XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

ANA CLAUDIA FARRANHA SANTANA

EDNA RAQUEL RODRIGUES SANTOS HOGEMANN

MARLI MARLENE MORAES DA COSTA

Copyright © 2016 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D598

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF; Coordenadores: Ana Claudia Farranha Santana, Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann, Marli Marlene Moraes Da Costa – Florianópolis: CONPEDI, 2016.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-185-2
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: DIREITO E DESIGUALDADES: Diagnósticos e Perspectivas para um Brasil Justo.

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. 2. Direitos Sociais. 3. Políticas Públicas. I. Encontro Nacional do CONPEDI (25. : 2016 : Brasília, DF).

CDU: 34

CONPEDI
Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXV ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI - BRASÍLIA/DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

O XXV Encontro Nacional do CONPEDI – BRASILIA-DF, realizado em parceria com a Universidade de Brasília, apresentou como temática central " Direito e desigualdades: um diagnóstico e perspectivas para um Brasil justo". Esse tema suscitou intensos debates desde a abertura do evento e desdobramentos ao decorrer da apresentação dos trabalhos e da realização das plenárias. Particularmente, a questão da desigualdade social mereceu destaque no Grupo de Trabalho "Direitos Sociais e Políticas Públicas III", na medida em que inequivocamente são os direitos sociais aqueles que mais se acercam do princípio da dignidade da pessoa humana e da plenitude da cidadania, na medida em que propendem a redução das desigualdades entre as pessoas, que podem proporcionar os indivíduos as mais completas e dignas condições de vida.

Sob a coordenação das Profa. Pós-Dra. Edna Raquel Hogemann(UNESA/UNIRIO), Profa. Dra. Ana Claudia Farranha Santana (UNB) e Profa. Dra. Marli Marlene Moraes da Costa (USCS), o GT "Direitos Sociais e Políticas Públicas III" promoveu sua contribuição, com exposições orais e debates que se caracterizaram tanto pela atualidade quanto pela profundidade das temáticas abordadas pelos expositores.

Eis uma breve síntese dos trabalhos apresentados:

Sob o título "Programa jovem aprendiz: inclusão ou inserção social através do trabalho", a autora Michelli Giacomossi investiga as atividades desempenhadas e a relação do exercício profissional com a formação oferecida pelo programa; a receptividade do empregador quanto a imposição legal da contratação; identificar se ocorre capacitação profissional, efetividade do programa e adequação à legislação.

Amanda Tavares Borges e Priscila Mara Garcia apresentaram o trabalho "Políticas ativas e passivas de mercado de trabalho: desafios para o crescimento e o emprego em que analisam o funcionamento do Sistema Público de Emprego Brasileiro, de 2004 a 2014 e de 2014 para 2015".

"Professor readaptado: perspectivas de proteção" é o titulo do trabalho apresentado por Mariana Carolina Lemes e Daniel Roxo de Paula Chiesse que propõe-se a responder de que forma um professor se torna readaptado, apresentando-se como hipótese a necessidade de políticas públicas para salvaguarda dos direitos do professorado.

Claudia Socoowski de Anello e Silva discorreu sobre "Trabalho, gênero e políticas públicas: um estudo da experiência feminina no polo naval de Rio Grande" buscando analisar de que forma se deu a ocupação de postos de trabalho gerados no Polo Naval de Rio Grande-RS pelas mulheres.

"O lugar ocupado pela educação brasileira na exclusão/inclusão das identidades trans" é o título da apresentação de Luciana Barbosa Musse e Roberto Freitas Filho. O artigo enfrenta o problema da promoção, via educação, do reconhecimento das identidades trans como sujeitos de direito que fogem às normas de gênero, através de políticas públicas que garantem seu pleno desenvolvimento.

Ana Carolina Greco Paes discorreu sobre a "Educação democrática e políticas públicas de promoção ao direito à liberdade de crença no currículo escolar do ensino religioso no estado de Minas Gerais."

"Controle judicial das políticas públicas na área da educação: disponibilização de cuidadores na rede pública de ensino para alunos portadores de necessidades especiais como efetivação do direito social à educação" é o título do artigo apresentado por Larissa Ferreira Lemos e Jéssica Oliveira Salles que analisa os aspectos de legalidade do ato administrativo, busca meios de compelir o Estado ao cumprimento forçado dos preceitos violados, efetivando o direito social à educação dos alunos portadores de necessidades especiais.

Vicente Elísio de Oliveira Neto é o autor de "O conflito estado/terceiro setor e a educação das pessoas com deficiência", artigo que trata das premissas constitucionais das relações estado/mercado/terceiro setor, direcionadoras da conjugação de forças tendentes à implementação progressiva dos direitos sociais.

"A luta pela consagração do direito de tentar à luz dos direitos fundamentais" é o título do artigo apresentado por Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann e Simone Alvarez Lima enfoca a relação entre os avanços da união ciência e tecnologia e novos direitos fundamentais. Promove uma reflexão sobre as discussões no Congresso Nacional relativas à fosfoetanolamina sintética, sem registro na Anvisa - a “pílula do câncer”, envolvendo o direito de tentar.

Meire Aparecida Furbino Marques e Simone Letícia Severo e Sousa enfocaram "O direito fundamental social à saúde e a medicina baseada em evidência – MBE como instrumento de verificação da (im)possibilidade de fornecimento de fosfoetanolamina na via judicial."

"Políticas e ações públicas: conceitos, atores e regulação diante do ordenamento jurídico brasileiro" foi apresentado por Caroline Helena Limeira Pimentel Perrusi e Annuska Macedo Santos De França Paiva. Nesse artigo as autoras buscam trabalhar com conceitos de políticas e ações públicas a partir da concretização de problemas sociais, e esclarecem quem são os atores, os quais podem variar conforme o tipo de política e seus destinatários.

