modelo de Parceria Público-Privada no âmbito da saúde, seja através do modelo inglês de transferência apenas dos serviços não assistenciais (bata cinza), ou com a transferência também dos serviços assistenciais (bata branca), como no modelo português e espanhol, que se diferenciam

somente na forma de o fazer, em contrato único ou separado, representam excelente alternativa para melhora na prestação do serviço de saúde, em especial em razão da rápida evolução tecnológica que demanda altos investimentos de forma imediata.

Mesmo com as diferenças no modelo de contratação, o que se percebe é que as concessões no modelo de parceria público privada tem sido usada pelos países europeus como forma de modernizar o Sistema Nacional de Saúde.

Somente a concessão na forma de parceria público privada é capaz de unir a eficiência e desburocratização do privado com a forte fiscalização do poder público através do estabelecimento de rigorosos índices de desempenho, para que o serviço de saúde alcance os ideais da Constituição de 1988 em tornar a saúde um serviço universal e de qualidade para todos.

A parceria entre empresas privadas e instituições públicas através de incentivos fiscais em diversas áreas pode ser um catalisador para a expansão e aprimoramento de vários setores, além de gerar benefícios para ambas as partes, pois as empresas privadas se beneficiam do acesso aos recursos públicos, as instituições públicas promovem a inovação, o desenvolvimento econômico, impulsiona o desenvolvimento de tecnologias médicas revolucionárias e, consequentemente, quem ganha é a sociedade, com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Maria Eduarda. **As parcerias público-privadas: instrumento de uma nova governação pública.** 2008. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2008.

BRASIL. Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, **institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.** Diário Oficial, Brasília, 22 jun. 1993.

BRASIL. Belo Horizonte. Lei nº 10.754, de 30 de setembro de 2014. Autoriza o Poder Executivo a instituir o serviço social autônomo Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 30 set. 2014.

BRASIL. Lei no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre o **regime de concessão e permissão da prestação de serviço público** previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 14 fev. 1995.

BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. **Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública.** Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11079.htm. Acesso em: 30 abr. 2020.

BRITO, Bárbara Moreira Barbosa de; SILVEIRA, Antônio Henrique Pinheiro. **Parceria público-privada:** compreendendo o modelo brasileiro. Revista do Serviço Público. Brasília, n. 56, v. 1, p. 7-21, jan/mar 2005.

BRUNO, Reinaldo Moreira. **Direito Administrativo.** Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

CAMPOS, Danielly Cristine Barbosa de; DAMASCENO Alberto. Parceria público-privada (PPP): trajetória histórica no Brasil e sua inserção na política educacional brasileira. **Revista Perspectiva**, v. 38., v. 1, Florianópolis, jan/mar. 2020.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. **Manual de Direito Administrativo**, 26. Ed. São Paulo: Atlas, 2013.

CRUZ, Carlos Oliveira; SARMENTO, Joaquim Miranda. **Manual de Parcerias Público-Privadas e Congressos**. Belo Horizonte: Fórum, 2020.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 28. Ed., São Paulo: Atlas, 2015.

_____. **Parcerias na administração pública:** Concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HODGE, Graeme A.; GREVE, Carsten. **Public-Private Partnerships: an international performance review**. Public Administration Review, v. 67, n. 3.

JUSTEN FILHO, Marçal; SCHWIND, Rafael. **Parcerias Público-Privadas**. São Paulo (SP): Revista dos Tribunais, 2023.

JUSTEN FILHO, Marçal. **Manual de Direito Administrativo**, São Paulo: Revista dos Tribunais, 2015.

KLIJN E. H.; KOPPENJAN, J. *Performance of public – private partnerships (PPPs) The impact of contract characteristics on the performance of public – private partnerships (PPPs)*. *Public Money & Management*, 36(6), 954–962, 2016, Disponível em <https://doi.org/10.1080/09540962.2016.1206756> Acesso em 25 de set. de 2024.

LEITÃO, GISELLA. **Parcerias Públíco Privadas:** saiba o que é e suas características. Publicado em 25 de julho de 2024. Disponível em www.conlicitacao.com.br Acesso em 24 de set. de 2024.

MADISON, James; HAMILTON, Alexander; JAY, John. **Os artigos federalistas 1787-1788.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.

MARQUES NETO, Floriano de Azevedo. Parcerias público-privadas: conceito. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: **Direito Administrativo e Constitucional.** Vidal Serrano Nunes Jr., Maurício Zockun, Carolina Zancaner Zockun, André Luiz Freire (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/32/edicao-1/parcerias-publico-privadas:-conceito> Acesso em 30 de set. de 2024.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Curso de Direito Administrativo.** 16. Ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

PASSIN, Jorge Antônio Bozoti; BORGES, Luiz Ferreira Xavier. A nova definição de Parceria Públíco-Privada e sua aplicabilidade na gestão de infraestrutura pública. **Revista do BNDS**, v. 10, n. 20, Rio de Janeiro: 2003, p. 173-196.

PIETRO, Maria; SUNDFELD, Carlos. **Serviços públicos e poder de polícia.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/doutrina/servicos-publicos-e-poder-de-policia/1499821101>. Acesso em: 27 de set. 2024.

SANTOS, Terezinha Fátima Andrade Monteiro dos. **As parcerias público-privadas no contexto educacional amazônico:** novas formas para velhas questões. **Revista Interdisciplinar.** V. 11, n. 16, julho, 2017, p. 09-24.

THAMER, Rogério; LAZZARINI, Sérgio Giovanetti. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciaram o avanço dessas iniciativas. **Revista de Administração Pública**, ano 49, São Paulo: jul-ago 2015.

THAMER, Rogério; OGASAVARA, Mário Henrique. Parcerias público-privadas: construindo relações entre sua governança e custos de transação. **Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 22, n. 1, Curitiba: IBEPES, 2023.

A EVOLUÇÃO DOS DIREITOS CIVIS, ECONÔMICOS E SOCIAIS DAS MULHERES E OS DESAFIOS IMPOSTOS PELA REALIDADE BRASILEIRA.

*THE EVOLUTION OF WOMEN'S CIVIL,
ECONOMIC AND SOCIAL RIGHTS AND
THE CHALLENGES IMPOSED BY
THE BRAZILIAN REALITY.*

Renata Salgado Leme³⁵

Resumo: As mulheres integram um sistema sócio-histórico de traços patriarcais que produziu relações assimétricas, baseadas no preconceito, na discriminação, na intolerância, o que se coloca como obstáculo à efetivação de sua plena emancipação política, social e econômica. Com o objetivo de enfrentar e superar esse problema a comunidade internacional e os direitos humanos têm contribuído de forma inquestionável para a edificação e afirmação dos direitos das mulheres. No Brasil, elas representam aproximadamente 51,7% da população, no entanto, os cuidados com a sua saúde foram inseridos nas políticas públicas nacionais somente no início da década de XX e estavam restritos à gestação e ao parto. O estudo tem como principais objetivos: 1. apresentar as

³⁵ Graduação na Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas pela Universidade de São Paulo (1987). Graduação em Direito na Universidade Católica de Santos (1992), Mestrado em Direito na Universidade de São Paulo (1998). Doutorado em Direito na Universidade de São Paulo (2004). Doutorado em Direito Reconhecido pela Direção-Geral do Ensino Superior - DGES de Portugal, conferido os direitos inerentes ao grau acadêmico português de Doutor, registrado com o nº 120220195621 (29/07/2022). Ciência ID nº 5712-C469-0214. Professora titular da Universidade Santa Cecília - Unisanta, na Graduação da Faculdade de Direito e de Relações Internacionais e no Mestrado de Direito da Saúde: dimensões individuais e coletivas. Atua como advogada, desde 1992, membro de *Renata Salgado Leme Advocacia*, nas áreas Civil, Seguridade Social, com ênfase em Saúde e LGPD, no âmbito consultivo e contencioso. Membro do IASP - Instituto dos Advogados de SP. Membro da Comissão de Direito da Saúde da OAB Santos. Foi membro da OAB Guarujá. Como docente possui experiência nas áreas de Sociologia Geral e Jurídica, Metodologia Científica, História do Direito, Filosofia Jurídica, Direitos Humanos e Fundamentais. Como pesquisadora é Coordenadora do Grupo de Estudos Transdisciplinaridade e Direitos Humanos – CNPQ.

especificidades das mulheres enquanto grupo social, demarcando o processo de construção da sua identidade social; 2. destacar os principais aspectos do sistema jurídico de proteção dos direitos da mulher; 3. evidenciar os avanços e desafios da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, a partir do século XX. 4. apontar os desafios impostos pela realidade brasileira para consolidar a inclusão das mulheres na sociedade nas esferas social, econômica e política. A investigação é de cunho exploratório e descritivo, sendo desenvolvida a partir da consulta de artigos na base de dados Scielo, Dedalus/USP, de tratados e documentos internacionais de direitos humanos, bem como de legislação e doutrina brasileira sobre a matéria. O estudo conclui que são inegáveis os avanços legislativos sobre a igualdade de gênero no Brasil, entretanto, aponta para o descompasso entre tais avanços e os dados compilados sobre a real situação das mulheres, tais como a ocupação dos espaços públicos, a subocupação no mercado de trabalho, os baixos salários, a violência doméstica e intrafamiliar, as deficiências da política de atenção integral à saúde. Assim, apesar dos avanços regulatórios, como o do Brasil, permanece evidente uma situação problemática e estigmatizante, que exige o desenvolvimento de uma sensibilidade alinhada ao enfrentamento e à superação das hierarquias perpetrada pela sociedade cunhada sob a égide do modelo patriarcal.

Palavras-chave: Direitos das Mulheres; Saúde das Mulheres; Desigualdade de Gênero.

Resumen: Las mujeres son parte de un sistema sociohistórico de rasgos patriarciales que ha producido relaciones de género asimétricas, basadas en prejuicios, discriminación e intolerancia, lo que supone un obstáculo para la realización de su plena emancipación política, social y económica. Con el objetivo de enfrentar y superar este problema, la comunidad internacional y los derechos humanos han contribuido indiscutiblemente a la construcción y afirmación de los derechos de las mujeres. En Brasil, representan aproximadamente el 51,7% de la población; sin embargo, la atención de salud se incluyó en las políticas públicas nacionales recién a principios de la década del XX y se limitó al embarazo y el parto. Los principales objetivos del estudio son: 1. presentar las especificidades de las mujeres como grupo social, demarcando el proceso de construcción de su identidad social; 2. resaltar los principales aspectos del sistema legal para proteger los derechos de las mujeres; 3. resaltar los avances y desafíos de la política nacional de atención integral a la salud de las mujeres, desde el siglo XX en adelante; 4. señalar los desafíos que impone la realidad brasileña para consolidar la inclusión de las mujeres en la sociedad en

los ámbitos social, económico y político. La investigación es de carácter exploratorio y descriptivo, siendo desarrollada mediante la consulta de artículos de la base de datos Scielo, Dedalus/USP, tratados y documentos internacionales de derechos humanos, así como de la legislación y doctrina brasileña sobre el tema. El estudio concluye que los avances legislativos en materia de igualdad de género en Brasil son innegables, sin embargo, señala el desfase entre dichos avances y los datos recopilados sobre la situación real de las mujeres como ocupación de espacios públicos, subocupación en el mercado laboral, bajos salarios, violencia doméstica e intrafamiliar, las deficiencias de la política de atención integral en salud. Así, a pesar de los avances regulatorios, como el de Brasil, sigue siendo evidente una situación problemática y estigmatizante, que requiere el desarrollo de una sensibilidad alineada con el enfrentamiento y la superación de las jerarquías perpetradas por la sociedad creada bajo la égida del modelo patriarcal.

Palabras-clave: Derechos de las Mujeres; Salud de las Mujeres; Desigualdad de género.

1 INTRODUÇÃO

As mulheres integram um sistema sócio-histórico que produziu relações assimétricas de gênero, fundadas no preconceito, na discriminação, na intolerância, o que ainda se coloca como obstáculo à efetivação de sua plena emancipação social, política e econômica.

Com o escopo de enfrentar e superar esse problema a comunidade internacional e os direitos humanos têm contribuído, ao longo das últimas décadas, para a edificação e afirmação dos direitos das mulheres por meio da elaboração de Declarações e Convenções que foram subscritas e ratificadas por diversos países que estão comprometidos em avançar no processo civilizatório.

Dessa forma, com a finalidade de refletir sobre o assunto, o estudo tem como principais objetivos: 1. apresentar as especificidades das mulheres enquanto grupo social, demarcando o processo de construção da sua identidade, a partir do modelo patriarcal de sociedade; 2. destacar os principais aspectos do sistema jurídico de proteção das mulheres edificado no Brasil a partir do século XIX; 3. evidenciar os

avanços da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, a partir do século XX.; 4. apontar os desafios impostos pela realidade brasileira para consolidar a inclusão das mulheres na sociedade nas esferas social, econômica e política.

A investigação é de cunho exploratório e descritivo, desenvolvida a partir da consulta de artigos, doutrina, tratados, leis e documentos internacionais e nacionais que abordam e regulam a matéria. De natureza qualitativa, o estudo compara fontes, conceitos e normatividade jurídica à luz do referencial teórico, buscando compreender as razões do descompasso que há entre a evolução significativa dos direitos das mulheres, observada ao longo das últimas décadas, e os índices ainda alarmantes relativos às práticas discriminatórias, à violência e à saúde das mesmas.

2 AS MULHERES ENQUANTO SUJEITOS SOCIAIS E A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE BASEADA NO PATRIARCADO

A expressão gênero penetrou no discurso antropológico, social, político e jurídico contemporâneo, integrou-se à linguagem acadêmica, às normas jurídicas e, desde 1995, tem sido usada em muitos documentos e programas das Nações Unidas, conforme observado no discurso feito por Bella Abzug³⁶, na reunião preparatória para a Conferência de Pequim, em 03 de abril de 1995, em Nova York.

A antropóloga americana Margaret Mead³⁷, na sua obra “*Sexo*

36 Formou-se em Direito nos anos 1940, numa época em que muito poucas mulheres o faziam, e foi uma franca defensora dos direitos civis no sul dos Estados Unidos. Advogada de causas liberais, lutou pela emenda da igualdade dos direitos e fez forte oposição à guerra no Vietnã, o que a levou a ser considerada uma das maiores opositores do presidente Nixon. Foi representante do estado de Nova Iorque no Congresso, de 1971 a 1977, pelo Partido Democrata, tendo ficado famosa pela franqueza das suas intervenções e pelos chapéus que usava. Foi também um dos primeiros membros do Congresso a apoiar os direitos dos gays. Em 1990, co-fundou a Organização das Mulheres para Desenvolvimento e Meio Ambiente, organização criada para mobilizar as mulheres a participarem de conferências internacionais, e da qual foi também presidente.

37 Nasceu na Pensilvânia, criada na localidade de Doylestown por um pai professor universitário e uma mãe ativista social. Graduou-se no Barnard College em 1923 e fez doutorado na

e *Temperamento em Três Sociedades Primitivas*" (1935) foi uma das pioneiros a se debruçar na desconstrução de papéis femininos e masculinos enquanto determinados biologicamente, passando a ser reconhecida como precursora nos estudos de relações de gênero.

O vocábulo gênero indica que o ser humano vai além da biologia e a sua sexualidade, educação, cultura, liberdade são dimensões que devem ser observadas com atenção e valorizadas no processo de desenvolvimento e definição das identidades.

Assim considerados, sexo e gênero são dois aspectos que convergem para a determinação da identidade sexual do ser humano.

Um aspecto é o natural ou biológico - o sexo - e se refere aos dados empíricos do binômio biológico masculino/feminino. O outro é o cultural – o gênero.

Assim, a identidade sexual determina a identidade pessoal enraizada na biologia; já o papel sexual é o resultado da influência socio-cultural, e conduz à representação psicológico-simbólica, à construção histórica e antropológico-cultural da identidade masculina, feminina, não binária, entre outras formas.

Vale notar que, nessa linha de argumentação, ambas as perspectivas não se apresentam como antagônicas e conflitantes, mas como complementares. Sendo assim, trata-se de aspectos e dimensões que, no desenvolvimento equilibrado da pessoa, são chamados a se integrar harmonicamente.

Assim, ao se fazer uma análise da história da humanidade pelo prisma da relação gênero-sexo, pode-se identificar dois padrões:

O primeiro tipo é a subordinação, caracterizado pela desigualdade econômica, social, política e jurídica entre homens e mulheres.

Universidade de Columbia em 1929. Em 1925, ficou conhecida pelo trabalho de campo na Polinésia. Em 1926, colaborou no Museu Americano de História Natural, em Nova Iorque, como assistente do diretor, e depois como diretora de etnologia (de 1946 a 1969). Durante a Segunda Guerra Mundial, foi secretária executiva do comitê de hábitos alimentares do Conselho Nacional de Investigação. Entre os anos de 1946 e 1953 Margaret Mead integrou o grupo reunido sob o nome de Macy Conferences, contribuindo para a consolidação da teoria cibernetica ao lado de outros cientistas renomados: Arturo Rosenblueth, Gregory Bateson, Heinz von Foerster, John von Neumann, Julian Bigelow, Kurt Lewin, Lawrence Kubie, Lawrence K. Frank, Leonard J. Savage, Molly Harrower, Norbert Wiener, Paul Lazarsfeld, Ralph W. Gerard, Walter Pitts, Warren McCulloch e William Ross Ashby; além de Claude Shannon, Erik Erikson e Max Delbrück.