Edith Maria Barbosa Ramos e Ines Alves De Sousa são as autoras do ensaio intitulado "Direito à saúde, gênero e desigualdade: uma análise inicial da (in) visibilidade da endometriose" no qual promovem análise da endometriose, patologia que acomete seis milhões de mulheres no Brasil, e que aparece, no estudo, como símbolo da invisibilidade das doenças exclusivamente femininas.

"O paradoxo da eficácia dos direitos humanos" foi apresentado por Leilane Serratine Grubba , Márcio Ricardo Staffen. O artigo tem por objeto os direitos humanos e objetiva analisar a existência de um paradoxo específico no discurso tradicional-onusiano.

Sérgio Tibiriçá Amaral e Mário Coimbra são os autores do artigo intitulado "As doenças da dengue, chikungunya e zica virus, a desobediência ao princípio da proibição da proteção deficiente e a responsabilidade civil do Estado" cujo objeto foi a discussão a respeito da culpa objetiva dos entes federativos e a cabível a reparação dos danos materiais, inclusive dano moral difuso.

"Discriminação positiva e ações afirmativas: uma necessidade no regime jurídico brasileiro para promover a inclusão dos negros", apresentado por Tacianny Mayara Silva Machado e Sandra Lúcia Aparecida Pinto trata da importância da discriminação positiva aliada as ações afirmativas para promover a inclusão social de grupos vulneráveis da sociedade brasileira, em especial, os negros, além de uma análise do conceito de ação afirmativa e discriminação positiva, verificando a forma que os institutos são aplicados no atual ordenamento jurídico brasileiro.

Luana Nunes Bandeira Alves e Girolamo Domenico Treccani são os autores do ensaio intitulado "As comunidades quilombolas e o reconhecimento territorial: a busca pela efetivação de um direito humano que analisa o direito territorial das comunidades remanescentes de quilombo enquanto um direito humano assegurado em esfera internacional,

por meio da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho e nacional através do art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias."

Partindo do pressuposto de que as Políticas públicas são programas do governo que influenciam diretamente na vida dos cidadãos e que na formulação e implementação dessas políticas públicas, tem-se a presença dos atores políticos e privados, Diolina Rodrigues Santiago Silva apresentou o artigo "Os beneficiários finais atores pouco atuantes e influentes nas decisões em políticas públicas no Brasil."

"Reserva do possível, direitos fundamentais e auto contenção dos poderes: uma nova perspectiva", da autoria de Victor Roberto Corrêa de Souza, tem por objetivo ilustrar indagações sobre a relação entre a reserva do possível e os direitos fundamentais, respondendo-as sob a perspectiva de teorias constitucionais como autocontenção dos poderes, confiança, proporcionalidade e razoabilidade.

Em "A perspectiva jurídico-objetiva dos direitos fundamentais na elaboração de políticas públicas", Isabela Bentes De Lima analisa o conteúdo dos direitos fundamentais, por meio de uma análise histórica de seu surgimento, especificando as perspectivas jurídica-subjetiva e jurídico-objetiva.

Paulo Roberto De Souza Junior discorre sobre o tributo ambiental, chamado de ICMS - Verde ou Ecológico, destinado à remuneração dos municípios que optarem pela conservação ambiental em seu artigo intitulado "O Conselho Municipal do Meio Ambiente e sua função dentro da política ambiental do Município De Nova Iguaçu/RJ."

"O controle de políticas públicas na perspectiva do orçamento: uma análise da atuação do STF no RE n. 592.581" é o artigo que aborda um estudo de caso, correspondente ao recurso extraordinário n. 592.581, no qual o Supremo Tribunal Federal determinou a promoção de obras emergenciais em estabelecimentos prisionais, para assegurar a integridade física e moral de detentos, de autoria de Ricardo Schneider Rodrigues.

Fernando Rocha Palácios analisa até que ponto as políticas de financiamento educacional FUNDEF/FUNDEB podem ser caracterizadas como cooperativas em seu ensaio intitulado "Relações intergovernamentais cooperativas no federalismo brasileiro. Uma análise da política pública FUNDEF/FUNDEB e sua repartição de receitas."

O sistema “S” é objeto de análise no artigo intitulado "A atuação dos serviços sociais autônomos como agentes de promoção de políticas públicas", objetivando a diminuição das

desigualdades sociais e o desenvolvimento econômico sustentável, de autoria de Abimael Ortiz Barros , Viviane Coêlho de Séllos Knoerr.

Ruth Maria Argueta Hernández promove uma análise dos programas de transferência condicionada, que representam o mais recente em políticas públicas na América Latina, com a sua presença em 20 países da região e um alto número de beneficiários que apresentam condições de vida marcadas pela pobrez", em seu artigo intitulado "Programas de transferências condicionadas: bolsa família no Brasil e outros na América Latina."

Por derradeiro, Ana Paula Meda e Renato Bernardi apresentaram o artigo intitulado "Direito Fundamental à moradia e a sentença T-025/2004 da Corte Constitucional da Colômbia: estado de coisas inconstitucional no Brasil", no qual promovem a análise de um julgado da Corte colombiana que trata da declaração do Estado de Coisas Inconstitucional (ECI) no país que se refere aos deslocados internos.

De posse destas análises, desejamos uma boa leitura ao/a leitor/a.

Profa. Dra. Ana Claudia Farranha Santana (UNB)

Profa. Dra. Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann (UNIRIO / UNESA)

Profa. Dra. Marli Marlene Moraes Da Costa (UNISC)

AS DOENÇAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZICA VIRUS, A DESOBEDIÊNCIA AO PRINCÍPIO DA PROIBIÇÃO DA PROTEÇÃO DEFICIENTE E A RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO

LAS ENFERMEDADES DE LA DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZICA VIRUS, LA DESOBEDIENCIA AL PRINCIPIO DE LA PROIBICIÓN DE LA PROTECIÓN DEFICIENTE Y LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ESTADO

Sérgio Tibiriçá Amaral
Mário Coimbra

Resumo

O mosquito Aedes aegypti não teve combate eficiente e alcançou todo Brasil. No Estado de São Paulo com o maior número de infectados pelas informações do governo, entre 1995 a 2015, o percentual de municípios com a presença do vírus cresceu de 16,5% para 94,8%. Houve contaminação de milhares de pessoas e percentual preocupante de óbitos. Isso pouco alterou o protocolo de combate a dengue numa claríssima violação do princípio da proibição da proteção deficiente. Com o Zica vírus o governo continuou ineficiente. Pela culpa objetiva dos entes federativos é cabível a reparação dos danos materiais, inclusive dano moral difuso.

Palavras-chave: Dengue, Aedes aegypti, Cikungunya, Zica vírus, Protocolo, Principio da proibição da proteção deficiente

Abstract/Resumen/Résumé

El mosquito Aedes aegypti aumento en Brasil. En el estado de Sao Paulo, con el mayor número de infectados segundo gobierno, de 1995 a 2015, el porcentaje de municipios con la presencia del virus aumentó de 16,5% a 94,8%. Hubo contaminación de miles de personas y porcentaje preocupante de muertes. Esto hizo poco para cambiar el protocolo de combate del dengue en violación del principio de prohibición de la mala protección. Con el virus de Zica el gobierno continuó ineficiente. La culpa objetiva de las entidades federativas es una compensación adecuada por daños y perjuicios, incluidos los daños morales difusos.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Dengue, Aedes aegupti, Cikungunya, Zica vector, Protocolo, Principio de la proibicion de la protecion deficiente

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo discorreu inicialmente sobre as doenças da dengue, da febre chikungunya e do Zica vírus, seus sintomas, sua prevenção e os planos de contingência dentro do direito à saúde. Também foram explorados os aspectos entomológicos do mosquito Aedes aegypti, que é o seu vetor, e as formas de combatê-lo. Deu-se ênfase aos protocolos adotados Brasil no combate à dengue e os recomendados pela Organização Mundial de Saúde que demonstram as falhas e a responsabilidade de efetivar o combate à doença da dengue.

Também foi explorada na pesquisa bibliográfica a recomendação da Organização Mundial de Saúde à prevenção à dengue, no sentido de obstar uma epidemia e a grave omissão do gestor brasileiro, que expõe a população brasileira à sérios riscos, pois não há controle do mosquito Aedes aegypti. Foi dado destaque também ao princípio da proibição da proteção deficiente/insuficiente que não vem sendo observado pelo gestor brasileiro. Foram usados os métodos dedutivo e indutivo.

A omissão dos gestores brasileiros frente à necessidade de se investir responsavelmente em equipamentos e recursos humanos para um efetivo controle do vetor e o grande sofrimento a que foi exposta a população brasileira fomentou a tese também da responsabilidade civil dos entes estatais, inclusive do dano moral difuso.

2 AS DOENÇAS DA DENGUE, CHIKUNGUYA E ZICA VIRUS

A dengue é uma doença grave de grande impacto epidemiológico, causada por um arbovirus[1]. Em face da sua mutação, atualmente, circulam quatro tipos de vírus da dengue (DEN-1, DEN-2, DEM-3 e DEN-4).

Pelo que se depreende do Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue lançado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015, p.09), o referido vírus é catalogado pelo genoma RNA, do gênero Flavivirus, família Flaviviridae. A infecção pelo virus pode ser assintomática ou até mesmo causar a morte da pessoa infectada.

A dengue que é transmitida por circunstâncias denotativas de endemia ou epidemia, impulsionada pela circulação simultânea dos quatros sorotipos virais, dependem, logicamente, da presença do vetor que é o mosquito Aedes aegypti. Mantinha um comportamento sazonal no Brasil com incidência nos meses de outubro a maio. No entanto, nos últimos anos o

[1] Expressão decorrente da abreviatura do inglês arthropod-bornvirus.

número de infectados cresceu fora do período epidêmico e há aindauma vulnerabilidade maior para idosos e crianças, bem como outros grupos com reeducandos e índios .

A doença é transmitida pela picada do mosquito infectado, o Aedes Aegypti, cuja proliferação foi facilitada não só pela ausência de educação sanitária, mas também pelo crescimento desordenado dos grandes centros urbanos sem infraestrutura adequada.

Conforme se verifica no boletim epidemiológico nº 02/2016, atinente à semana epidemiológica nº 51 de 2015, que se estende até 26 de dezembro, emitido pela Secretaria da Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, (BRASIL 2016, p.01) o Brasil, no ano de 2015, bateu o recorde de infectados pela doença da dengue, alcançando 1.621.797 casos atingindo quase o triplo de 2014 em que foram infectados 587.815 pessoas. A Região Sudeste foi a responsável por 62,2 % dos casos (1.008.582) seguida das Regiões Nordeste (306.215-18,9%), Centro-Oeste (217.486-13,4%), Sul (55.555-3,4%) e Norte (33.909-2,1%). É imperioso o registro de que o mesmo boletim anota que, em 2015, foram registrados 1.547 casos de dengue grave, enquanto que, em 2014 foram registrados apenas 762 casos de dengue grave. Também foram confirmados no citado ano, 854 óbitos, quase o dobro de 2014, em que foram registrados 471 óbitos. A gravíssima epidemia vivenciada no ano de 2016 traz uma prognose negativa, no sentido de que o número de infectados será muito maior do que no ano anterior. O boletim epidemiológico nº 11/2016, (BRASIL, 2016, p. 01).referente à semana epidemiológica nº 07, que se estende até 20 de fevereiro, revela que nos primeiros cinquenta dias desse ano, o Brasil já contava com 300.980 casos.