Entende-se que apenas o sexo biológico determina o gênero, ou seja, as funções ou papéis que uma pessoa deve desempenhar na sociedade. Este modelo desenvolve-se em duas áreas: pública e privada, com predominância da primeira sobre a segunda. As atividades das mulheres limitam-se ao espaço privado, principalmente na educação dos filhos e nas tarefas domésticas. O homem é responsável pelas atividades públicas: políticas, econômicas, culturais, etc. É assim que se formam os estereótipos clássicos em que o espaço social é determinado por ser homem ou mulher, tendo a biologia como base para justificar o exercício de determinadas funções na sociedade, que é a base do sistema denominado patriarcal. Esses standards geralmente governaram as relações entre os sexos desde a Antiguidade até a Modernidade.

O segundo modelo, baseado no igualitarismo, tem auxiliado a combater a discriminação contra as mulheres ao longo da história e resultou na concretização dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das mesmas e no estabelecimento de uma maior igualdade familiar, política, econômica e jurídica, possibilitando às mulheres a ocupação de mais espaços e cargos em diversos setores da vida pública.

No século XX surgem outros debates sobre gênero, deflagrados pelo surgimento de novas tecnologias reprodutivas que descortinam novas possibilidades para a reprodução, impactando a vida de homens e mulheres.

A fertilização *in vitro*³⁸, por exemplo, desconstrói o vínculo biológico a ligar maternidade e paternidade à reprodução e sexo à

38 É uma técnica de reprodução medicamente assistida que consiste na união do espermatozoide com o ovócito em ambiente laboratorial (*in vitro*). Pode ser realizada pela deposição de um número significativo de espermatozoides, 50 a 100 mil, ao redor dos ovócitos (FIV clássica ou convencional); ou pela inserção de um único espermatozoide no interior do ovócito (ICSI) - procurando obter embriões de boa qualidade que poderão ser congelados ou transferidos para a cavidade uterina. A técnica de fertilização *in vitro* (FIV) iniciou uma nova era da medicina reprodutiva quando, em 1978, resultou no nascimento do primeiro “bebê de proveta”, no Reino Unido, realizada pelos médicos ingleses Patrick Steptoe e Robert Edwards. Desde então, o desenvolvimento tecnológico tem proporcionado taxas de sucesso progressivamente maiores, garantindo o sucesso na realização do sonho de muitos casais. Inicialmente restrita às mulheres com obstruções das trompas, hoje a FIV é utilizada como opção terapêutica para casais com fatores masculino, imunológico, ovariano e com endometriose, entre outras causas.

reprodução, criando novos laços familiares e impondo a reformulação do direito, em especial, do Direito de Família.

Dessa forma, o conceito de gênero no campo jurídico tem permitido uma maior visibilidade das violações dos direitos humanos das mulheres, refletindo a ampliação do quadro jurídico e dos instrumentos de proteção deste grupo.

Note-se que na contemporaneidade o tema da identidade parece complexo, uma vez que não só as diferenças e desigualdades entre mulheres e homens são importantes, mas, para uma definição mais precisa de identidade, precisamos combinar várias categorias – raça/etnia, classe social, orientação sexual, idade, deficiência – numa análise interseccional que visa compreender melhor as desigualdades, as violações de direitos e a discriminação.

O processo histórico de afirmação e garantia dos direitos humanos é recente e a busca pela implementação dos direitos humanos das mulheres é ainda mais recente.

Ademais, como já salientado, apesar de universais, os direitos humanos são exercidos de maneiras diversas, conforme as características particulares de cada indivíduo, isto é, gênero, raça, etnia, classe social etc. e os padrões culturais definidos pela comunidade, grupo e país a que o sujeito pertence. (PIOVESAN, 2008, pp. 207-208).

Além disso, historicamente, homens e mulheres ocuparam espaços sociais (públicos e privados) de forma diferente; e a maior inclusão dos homens no espaço público, na vida política, na formulação de direitos e garantias, significa que a construção dos direitos humanos foi feita, inicialmente, numa perspectiva masculina.

Todavia, de modo mais intenso e contínuo, a partir da década de 60, os grupos e movimentos feministas promoveram a discussão e o debate, no mundo ocidental, sobre os papéis e funções sociais desempenhados por homens e mulheres e a maior ocupação do espaço público pelas mulheres aqueceu o processo de reivindicação e salvaguarda de direitos e garantias de liberdade e igualdade, capazes de atender as necessidades específicas desse grupo.

3 SISTEMA JURÍDICO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA MULHER

Os movimentos feministas no Brasil e ao redor do mundo têm desempenhado um papel crucial na luta pela garantia dos direitos das mulheres incluindo os direitos políticos, à educação, ao trabalho, à saúde etc.

A luta pela emancipação feminina revela-se na equidade da ocupação do espaço público e da participação na vida política, pela não submissão ao marido, pela consolidação das liberdades públicas, pela proteção das condições de trabalho, saúde e também pela efetivação da isonomia salarial.

Destaca-se que no Brasil, somente no final do século XIX as portas das universidades foram abertas à presença feminina e apenas no início do século XX nasceu o Partido Republicano Feminino, como meio de defesa do direito ao voto e à emancipação das mulheres na sociedade.

No entanto, apesar do ingresso da mulher no ambiente de trabalho ainda persistia a sua submissão ao marido e isso se refletia até mesmo no direito positivo, conforme pode ser observado pela redação do artigo 233 do Código Civil Brasileiro de 1916: “*O marido é o chefe da sociedade conjugal, função que exerce com a colaboração da mulher, no interesse comum do casal e dos filhos*”. Assim, cabia ao marido a representação legal da família e o direito de autorizar a profissão da mulher.

O direito ao voto só foi garantido às mulheres em 1932, pelo Decreto-lei nº 21.076. Em 1936 Bertha Lutz³⁹ assumiu a cadeira de

39 (São Paulo, 2 de agosto de 1894 – Rio de Janeiro, 16 de setembro de 1976) foi uma ativista feminista, bióloga, educadora, diplomata e política brasileira. Era filha de Adolfo Lutz, cientista e pioneiro da medicina tropical. Foi uma das figuras mais significativas do feminismo e da educação no Brasil do século XX. Bertha era cientista, tal como seu pai. Especializou-se em anfíbios e, em 1919, tornou-se secretária e pesquisadora do Museu Nacional do Rio de Janeiro, sendo a segunda mulher a fazer parte do serviço público do país. Mais tarde, foi promovida a chefe do departamento de Botânica do Museu, posição que ocupou até se aposentar, em 1964. Em agosto de 1965, recebeu o título de professora emérita da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A carreira política de Bertha começou em 1934, quando ela se candidatou à Câmara dos Deputados pela legenda do Partido Autonomista do Distrito Federal, representando a Liga Eleitoral Independente, criada por ela em 1932 e ligada à Federação Brasileira pelo Progresso Feminino. Obteve a primeira suplência e tomou posse em 28 de junho de 1936, após a morte do deputado titular Cândido Pessoa. Ela foi a segunda mulher a ocupar o

parlamentar como deputada federal após o falecimento do deputado Cândido Pereira e então defendeu mudanças legislativas como a isenção do serviço militar, a licença de três meses para a gestante e a redução da jornada de trabalho, então de 13 horas (MONTEIRO; GRUBBA, 2017, p. 264).

A primeira expressão relevante para se estender os direitos de cidadania às mulheres, ocorreu somente após a II Guerra Mundial quando, em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas – ONU e em 1948 foi publicada a “Declaração Universal dos Direitos Humanos”. No campo do trabalho, o referido documento estabeleceu direito à livre escolha do trabalho e às condições equitativas e satisfatórias.

Quando da regulamentação das relações de trabalho no Brasil, a Consolidação das Leis do Trabalho, de 1943, destinou normatização especial ao contrato de trabalho, justificada na diferença biológica, apoiada até mesmo na medicina. Todavia, somente em 27/08/1962 foi instituída a Lei nº 4.212 que permitiu que mulheres casadas não precisassem mais da autorização do marido para trabalhar.

Em 1974, as mulheres conquistam o direito de portar cartão de crédito e em 1977 é legalizado o divórcio por meio da Lei nº 6.515.

Somente em 1984, com a ratificação da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, inicia-se o processo de incorporação do direito internacional dos direitos humanos ao sistema jurídico brasileiro (ARAUJO, 2013, p. 47).

No âmbito da saúde, a proteção das mulheres restringia-se à tutela da gestação e do parto, refletindo nas políticas e programas nacionais que as atendiam (BRASIL, 2004, p. 15).

Mas a luta das mulheres por tratamento igualitário também passava pelo cuidado global da sua saúde, demandando ações em todos os momentos da vida, com respeito às particularidades dos dife-

cargo de deputada, mas seu mandato foi interrompido pelo Estado Novo. Internacionalmente, ela integrou a delegação brasileira à Conferência das Nações Unidas sobre Organização Internacional em São Francisco, no Estados Unidos, em 1945, onde lutou para incluir menções sobre igualdade de gênero no texto da Carta das Nações Unidas. Embora quatro mulheres tenham assinado a Carta, apenas Bertha e a delegada da República Dominicana, Minerva Bernardino, defenderam os direitos femininos. Por seu trabalho em vários campos científicos e sociais, Lutz foi homenageada de várias maneiras. Seu nome foi usado em espécies de répteis e anfíbios, assim como em logradouros, escolas e premiações.

rentes grupos populacionais, observadas as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas (BRASIL, 2004, p. 15).

No âmbito internacional, a partir de 1970, as Conferências e Declarações passam a afirmar a necessidade de promover a assistência integral à saúde da mulher.

Dentre as reuniões e documentos de maior relevância destacam-se a Conferência de Alma-Ata (1978), atual Almati (y), Cazaquistão, que institui um novo modelo de promoção da saúde baseado na biologia humana, no sistema de organização dos serviços, no ambiente físico, psicológico, social e no estilo de vida; a Conferência de Ottawa (1986), no Canadá, que define o conceito de promoção da saúde como o processo de atuação da comunidade na melhoria da qualidade de vida e da saúde da população; a Conferência de Sundsvall (1991), Suecia, que relaciona o planejamento familiar à promoção do desenvolvimento sustentável; a Declaração de Bogotá (1992), Colômbia, que assevera a importância do combate à discriminação e às iniquidades contra a mulher como meio de proteger e assegurar a sua saúde. (FREITAS et al., 2009, pag. 424-428)

Dentro deste contexto, emerge o princípio da integralidade como novo fundamento do cuidado da saúde da mulher, tendo como principal eixo as ações preventivas e assistenciais, objetivando integrar as várias modalidades de assistência, nos diversos níveis, como também oferecer atenção à mulher nas diversas fases da vida (infância, adolescência, vida adulta, velhice).

Assim, no Brasil, a partir da década de 1980 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, sendo este um encontro de reivindicações de dois movimentos relevantes, o feminismo e o sanitarismo, alterando a visão sobre os cuidados das mulheres, com a busca da integralidade como aspecto ético e técnico tanto dos profissionais quanto da estrutura (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009, p.39). No entanto, a integralidade do atendimento tem como desafio a realização de respostas ágeis e mais resolutivas, com a responsabilização e a criação de vínculos. Deve haver ainda a inserção da abordagem de gênero com o intuito de oferecer à mulher possibilidades de ser sujeito e com vista a um projeto de reorganização das práticas direcionadas pela integralidade do cuidado (COELHO et. al., 2009, p. 159).

As demandas sobre os direitos das mulheres de forma integral ocorreram em boa parte pela presença de mulheres no Poder Legislativo e, em particular, pela presença de feministas sanitaristas, que possuíam claro compromisso em implementar alterações profundas no sistema de saúde brasileiro (COSTA, 2009, p. 1077).

Nesse sentido, a Constituição de 1988 foi um divisor de águas, pois ocorreu a consagração de parte importante do movimento sanitário, com a criação de um sistema de saúde universal e integral, substituindo o sistema precário que atendia somente as pessoas que mantinham vínculo de emprego.

Ademais, a partir 1988 há a consagração do princípio da igualdade (equidade)⁴⁰ e da dignidade da pessoa humana, assegurando direitos de forma ampla e irrestrita sem qualquer distinção relativa ao gênero.

Na proteção à mulher, a Constituição de 1988, de forma específica, regulamentou a vedação à dispensa arbitrária ou sem justa causa da empregada gestante, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto; garantiu o direito das presidiárias em permanecer com seus filhos durante o período de amamentação e protegeu o mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos (FONSECA, 1999, p. 24).

Em razão desta multiplicidade de fatores a integralidade do cuidado à saúde da mulher demanda escuta, acolhimento e adoção de ações e práticas humanistas que, na maioria das vezes, são dificultadas pelo alto número de pacientes atendidos pelos profissionais da área da saúde e pelos protocolos, procedimentos e formulários instituídos pela rede de atendimento, que se sobrepõem às reais necessidades e demandas das mulheres que chegam às unidades de saúde. (COELHO et al., 2009, p. 158)

No início da década de 2000, a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDS) da Organização Mundial de Saúde elaborou uma complexa estrutura na qual faziam apontamentos da reprodução das desigualdades sociais e como consequência da vulnerabilidade em saúde.

⁴⁰ Consiste em eliminar diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para alcançar o direito e o bem-estar.



Fonte: Dahlgren y Whitehead

Conforme Werneck elucida

o racismo, e o sexismº estão incluídos como fatores estruturais produtores da hierarquização social associada a vulnerabilidades em saúde. Esse conceito, ainda, apontava que, para se enfrentar adequadamente as iniquidades em saúde, seriam necessárias medidas que incluiriam a criação de programas dirigidos às populações vulneráveis e o desenvolvimento de ações para reduzir disparidades entre grupos, além de medidas de saúde, amplas para toda a população (WERNECK, 2016)

Assim, a partir de 2003 a formulação de políticas públicas no Brasil passou a ter como diretrizes a integralidade e a intersetorialidade. E em 2004, o Ministério da Saúde começou a formular a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres com orientações para os gestores da saúde identificarem as necessidades e demandas das mulheres com base em determinantes sociais locais. (SOUTO, 2008, p. 172-173)

A intersetorialidade em saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde como uma coordenação entre setores (WHO, 1997) ou como uma intervenção coordenada de instituições e enti-

dades em ações destinadas a enfrentar um problema relacionado à saúde (SUAREZ, 1992, p.225-241) ou, ainda, como a articulação entre saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas (MENDES, 1996).

Dessa forma, a integralidade, a perspectiva de gênero e a intersetorialidade se colocam como elementos primordiais para a elaboração de políticas públicas relativas à saúde da mulher.

Há, entretanto, desafios que devem ser enfrentados, tais como:

1 No tocante à integralidade e a perspectiva de gênero: a). reconhecer a classe social, a raça/etnia, a geração e a assimetria de gêneros como determinantes sociais do processo saúde-doença; b) romper com a polaridade feminino/masculino, redimensionar a abordagem de gênero na perspectiva da integralidade do todo e do cuidado humanizado.

2 No tocante à intersetorialidade: a) mobilizar os gestores para promover a condução do processo; b) definir mecanismos financeiros e orçamentários integrados; c) adotar medidas administrativas e técnicas pactuadas, coordenadas e integradas.

Ainda com o propósito de promover a ampliação do sistema de proteção das mulheres e combater a violência praticada contra as mesmas o Brasil criou a primeira delegacia da mulher, em 1985 (COSTA, 2009, p. 1077) e várias leis:

- a. Nº 11.340/2006, *Lei Maria da Penha*, com o objetivo de tipificar e combater a violência física, moral, psicológica, patrimonial e sexual contra a mulher;
- b. Nº 13.104/2015 que reconheceu o feminicídio como um crime de homicídio qualificado;
- c. Nº 13.718/2018, que definiu como crime a importunação sexual feminina;

c. Nº 14.192/21 que estabelece normas para prevenir, reprimir e coibir a violência política contra a mulher ao longo das eleições e durante o exercício de direitos políticos e de funções públicas.

4 A REALIDADE BRASILEIRA

A despeito do país ter edificado ao longo das últimas décadas uma arcabouço jurídico-normativo significativo em prol das mulheres, os dados compilados por vários institutos de pesquisa revelam que elas recebem até 25% a menos que homens, desempenhando trabalhos semelhantes, e apenas 10% dos assentos do parlamento são ocupados por mulheres (a Argentina conta com 37% e a Arábia Saudita com 19,9%).

O tempo de dedicação ao trabalho total (trabalho remunerado e não remunerado) é maior para as mulheres, com diferenças de 6 horas em comparação aos homens.

A taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho é, em média, 20%. abaixo da taxa de participação dos homens. As mulheres estão em maior número no desemprego em comparação aos homens.

As mulheres também estão em maior número na subocupação. O gap salarial entre homens e mulheres vem se reduzindo ao longo dos anos, mas a passos muito lentos. Para alcançar a isonomia salarial nesse mesmo ritmo demoraria mais de 20 anos.

Um quarto das mulheres informais são trabalhadoras domésticas. Nesta categoria, ao longo dos anos, vem crescendo o número de trabalhadoras sem contrato de trabalho.

Os atendimentos às mulheres vítimas de violência sexual, física ou psicológica em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) somam, por ano, 147.691 registros - 405 por dia, ou seja, um registro a cada quatro minutos⁴¹

41 Disponível em <https://svs.aids.gov.br/daent/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estudos/violencia>. Acesso em 18 de ago. de 2024.