A febre chikungunya é uma doença infecciosa transmitida pelo vírus Chikungunya (CHIKV) da família Togaviridae, do gênero Alphavirus. Tal qual a dengue trata-se de um arbovirus cujo vetor recai sobre os mosquitos Aedes aegypti e Aedes albopictus. No entanto, no Brasil a transmissão só do mosquito Aedes aegypti.

Maria Rita Donalisio e André Ricardo Ribas Freitas (2015, 283) afirmam que a primeira transmissão autoctone da referida doença nas Américas, ocorreu no Caribe, em 2013, vindo depois casos no Oiapoque e todo o Brasil. Explicam que o nome Chikingunya, na língua Makonde, significa “aquele que se curva”, em “razão da posição antálgica que os pacientes adquiriam durante o período de doença”.

Não é comum na febre chikingunya o aparecimento de choques ou hemorragias como na dengue; no entanto, nos grupos vulneráveis como idosos e crianças de tenra idade podem ocorrer manifestações neurológicas, cutâneas bolhosas e miocardites que, em tese, poderão causar complicações no quadro clínico (DONALISIO; FREITAS,2015, p.284).

Quanto ao Zica vírus trata-se de uma infecção causa pelo vírus ZICV. O primeiro registro de contaminação em humanos pelo referido vírus, ocorreu na Nigéria, em 1954. A Oceania foi contaminada, no ano de 2007 e a França, em 2013. O Brasil somente notificou o aparecimento do citado vírus em 2015, não podendo ser descartada sua circulação anterior.

Leciona-se (VASCONCELOS, 2015, p.02) que o vírus Zica é um flavivirus, da família Flaviviridae, que foi isolado de uma fêmea de macaco Fhesus febril da floresta Zica, localizada próximo de Entebbe, Uganda, na data de 20 de abril de 1947. Apesar da aparente benegnidade da doença, foram registrados casos de comprometimento do sistema nervoso central (síndrome de Guillain-Barré, mielite transversa e meningite).

Há notícia de que várias mulheres grávidas, da Região Nordeste, que contraíram o Zica vírus tiveram filhos com microcefalia. O Ministério da Saúde reconheceu, em 2015, a relação entre o vírus citado e a microcefalia constada nos infantes e lançou, em face da referida constatação, o Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zica. O documento (BRASIL, 2015, p.14) diz que é impossível reconhecer o número exato de infectados pelo vírus citado já que em 80% deles a doença não irá se manifestar. Aliado a tal dificuldade, muitas pessoas doentes não procuram os serviços de saúde para a devida notificação e acompanhamento. Registra o mencionado protocolo que embora o período embrionário seja, de fato, o de maior risco, em face de múltiplas complicações que podem decorrer do processo infeccioso, "[...] sabe-se que o sistema nervoso central permanece suscetível a complicações durante toda a gestação". (p.16).

Os estudos revelam a extrema gravidade vivenciada pelas mães infectadas e pode estar nascendo no Brasil, pela grave omissão das autoridades sanitárias, uma legião de pessoas com deficiência física e/ou mental, cujo sofrimento vivenciado por tais vítimas e seus pais poderia ter sido evitado pela efetivação da política pública prevencionista.

3 Deficiência dos protocolos brasileiros no combate à dengue

Sem desconsiderar a gravidade das doenças da febre Chikungunya e do vírus Zica, a doença da dengue há vários anos vem vitimando milhares de pessoas no Brasil, sem que os gestores brasileiros obtivessem êxito no controle do seu vetor.

Aliás, a Organização Pan-americana de Saúde ensina no documento Prevenção e Controle da Dengue (2001, p.03) que a referida doença "[...] hoje em dia é a enfermidade viral

mais importante entre as enfermidades transmitidas por artrópodos, e uma das moléstias transmissíveis mais relevantes".

Registra a Organização Mundial da Saúde, na obra Estratégia Global para a Prevenção e Controle da Dengue (2012, p.03) que a doença da dengue na última década tornou-se um peso excessivo para os serviços de saúde. Numa comparação de 50 anos, ensina a referida organização que a incidência mundial da dengue aumentou trinta vezes. Trata-se de uma doença tropical e subtropical negligenciada com custos humanos e econômicos surpreendentes. Diante de tal situação crítica, embasada em experiências exitosas, a OMS lançou então a referida estratégia para o período de 2012-2020 para que os Estados membros passem a ter uma resposta reativa e de controle da referida doença, inclusive, com sua prevenção, através de vacina. Verifica-se que diante de uma doença complexa há que se estabelecer uma estratégia multisetorial que transcende os serviços de saúde.

Antes, a Organização Pan-americana da Saúde já havia advertido no documento Prevenção e Controle da Dengue (2001, p.01) da ineficiência da verticalidade dos programas de controle da dengue, em sua maioria, embasados no uso de inseticidas. Constatou a mencionada organização que as ações desenvolvidas pelos países afetados pela dengue se concentravam em nas situações de emergência desconsiderando-se, assim, as ações feitas à longo prazo que são mais eficazes. Apesar da advertência da OPA, em 2001, quanto à incidência da epidemia da dengue e do aparecimento de forma mais grave da doença, bem como para as estratégias inadequadas de combate à referida doença, especialmente, quanto ao controle do seu vetor, o mosquito Aedes Aegypti, os gestores brasileiros insistiram por muitos anos por intensificar o combate ao Aedes aegypti apenas até o início do período do inverno, um equivoco comprovado pelos relatórios.

O despreparo do Brasil era tão manifesto que, em 2009, o Ministério da Saúde editou as Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias da Dengue (BRASIL, 2009, p.07), onde se enalteceu a redução de número de casos de infectados naquele ano e, inclusive, o número de mortos.

As mudanças ocorreram em 2015, quando os cientistas brasileiros passaram a vincular inúmeros casos de microcefalia no nordeste decorrentes do contágio dos fetos com o vírus Zica, contraído pelas mulheres grávidas.

Antes, a Coordenadoria de Controle de Doenças, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, editou o Plano de Ações para o Controle da Dengue no Estado

de São Paulo – 2013-2014 reconhecendo que a infestação pelo vetor no território paulista, em 2013, alcançando 602 municípios, colocou em risco de transmissão quase toda a população do estado (SÃO PAULO, 2013, p.03), o que evidencia o total fracasso do controle da dengue, naquele território, com os protocolos até então existentes. Aliás, a dengue explodiu no Estado de São Paulo, em 2015 e 2016.

Não se trata evidentemente de ausência de conhecimentos técnicos. O mesmo órgão estadual editou em 2014, o documento intitulado Dengue: Cartilha do Gestor Municipal (SÃO PAULO, 2014) em que reconhece que o controle da dengue requer uma atuação integrada das três esferas de governo, por meios das "ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle do mosquito (vetor), assistência médica e comunicação social, com a participação ativa de instituições públicas, privadas e de toda a população".

O documento traz relevantes informações técnicas, para o combate do vetor, reconhecendo que o controle do mosquito transmissor constitui a medida mais eficiente para a prevenção da doença. Pelo documento há necessidade de que as equipes técnicas sejam devidamente qualificadas e que tenham estrutura física, equipamentos e veículos para o trabalho. Adverte para a necessidade das ações integradas entre as áreas: epidemiológica, sanitária, laboratório, controle do vetor, assistência e comunicação social. As equipes não devem apenas produzir informações, mas devem analisá-las e atuarem na solução dos problemas. Destaca a necessidade de que as atividades de vigilância e controle do vetor sejam intensificadas de forma permanente no território, como visitas casa a casa, pesquisa e tratamento de pontos estratégicos, imóveis especiais, avaliação de densidade larvária, "além das ações de informação, educação e comunicação para o envolvimento da população na vigilância e controle da dengue".

Em situação de transmissão consolidada, recomenda o documento supra que as equipes devem desencadear atividades de controle do vetor visando interromper a transmissão. Também devem identificar no mapa da cidade os locais prováveis de infecção e marcar onde serão realizadas as ações de controle vetorial. Devem ser realizadas não só ações para o bloqueio da transmissão, mas também atentar para a necessidade de aferir os resultados das ações que estão sendo desenvolvidas em pontos estratégicos, como borracharias, imóveis especiais, como hospitais, e imóveis fechados e com recalcitrância às vistorias. Devem as equipes de campo ser supervisionadas para o êxito dos trabalhos ali desenvolvidos, além da necessidade de integrar os setores estatais de obras, educação e meio ambiente e "intensificar ações de educação, comunicação e mobilização social para a população" (p.10).

O referido documento realça a advertência de que as ações de prevenção de dengue, devem contar com a participação do poder público, da sociedade civil e da população em geral, para que se possa ter êxito nas referidas ações. Sugere que devem ser organizados nos municípios os denominados Comitês de Mobilização Social (p.13).

É imperioso observar que, em face das epidemias da dengue, da febre chikungunya e do vírus Zica que vitimaram grande parte da população brasileira, nos anos de 2015 e 2016, o governo brasileiro instituiu a Sala Nacional de Coordenação e Controle para o Enfrentamento à Microcefalia, através do Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015. No documento (BRASIL, 2016, p.01), o referido sistema foi instituído "para a intensificação das ações de mobilização e combate ao vetor (Aedes aegypti) transmissor das doenças dengue, chikungunya e zica em cumprimento ao Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia".

A referida sala nacional é coordenada pelo Ministério da Saúde e conta, ainda, com o apoio dos Ministérios da Integração Nacional, Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Defesa, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social, e Secretaria de Governo da Presidência da República.

O objetivo traçado pelo sistema de coordenação e controle consiste na intensificação da campanha de combate ao Aedes aegypti, no período de dezembro de 2015 a junho de 2016; que todos os domicílios, bem como instalações públicas e privadas sejam inspecionadas até 31 de janeiro de 2016, por meio de força-tarefa, com a participação de agentes de combate a endemias, agentes comunitários de saúde, forçadas armadas, defesa civil, bombeiros, policiais militares; que a referida força tarefa realize inspeções mensais até fevereiro e bimestrais , no período de março a junho de 2016.

O sistema coloca a Defesa Civil Municipal como órgão participante, ao lado da Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social.

No entanto, a ampla maioria dos municípios brasileiros não estão estruturados com a mencionada defesa civil, salvo naqueles territórios que são fustigados frequentemente com as tragédias naturais. O que se verifica é que tal função é exercida por algum agente público, sem nenhum preparo técnico e desprovido de estrutura mínima.

No Município de Presidente Prudente, Estado de São Paulo, por exemplo, fustigado em 2016, por uma grande epidemia de dengue, com quase 5.000 infectados e aproximadamente vinte óbitos, inexiste defesa civil devidamente estruturada. Tal múnus recai sobre o chefe de gabinete que não tem a mínima estrutura para montar, de fato, uma defesa

civil no Município. Assim, a defesa civil que poderia ser um aglutinador no referido Município de grandes e contínuas ações voltadas ao controle do vetor, com envolvimento de entes públicos e privados. Esta mesma realidade é vivenciada por outros territórios.