De acordo com o 11º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, uma mulher foi assassinada a cada duas horas no Brasil em 2017, totalizando 4.657 mortes.⁴²

Dados do mesmo anuário apontam que o número de estupros cresceu 3,5% no país e chegou a 49.497 ocorrências. Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), divulgada em 2014, apontou que 89% das vítimas de estupro são do sexo feminino e possuem, em geral, baixa escolaridade. Do total, 70% são crianças e adolescentes. Em 70% dos casos, os estupros foram cometidos por parentes, namorados ou amigos/conhecidos da vítima. O mesmo estudo indica que somente 10% dos casos são denunciados e estimou que cerca de 7% dos casos de violência sexual resultaram em gravidez.

Em 2016, tramitaram na Justiça do País mais de um milhão de processos referentes à violência doméstica contra a mulher.

Em 2024 o projeto Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (Elsa-Brasil)⁴³ apresentou os principais resultados de 15 anos de estudos sobre diferentes condições de saúde femininas. As pesquisas mostram que as mulheres têm hábitos mais saudáveis, fumam menos, não se excedem no álcool e consomem mais frutas e legumes. No entanto, foi constatado que 40% das mulheres, de todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos, não conseguem cumprir a recomendação mínima de atividade física no lazer, que é de duas horas e meia por semana. De acordo com os estudos, isso se deve à dificuldade de conciliar o trabalho com as rotinas familiares, principalmente entre mulheres mais jovens, com menos escolaridade e filhos pequenos, aumentando o estresse e o risco de enxaqueca.

No Brasil, houve elevação nas taxas de suicídio de mulheres nos primeiros, terceiro e quarto trimestre de 2020 em relação ao mesmo período, no quadriênio de 2016 até 2019, representando, respectivamente, 14,07%, 10,88% e 13,45% de aumento.

⁴² Disponível em <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/items/1e2f1127-8fe3-49b7-81c4-ff640a9e7f8e> Acesso em 18 de ago. de 2024.

⁴³ Disponível em <http://elsabrasil.org/> Acesso em 18 de ago. de 2024.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável que se registraram progressos significativos na legislação internacional e nacional relativa aos direitos fundamentais das mulheres.

A análise realizada ao longo deste estudo demonstra que, embora o Brasil possua um quadro legal e normativo sólido para garantir os direitos das mulheres, sua implementação efetiva ainda enfrenta muitos desafios.

A desigualdade estrutural de gênero, aliada a outras formas de discriminação, como raça/etnia, classe, orientação sexual e identidade de gênero, resultam em sistemas que não conseguem incluir as mulheres de forma igual no contexto social, político e econômico.

Atualmente, as mulheres ainda estão sujeitas a uma série de diferenciações nas mais diversas esferas sociais, todas moldadas pela perspectiva de uma cultura sexista. Dessa forma, este cenário estigmatizante exige uma ação política ativa tanto das mulheres quanto da sociedade como um todo, a fim de enfrentar as várias formas de violência nos diversos âmbitos (familiar, social e profissional).

Ao abordar essa questão no campo das amplas diferenciações entre homens e mulheres, além da compreensão de que esta seja forjada por um padrão patriarcal e sexista dominante e renitente, também se considera ser ela transversal ao contexto de uma sociedade de classes, o que em si já implica um universo constituído de relações de poder e de subordinação.

A questão do gênero ocupa um lugar importante nestas relações sociais e explica o necessário confronto com as estruturas de poder que impedem o exercício da cidadania pelas mulheres. Constatamos que, apesar dos avanços regulatórios, como o do Brasil, permanece evidente uma situação problemática e estigmatizante, que exige o desenvolvimento de uma sensibilidade alinhada ao enfrentamento e à superação das hierarquias - em particular ações mais eficazes por parte do “Estado” e da sociedade organizada.

Com o escopo de avançar na consolidação da efetividade das políticas públicas para a inclusão das mulheres à sociedade é imprescindível a consideração das demandas específicas relacionadas aos di-

reitos humanos das mulheres (direitos sexuais e reprodutivos; condições de trabalho e acúmulo de jornadas; saúde integral; violência no espaço público e privado etc.), bem como dos aspectos econômicos, raciais e geracionais na atuação de instituições, entidades e órgãos de saúde da mulher, cuja função é elaborar, planejar e executar os programas, bem como realizar o atendimento destas pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, Eneida Melo Correia de. O trabalho da mulher e o princípio da igualdade. **Revista do Tribunal Superior do Trabalho**, Brasília, vol. 79, nº 3, jul/set, 2013. https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/50034?locale-attribute=pt_BR#:~:text=https%3A//hdl.handle.net/20.500.12178/50034. Acesso em 21 de set. 2024.

BATISTA, Flávio Roberto. Apontamentos Críticos Para Uma História do Direito Previdenciário no Ocidente Capitalista. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 1 n. 11, p. 143-176, jan/fev 2016. <https://cnasp.adv.br/o-avanco-do-neoliberalismo-contra-o-direito-a-previdencia-nos-debates-parlamentares-da-emenda-constitucional-103-2019/> Acesso em 21 de set. 2024.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2004. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em 21 de set. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde (MS).** Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em 21 de set. 2024.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso *et al.* **Integralidade do cuidado à saúde da mulher:** limites da prática profissional. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13 n 1, p. 154-160, Mar. 2009. <https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhJTLJnr7cC8S64NXx/abstract/?lang=pt#> Acesso em 09 de set. 2024.

COSTA, Ana Maria. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, Aug.2009 Disponível em em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 set. 2024. FGV(IBRE). https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Principais_destaque_PNAD_continua/2012_2020/PNAD_continua_retrospectiva_2012_2020.pdf. Acesso em 07 set. 2024.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **Mulher, direito e saúde:** repensando o nexo coesivo. *Saude* 1999, vol.8, n.2, p.3-32. <https://www.scielo.br/j/ausoc/a/xsgGmtsWryQwXy8SYkFB7G/abstract/?lang=pt#> Acesso em 07 set. 2024.

FREITAS GL; VASCONCELOS CTM; MOURA ERF, PINHEIRO AKB. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** 2009; 11(2):424-8. pag. 425-426. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47053/23082> . Acesso em 06 de set. 2024.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. p. S103-S112, 2002 . <https://www.scielo.br/j/csp/a/wkz7qsnXKdNXy34WCbhcrfQ/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 07 set. 2024.

GOMES, Almirava Ferraz. (2005). O outro no trabalho: mulher e gestão. **REGE Revista De Gestão**, 12(3), 1-9. <https://doi.org/10.5700/issn.2177-8736.rege.2005.36522LEITE>

HEUSELER, Denise e LEITE, Gisele. A presença da mulher na Segunda Guerra Mundial. Lex Magister, ano 2012. <https://www.jornaljurid.com.br/colunas/gisele-leite/a-presenca-da-mulher-na-segunda-guerra-mundial>. Acesso em 06 de set. 2024.

MACEDO, Kátia Barbosa. As relações de gênero no contexto organizacional: o discurso de homens e mulheres. *Rev. Psicol., Organ. Trab.* Florianópolis, v.4, n. 1,p. 61-90, jun.2004. <https://pepsic.bvsalud.org>.

org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572004000100004
.Acesso em 09 de set. 2024.

MARQUES, Tereza Cristina de Novaes. Bertha Lutz. **Série perfis parlamentares**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2016. Disponível em: http://bibliotecadigital.tse.jus.br/xmlui/bitstream/handle/bdt-se/4888/2016_marques_bertha_lutz.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 6 de set. 2024.

MEDEIROS, Patricia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, Apr. 2009 <https://www.scielo.br/j/ref/a/mPftn3WYBFk6jyNs5tBYXqv/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 10 de set. 2024.

MENDES, A.V. **Uma agenda para a saúde**, SP: Hucitec, 1996.

MONTEIRO, K. F.; GRUBBA, L. S. A luta das mulheres pelo espaço público na primeira onda do feminismo: de suffragettes às sufragistas. **Direito e Desenvolvimento**, v. 8, n. 2, p. 261-278, 2017. <https://periodicos.unipe.br/index.php/direitoedesarrollo/article/view/563>. Acesso em 10 de set. 2024.

MORIN, Tania Machado. **Práticas e representações das mulheres na Revolução Francesa-1789-1795. 2009**. Dissertação (Mestrado em História Social)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-01022010-165929/pt-br.php>. Acesso em: 07 de set. 2024.

PINHEIRO, Maria Claudia Bucchianeri Pinheiro. A Constituição de Weimar e os Direitos Fundamentais Sociais - A preponderância da Constituição da República Alemã de 1919 na inauguração do constitucionalismo social à luz da Constituição Mexicana de 1917. **Revista de informação legislativa**, Brasília, vol. 43, n. 169, jan./mar. 2006. <https://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/92449> Acesso em 09 de set. 2024.

PIOVESAN, F. **Ações afirmativas no Brasil:** desafios e perspectivas. Revista Estudos Feministas. <https://www.scielo.br/jref/a/JXPnmdcRhtfnv8FQsVZzFH/abstract/?lang=pt>. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000300010>. Acesso em 9 de set. 2024.

SOUTO KMB. **A Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher:** uma análise de integralidade e gênero. SER Social, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, jan/jun. 2008, pag. 172-173. https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12950. Acesso em 09 set. 2024.

SUAREZ, J. Contribuição ao marco teórico para o desenvolvimento da ação intersetorial. **Saúde, Educação, Medicina**, v.26, n.2, p.225-241, 1992. https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/ana_vol1_cap2.pdf. Acesso em 14 de set. 204.

TEIXEIRA, Cíntia Maria. As Mulheres no Mundo do Trabalho: Ação das Mulheres, no Setor Fabril para a Ocupação e Democratização dos Espaços Público e Privado. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 237-244. <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a12v25n2.pdf>. Acesso em: 9 de set. 2024.

WENECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. Disponível em Artigos • **Saude soc.** 25 (3) • Jul-Sep 2016 <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em 21 de set. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Report of International Conference on Intersectorial Action for Health: a cornerstone for health – for – all in the twenty-first century*. Halifax, Nova Scotia, Canada, 1997 <https://iris.who.int/handle/10665/63657>. Acesso em 14 de set. 2024.

MICROPLÁSTICOS: IMPACTOS EN LA SALUD HUMANA Y LA URGENCIA DE UNA REGULACIÓN EFICAZ

Paula Carpes Victório⁴⁴
Patricia Gorisch⁴⁵

Resumen: Los microplásticos, partículas plásticas de menos de 5 mm de diámetro, son un contaminante creciente que se ha detectado ampliamente en ecosistemas marinos, terrestres y en el suministro de agua potable. Debido a su tamaño reducido, estas partículas son fácilmente ingeridas por los seres humanos a través del agua, los alimentos e incluso por inhalación. Estudios recientes sugieren que la exposición prolongada a los microplásticos puede causar daños a la salud humana, incluyendo inflamaciones, disfunciones hormonales y potencial carcinogenicidad, aunque los efectos a largo plazo aún no se comprenden completamente. El impacto de los microplásticos en la salud incluye riesgos potenciales derivados de la liberación de aditivos tóxicos utilizados en la fabricación del plástico y de la adsorción de contaminantes presentes en el medio ambiente, como metales pesados. Además, estas partículas pueden actuar como vehículos para la transmisión de microorganismos patógenos. A pesar de estos riesgos, la regulación sobre los microplásticos sigue siendo insuficiente. Existe una falta de consenso global sobre los límites aceptables de exposición, y la legislación existente se centra en gran medida en la prohibición de microesferas plásticas en productos cosméticos, descuidando la amplia gama de fuentes de microplásticos en el medio ambiente, como

44 Farmacéutica y bioquímica con Habilitación en Análisis Clínicos y Maestría en Toxicología y Análisis Toxicológicos por la Universidad de São Paulo; Abogada; Profesora del curso de Medicina en la Universidad del Oeste Paulista/Guarujá/SP; Socia en el bufete de abogados Patricia Gorisch y Paula Carpes Victório; Perito Judicial en el Tribunal de Justicia del Estado de São Paulo y Perito Farmacéutico de la Receita Federal de Brasil.

Correo electrónico: paula.carpes@sociedaddedeadvogadas.com.br CV: <http://lattes.cnpq.br/5320025764271127> <https://orcid.org/0009-0000-8686-7139>

45 Abogada. Postdoctorado en Derechos Humanos por la Universidad de Salamanca. Postdoctorado en Derecho de la Salud por la Università degli Studi di Messina, Italia. Doctora y Máster en Derecho Internacional. Coordinadora del Observatorio de los Derechos del Migrante de la Unisanta. Presidenta de la Comisión Nacional de los Derechos de los Refugiados del IBDFAM. Correo electrónico: patricia@patriciagorisch.adv.br <https://lattes.cnpq.br/6889818850592542> Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0543-9840>

la degradación de plásticos grandes y la abrasión de neumáticos. Por lo tanto, es urgente abordar esta laguna regulatoria mediante políticas más amplias y preventivas que consideren tanto la mitigación de las fuentes de microplásticos como la protección de la salud humana. Es necesaria una estrategia más rigurosa y coordinada a nivel global para enfrentar los desafíos que plantea este contaminante omnipresente. El estudio tiene como principales objetivos: Analizar los impactos de los microplásticos en la salud humana, explorando cómo la ingestión y la exposición a estas partículas pueden afectar al organismo humano, destacando estudios sobre inflamación, disfunción hormonal y posibles efectos carcinogénicos; Evaluar la eficacia de las regulaciones existentes sobre microplásticos, investigando las leyes y políticas actuales dirigidas a controlar su liberación y uso, identificando sus vacíos y limitaciones, especialmente en relación con la protección de la salud pública; Proponer soluciones para mejorar la regulación de los microplásticos, sugiriendo medidas preventivas y correctivas que puedan adoptarse a nivel global para minimizar la exposición a microplásticos, promoviendo una legislación más estricta y completa que proteja tanto la salud humana como el medio ambiente; La investigación tiene un enfoque exploratorio y descriptivo, desarrollándose a partir de la consulta de artículos en bases de datos como Scielo y Dedalus, tratados y documentos internacionales de derechos humanos, así como legislación brasileña y doctrina sobre el tema. Se harán consideraciones sobre: Los impactos de los microplásticos en la salud humana, incluyendo estudios y datos empíricos sobre su presencia en alimentos, agua potable y aire, así como sus posibles consecuencias a largo plazo para la salud pública; Regulaciones y políticas públicas sobre microplásticos; Propuestas para fortalecer la regulación y mitigar los riesgos asociados.

Palabras-clave: Microplásticos, salud humana, regulación, medio ambiente, derechos humanos.

Resumo: Os microplásticos, partículas plásticas com menos de 5 mm de diâmetro, são um poluente crescente que tem sido amplamente detectado em ecossistemas marinhos, terrestres e no abastecimento de água potável. Devido ao seu tamanho reduzido, essas partículas são facilmente ingeridas por seres humanos através da água, alimentos e até mesmo pela inalação. Estudos recentes sugerem que a exposição prolongada aos microplásticos pode causar danos à saúde humana, incluindo inflamações, disfunções hormonais e potencial carcinogenicidade, embora os efeitos a longo prazo

ainda não estejam completamente elucidados. O impacto dos microplásticos na saúde inclui riscos potenciais decorrentes da liberação de aditivos tóxicos utilizados na fabricação do plástico e a adsorção de poluentes presentes no ambiente, como metais pesados. Além disso, essas partículas podem atuar como veículos para a transmissão de microrganismos patogênicos. Apesar desses riscos, a regulamentação em torno dos microplásticos ainda é insuficiente. Há uma falta de consenso global sobre os limites aceitáveis de exposição, e a legislação existente, em grande parte, foca na proibição de microesferas plásticas em produtos cosméticos, negligenciando a ampla gama de fontes de microplásticos no meio ambiente, como a degradação de grandes plásticos e a abrasão de pneus. Portanto, a lacuna regulatória precisa ser urgentemente preenchida com políticas mais abrangentes e preventivas que considerem tanto a mitigação das fontes de microplásticos quanto a proteção da saúde humana. Uma abordagem mais rigorosa e globalmente coordenada é necessária para enfrentar os desafios impostos por esse poluente onipresente. O estudo tem como principais objetivos: .analisar os impactos dos microplásticos na saúde humana e explorar como a ingestão e a exposição a microplásticos podem afetar o organismo humano, destacando estudos sobre inflamação, disfunção hormonal e possíveis efeitos carcinogênicos, avaliar a eficácia das regulamentações existentes sobre microplásticos: Investigar as leis e políticas vigentes que visam controlar a liberação e o uso de microplásticos, identificando suas lacunas e limitações, especialmente no que se refere à proteção da saúde pública e propor soluções para aprimorar a regulamentação dos microplásticos: Sugerir medidas preventivas e corretivas que possam ser adotadas globalmente para minimizar a exposição a microplásticos, promovendo uma legislação mais rigorosa e abrangente que proteja a saúde humana e o meio ambiente.A investigação é de cunho exploratório e descritivo, sendo desenvolvida a partir da consulta de artigos na base de dados Scielo, Dedalus, tratados e documentos internacionais de direitos humanos, bem como legislação brasileira e doutrina sobre a matéria. Serão feitas considerações acerca dos impactos dos Microplásticos na Saúde Humana; estudos e dados empíricos sobre a presença de microplásticos em alimentos, água potável e no ar, bem como suas potenciais consequências a longo prazo para a saúde pública.c. regulamentação e Políticas Públicas sobre Microplásticos; d. propostas de Fortalecimento da Regulação e Mitigação dos Riscos:

Palavras-Chave: Microplásticos, saúde humana, regulamentação, meio ambiente, direitos humanos.

1 INTRODUCCIÓN

Los microplásticos, definidos como partículas plásticas menores de 5 mm, han emergido como uno de los contaminantes más omnipresentes en el medio ambiente, detectados en ecosistemas marinos, terrestres y en el suministro de agua potable (Galloway et al., 2017). Debido a su tamaño reducido, estas partículas no solo se integran fácilmente en cadenas alimentarias sino que también representan un riesgo significativo para la salud humana. Estudios recientes han indicado que los microplásticos pueden causar inflamación, toxicidad química y disrupciones endocrinas al liberar aditivos plásticos tóxicos o adsorber contaminantes presentes en el medio ambiente, como metales pesados (Wright y Kelly, 2017). Sin embargo, aún persisten lagunas en el entendimiento de sus efectos a largo plazo, subrayando la necesidad de una investigación más profunda y de una regulación más rigurosa.

La falta de consenso global sobre los límites aceptables de exposición a los microplásticos refleja una insuficiencia normativa que dificulta abordar este problema de manera efectiva (Rochman et al., 2015). Aunque algunas iniciativas han prohibido el uso de microesferas plásticas en productos cosméticos, estas medidas resultan insuficientes, ya que no abordan otras fuentes significativas de contaminación, como la degradación de plásticos de mayor tamaño o la abrasión de neumáticos (UNEP, 2016). En este contexto, el presente estudio busca analizar los impactos de los microplásticos en la salud humana, evaluar las políticas regulatorias existentes y proponer soluciones viables para fortalecer la regulación y mitigar los riesgos asociados. El objetivo general es analizar los impactos de los microplásticos en la salud humana y evaluar la insuficiencia de las regulaciones actuales, proponiendo estrategias para mitigar esta problemática de manera efectiva. Los objetivos específicos son: explorar los efectos biológicos de la exposición a microplásticos, con un enfoque en la inflamación, disrupción endocrina y toxicidad química; evaluar la efectividad de las regulaciones nacionales e internacionales existentes para controlar los riesgos asociados a los microplásticos; proponer medidas regulatorias más amplias y preventivas para minimizar los riesgos para la salud

humana y el medio ambiente. Las preguntas disparadoras son: ¿Cómo afecta la exposición prolongada a los microplásticos la salud humana, según los estudios científicos disponibles?; ¿Qué vacíos existen en las regulaciones actuales sobre microplásticos y cómo podrían abordarse eficazmente?

Este estudio es de carácter exploratorio y descriptivo, con un enfoque cualitativo basado en la revisión bibliográfica de artículos científicos disponibles en bases de datos reconocidas como Scielo y PubMed, así como en documentos internacionales de organismos como el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (UNEP). Se consultarán tratados internacionales sobre derechos humanos, legislación brasileña relacionada con el manejo de plásticos y literatura científica relevante sobre los efectos de los microplásticos en la salud humana. El análisis se organizará en cuatro apartados: 1) Definición y características de los microplásticos, 2) Impactos en la salud humana, 3) Regulación y políticas públicas, y 4) Propuestas para fortalecer la regulación.

La hipótesis es: la insuficiencia de las regulaciones actuales sobre microplásticos incrementa los riesgos para la salud humana, agravados por la falta de medidas preventivas y de monitoreo adecuado de estas partículas en el medio ambiente. La contextualización del problema de los microplásticos revela su carácter como una crisis ambiental emergente con implicaciones directas para la salud humana. Estas partículas, presentes en ecosistemas marinos, terrestres y en el suministro de agua potable, se han convertido en un contaminante persistente debido a su difícil degradación y a su capacidad para acumular compuestos tóxicos. Además de los daños al medio ambiente, los microplásticos representan un riesgo significativo para la salud, ya que pueden ser ingeridos, inhalados o entrar en contacto con el organismo humano, generando posibles efectos adversos como inflamaciones, disruptiones endocrinas y toxicidad química. Este escenario subraya la urgencia de abordar este desafío desde perspectivas científicas y regulatorias.

El estudio de los microplásticos es fundamental debido a su impacto multifacético en el medio ambiente y la salud humana. Su persistencia en ecosistemas terrestres y acuáticos, junto con su

capacidad de bioacumulación, representa un desafío crítico para la sostenibilidad ambiental. Además, la exposición humana a estas partículas plantea riesgos potenciales, como inflamación, toxicidad química y disrupción hormonal, que aún no han sido completamente comprendidos por la ciencia (Wright & Kelly, 2017).

La relevancia del tema también radica en las insuficiencias normativas actuales. Aunque se han implementado medidas iniciales, como la prohibición de microesferas plásticas en productos cosméticos, estas regulaciones no abordan de manera integral las múltiples fuentes de contaminación por microplásticos, como la degradación de plásticos mayores y la abrasión de neumáticos (UNEP, 2016). Este vacío normativo pone en peligro el derecho humano a la salud y a un medio ambiente limpio y sostenible, tal como se consagra en tratados internacionales.

Dado el alcance global del problema y su naturaleza transfronteriza, resulta urgente fomentar investigaciones que profundicen en los efectos de los microplásticos en la salud y en el medio ambiente, así como desarrollar políticas públicas más amplias y efectivas para mitigar sus impactos. Este estudio, por lo tanto, contribuye a un debate crucial en la intersección de la ciencia, la salud y los derechos humanos. El objetivo del artículo es analizar los impactos de los microplásticos en la salud humana y discutir las insuficiencias de la regulación existente, destacando las brechas normativas y proponiendo estrategias para fortalecer las políticas públicas que aborden de manera integral esta problemática global.

2 MICROPLÁSTICOS: DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y FUENTES

Los microplásticos son partículas plásticas de tamaño inferior a 5 mm que se generan como resultado de actividades humanas y procesos industriales, o como subproductos de la degradación de plásticos más grandes (Thompson et al., 2004). Estas partículas se clasifican en dos categorías principales: microplásticos primarios y microplásticos secundarios.

Los microplásticos primarios son partículas fabricadas deliberadamente en tamaños diminutos para usos específicos, como microesferas en productos cosméticos, exfoliantes, o pellets utilizados en la producción industrial de plásticos (Cole et al., 2011). Este tipo de microplástico ingresa directamente al medio ambiente a través de descargas de aguas residuales o malas prácticas de gestión de residuos.

Los microplásticos secundarios, por otro lado, son el resultado de la fragmentación de desechos plásticos mayores debido a la exposición a factores ambientales como la radiación ultravioleta, el viento, y la acción mecánica de las corrientes de agua (Barnes et al., 2009). Fuentes comunes incluyen bolsas de plástico, botellas, redes de pesca y neumáticos.

Los microplásticos presentan características que los convierten en contaminantes persistentes: tamaño reducido, lo que facilita su dispersión en ecosistemas acuáticos y terrestres; composición química diversa, frecuentemente enriquecida con aditivos tóxicos como ftalatos y retardantes de llama; capacidad de adsorción de contaminantes químicos como pesticidas y metales pesados presentes en el medio ambiente, lo que aumenta su peligrosidad (Rochman et al., 2013).

Las principales fuentes de microplásticos incluyen: productos cosméticos y de higiene que contienen microesferas; desgaste de neumáticos, responsables de liberar partículas durante el uso vehicular (Kole et al., 2017); lavado de textiles sintéticos, que libera fibras microplásticas al sistema de aguas residuales (Browne et al., 2011).

Las principales fuentes de microplásticos en el medio ambiente incluyen tanto productos fabricados intencionalmente como el resultado de la degradación de plásticos más grandes. Una de las fuentes más documentadas son los productos cosméticos que contienen microesferas plásticas utilizadas en exfoliantes, pastas dentales y jabones líquidos.

Estas partículas diminutas, al no ser retenidas por los sistemas de tratamiento de aguas residuales, son liberadas directamente en cuerpos de agua, afectando significativamente los ecosistemas acuáticos (Napper y Thompson, 2015). Otra fuente crítica es la abrasión de neumáticos, un proceso que genera partículas microplásticas debido al desgaste del caucho durante el uso de vehículos. Estas partículas, que

contienen polímeros sintéticos y aditivos químicos, son arrastradas por la escorrentía de aguas pluviales hacia el medio ambiente, contribuyendo a la contaminación de suelos y cuerpos de agua (Kole et al., 2017). Además, la fragmentación de plásticos más grandes, como botellas, bolsas y otros desechos plásticos, es una fuente significativa de microplásticos secundarios.

Este proceso ocurre debido a la exposición a factores ambientales como la radiación ultravioleta, el calor y la acción mecánica, resultando en partículas cada vez más pequeñas que se acumulan principalmente en ambientes marinos (Barnes et al., 2009). Estas fuentes representan un desafío ambiental considerable, ya que los microplásticos no solo contaminan hábitats diversos, sino que también entran en las cadenas alimenticias y recursos hídricos, incrementando los riesgos para la salud humana y la sostenibilidad ambiental.

Las propiedades físicas y químicas de los microplásticos juegan un papel crucial en su persistencia en el medio ambiente, dificultando su degradación y amplificando su impacto ambiental. Entre las principales propiedades físicas se encuentra su pequeño tamaño, que facilita su dispersión en ecosistemas acuáticos y terrestres, permitiendo que entren fácilmente en cadenas alimenticias y en sistemas de agua potable (Andrady, 2011). Su baja densidad también contribuye a que los microplásticos floten en el agua, permitiendo que sean transportados por corrientes oceánicas a grandes distancias, acumulándose en áreas remotas como los giros oceánicos (Eriksen et al., 2014).

En términos de propiedades químicas, los microplásticos están compuestos principalmente por polímeros sintéticos como polietileno, polipropileno y poliestireno, que presentan alta resistencia química y térmica, lo que retarda significativamente su biodegradación (Geyer et al., 2017). Además, contienen aditivos químicos, como ftalatos, retardantes de llama y estabilizadores, que prolongan su vida útil, pero que también son liberados en el medio ambiente durante la fragmentación, incrementando la toxicidad (Wright y Kelly, 2017). Una característica preocupante es su capacidad de adsorber contaminantes orgánicos persistentes (POPs) como pesticidas y metales pesados, lo que transforma a los microplásticos en vectores de sustancias tóxicas a través de los ecosistemas (Rochman et al., 2013).

Estas propiedades combinadas hacen que los microplásticos sean un desafío ambiental significativo, persistiendo durante décadas en el medio ambiente y acumulándose en niveles tróficos superiores, con impactos potenciales tanto en la biodiversidad como en la salud humana.

3 IMPACTOS DE LOS MICROPLÁSTICOS EN LA SALUD HUMANA

La exposición humana a los microplásticos ocurre principalmente a través de tres vías: ingestión, inhalación y contacto dérmico. La ingestión es la vía más común, ya que los microplásticos están presentes en una amplia variedad de alimentos y bebidas. Estudios han detectado partículas plásticas en agua potable, sal marina y productos marinos como pescados y mariscos, los cuales son consumidos regularmente por los seres humanos (Smith et al., 2018). Estas partículas no solo permanecen en el tracto gastrointestinal, sino que también pueden atravesar las barreras epiteliales y acumularse en tejidos, causando inflamación y potenciales efectos tóxicos.

La contaminación de los microplásticos ingeridos no se limita a sus propiedades físicas, sino que también incluye su capacidad para adsorber contaminantes químicos del ambiente, como pesticidas y metales pesados. Estos contaminantes, una vez ingeridos junto con los microplásticos, pueden liberar sustancias tóxicas en el organismo, afectando procesos celulares y aumentando el riesgo de enfermedades relacionadas con la exposición a sustancias químicas peligrosas (Rochman et al., 2013).

La inhalación de microplásticos es otra vía significativa de exposición, especialmente en entornos urbanos o industriales. Fibras sintéticas provenientes del desgaste de textiles o partículas generadas por la abrasión de neumáticos son comunes en el aire que respiramos. Estas partículas pueden alcanzar los pulmones e incluso, en algunos casos, entrar en la circulación sanguínea, desencadenando procesos inflamatorios y estrés oxidativo, lo cual puede contribuir al desarrollo de enfermedades respiratorias (Wright & Kelly, 2017).

El contacto dérmico, aunque menos estudiado, representa un riesgo particular en personas expuestas a productos que contienen microplásticos, como cosméticos y exfoliantes. Aunque la absorción dérmica de partículas plásticas parece ser limitada, los aditivos químicos presentes en los microplásticos, como ftalatos y bisfenol A, pueden ser transferidos al cuerpo humano a través de la piel, afectando potencialmente los sistemas endocrino y reproductivo (Hermabessiere et al., 2017).

Los efectos acumulativos de estas diferentes vías de exposición no se limitan a niveles individuales, sino que también afectan a poblaciones vulnerables, como niños, mujeres embarazadas y trabajadores de sectores industriales. Estas poblaciones están particularmente expuestas a niveles elevados de microplásticos, lo que exacerba los riesgos para la salud pública y subraya la necesidad de estudios adicionales sobre sus impactos a largo plazo (Prata et al., 2020).

En este contexto, la exposición generalizada a microplásticos plantea una preocupación creciente tanto para la salud pública como para la sostenibilidad ambiental. La interacción de las partículas plásticas con procesos biológicos y su capacidad para acumular sustancias tóxicas subrayan la urgencia de implementar políticas preventivas y estudios científicos que permitan mitigar sus impactos negativos.

Los microplásticos representan una preocupación emergente para la salud humana debido a sus posibles efectos adversos. Una de las principales consecuencias es la inflamación causada por la presencia de partículas plásticas en el organismo. Estudios han demostrado que los microplásticos pueden desencadenar respuestas inflamatorias al acumularse en tejidos, especialmente en el sistema digestivo y respiratorio, lo que podría contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas como colitis y trastornos respiratorios (Lu et al., 2019).

La toxicidad química es otro factor preocupante asociado con los microplásticos. Estas partículas no solo contienen aditivos plásticos como ftalatos, bisfenoles y retardantes de llama, sino que también actúan como vectores para contaminantes adsorbidos del

medio ambiente, incluyendo metales pesados y compuestos orgánicos persistentes (Rochman et al., 2013). Al ingerir microplásticos contaminados, estas sustancias químicas son liberadas en el organismo, afectando procesos metabólicos, causando daño celular y aumentando el riesgo de toxicidad sistémica.

Otro efecto importante es la disfunción hormonal. Muchos de los aditivos plásticos presentes en los microplásticos, como los ftalatos y el bisfenol A, son conocidos disruptores endocrinos. Estas sustancias interfieren con el funcionamiento normal del sistema hormonal, alterando la regulación de procesos como el desarrollo reproductivo, el metabolismo y el crecimiento celular (Wright & Kelly, 2017). Este impacto es particularmente preocupante en poblaciones vulnerables como niños y mujeres embarazadas.

Además, investigaciones han sugerido que la exposición prolongada a microplásticos podría tener posibles impactos carcinogénicos. Las partículas plásticas pueden generar estrés oxidativo, dañar el ADN y promover la proliferación celular descontrolada, lo que incrementa el riesgo de desarrollo de cáncer (Prata et al., 2020). Aunque estos efectos aún están en etapa de estudio, la evidencia inicial subraya la necesidad de investigaciones adicionales para comprender plenamente las implicaciones a largo plazo.

La combinación de estos efectos pone de manifiesto la gravedad del problema. Los microplásticos no solo actúan como contaminantes físicos, sino también como fuentes de exposición a sustancias químicas tóxicas que afectan la salud humana de manera integral. Estas características hacen que su presencia en el medio ambiente y en la dieta humana sea un riesgo significativo que requiere atención urgente.

En este contexto, la exposición a microplásticos no puede ser considerada un problema aislado, sino como parte de una crisis de contaminación plástica más amplia. Las implicaciones para la salud pública subrayan la necesidad de medidas regulatorias más estrictas y estrategias preventivas para limitar la exposición humana a estas partículas y los contaminantes asociados.

En los últimos años, la investigación sobre los impactos de los microplásticos en la salud humana ha crecido significativamente.

Estas partículas, de menos de 5 mm de diámetro, se han detectado en diversos productos de consumo humano, como alimentos y agua potable, y ahora también en tejidos humanos.

Estudios recientes han demostrado la presencia de microplásticos en muestras humanas. Por ejemplo, una investigación publicada en 2022 encontró partículas plásticas en el torrente sanguíneo de 77% de los donantes analizados, sugiriendo que estas partículas pueden ser transportadas por el sistema circulatorio y acumularse en órganos vitales (Leslie et al., 2022).

La ingestión y la inhalación de microplásticos se han asociado con respuestas inflamatorias en el organismo. Estas partículas pueden generar estrés oxidativo y daños celulares, contribuyendo al desarrollo de enfermedades inflamatorias crónicas. Además, los microplásticos adsorben contaminantes ambientales, como metales pesados y compuestos orgánicos persistentes, lo que aumenta la toxicidad total a la que los humanos están expuestos (Wright & Kelly, 2017).

Los aditivos presentes en los plásticos, como los ftalatos y el bisfenol A, son disruptores endocrinos conocidos. La exposición a microplásticos puede liberar estos compuestos en el organismo, lo que resulta en alteraciones hormonales que afectan los sistemas reproductivo y metabólico (Hermabessiere et al., 2017).

Aunque se necesitan más estudios para establecer una relación causal directa, existe preocupación de que la exposición prolongada a los microplásticos pueda estar vinculada a un mayor riesgo de cáncer. Esta hipótesis se basa en la capacidad de estas partículas para generar estrés oxidativo, dañar el ADN y promover inflamación crónica, factores que pueden contribuir al desarrollo de tumores malignos (Prata et al., 2020).

La creciente evidencia científica subraya la necesidad de implementar medidas regulatorias más estrictas para reducir la exposición humana a los microplásticos. Además, es fundamental promover investigaciones adicionales para comprender los mecanismos específicos de acción de estas partículas y desarrollar estrategias efectivas para mitigar sus impactos negativos.