Registre-se que a própria Presidência da República desencadeou no país um dia de mobilização nacional contra as referidas doenças, com a participação de todas as autoridades da República. No entanto, tal ação simbólica se perdeu no tempo, em face da necessidade de que o combate ao vetor seja efetivo e duradouro.

A Organização Pan-americana, através do documento Prevenção e Controle da Dengue nas Américas (2015) relembrou o equívoco da maioria dos programas nacionais de controle da dengue serem verticais e da necessidade de os Estados membros atentarem não só para a necessidade de recursos financeiros e humanos, mas também do desenvolvimento de esforços para que se possa atrair a integração de outros setores governamentais, meio acadêmico, setor privado, comunidade e família "a fim de dar uma resposta integrada aos determinantes socioambientais implicados na transmissão da dengue, pois ela não é um problema exclusivo da saúde". (p.03).

Na realidade há sistemáticas ações simbólicas com veiculação midiática, como os mutirões de recolhimento de lixos, com a participação, inclusive, de autoridades públicas que não obtém êxito já que se destinam tão somente à atividades de marketing governamental e não de efetivo combate ao vetor. Aliás, tais ações somente são intensificadas nos períodos epidêmicos e por se tratar de ações descontínuas, não resolvem.

A omissão do necessário investimento para salvaguardar a saúde dos cidadãos, em reverência ao disposto no artigo 196 da Constituição chega a ser paradoxal, pois não há prevenção e só gastos com a epidemia de dengue.

O próprio Ministério da Saúde reconhece no documento Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias da Dengue (BRASIL, 2009, p.14) que os custos das epidemias ocorridas em oitos países do continente americano e asiático, incluindo o Brasil, atingiu a cifra de U$ 1,8 bilhões, levando-se em consideração, tão somente, as despesas ambulatoriais e hospitalares.

As ações dos gestores brasileiros, abrangendo os três entes federativos, só se efetivam nas fases epidêmicas quando a transmissão da dengue já alcançou grande parte da população.

3 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL

A Constituição de 1988 esculpiu o direito fundamental à saúde, como um direito fundamental social, conforme se verifica no artigo 6º. Lecionam Reynaldo Mapelli Júnior, Mário Coimbra e Yolanda Alves Pinto Serrano de Matos (2012, p.62):

> [...] que a saúde, como um direito fundamental do ser humano...reveste-se da natureza de direito indisponível, derivado da própria força impositiva dos preceitos de ordem pública que gravitam sobre a matéria, trazendo, como consequência, ao Estado, o dever de mantê-la, através da efetivação das políticas públicas voltadas à saúde de todos os cidadãos indistintamente.

Antes mesmo da Constituição, as normas internacionais trouxeram direitos, como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais no artigo 12, diz: "Os Estados-partes reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental".

O Protocolo de São Salvador Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos, em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, também passou a tutelar o mencionado direito, estabelecendo, no artigo 10, que: "Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o desfrute do mais alto nível de bem estar físico, mental e social ".

Janaína Machado Sturza e Sabrina Cassol (2008, p.359) anotam que a saúde na contemporaneidade se revestiu de um fundamental direito humano, constituindo, ainda, um relevante investimento social.

A Constituição no artigo 196 por albergar os princípios norteadores: "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 igualitários às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

O artigo 197 afirma: "São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado".

O Sistema Único de Saúde foi erigido em dogma constitucional normatizado, com as diretrizes da descentralização, assistência integral e participação da comunidade. Para que o

País, por meio de todas as esferas da federação, possa cumprir tal dever de assistência com eficácia, foi estabelecido o referido sistema com direção única, por intermédio de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

Para Nadia Rejane Chagas Marques (2012, p.44): "O direito à saúde, além de qualificar-se como condição fundamental que assiste a todas as pessoas, representa consequência constitucional indissociável do direito à vida".

Registre-se que os direitos fundamentais são dotados de característica diferenciadora que é a finalidade de concreção do princípio da dignidade da pessoa humana. Assim, a inserção do referido princípio como fundamento do Estado brasileiro, objetivou, como leciona Duelli Dallari e Vidal Serrano Nunes Júnior (2010, p.37) "[...] dentre outras coisas, atribuir uma unidade valorativa ao sistema de direitos fundamentais".

O princípio da equidade ou solidariedade constitui a pilastra de todos os direitos sociais já que propicia que todos os cidadãos possam ter acesso aos seus direitos fundamentais, dentre eles, a saúde.

Nesse sentido, ensina Fernando Aith (2007, p.220) que: [...] para propiciar a todos e a cada um as condições materiais necessárias para o pleno desenvolvimento das suas potencialidades físicas, mentais e espirituais, a sociedade deve organizar um sistema público de solidariedade".

Além do princípio da universalidade que propicia que todos os cidadãos tenham acesso às ações e serviços de saúde, merece ser sobrelevado pela sua importância ao presente trabalho, o princípio da integralidade que impõe ao gestor do SUS o dever de propiciar toda assistência necessária ao cidadão para que ele recupere a sua saúde, mas também impõe o mencionado princípio que sejam desenvolvidas políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, pelo que se depreende da disposição normativa contida no artigo 196 da Constituição da República.

Aliás, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) realça nos seus artigos 2º e 6º, § 2º a relevância das ações preventivas visando à redução do risco de doença e de outros agravos. Assim, mais do que investir em suportes clínicos para a recepção de pacientes infectados com dengue, febre chikungunya e Zica devem os gestores se preocupar com investimentos efetivos para o controle do vetor para que não haja transmissão das doenças.