4 LA INSUFICIENCIA DE LA REGULACIÓN SOBRE MICROPLÁSTICOS ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA LEGISLACIÓN VIGENTE EN BRASIL Y A NIVEL INTERNACIONAL

La regulación de los microplásticos a nivel global aún es incipiente y presenta importantes brechas que dificultan un manejo efectivo de este problema ambiental y de salud pública. En Brasil, las políticas públicas para el control de microplásticos son limitadas y se enfocan principalmente en la gestión general de residuos sólidos, como la Política Nacional de Residuos Sólidos (Ley 12.305/2010), que establece principios para la reducción, reutilización y reciclaje de desechos plásticos, pero no aborda específicamente la contaminación por microplásticos ni establece límites claros para su liberación en el medio ambiente (Brasil, 2010).

A nivel internacional, se han implementado medidas iniciales, pero insuficientes, para abordar el problema. La Unión Europea lidera los esfuerzos regulatorios con restricciones sobre microesferas plásticas en productos cosméticos a través de su Reglamento de Productos Cosméticos (Reglamento CE 1223/2009) y la prohibición de plásticos de un solo uso mediante la Directiva (UE) 2019/904. Sin embargo, estas medidas no abarcan todas las fuentes de microplásticos, como la abrasión de neumáticos, la liberación de fibras textiles durante el lavado y la degradación de plásticos más grandes (European Commission, 2019).

En el contexto de acuerdos internacionales, el Convenio de Basilea incluye enmiendas recientes para regular el comercio de desechos plásticos, pero su implementación enfrenta desafíos relacionados con la capacidad técnica y económica de los países en desarrollo para gestionar estos residuos (UNEP, 2019). Además, aunque el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) ha destacado la necesidad de actuar frente a la contaminación por microplásticos, los esfuerzos están mayormente limitados a informes y recomendaciones, sin establecer un marco vinculante a nivel global (UNEP, 2016).

Un problema clave en la regulación es la falta de un consenso global sobre estándares para limitar la producción, liberación y monitoreo de microplásticos en diferentes sectores económicos. Mientras algunas jurisdicciones avanzan en regulaciones específicas, como las leyes estatales en Estados Unidos que prohíben microesferas en cosméticos, muchas naciones carecen de legislación adecuada debido a la falta de datos científicos o de recursos para implementar políticas efectivas (Leslie et al., 2022).

Esta insuficiencia regulatoria es especialmente preocupante dado el impacto transfronterizo de los microplásticos. Una partícula plástica liberada en un río en Brasil puede llegar a océanos internacionales, lo que resalta la necesidad de un enfoque coordinado y multilateral. Sin una legislación robusta que abarque tanto fuentes específicas como medidas preventivas, los microplásticos continuarán acumulándose en el medio ambiente y afectando la salud humana de manera exponencial.

4 PRINCIPALES TRATADOS E INICIATIVAS INTERNACIONALES: LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS)

La problemática de los microplásticos ha sido abordada de manera limitada en tratados e iniciativas internacionales, a pesar de su creciente relevancia ambiental y de salud pública. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), establecidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, representan una iniciativa global que aborda indirectamente esta cuestión. En particular, el ODS 14, que se enfoca en la vida submarina, incluye la meta 14.1, la cual busca prevenir y reducir significativamente la contaminación marina, incluidos los desechos plásticos y microplásticos, para 2025 (UN, 2015).

Otro marco relevante es el Convenio de Basilea, que fue enmendado en 2019 para incluir los residuos plásticos dentro del ámbito de regulación de desechos peligrosos y control de movimientos transfronterizos. Aunque esta enmienda tiene como objetivo mitigar la contaminación plástica en general, no aborda directamente los

microplásticos, que requieren estrategias específicas debido a su presencia difusa y difícil de controlar (UNEP, 2019).

La Estrategia para los Plásticos en la Economía Circular de la Unión Europea, lanzada en 2018, también constituye una iniciativa importante. Esta estrategia propone medidas específicas para limitar la liberación de microplásticos en el medio ambiente, como la regulación de microesferas en productos cosméticos y la promoción de tecnologías para reducir la liberación de fibras microplásticas durante el lavado de ropa sintética (European Commission, 2018). Además, la Directiva (UE) 2019/904 establece restricciones para productos plásticos de un solo uso y fomenta innovaciones hacia materiales alternativos más sostenibles.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) ha desempeñado un papel central en la sensibilización sobre los impactos de los microplásticos, publicando informes exhaustivos como Marine Plastic Debris and Microplastics: Global Lessons and Research to Inspire Action and Guide Policy Change (2016). Aunque estos informes son fundamentales para orientar políticas, el PNUMA aún carece de mecanismos vinculantes para implementar sus recomendaciones a nivel global (UNEP, 2016).

Además, el G7 y el G20 han destacado la cuestión de los microplásticos en sus agendas ambientales. La Iniciativa para la Reducción de Residuos Marinos del G7, lanzada en 2015, y la Declaración de Osaka sobre Plásticos Marinos del G20, en 2019, reconocen la necesidad de acciones coordinadas para abordar este problema global. Sin embargo, estas iniciativas carecen de fuerza jurídica para garantizar su implementación efectiva en todos los países miembros (G7, 2015; G20, 2019).

Aunque estos tratados e iniciativas internacionales representan avances, enfrentan desafíos significativos para abordar de manera eficaz la cuestión de los microplásticos. La ausencia de regulaciones específicas, mecanismos vinculantes y estándares globales armonizados limita la capacidad de estas iniciativas para mitigar los impactos de los microplásticos en el medio ambiente y la salud humana.

La regulación de los microplásticos a nivel global enfrenta importantes vacíos y desafíos que dificultan su manejo efectivo,

especialmente en lo que respecta a su impacto en la salud humana. Uno de los principales problemas es la ausencia de medidas regulatorias integrales que aborden todas las fuentes de microplásticos. Si bien existen restricciones sobre microesferas plásticas en cosméticos en regiones como la Unión Europea y algunos estados de Estados Unidos, estas normativas no consideran fuentes más significativas, como la abrasión de neumáticos, la liberación de fibras textiles durante el lavado y la fragmentación de plásticos mayores (European Commission, 2018).

Otro desafío crítico es la falta de estándares globales para la medición, monitoreo y regulación de microplásticos. Actualmente, no existe un consenso internacional sobre los límites de concentración permitidos en alimentos, agua potable o aire, lo que complica la implementación de políticas coherentes y efectivas. Esta falta de armonización dificulta la evaluación de riesgos y la comparación de datos entre países, lo que resulta en una respuesta fragmentada al problema (UNEP, 2016).

Además, las regulaciones actuales no consideran adecuadamente el impacto de los microplásticos en la salud humana. Aunque estudios han señalado posibles riesgos relacionados con inflamaciones, disfunciones hormonales y toxicidad química, estos hallazgos no se han traducido en acciones regulatorias específicas. En gran parte, esto se debe a la falta de investigaciones a largo plazo que establezcan causalidad directa entre la exposición a microplásticos y enfermedades humanas, lo que retrasa la formulación de políticas basadas en evidencia (Wright & Kelly, 2017).

La implementación de regulaciones también enfrenta barreras prácticas, especialmente en países en desarrollo. Estas naciones a menudo carecen de infraestructura y recursos técnicos para monitorear y gestionar adecuadamente los microplásticos. Además, la priorización de problemas más inmediatos, como la gestión de residuos sólidos, limita la capacidad de abordar este contaminante emergente de manera efectiva (Prata et al., 2020).

Otro vacío importante es la falta de mecanismos vinculantes en acuerdos internacionales. Por ejemplo, aunque el Convenio de Basilea ha incluido enmiendas para controlar los desechos plásticos, no aborda de manera específica los microplásticos ni establece obligaciones

claras para los estados en cuanto a su mitigación. De manera similar, iniciativas como el G7 y el G20 han emitido declaraciones sobre la contaminación por plásticos, pero carecen de medidas ejecutables para garantizar su cumplimiento (UNEP, 2019).

Las lagunas regulatorias y los desafíos asociados subrayan la necesidad de un enfoque más amplio y coordinado para mitigar los efectos de los microplásticos en la salud humana. Sin una acción global integrada que combine investigación, monitoreo y normativas específicas, los microplásticos seguirán representando una amenaza creciente para la sostenibilidad ambiental y la salud pública.

5 DERECHOS HUMANOS Y LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL CONEXIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN A LOS MICROPLÁSTICOS Y EL DERECHO A LA SALUD, SEGÚN DOCUMENTOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS

El derecho a la salud, consagrado en múltiples instrumentos internacionales de derechos humanos, está intrínsecamente ligado a un ambiente limpio y sostenible. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en su artículo 25, establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar, incluyendo condiciones ambientales que no pongan en riesgo su integridad física. Este principio es desarrollado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), cuyo artículo 12 obliga a los Estados a mejorar todos los aspectos de la higiene ambiental y del trabajo, lo que incluye la mitigación de riesgos asociados con contaminantes emergentes como los microplásticos (Naciones Unidas, 1966).

La exposición a microplásticos representa una amenaza directa al derecho a la salud, ya que estas partículas contaminantes están presentes en alimentos, agua potable y aire, afectando potencialmente la calidad de vida de millones de personas. Según el Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos

y Medio Ambiente (2019), la contaminación plástica, incluidos los microplásticos, vulnera el derecho a un medio ambiente sano y afecta desproporcionadamente a poblaciones vulnerables, como comunidades costeras y grupos socioeconómicamente desfavorecidos (UNEP, 2019).

El vínculo entre microplásticos y el derecho a la salud también se refleja en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), particularmente en el ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 14 (Vida submarina). La meta 3.9 busca reducir significativamente las enfermedades y muertes causadas por productos químicos peligrosos y la contaminación ambiental, mientras que la meta 14.1 enfatiza la necesidad de prevenir y reducir la contaminación marina, incluidos los desechos plásticos y microplásticos (UN, 2015). Estas metas destacan la importancia de abordar la contaminación plástica no solo como un problema ambiental, sino también como una cuestión de justicia social y derechos humanos.

Adicionalmente, la Declaración de Estocolmo sobre el Medio Humano (1972) reconoce que la protección ambiental es esencial para el disfrute de los derechos humanos fundamentales, incluido el derecho a la salud. Los microplásticos, al persistir en el medio ambiente y bioacumularse en cadenas alimenticias, socavan este principio, especialmente al afectar la seguridad alimentaria y la calidad del agua, elementos esenciales para una vida digna (Naciones Unidas, 1972).

Sin embargo, la respuesta internacional a los riesgos asociados con los microplásticos ha sido limitada. Aunque el Convenio de Basilea aborda parcialmente los desechos plásticos, no ofrece un marco específico para mitigar los riesgos de los microplásticos en la salud humana. Esto contrasta con las recomendaciones del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), que insta a los Estados a adoptar políticas más estrictas para reducir la exposición a microplásticos y proteger los derechos fundamentales de sus ciudadanos (UNEP, 2016).

En este contexto, es evidente que la contaminación por microplásticos no solo plantea un desafío ambiental, sino también una amenaza a los derechos humanos básicos. Garantizar un entorno libre de microplásticos debe considerarse una extensión del derecho a

la salud, y los Estados tienen la obligación de implementar políticas efectivas que salvaguarden tanto la salud pública como el medio ambiente.

Los Estados tienen una responsabilidad fundamental en la protección y promoción del derecho a un medio ambiente saludable como un componente esencial de los derechos humanos. Este principio está consagrado en varios instrumentos internacionales, como la Declaración de Estocolmo sobre el Medio Humano (1972), que afirma que “el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y condiciones de vida adecuadas en un medio cuyo ambiente le permita llevar una vida digna” (Naciones Unidas, 1972). La exposición a contaminantes, como los microplásticos, socava directamente este derecho, generando obligaciones claras para los Estados en términos de regulación y acción preventiva.

De acuerdo con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), los Estados están obligados a mejorar todos los aspectos de la higiene ambiental para garantizar el más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 1966). Esto implica que los gobiernos deben tomar medidas para reducir la contaminación plástica, incluyendo los microplásticos, mediante políticas públicas efectivas que aborden las fuentes de contaminación y mitiguen sus impactos en la salud pública y el medio ambiente.

Además, el Informe del Relator Especial de la ONU sobre Derechos Humanos y Medio Ambiente (2019) destaca que los Estados tienen la responsabilidad de regular y controlar las actividades industriales que contribuyen a la contaminación plástica, asegurando que las empresas cumplan con estándares estrictos de sostenibilidad. Asimismo, se enfatiza que los gobiernos deben proporcionar acceso a la justicia para las comunidades afectadas por la contaminación, garantizando la rendición de cuentas de las entidades responsables (UNEP, 2019).

Los Estados también están obligados a cumplir con los compromisos establecidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En particular, el ODS 12, que promueve patrones sostenibles de producción y consumo, y

el ODS 14, que busca reducir significativamente la contaminación marina, exigen que los gobiernos implementen políticas integradas para abordar los microplásticos como una prioridad ambiental y de derechos humanos (UN, 2015).

A nivel nacional, los Estados deben garantizar la incorporación de estos principios en sus marcos legales y regulatorios. Esto incluye desarrollar legislación específica para la reducción de microplásticos en productos, fortalecer los sistemas de gestión de residuos y promover la educación ambiental para concienciar a la población sobre los riesgos de la contaminación plástica. Además, los gobiernos tienen la obligación de invertir en investigación científica para comprender plenamente los impactos de los microplásticos en la salud humana y en el medio ambiente, facilitando así la creación de políticas basadas en evidencia (Prata et al., 2020).

Sin embargo, el cumplimiento de estas obligaciones a menudo enfrenta desafíos prácticos, especialmente en países en desarrollo, donde la falta de recursos y capacidades técnicas limita la implementación de medidas efectivas. Por ello, es fundamental que los Estados cooperen internacionalmente para compartir conocimientos, tecnologías y recursos financieros que permitan a todas las naciones cumplir con sus obligaciones y proteger los derechos humanos frente a la crisis de los microplásticos.

Los Estados tienen el deber ineludible de garantizar entornos saludables como parte de sus compromisos con los derechos humanos. Esto requiere una acción decidida, tanto a nivel nacional como internacional, para abordar la contaminación por microplásticos, protegiendo la salud pública y promoviendo la sostenibilidad ambiental para las generaciones presentes y futuras.

6 PROPUESTAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA REGULACIÓN: SUGERENCIAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS MÁS EFICACES

La creciente preocupación por los impactos ambientales y en la salud humana asociados con los microplásticos subraya la necesidad

de fortalecer la regulación mediante políticas públicas más efectivas. A continuación, se proponen medidas clave que pueden contribuir significativamente a mitigar esta problemática.

Una estrategia fundamental es la implementación de restricciones más estrictas para el uso de plásticos de un solo uso, como bolsas, utensilios y envases. Países como la Unión Europea han logrado avances con la Directiva (UE) 2019/904, que prohíbe ciertos productos plásticos desechables y fomenta el desarrollo de materiales alternativos más sostenibles (European Commission, 2019). Brasil podría adoptar políticas similares, complementadas por campañas educativas para promover la sustitución de plásticos desechables por opciones reutilizables.

Es fundamental que los gobiernos inviertan en investigación científica para comprender mejor los impactos de los microplásticos en la salud humana y en los ecosistemas. Además, se deben promover estudios sobre el desarrollo de alternativas biodegradables y más sostenibles. En este sentido, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) ha destacado la importancia de la innovación tecnológica para abordar la contaminación plástica (UNEP, 2016). Políticas de incentivos fiscales para empresas e instituciones que desarrollen investigaciones en esta área podrían ser implementadas en Brasil.

La gestión adecuada de residuos sólidos es crucial para reducir la liberación de microplásticos en el medio ambiente. Esto incluye fortalecer los sistemas de reciclaje, mejorar la infraestructura para el tratamiento de residuos y fomentar la economía circular. Países como Alemania han implementado sistemas avanzados de gestión de residuos que combinan la segregación en origen con tasas de reciclaje superiores al 65% (Eurostat, 2020). Replicar estas prácticas en Brasil podría ser un paso importante hacia la reducción de microplásticos en el ambiente.

Ejemplos de buenas prácticas internacionales aplicables en Brasil:

Noruega: Este país ha implementado un sistema de depósito para envases plásticos que ha logrado tasas de recuperación de más del 97%. Este modelo podría adaptarse a Brasil para fomentar el reciclaje y la reutilización de envases plásticos (Infinitum, 2020).

Japón: Con un enfoque en la colaboración entre sectores públicos y privados, Japón ha desarrollado tecnologías avanzadas para la eliminación de microplásticos de aguas residuales, lo que reduce significativamente la contaminación marina (MOE Japan, 2020).

Unión Europea: La estrategia para los plásticos en la economía circular no solo regula el uso de plásticos desechables, sino que también promueve la investigación y la innovación, estableciendo objetivos claros de sostenibilidad (European Commission, 2018).

La adopción de políticas públicas integrales que combinen la regulación del uso de plásticos desechables, el incentivo a la investigación, la mejora en la gestión de residuos y la implementación de buenas prácticas internacionales es esencial para enfrentar la crisis de los microplásticos. Brasil tiene la oportunidad de liderar en esta área adoptando enfoques innovadores y coordinados que protejan el medio ambiente y la salud pública.