Vale lembrar o princípio do resgate citado por Ronald Dworkin (2012, p.434-435):

> Há milênios, os médicos fazem, no mínimo, apologias a uma justiça ideal na medicina, que chamarei do princípio do resgate. Ele tem duas partes vinculadas. A primeira afirma que a vida e a saúde são, como definiu René Descartes, os bens mais importantes: todo o resto tem menor importância e deve ser sacrificado em favor desses bens. A segunda afirma com veemência que se deve distribuir assistência médica com equidade que mesmo em uma sociedade na qual as riquezas sejam muito desiguais e se deboche da igualdade, não se deve negar a ninguém a assistência médica de que precisa só por ser pobre demais para custeá-la. São ideais compreensíveis, e mesmo nobres.

Simone Letícia Severo e Sousa (2015, p.33) explicitando que o princípio do resgate, a saúde e a manutenção da vida humana são os bens mais importantes da comunidade, razão pela qual todos os recursos financeiros possíveis devem ser aplicados para salvar uma vida, por menores que seja as chances de sobrevivência e por maiores que sejam os custos envolvidos. Verifica-se, assim, pela conduta omissiva dos gestores da saúde, que os princípios constitucionais violados prejudicam as pessoas no bem mais importante, a saúde.

5 PROIBIÇÃO DE PROTEÇÃO DEFICIENTE/IUSUFICIENTE E RESPONSABILIDADE CIVIL ESTATAL

Os direitos fundamentais se revestem de substancial significado, ao serem emoldurados na Constituição, como direitos de proteção ou de defesa contra eventual lesão por parte do Poder Público. A vinculação do Poder Executivo à efetividade dos direitos fundamentais, onde se destacam os imperativos de tutela, alcança todos os órgãos integrantes da Administração direta e, no caso da saúde, todos os gestores dos entes federativos.

Merece destaque nessa vinculação, a União, já que a ampla maioria das políticas públicas do país são por ela instituídas. Não são menos importantes os Estados e os Municípios também corresponsáveis pela concreção das políticas públicas em seus territórios. A efetividade dos direitos fundamentais se concretiza, mediante a execução de políticas públicas, sendo oportuno observar que se denomina eficácia vertical, em suas dimensões objetiva e subjetiva, quando focadas as relações entre o Poder Público e os cidadãos.

Uma das características do direito fundamental é a sua maximização ou efetividade. No entanto, apesar da positivação dos direitos fundamentais ser uma realidade cristalina na contemporaneidade, a sua efetivação nem sempre se harmoniza com os catálogos constitucionais, exigindo-se, assim, dos cultores do direito o máximo de empenho.

Desse modo, anota Walter Claudius Rothemburg (2014, p.35) que a maximização " [...] inclui o princípio da proibição da proteção insuficiente dos direitos fundamentais, que é a versão positiva da proporcionalidade, quer dizer, é inadmissível deixar de implementar adequadamente os direitos fundamentais". Ensina o mesmo autor (p.36) que outro princípio intrinsicamente vinculado à maximização é o da proibição do retrocesso, já que a maximização exige que se não permita que o Estado-legislador ou mesmo o Estado-administrador recue na positivação dos direitos fundamentais, de forma que o mencionado princípio impõe que se mantenha o nível de concretização dos direitos já alcançados obstando-se, assim, a sua supressão ou enfraquecimento.

É desafiador, no entanto, aquilatar qual a responsabilidade civil dos entes federativos quanto às omissões citadas e ações desencadeadas equivocadamente, as quais inegavelmente fomentaram as epidemias relatadas.

Não se pode excluir, evidentemente, a participação dolosa e culposa de parte da população que se mantém recalcitrante na adesão às campanhas de educação sanitária, não só quanto ao manejo de resíduos sólidos, mas também na extirpação de criadouros larvários.

No entanto, mesmo em tais casos, os entes federativos são também corresponsáveis, com destaque aos Municípios, que deixam de exercer o poder de polícia inerente às ações sanitárias e epidemiológicas quanto aos recalcitrantes e às hipóteses de imóveis fechados ou abandonados. Os bons cidadãos não podem ser sacrificados pelas condutas ilícitas dos maus.

Os problemas poderiam ser evitados com ações preventivas, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde. Como há manifesto erro por parte dos entes estatais na condução do processo de controle do vetor deve ser imposta a responsabilidade civil dos entes federativos.

Fábio Ulhoa Coelho (2014, p.266) define responsabilidade civil como " [...] a obrigação em que o sujeito ativo pode exigir o pagamento de indenização do passivo, por ter sofrido prejuízo imputado a este último". Esse prejuízo imputado ao sujeito decorre de um ato ilícito, ou mesmo, de um fato jurídico.

Classicamente a responsabilidade civil se divide em subjetiva e objetiva. A primeira é caracterizada pelo ato ilícito doloso ou culposo, transmudando-se na própria causa de pedir. A segunda se reveste de uma caraterística peculiar. Apesar de o agente não ter praticado ato ilícito, a sua responsabilidade decorre da prática de fato jurídico previsto na lei material que aponta a sua responsabilidade no caso concreto.

Explica a doutrina (COELHO, 2014, p.276) que o fundamento da responsabilidade objetiva que se consubstancia pela imputação da indenização a quem agiu licitamente, reside na socialização de custos, "como é o caso do Estado, do empresário ou do INSS". Sua função reside na recomposição do patrimônio da vítima. Se o credor sofreu danos de natureza patrimonial ou extrapatrimonial, caberá ao devedor ser compelido a assegurar tal recomposição.

Importa acrescentar-se que, diversamente da responsabilidade subjetiva, a objetiva não se reveste do caráter sancionatório. Como já explicitado, embora não tenha praticado ato ilícito, ele responde pelos danos, pela capacidade de socializar os custos.

Na realidade, a responsabilidade objetiva é explicitada pela teoria do risco. Para a aludida teoria, todos aqueles detentores de alguma atividade cria, de certa forma, algum risco de causar dano a terceiros e, dessa forma, deve reparar eventual dano perpetrado, ainda que desprovida a conduta de culpa.