7 CONCLUSIÓN.

A lo largo de este artículo, se ha demostrado que los microplásticos representan una amenaza significativa para la salud humana y el medio ambiente. Estos contaminantes, presentes en alimentos, agua potable y aire, no solo causan inflamaciones, toxicidad química y disruptiones hormonales, sino que también pueden tener impactos carcinogénicos. Además, las brechas regulatorias a nivel nacional e internacional dificultan la implementación de políticas integrales que aborden la problemática de manera efectiva. La falta de estándares globales armonizados, la limitada investigación sobre sus efectos a largo plazo y la ausencia de mecanismos vinculantes en acuerdos internacionales refuerzan la urgencia de actuar.

Es fundamental reafirmar que las medidas regulatorias actuales son insuficientes para mitigar los efectos de los microplásticos en la salud humana. Se requieren políticas públicas más ambiciosas que reduzcan el uso de plásticos desechables, incentiven investigaciones sobre sus impactos y alternativas, y mejoren la gestión de residuos sólidos. La implementación de buenas prácticas internacionales,

como las estrategias de reciclaje avanzadas de Alemania o el sistema de depósito para envases plásticos de Noruega, podría servir como modelo para países como Brasil.

Para abordar adecuadamente los riesgos asociados con los microplásticos, es crucial profundizar en las siguientes áreas: Estudios longitudinales que establezcan relaciones causales directas entre la exposición a microplásticos y enfermedades específicas, como el cáncer y trastornos endocrinos; Desarrollo de tecnologías innovadoras para la eliminación de microplásticos del agua, el aire y los suelos; Evaluaciones económicas que determinen los costos y beneficios de políticas públicas enfocadas en la regulación de microplásticos.

Respuestas a las preguntas disparadoras: ¿Cómo afecta la exposición prolongada a los microplásticos la salud humana, según los estudios científicos disponibles? Los estudios científicos han demostrado que los microplásticos pueden causar inflamaciones, estrés oxidativo, disfunción hormonal y, potencialmente, efectos carcinogénicos. Estas partículas también pueden actuar como vectores de contaminantes químicos, amplificando su toxicidad en el organismo humano. ¿Qué vacíos existen en las regulaciones actuales sobre microplásticos y cómo podrían abordarse eficazmente? Las regulaciones actuales carecen de un enfoque integral que abarque todas las fuentes de microplásticos, como la abrasión de neumáticos y la liberación de fibras textiles. Además, no existen estándares globales para limitar su concentración en alimentos, agua y aire. Estas brechas podrían abordarse mediante un marco regulatorio internacional más robusto y armonizado, complementado por políticas nacionales específicas.

Confirmación de la hipótesis: la hipótesis planteada en este artículo se confirma: la insuficiencia de las regulaciones actuales sobre microplásticos incrementa los riesgos para la salud humana y el medio ambiente. Sin medidas preventivas y de monitoreo adecuadas, estos riesgos seguirán creciendo, especialmente en poblaciones vulnerables.

En conclusión, la contaminación por microplásticos es una crisis global que requiere atención inmediata. Proteger la salud humana y garantizar un entorno saludable como parte de los derechos humanos fundamentales exige una acción coordinada a nivel nacional e internacional. Solo mediante políticas basadas en evidencia,

cooperación internacional y el fortalecimiento de las regulaciones existentes será posible mitigar los impactos de los microplásticos y avanzar hacia un futuro más sostenible y equitativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrade, A. L. (2011). *Microplastics in the marine environment*. Marine Pollution Bulletin, 62(8), 1596–1605. <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2011.05.030>
- Barnes, D. K. A., Galgani, F., Thompson, R. C., & Barlaz, M. (2009). *Accumulation and fragmentation of plastic debris in global environments*. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 364(1526), 1985–1998. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0205>
- Brasil. (2010). Lei n.º 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Diário Oficial da União.
- Browne, M. A., Crump, P., Niven, S. J., Teuten, E., Tonkin, A., Galloway, T. S., & Thompson, R. C. (2011). *Accumulation of microplastic on shorelines worldwide: Sources and sinks*. Environmental Science & Technology, 45(21), 9175–9179. <https://doi.org/10.1021/es201811s>
- Cole, M., Lindeque, P., Halsband, C., & Galloway, T. S. (2011). Microplastics as contaminants in the marine environment: A review. Marine Pollution Bulletin, 62(12), 2588–2597. <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2011.09.025>
- European Commission. (2018). *A European Strategy for Plastics in a Circular Economy*. Brussels: European Commission.
- European Commission. (2019). *Directive (EU) 2019/904 on the reduction of the impact of certain plastic products on the environment*. Official Journal of the European Union.
- Eriksen, M., Lebreton, L. C. M., Carson, H. S., Thiel, M., Moore, C. J., Borerro, J. C., ... & Reisser, J. (2014). *Plastic pollution in the world's oceans: More than 5 trillion plastic pieces weighing over 250,000 tons afloat at sea*. PLOS ONE, 9(12), e111913. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111913>

Eurostat. (2020). *Recycling rate of municipal waste*. <https://ec.europa.eu/eurostat/>

Galloway, T. S., Cole, M., & Lewis, C. (2017). *Interactions of microplastic debris throughout the marine ecosystem*. Nature Ecology & Evolution, 1(5), 0116. <https://doi.org/10.1038/s41559-017-0116>

Geyer, R., Jambeck, J. R., & Law, K. L. (2017). *Production, use, and fate of all plastics ever made*. Science Advances, 3(7), e1700782. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1700782>

G7. (2015). Leaders' Declaration: G7 Summit 2015. Schloss Elmau, Germany. G20. (2019). Osaka Blue Ocean Vision. G20 Osaka Summit.

Hermabessiere, L., Dehaut, A., Paul-Pont, I., Lacroix, C., Jezequel, R., Soudant, P., & Duflos, G. (2017). *Occurrence and effects of plastic additives on marine environments and organisms*: A review. Chemosphere, 182, 781-793. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2017.05.096>

Infinitum. (2020). The Norwegian Deposit Return System: A Model to Follow. <https://infinitum.no/en/>

Kole, P. J., Löhr, A. J., Van Belleghem, F. G. A. J., & Ragas, A. M. J. (2017). *Wear and tear of tyres*: A stealthy source of microplastics in the environment. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(10), 1265. <https://doi.org/10.3390/ijerph14101265>

Leslie, H. A., van Velzen, M. J., Brandsma, S. H., Vethaak, A. D., García-Vallejo, J. J., & Lamoree, M. H. (2022). *Discovery and quantification of plastic particle pollution in human blood*. Environment International, 163, 107199. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2022.107199>

Lu, L., Luo, T., Zhao, Y., Cai, C., Fu, Z., & Jin, Y. (2019). *Interaction between microplastics and microbiota and its influence on human health*. Science of the Total Environment, 667, 94-100. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2019.02.379>

MOE Japan. (2020). *Annual Report on the Environment in Japan 2020*. Ministry of the Environment of Japan.

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

Naciones Unidas. (1972). *Declaración de Estocolmo sobre el Medio Humano*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano.

Naciones Unidas. (2015). *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. <https://sustainabledevelopment.un.org/>

Napper, I. E., & Thompson, R. C. (2015). *Release of synthetic microplastic plastic fibres from domestic washing machines*: Effects of fabric type and washing conditions. Marine Pollution Bulletin, 112(1-2), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2016.09.025>

Prata, J. C., da Costa, J. P., Lopes, I., Duarte, A. C., & Rocha-Santos, T. (2020). *Environmental exposure to microplastics*: An overview on possible human health effects. Science of the Total Environment, 702, 134455. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2019.134455>

Rochman, C. M., Browne, M. A., Underwood, A. J., Van Franeker, J. A., Thompson, R. C., & Amaral-Zettler, L. A. (2015). *The ecological impacts of marine debris*: Unraveling the demonstrated evidence from what is perceived. Ecology, 96(7), 1423-1433. <https://doi.org/10.1890/14-2070.1>

Rochman, C. M., Hoh, E., Hentschel, B. T., & Kaye, S. (2013). *Long-term field measurement of sorption of organic contaminants to five types of plastic pellets*: Implications for plastic marine debris. Environmental Science & Technology, 47(3), 1646–1654. <https://doi.org/10.1021/es303700s>

UNEP. (2016). *Marine plastic debris and microplastics*: Global lessons and research to inspire action and guide policy change. United Nations Environment Programme.

UNEP. (2019). *Informe del Relator Especial sobre Derechos Humanos y Medio Ambiente*. United Nations Environment Programme.

Wright, S. L., & Kelly, F. J. (2017). *Plastic and human health*: A micro issue? Environmental Science & Technology, 51(12), 6634–6647. <https://doi.org/10.1021/acs.est.7b00423>

CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE DOS REFUGIADOS AMBIENTAIS: DETERMINAÇÃO, DETERMINADOS E DETERMINANTES

SOCIAL CHARACTERIZATION OF ENVIRONMENTAL REFUGEES' HEALTH: DETERMINATION, DETERMINED, AND DETERMINANTS

Carol de Oliveira Abud⁴⁶

Patricia Gorisch⁴⁷

Luciano Pereira de Souza⁴⁸

Resumo: A crise climática está gerando deslocamentos em massa de populações forçadas a migrar para escapar de condições ambientais insustentáveis. Esses indivíduos, conhecidos como refugiados ambientais, enfrentam uma exclusão jurídica, pois não são protegidos pela Convenção de Genebra de 1951. Sem *status* formal de refugiados, acabam sendo tratados como migrantes irregulares, o que os priva de direitos fundamentais e os expõe a situações de alta vulnerabilidade. O trabalho busca estruturar os conceitos de determinação

46 Doutoranda em Ciência e Tecnologia Ambiental e Mestra em Direito da Saúde pela Universidade Santa Cecília; bolsista CAPES, pesquisadora nos grupos Núcleo de Pesquisa de Saúde em Migração e Emergências Humanitárias, Direito da saúde: efetivação, relações contratuais, condicionantes ambientais, tutela penal e regulação e Direitos Humanos, Desenvolvimento Sustentável e Tutela Jurídica da Saúde da Universidade Santa Cecília. <http://lattes.cnpq.br/9170795342559002>. <https://orcid.org/0000-0002-4736-7294>

47 Doutora e Mestra em Direito Internacional pela Universidade Católica de Santos; Pós-doutorado em Direitos Humanos pela Universidad de Salamanca e em Direito da Saúde pela Università Degli Studi di Messina; Professora dos Programas de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde e em Ciência e Tecnologia Ambiental da Universidade Santa Cecília; Líder do Núcleo de Pesquisa de Saúde em Migração e Emergências Humanitárias da Universidade Santa Cecília. <http://lattes.cnpq.br/6889818850592542>. <https://orcid.org/0000-0003-0543-9840>

48 Doutor em Direito Ambiental Internacional pela Universidade Católica de Santos; Mestre em Direito pela Universidade de São Paulo; Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Direito da Saúde da Universidade Santa Cecília; Coordenador da Graduação em Direito da Universidade Santa Cecília; Pesquisador Líder do grupo de pesquisas Direito da saúde: efetivação, relações contratuais, condicionantes ambientais, tutela penal e regulação. <http://lattes.cnpq.br/4540280104164070>. <https://orcid.org/0000-0002-9634-4064>

social, determinantes sociais e a condição de determinados pelo contexto socioambiental dos refugiados ambientais, com foco nas implicações para sua saúde, considerando as limitações dos instrumentos legais atuais. Com base no texto selecionado de Érika Pires Ramos e complementado pela análise de determinação social de Maria Cecília de Souza Minayo, o estudo explora a vulnerabilidade social e as consequências socioambientais dos deslocamentos forçados, discutindo as lacunas no sistema de proteção internacional e a falta de reconhecimento para essa categoria de refugiados. Outros textos científicos são introduzidos para reforçar o debate, examinando a justiça climática e a necessidade de adaptação jurídica. Utilizando uma abordagem teórica e uma análise dedutiva e crítica, o estudo identifica a necessidade de reformular os sistemas de proteção internacional. Os resultados revelam que o deslocamento ambiental impulsionado pelas mudanças climáticas representa uma vulnerabilidade crescente para populações forçadas a migrar devido à degradação ambiental. Essa vulnerabilidade é amplificada pela exclusão jurídica, uma vez que os refugiados ambientais não são reconhecidos pelo direito internacional. A ausência de proteção jurídica específica expõe esses indivíduos a riscos adicionais, como discriminação, exploração e dificuldades no acesso a serviços básicos de saúde, educação e emprego. A análise crítica da literatura destaca a necessidade de um arcabouço jurídico inclusivo, que considere a determinação social e os determinantes sociais da saúde para proteger adequadamente esses refugiados. A proposta é de que uma abordagem integrada de direitos humanos e justiça climática seja fundamental para garantir a dignidade e segurança dos refugiados ambientais.

Palavras-chave: Ameaças Ambientais; Migração Humana; Direito Humanitário Internacional.

Abstract: The climate crisis is generating mass displacements of populations forced to migrate to escape unsustainable environmental conditions. These individuals, known as environmental refugees, face legal exclusion as they are not protected by the 1951 Geneva Convention. Without formal refugee status, they are often treated as irregular migrants, which deprives them of fundamental rights and exposes them to situations of high vulnerability. This paper aims to structure the concepts of social determination, social determinants, and the socio-environmental context shaping the condition of environmental refugees, focusing on the implications for their health, given the limitations of current legal instruments. Based on the selected text by Érika Pires Ramos and complemented by Maria Cecília de Souza Minayo's analysis of social deter-

mination, the study explores the social vulnerability and socio-environmental consequences of forced displacements, discussing gaps in the international protection system and the lack of recognition for this category of refugees. Additional scientific texts are introduced to reinforce the debate, examining climate justice and the need for legal adaptation. Using a theoretical approach and a deductive and critical analysis, the study identifies the need to reformulate international protection systems. The results reveal that environmental displacement driven by climate change represents an increasing vulnerability for populations forced to migrate due to environmental degradation. This vulnerability is amplified by legal exclusion, as environmental refugees are not recognized under international law. The absence of specific legal protection exposes these individuals to additional risks such as discrimination, exploitation, and difficulties in accessing basic services like health, education, and employment. A critical analysis of the literature highlights the need for an inclusive legal framework that considers social determination and the social determinants of health to adequately protect these refugees. The proposal is that an integrated approach to human rights and climate justice is essential to ensure the dignity and security of environmental refugees.

Keywords: Environmental Threats; Human Migration; International Humanitarian Law.

1 INTRODUÇÃO

O estudo debate o fenômeno crescente do deslocamento ambiental, impulsionado pela intensificação das mudanças climáticas e seus efeitos devastadores sobre populações vulneráveis. Com secas prolongadas, aumento do nível do mar e eventos climáticos extremos, milhares de indivíduos são forçados a migrar para preservar suas vidas e subsistência. Esses refugiados ambientais, como são frequentemente denominados, ocupam uma posição de exclusão jurídica, uma vez que o direito internacional, e especificamente a Convenção de Genebra de 1951, não reconhece as causas ambientais como fundamento para o *status* de refúgio. Esse vazio normativo cria um paradoxo: embora vivenciem situações de risco e privação, semelhantes às dos refugiados políticos, não são formalmente contemplados nas legislações de proteção.

Neste contexto, o estudo levanta a questão central e discute a complexa vulnerabilidade desses indivíduos, que não se restringe apenas aos fatores ambientais, mas se agrava pela falta de proteção jurídica específica, pelas desigualdades sociais e econômicas preexistentes, refletindo uma exclusão estrutural que dificulta ainda mais sua segurança e dignidade. A partir de uma análise crítica das normativas e conceitos vigentes, o estudo contribui cientificamente ao propor que a criação de um arcabouço jurídico específico e inclusivo é não só urgente, mas essencial para assegurar que direitos humanos e justiça climática sejam integrados na abordagem ao deslocamento forçado por questões ambientais. Essa contribuição visa fomentar um diálogo acadêmico e político para a formulação de políticas que tratem essa nova classe de refugiados com a proteção e dignidade que a situação exige. Toda essa situação se agrava com os deslocamentos internos por motivos climáticos, embora esse não seja o escopo do presente trabalho.

Questiona-se: como a determinação social e os determinantes sociais de saúde impactam a vulnerabilidade e as condições de vida dos refugiados ambientais, e quais implicações isso traz para a criação de um arcabouço jurídico específico para sua proteção? Essa pergunta visa direcionar a análise para as dimensões sociais e jurídicas que influenciam a saúde e os direitos dos refugiados ambientais, reforçando a necessidade de proteção legal e de políticas inclusivas.

O estudo tem como objetivo abordar os conceitos de determinação social, determinantes sociais e a condição de serem determinados pelo contexto socioambiental dos refugiados ambientais, com foco nas implicações para a saúde desses indivíduos. Para isso, foram exploradas as mudanças climáticas e a exclusão jurídica que afetam os refugiados ambientais, destacando a vulnerabilidade resultante de desigualdades estruturais e condições precárias de saúde. A determinação social foi utilizada para compreender como fatores econômicos, políticos e sociais influenciam a situação de saúde e marginalização dessa população. Outrossim, o estudo objetivou explorar as limitações e possibilidades das normativas internacionais existentes para oferecer proteção a essa população; propor, com base na noção de determinantes sociais e determinação social, uma reflexão sobre como esses contextos afetam e intensificam a exclusão.

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de abordagem teórica com análise crítica de literatura. Esta metodologia permite examinar as normativas internacionais e os conceitos de justiça climática e vulnerabilidade social, a fim de identificar lacunas jurídicas e sociais na proteção dos refugiados ambientais. O estudo recorre a fontes acadêmicas, tratados internacionais e teorias sobre determinação social da saúde, visando compreender como a falta de reconhecimento formal afeta as condições de vida dessas populações e avaliar o papel das Organizações Internacionais no contexto atual.

2 REFUGIADOS AMBIENTAIS, PROTEÇÃO INTERNACIONAL E LACUNAS

Érika Pires Ramos define refugiados ambientais como “indivíduos que são forçados a migrar devido a eventos ambientais adversos ou à degradação ambiental de longo prazo” (Ramos, 2018, p. 32). Esse conceito engloba uma variedade de situações como enchentes, terremotos, seca, inundações; indo desde desastres naturais repentinos até mudanças ambientais graduais, como a desertificação, a elevação do nível do mar e o aumento das temperaturas médias globais, que comprometem a subsistência das populações. O termo “refugiado ambiental” procura abarcar indivíduos deslocados pela destruição dos ecossistemas que garantem sua sobrevivência, mesmo sem o reconhecimento formal pelo direito internacional.

Contudo, a exclusão dos refugiados ambientais do sistema internacional de proteção revela um paradoxo jurídico, uma vez que tais indivíduos sofrem tanto quanto aqueles que escapam de perseguições políticas. A análise de Ramos (2018) sugere que o reconhecimento formal dos refugiados ambientais representa uma demanda urgente e complexa.

Além de Ramos, outros autores, como Andrade e Angelucci (2016) enfatizam a necessidade de repensar o conceito de refúgio, sugerindo que o sistema atual precisa incluir não apenas indivíduos em situações de perseguição, mas também aqueles forçados a migrar por motivos ambientais. Eles argumentam que o deslocamento forçado causado por eventos climáticos extremos é um reflexo das desigualda-

des globais e propõem uma reconfiguração do sistema internacional de proteção para atender a essa nova realidade.

A ausência de um reconhecimento formal e específico para os refugiados ambientais reflete, segundo Ramos (2018), uma resistência em incluir problemas ambientais na esfera dos direitos humanos e dos tratados de proteção de refugiados. A definição de refugiado conforme a Convenção de Genebra de 1951 é restrita, visando proteger indivíduos perseguidos por fatores humanos e políticos específicos, mas não os afetados por mudanças ambientais. A Convenção, assim, exclui uma grande parte da população que, embora não sofra perseguição direta, encontra-se em situação de extrema vulnerabilidade e risco de vida. Portanto, sendo limitada, a proteção apenas oferece abrigo apenas àqueles perseguidos por motivos de raça, religião, nacionalidade, grupo social ou opinião política, excluindo os afetados por crises ambientais. Essa lacuna jurídica, em contrassenso ao caminho de direitos humanos relativos e em razão do meio ambiente, não reconhece, para os refugiados ambientais, as conexões entre os direitos humanos e a degradação ambiental.

Em primeiro lugar, porque, sem proteção jurídica adequada esses indivíduos correm o risco de tráfico humano, exploração laboral, discriminação e exclusão social. A falta de *status* de refugiado formal faz com que, na maioria das vezes, sejam tratados como migrantes irregulares, o que lhes restringe o acesso a direitos e serviços básicos. Além disso, a desproteção legal dificulta que esses deslocados accessem assistência médica, educação, emprego e habitação nos locais para onde migram, expondo-os a condições de vida precárias.

Como refugiados ambientais não estão incluídos no escopo da Convenção de Genebra de 1951, que rege o estatuto do refugiado, eles não têm direito a solicitar asilo e a obter garantias de segurança e dignidade. Essa falta de reconhecimento formal priva-os de um amparo institucional, deixando-os sem assistência ou proteção no nível nacional e internacional. Essa situação compromete a segurança global, uma vez que fluxos migratórios não regulados e desassistidos podem gerar tensões sociais e econômicas, sobrecrecendo regiões de acolhimento e contribuindo para instabilidade.

Apesar dessa lacuna jurídica, algumas organizações internacionais têm atuado para apoiar, dentro de suas possibilidades, os refugiados ambientais. O Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR) é uma dessas entidades, embora seu mandato não inclua diretamente os refugiados ambientais. Mesmo assim, a agência colabora com outras instituições para fornecer assistência humanitária e apoio emergencial a pessoas deslocadas devido a desastres naturais. A Organização Internacional para as Migrações (OIM) também desempenha um papel importante, promovendo políticas e ações humanitárias em resposta a crises climáticas e ao deslocamento de pessoas devido a desastres ambientais. Além disso, o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (UN Environment Programme) contribui para o desenvolvimento de políticas de mitigação e adaptação às mudanças climáticas, visando diminuir os fatores que levam ao deslocamento ambiental, enquanto a Cruz Vermelha Internacional auxilia diretamente comunidades impactadas por desastres climáticos.

Com isso, tanto ACNUR como OIM enfrentam limitações institucionais e de mandato. Embora o ACNUR reconheça a necessidade de proteger pessoas deslocadas devido a fatores ambientais, seu mandato é focado em refugiados de acordo com a Convenção de Genebra, o que restringe seu escopo de atuação. A OIM, por sua vez, está diretamente envolvida no suporte a deslocados ambientais e promove políticas para reduzir os impactos de desastres climáticos, mas carece de um mandato vinculativo para atuar como agência de proteção (IOM, 2014).

Instrumentos legais internacionais existentes, como a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas (UNFCCC) e o Pacto Global sobre Refugiados, avançam no reconhecimento dos efeitos do clima sobre o deslocamento populacional, mas não estabelecem normas vinculantes de proteção para refugiados ambientais (UNHCR, 2018). O Pacto Global para Migração Segura, Ordenada e Regular, por exemplo, incentiva a cooperação internacional para enfrentar o deslocamento induzido por fatores ambientais, mas é um compromisso voluntário e, portanto, não garante proteção jurídica concreta.

Ramos (2018) aponta que a falta de reconhecimento formal de refugiados ambientais é resultado de uma resistência das convenções internacionais em expandir a definição de refúgio. A pesquisa de Biermann e Boas (2010), discute a necessidade de uma governança global que inclua uma categoria de proteção para os “refugiados do clima”, evidenciando que as mudanças climáticas afetam desproporcionalmente populações já marginalizadas. A proposta dos autores é um sistema de governança climática que reconheça os refugiados ambientais e crie diretrizes específicas para sua proteção, considerando as condições econômicas, políticas e sociais que tornam esses grupos particularmente vulneráveis.

Alguns países, como o Canadá e a Nova Zelândia, criaram políticas temporárias de acolhimento para indivíduos deslocados por desastres naturais, mas esses são casos isolados e de curta duração. No contexto europeu, a União Europeia também oferece mecanismos limitados de proteção, mas essas medidas são provisórias e não vinculam o status de refugiado ambiental ao direito internacional (McAdam, 2012, 32-42).

Ramos (2018) enfatiza que, sem um arcabouço legal e regulatório claro, os refugiados ambientais estão em uma posição de exclusão, sujeitos a políticas de imigração convencionais, que frequentemente ignoram a situação de vulnerabilidade desses indivíduos. Como resultado, eles não possuem os mesmos direitos dos refugiados convencionais, como acesso a serviços de saúde, educação e integração econômica. Isso representa uma lacuna crítica na proteção dos direitos humanos e levanta questões sobre a necessidade de atualizar os instrumentos de direito internacional para incluir os deslocados ambientais.

Para complementar essa análise, McAdam (2012) explora como a proteção legal para os refugiados ambientais é complexa, uma vez que as crises climáticas desafiam as definições tradicionais de refúgio. McAdam sugere que o direito internacional precisa evoluir, considerando os impactos sociais e econômicos das mudanças climáticas como fatores relevantes para proteger populações deslocadas. A inclusão da justiça climática como princípio norteador, segundo McAdam, facilitaria o reconhecimento dos direitos dessas populações e estimularia uma resposta global coordenada.

3 CARACTERIZAÇÃO DE VULNERABILIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Os refugiados ambientais enfrentam uma vulnerabilidade complexa e multifacetada. Ramos (2018) identifica que essas populações são marcadas por um ciclo de exclusão, agravado pela falta de reconhecimento e proteção. A ausência de um *status* legal e de políticas que garantam a segurança e os direitos dos refugiados ambientais revela como a condição desses indivíduos é, em grande parte, resultado de um processo social e estrutural que os marginaliza. A inclusão do conceito de determinação social, proposta por Minayo (2021), amplia essa visão ao permitir que se compreenda essa vulnerabilidade não apenas como uma consequência direta dos eventos ambientais, mas como um reflexo das desigualdades econômicas e da marginalização estrutural. Nesse contexto, Marmot e Bell (2012, p. 102) reforçam que populações expostas a determinantes sociais adversos e marcadas pela exclusão são mais propensas a sofrer quando submetidas a deslocamentos ambientais, e que as disparidades em saúde são amplificadas nessas circunstâncias, especialmente quando os indivíduos carecem de amparo legal.

A partir desse pensamento, é possível entender que a complexidade da vulnerabilidade dos refugiados ambientais não se origina apenas da exposição a eventos naturais extremos, mas também das desigualdades sociais e históricas que predispõem certos grupos a uma condição de maior fragilidade e menos acesso a recursos. A exposição dos refugiados ambientais à degradação dos ecossistemas e ao deslocamento forçado deve ser vista como um processo socialmente condicionado, em que as desigualdades econômicas e sociais criam um ciclo de exclusão e falta de proteção. Ramos (2018) corrobora essa perspectiva ao observar que a falta de representação e de reconhecimento formal intensifica a vulnerabilidade desses indivíduos, deixando-os sem acesso a direitos básicos, como saneamento, água potável e cuidados de saúde, reduzindo, assim, as chances de integração e adaptação nas regiões para onde são forçados a migrar.

Essa vulnerabilidade multifacetada envolve não apenas aspectos socioeconômicos, mas também condições de saúde e a estigma-

tização social enfrentada por esses indivíduos. Haines *et al.* (2006) destacam que os refugiados ambientais, já sujeitos a condições econômicas desfavoráveis antes do deslocamento, frequentemente vivem em ambientes com saneamento inadequado e moradias superlotadas, reforçando que a falta de serviços básicos de saúde os faz expostos a doenças diversas, inclusive as infecciosas, tais como tuberculose, malária e doenças gastrointestinais. Esses problemas são agravados pela precariedade das condições de moradia, com muitos refugiados vivendo em acampamentos temporários ou periferias urbanas sem infraestrutura adequada. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) alerta que a falta de reconhecimento e o consequente desamparo jurídico colocam essas populações em um risco elevado de problemas de saúde, que vão desde doenças infecciosas até transtornos mentais ligados ao estresse do deslocamento forçado.

A exclusão jurídica e a ausência de políticas específicas para os refugiados ambientais também comprometem o acesso a tratamentos médicos e ao apoio psicossocial. Estudos como o de Black *et al.* (2011) evidenciam que, sem um *status* legal, esses indivíduos não conseguem acessar atendimentos médicos essenciais, como vacinas e tratamentos para doenças crônicas, nem apoio psicológico para lidar com os traumas relacionados à perda de suas terras e lares. A exclusão social que enfrentam nos países de acolhimento limita ainda mais o acesso a serviços de saúde e agrava problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e transtornos pós-traumáticos, resultantes do deslocamento forçado e da incerteza em relação ao futuro.

Entre as populações mais afetadas estão as crianças, que, devido à vulnerabilidade do estágio de desenvolvimento, sofrem de forma desproporcional com as condições de insegurança alimentar, moradia inadequada e falta de acesso a cuidados de saúde. Segundo Marmot e Bell (2012), as adversidades enfrentadas pelas crianças refugiadas ambientais afetam diretamente seu desenvolvimento físico e cognitivo, além de aumentarem as taxas de mortalidade infantil. Sem políticas de reassentamento que considerem essas necessidades, essas crianças são privadas de um ambiente seguro e de direitos essenciais, como a educação e a proteção à saúde, o que compromete seu potencial de desenvolvimento futuro.

A marginalização dos refugiados ambientais, muitas vezes tratados como “migrantes irregulares” ou “migrantes de segunda categoria,” contribui para uma estigmatização que afeta diretamente sua saúde mental e sua integração social (Minayo, 2021). Sem um *status jurídico* definido, enfrentam discriminação e exclusão social nos locais de acolhimento, o que agrava seu isolamento. A falta de políticas que abordem os fatores de exclusão social limita as possibilidades de integração e dificulta o acesso a serviços como o apoio psicossocial, essencial para que esses indivíduos possam enfrentar os traumas associados ao deslocamento e à perda de suas comunidades de origem (Brown, 2008).

A análise dos determinantes sociais da saúde dos refugiados ambientais indica que essa população sofre de forma desproporcional devido à ausência de políticas internacionais vinculativas que garantam a proteção e o acesso à saúde. Ramos (2018) e Biermann e Boas (2010) defendem que é essencial a criação proteções específicas para refugiados ambientais, que sejam, inclusive, capazes de abordar e garantir o direito à saúde. Essa proteção formal poderia incluir o desenvolvimento de políticas de reassentamento e de acesso a serviços de saúde nas regiões de acolhimento, além de um sistema de governança climática internacional que considere as desigualdades socioeconômicas e os impactos das mudanças climáticas na saúde dessas populações. Com a ausência de políticas adequadas e a falta de reconhecimento jurídico, o cenário propicia condições que deterioraram a saúde dos refugiados ambientais.

3.1 Determinados socialmente pela representação própria

Minayo (2021) afirma que a representação social de um grupo é construída para justificar seu tratamento; passando essa afirmação para o caso dos refugiados ambientais, a falta de reconhecimento formal e a estigmatização como migrantes de “segunda categoria” os desqualifica perante os sistemas de proteção. Brown (2008), reforça esse ponto ao argumentar que a marginalização de refugiados ambientais como “migrantes climáticos” reflete uma forma de invisibilidade estrutural, onde a imagem pública desses indivíduos como migrantes econômicos dificulta a aceitação e a proteção legal.

A representação social dos refugiados ambientais impacta diretamente seu acesso a direitos e sua integração nos países de destino. Segundo Ramos (2018), esses indivíduos são frequentemente vistos como “migrantes econômicos” ou como “imigrantes indesejáveis”, e isso contribui para uma imagem negativa que enfraquece sua proteção. O preconceito é agravado pelo estigma social que esses indivíduos carregam, levando-os a serem tratados como uma carga social, o que prejudica ainda mais seu processo de inclusão.

Essa representação limitada e muitas vezes negativa dos refugiados ambientais reflete a falta de uma narrativa inclusiva que compreenda a complexidade de suas situações. Em muitos casos, como argumenta Ramos (2018), a imagem negativa desses refugiados é uma construção social que resulta na perpetuação da exclusão e da vulnerabilidade, tanto no país de origem como no país de destino.

Minayo (2021) complementa essa visão ao sugerir que a representação de certos grupos é construída socialmente para justificar sua exclusão. No caso dos refugiados ambientais, a imagem de “migrantes” deslegitima suas necessidades e fragilidades, obscurecendo o fato de que sua condição é resultado de uma confluência de fatores ambientais e sociais. A falta de reconhecimento jurídico se relaciona, portanto, não apenas com questões legais, mas com um processo de determinação social que legitima a exclusão.

3.2 Determinação Social e Determinantes Sociais da Saúde

Os determinantes sociais da saúde desempenham um papel crucial na compreensão das necessidades dos refugiados ambientais. As condições ambientais extremas, combinadas com a exclusão social e econômica, tornam esses indivíduos mais suscetíveis a problemas de saúde. Estudos apontam que a saúde física e mental dos refugiados ambientais é seriamente comprometida devido à falta de acesso a recursos básicos e ao estresse associado ao deslocamento forçado (Black *et al.*, 2011, p. 125-126).

Em muitos casos, os refugiados ambientais não possuem acesso a tratamentos de saúde adequados, e a precariedade das condições de reassentamento piora a situação, expondo-os a doenças infecciosas,

desnutrição e altos níveis de estresse psicológico. A exposição a essas condições resulta na perda de resiliência e afeta negativamente sua capacidade de reconstruir suas vidas em um novo ambiente.

A análise dos determinantes sociais de saúde dos refugiados ambientais indica que sua vulnerabilidade é amplificada por processos de exclusão social e por condições de saúde precárias. Minayo (2021) defende que a determinação social implica em considerar como condições históricas e estruturais afetam as condições de saúde. Isso é especialmente relevante para os refugiados ambientais, cujas condições de vida são determinadas não só pelo deslocamento, mas por um sistema que perpetua a desigualdade histórica.

O princípio do determinismo, dentro da filosofia, afirma que todos os eventos, inclusive as ações humanas, são causados por uma cadeia de eventos anteriores. Sob essa perspectiva, a noção de determinação refere-se ao processo pelo qual um conjunto de condições ou fatores antecedentes (determinantes) influencia ou mesmo obriga determinados resultados. Quando aplicado ao estudo dos refugiados ambientais, o determinismo e suas categorias oferecem uma estrutura analítica para entender como variáveis ambientais e sociais condicionam o deslocamento humano, transformando eventos naturais e mudanças climáticas em fatores determinantes de migração forçada.

O determinismo, ao ser aplicado à questão do refúgio ambiental, implica que as mudanças climáticas e os desastres naturais representam forças causais diretas e inevitáveis, tornando o deslocamento uma resposta inevitável em determinados contextos. A degradação ambiental age como um determinante central que obriga populações a migrarem, seja por perdas agrícolas, seja pela destruição de suas moradias. A destruição de ecossistemas costeiros devido ao aumento do nível do mar, por exemplo, gera uma situação em que as pessoas são “determinadas” a abandonar seus lares para garantir a própria sobrevivência, caracterizando assim uma relação causal inevitável entre degradação ambiental e deslocamento.

A categoria de determinação se torna útil para examinar a complexidade desse deslocamento forçado, uma vez que ela permite observar como diferentes fatores - como políticas locais, estrutura socioeconômica e intensidade das mudanças climáticas - interagem

e se influenciam mutuamente, formando um quadro de inevitabilidade. McAdam (2011) argumenta que os refugiados ambientais são resultado de um “processo determinante” de fatores que extrapolam a dimensão individual e voluntária, envolvendo estruturas sistêmicas que forçam esses indivíduos a buscarem segurança e oportunidades em novas regiões. Nesse sentido, a determinação que condiciona o deslocamento não é simplesmente o evento climático em si, mas a falta de suporte estrutural e adaptativo nas regiões afetadas, que gera uma vulnerabilidade acumulada e pré-determinada.

Por fim, o conceito de determinantes, na análise dos refugiados ambientais, se refere aos fatores específicos e identificáveis que influenciam diretamente o deslocamento. Na perspectiva do determinismo ambiental, esses determinantes incluem fatores como a intensidade e frequência de eventos climáticos extremos, as políticas de gestão ambiental, e a capacidade adaptativa local. Estudos como o de Tacoli *et al.* (2015) enfatizam que, ao observar a migração de áreas rurais para urbanas em resposta a estresses ambientais, percebe-se que a falta de políticas eficazes de mitigação e adaptação são determinantes estruturais que não apenas facilitam, mas definem os fluxos migratórios em decorrência de desastres. Esses determinantes ambientais, sociais e políticos criam uma “linha de causalidade”, onde cada fator desencadeia ou intensifica a necessidade de deslocamento, demonstrando que a migração ambiental raramente é uma escolha, mas sim uma resposta necessária.

Dessa forma, ao combinar os conceitos de determinismo, determinação e determinantes na análise dos refugiados ambientais, obtém-se uma visão integrada que explica o deslocamento ambiental como uma consequência inevitável de cadeias causais preexistentes. Essa abordagem sublinha que os refugiados ambientais não são migrantes voluntários, mas sim sujeitos de um processo determinista que os força a buscar proteção e condições de vida adequadas diante da degradação ambiental e da ineficácia de políticas mitigadoras e adaptativas.

A situação de risco que enfrentam, na perspectiva proposta, permite entender que essa situação é menos resultado do deslocamento em si e mais de processos de exclusão que antecedem o evento ambiental. Ao ignorar esses determinantes sociais, o sistema de proteção

a refugiados se torna inadequado, pois não aborda as causas subjacentes à vulnerabilidade dessas populações.

A análise dos determinantes sociais de saúde dos refugiados ambientais indica que a vulnerabilidade é aprofundada por desigualdades estruturais. Haines *et al.* (2006) discutem que o acesso desigual limita suas possibilidades de integração. A perspectiva proposta sugere que, ao não considerar esses determinantes, o sistema internacional falha em compreender as causas sociais da vulnerabilidade dos refugiados ambientais.

4 CONSEQUÊNCIAS SOCIOAMBIENTAIS E DESAFIOS

O deslocamento em massa para áreas urbanas sobrecarrega a infraestrutura e resulta em tensões sociais. Esse fenômeno é discutido também por Tacoli *et al.*, (2015), que exploram como o rápido crescimento urbano devido ao deslocamento ambiental agrava a precariedade em regiões já carentes, com efeitos prejudiciais para a coesão social e o meio ambiente.

A interação entre deslocamento ambiental e o uso intensivo de recursos naturais nas áreas de destino resulta em impactos ambientais adicionais, como desmatamento, poluição e degradação do solo. Esses efeitos negativos são frequentemente ignorados nos planos de migração e de urbanização, o que agrava a situação de vulnerabilidade dos refugiados ambientais e aumenta as tensões com as populações locais (Abud *et al.*, 2023.).

Além das dificuldades enfrentadas pelos refugiados ambientais, os impactos dos deslocamentos em massa têm consequências para as comunidades de acolhimento. Ramos (2018) observa que a migração para áreas urbanas sobrecarrega a infraestrutura urbana e cria tensões sociais. A análise de Minayo (2021) destaca que a determinação social envolve entender como desigualdades econômicas e sociais são reproduzidas no contexto de deslocamento, afetando tanto os migrantes quanto a população local.

As consequências socioambientais desses deslocamentos são, em grande parte, determinadas pelas condições econômicas e pela

falta de políticas adequadas para lidar com essas migrações. Ramos (2018) e Minayo (2021) convergem na análise de que, para enfrentar as consequências socioambientais do deslocamento, é necessário reconhecer que a vulnerabilidade dos refugiados ambientais é determinada por uma conjunção de fatores que vai além das circunstâncias imediatas de migração.

4.1 Perspectivas

A Convenção de Genebra de 1951 e seu Protocolo de 1967 definem refugiado como uma pessoa que deixa seu país por receio de perseguição devido a raça, religião, nacionalidade, pertencimento a determinado grupo social ou opinião política. No entanto, essa definição não se aplica a indivíduos que são obrigados a migrar em razão de desastres naturais ou de mudanças climáticas de longo prazo, colocando os refugiados ambientais fora do escopo de proteção legal. Portanto, enquanto o arcabouço legal e institucional atual avança lentamente no reconhecimento dos deslocamentos causados pelo meio ambiente, há um longo caminho a ser percorrido para garantir que refugiados ambientais recebam proteção adequada e efetiva. A criação de normas específicas e vinculativas, associada a um esforço colaborativo entre Organizações Internacionais, governos e sociedade civil, é essencial para enfrentar de maneira sustentável o crescente desafio dos refugiados ambientais e para assegurar que os direitos dessas populações vulneráveis sejam respeitados.

A determinação e os determinantes sociais estão profundamente enraizados nas desigualdades globais. Os países mais afetados por crises ambientais são frequentemente aqueles que menos contribuíram para o problema e que têm menos recursos para mitigá-lo. Esse aspecto, contexto do princípio do direito ambiental internacional das responsabilidades comuns, porém diferenciadas, evidencia uma responsabilidade ética, social e política dos países desenvolvidos em apoiar aqueles que sofrem as consequências das mudanças climáticas de forma desproporcional.

A inclusão da perspectiva dos determinantes sociais, amplia o entendimento sobre como as condições de vida dos refugiados am-

bientais são determinadas socialmente, destacando que a omissão legal representa mais do que uma falha de políticas, mas também a perpetuação de desigualdades estruturais. Os resultados sugerem que a proteção dos refugiados ambientais depende de uma abordagem que integre direitos humanos, saúde e justiça social, recomendando a criação de mecanismos de reassentamento que considerem os determinantes sociais de saúde, ampliando o escopo das políticas de proteção para lidar com as causas subjacentes da vulnerabilidade.

A responsabilidade internacional deve ser discutida sob a perspectiva da justiça climática, em que os países mais poluidores e economicamente fortes reconheçam seu papel na mitigação dos efeitos das mudanças climáticas e na proteção daqueles que são forçados a migrar. Tal responsabilidade não se limita a ações paliativas, mas também envolve a criação de políticas de acolhimento e integração social dos refugiados ambientais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O deslocamento de populações devido à crise climática revela um vazio jurídico que exclui os refugiados ambientais do reconhecimento formal e da proteção internacional. O sistema de direito internacional, representado pela Convenção de Genebra de 1951, é estruturado para proteger refugiados que sofrem perseguições políticas, mas não abrange aqueles forçados a migrar por degradação ambiental. Essa exclusão se mostra ainda mais urgente e complexa à medida que mudanças climáticas, como secas, enchentes e elevação do nível do mar, ameaçam a subsistência de milhões de pessoas. A análise destaca a necessidade de ampliar o conceito de refúgio, incorporando as necessidades de proteção dos refugiados ambientais.

Além dos desafios jurídicos, a vulnerabilidade desses indivíduos é socialmente condicionada, conforme apontado, sendo intensificada por desigualdades estruturais que antecedem os eventos climáticos. Essa vulnerabilidade social significa que os refugiados ambientais enfrentam riscos não apenas devido à ausência de status formal, mas também devido à precariedade de suas condições de vida e à exclusão

dos serviços básicos nos países de destino. Mesmo que algumas organizações internacionais, como a ACNUR e a OIM, busquem prover assistência, sua atuação é limitada pela ausência de um mandato específico para proteger essas populações.

Os instrumentos legais e políticas internacionais, como o Pacto Global para Migração e a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas, ainda não estabelecem mecanismos vinculantes para refugiados ambientais, limitando-se a incentivar cooperação sem oferecer proteção concreta. Isso se reflete em uma exclusão contínua, que reduz as possibilidades de acesso à saúde, educação e oportunidades econômicas.

A ausência de reconhecimento formal não apenas fragiliza esses indivíduos, mas também gera tensões sociais e ambientais nas comunidades de acolhimento, sobrecarregando infraestruturas urbanas e gerando conflitos por recursos escassos. Resultados sugerem que, para enfrentar essa realidade, é necessário um sistema de governança climática que proteja esses refugiados, tratando-os não como migrantes econômicos, mas como indivíduos forçados a deixar suas casas pela degradação de seus ecossistemas.

A inclusão da perspectiva de determinantes sociais na análise do refúgio ambiental expande a compreensão da vulnerabilidade dessas populações, mostrando que, ao ignorar essas condições, o sistema jurídico internacional perpetua desigualdades estruturais. O reconhecimento formal e a criação de um arcabouço jurídico específico são fundamentais para assegurar que os direitos dos refugiados ambientais sejam protegidos. A integração de princípios de justiça climática, direitos humanos e políticas de saúde pública deve fundamentar uma abordagem que não apenas acolha, mas trate de forma eficaz as causas da vulnerabilidade dos refugiados ambientais, promovendo sua dignidade e inclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUD, Carol de Oliveira; SOUZA, Luciano Pereira de; GORISCH, Patricia Cristina Vasques de Souza. Mudança climática: uma crise previsível. **UNISANTA-Law and Social Science**. Direito Ambiental e da Saúde na contemporaneidade, v. 12, n. 1, pp. 191-209, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/908> Acesso em 15 out. 2024.

ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA REFUGIADOS (ACNUR). **Global Compact on Refugees**. Disponível em: <https://www.unhcr.org/global-compact-refugees.html>

ANDRADE, Mário Cesar da Silva; ANGELUCCI, Paola Durso. Refugiados ambientais: mudanças climáticas e responsabilidade internacional. **Holos**, v. 4, pp. 189-196, 2016. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/4165> Acesso em 15 out. 2024.

BIERMAN, Frank; BOAS, Ingrid. Preparing for a Warmer World: Towards a Global Governance System to Protect Climate Refugees. **Global Environmental Politics**. 2010; 10 (1), pp. 60–88. doi: <https://doi.org/10.1162/glep.2010.10.1.60> Acesso em 15 out. 2024.

BLACK, Richard, KNIVETON, Dominic; SCHMIDT-VERKERK, Kerstin. Migration and Climate Change: Towards an Integrated Assessment of Sensitivity. **Environment and Planning A**, 43(2), 2011, pp. 431-450. doi: <https://doi.org/10.1068/a43154> Acesso em 15 out. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.474, de 22 de julho de 1997**. Define mecanismos para a implementação do Estatuto dos Refugiados de 1951, e determina outras providências.

BROWN, Oli. **Migration and Climate Change**. IOM Migration Research Series. 2008. Disponível em: <https://publications.iom.int/books/mrs-no-31-migration-and-climate-change>

HAINES, A., KOVATS, R. S., CAMPBELL-LENDRUM, D., e CORVALÁN, C. Climate Change and Human Health: Impacts, Vulnerability, and Public Health. **Public Health**, 120(7), 2006, pp. 585-596. Disponível em: https://www.bu.edu/sph/files/2012/08/Haines_2006_Climate_Change_and_Human_Health_-_Impacts_Vulnerability_and_Public_Health.pdf Acesso em 15 out. 2024.

HUGO, G. Climate Change-Induced Mobility and the Existing Migration Regime. In McAdam, Jane. (Ed.), **Climate Change and Displacement**. Hart Publishing. 2010.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (IOM). **Migration, Environment and Climate Change: Evidence for Policy** (MECLEP). 2014. Disponível em: <https://environmental-migration.iom.int/blogs/creating-new-norms-nansen-initiative-disaster-induced-cross-border-displacement> Acesso em 15 out. 2024.

MARMOT, M.; BELL, R. Social Determinants and Climate Change: Vulnerability and Inequality in a Warming World. **Global Health Action**, 5. 2012.

McADAM, Jane. **Climate change displacement and international law: Complementary protection standards**. UNHCR Legal and Protection Policy Research Series, 1(11), 2011, pp. 1-40. Disponível em: <https://www.refworld.org/docid/4fdf20022.html> Acesso em 15 out. 2024.

MINAYO, M. C. S. Determinação social, não! Por quê? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 12(2), 2021, pp. 218-220. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfqC/?format=html> Acesso em 15 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL PARA AS MIGRAÇÕES (OIM). **Environmental Migration**. Disponível em: <https://www.iom.int/environmental-migration> Acesso em 15 out. 2024.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O MEIO AMBIENTE (UNEP). **Relatório sobre Deslocamento e Mudanças Climá-**

ticas. <https://www.unep.org/resources/report/climate-change-2023-synthesis-report> Acesso em 15 out. 2024.

RAMOS, Érika Pires. **Refugiados Ambientais:** em busca de reconhecimento pelo Direito Internacional. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. 2018. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2135/tde-10082012-162021/> Acesso em 15 out. 2024.

TACOLI, C., McGRANAHAN, G., e SATTERTHWAITE, D. Urbanisation, Rural-Urban Migration and Urban Poverty. **IIED Working Paper.** 2015. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/pdf/resrep01308?acceptTC=true&coverpage=false&eaddFooter=false> Acesso em 15 out. 2024.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR). **Global Compact on Refugees:** Final draft. 2018. Disponível em: <https://www.unhcr.org/media/official-version-final-draft-global-compact-refugees>.

ÍNDICE REMISSIVO

1. Acesso à Justiça
2. Acesso universal à saúde
3. Agenda 2030
4. Alimentação adequada
5. Amazônia Legal
6. Análise de políticas públicas
7. Assistência humanitária
8. Atenção primária em saúde
9. Barreiras linguísticas
10. Bioética
11. Biomedicina
12. Campos de refugiados
13. Capital privado em saúde
14. Cidadania
15. Cidadania sanitária
16. Cláusula constitucional da saúde
17. Clima e saúde
18. Cobertura vacinal
19. Comitê DESC (ONU)
20. Constitucionalismo social
21. Constituição de 1988
22. Contaminação química
23. Cooperação internacional
24. Crise climática
25. Crise humanitária
26. Cultura de prevenção
27. Cuidado neonatal
28. Deficiência estrutural do SUS
29. Defesa dos direitos humanos
30. Desigualdade de acesso
31. Desigualdade de gênero
32. Deslocamento forçado
33. Desenvolvimento sustentável
34. Determinantes sociais da saúde
35. Diálogos internacionais
36. Direito à dignidade
37. Direito à saúde

38. Direito ambiental
39. Direito civil das mulheres
40. Direito constitucional
41. Direito da saúde
42. Direito das migrações
43. Direito dos refugiados
44. Direito econômico
45. Direito fundamental social
46. Direito humanitário
47. Direito internacional
48. Direito internacional dos direitos humanos
49. Direito médico
50. Discriminação estrutural
51. Doenças infecciosas
52. Doenças negligenciadas
53. Doenças tropicais
54. Educação em saúde
55. Efetividade processual
56. Equidade em saúde
57. Espaço urbano e saúde
58. Estrutura hospitalar
59. Estrutura normativa da saúde
60. Estudos interdisciplinares
61. Evidências científicas
62. Execução de políticas públicas
63. Expectativa de vida
64. Feminização da pobreza
65. Financiamento do SUS
66. Fragilidade institucional
67. Garantia constitucional
68. Global Compact for Migration
69. Governança em saúde
70. Governança global
71. Grupos vulneráveis
72. Identidade social da mulher
73. Imunização
74. Inclusão social
75. Iniquidades sociais
76. Inovações jurídicas

77. Judicialização da saúde
78. Jurisdição constitucional
79. Justiça ambiental
80. Justiça social
81. Leishmaniose
82. Liberdade individual e saúde
83. Licenciamento sanitário
84. Litígios em saúde
85. Malária
86. Meio ambiente e saúde
87. Migração
88. Migração forçada
89. Migração internacional
90. Microplásticos
91. Mortalidade infantil
92. Mortalidade materna
93. Mulher e saúde
94. Necessidades básicas
95. Negligência estatal
96. Neurodesenvolvimento infantil
97. Novos modelos de contratação
98. Objetivos do desenvolvimento sustentável
99. OMS (Organização Mundial da Saúde)
100. ONU (Organização das Nações Unidas)
101. Oportunidades de cooperação
102. Organização Internacional para as Migrações (OIM)
103. Participação comunitária
104. Parcerias público-privadas
105. Pobreza e saúde
106. Políticas afirmativas
107. Políticas migratórias
108. Políticas públicas de saúde
109. Populações deslocadas
110. Populações indígenas
111. Precaução ambiental
112. Precariedade do sistema
113. Prevenção de doenças
114. Processo judicial em saúde
115. Proteção ampliada

- 116. Proteção internacional de refugiados
- 117. Proteção social
- 118. Refugiados ambientais
- 119. Refugiados de guerra
- 120. Sistema Único de Saúde (SUS)