Explica Carlos Roberto Gonçalves (2014, p. 59) que no caso "a responsabilidade civil desloca-se da noção de culpa para a ideia de risco, ora encarada como 'risco-proveito', que se funda no princípio segundo o qual é reparável o dano causado a outrem em consequência de uma atividade realizada em benefício do responsável".

O legislador civil, pelo que se depreende do disposto no artigo 186 do Código Civil, optou pela responsabilidade subjetiva, como regra, adotando, subsidiariamente, a responsabilidade objetiva, tanto em leis especiais, como nas Leis nºs 6.453/77, 6.938/81 e 8.78/90 (Código de Consumidor), como, nos textos legais contidos no próprio código, como por exemplo, nos artigos de 936 a 938.

A doutrina comemorou a inserção da responsabilidade sem culpa, de forma genérica, no artigo 927, parágrafo único, do Código Civil, já que o legislador assimilou a necessidade de aprimoramento da nossa legislação, porque todo aquele que exerce atividade que, em tese, representa risco a terceiros, não só deverá assegurar a não realização da lesão,

sob pena de ser compelido a indenizar a vítima, mas também terá a sua frente, o Estado-Juiz, devidamente autorizado a ampliar as hipóteses de indenização.

Quanto à responsabilidade civil do Estado, observa-se que a Constituição da República estabelece a responsabilidade objetiva, dispondo no seu artigo 37, § 6º: "As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa".

O preceito constitucional foi replicado no Código Civil, que preceitua no seu artigo 43: "As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado o direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo".

Portanto, independentemente, do dolo ou culpa do agente público, haverá o dever de indenizar do Estado, salvo na ausência de dano patrimonial ou extrapatrimonial.

Frise-se que a imputação da responsabilidade objetiva ao Estado atende ao interesse público. Se o Estado, em qualquer de sua atividade, acarreta dano ao cidadão, é de Justiça que a Fazenda Pública assegure a indenização ao prejudicado, com a possibilidade de ação de regresso contra o agente causador do dano, desde exista dolo ou culpa.

É interesse notar-se que a responsabilidade civil do Estado não pressupõe necessariamente que o agente causador do dano seja funcionário público na acepção estrita da palavra. Desde que o agente esteja a serviço da Administração Pública, é suficiente, para caracterizar a responsabilidade civil enfocada. Registre-se que a responsabilidade civil estatal na hipótese aqui aventada decorre da omissão dos entes públicos, conforme já explicitado.

Maria Sylvia Zanella Di Pietro (2010, p.655) diz que no caso de omissão estatal a responsabilidade é subjetiva, anota que a maioria da doutrina consolidou o entendimento de que mesmo na omissão estatal, a responsabilidade é objetiva. Ensina que, no caso, os danos causados decorrem de fatos da natureza ou de terceiros, os quais poderiam ter sido evitados ou atenuados se o ente estatal tivesse agido. Conclui que: "para a responsabilidade decorrente de omissão, tem que haver o dever de agir por parte do Estado e a possibilidade de agir para evitar o dano".

Com base na legislação espanhola atinente à responsabilidade civil da Administração Pública, lecionam Eduardo García de Enterría e Tomás-Ramón Fernandez

(2001, p.1294) que a responsabilidade da Administração incide sobre toda lesão sofrida pelo particular, seja em consequência de um funcionamento normal ou anormal dos serviços públicos, devendo ser concebido como funcionamento anormal a atividade ilícita da Administração Pública. A lesão sofrida pode decorrer da ação ou omissão da Administração.

A tragédia nacional decorrente das epidemias citadas poderia ter sido evitada pelos entes federativos já que o controle do vetor evitaria a transmissão epidêmica de tais doenças. Assim, aflora para os infectados o direito à reparação de danos contra o ente estatal que se omitiu no território fomentando, com tal conduta, a disseminação da doença.

Mas além do dano material subsiste, também, o dano moral difuso pela irresponsabilidade explicitada, pois há o sofrimento das famílias atingidas pelas infecções.

Registre-se que o dano moral não encontrava positivação no ordenamento jurídico, mas, aos poucos, foi sendo construído pela doutrina e jurisprudência, culminando por ser emoldurado na Constituição Federal, conforme se vê no artigo 5º, inciso V.

A Lei nº 7.347/85 (Lei da Ação Civil Pública), com a redação dada pela Lei nº 8.884/94, passou a contemplar, expressamente, o dano moral, conforme expressa redação normativa contida no seu artigo 1º, ao lado do dano patrimonial.

O Superior Tribunal de Justiça, em acórdão proferido no REsp nº1397870/MG reconheceu a possibilidade de dano moral coletivo.

A coletividade brasileira pode ser atingida de forma difusa pela conduta irresponsável dos gestores merecendo tal omissão uma resposta contundente do Estado-Juiz para minorar tal sofrimento. Assim, todos os órgãos legitimados pela Lei de Ação Civil Pública poderão interpor as respectivas ações nos territórios atingidos por tais infecções.

O Superior Tribunal de Justiça, na ação civil pública atinente a caso análogo, REsp nº 703471-RN, entendeu que a responsabilidade estatal é subjetiva, de forma que deve ser provado o nexo causal entre a omissão e disseminação da epidemia.

É interessante observar que embora o Superior Tribunal de Justiça não tenha admitido a responsabilidade objetiva dos entes estatais, não afastou a tese da possibilidade jurídica do pedido, de forma que é perfeitamente possível, provando-se o nexo causal entre a omissão estatal e a disseminação da dengue, responsabilizar-se o ente que se omitiu no dever de propiciar saúde à população ou mesmo os entes federativos, em responsabilidade solidária.

6 CONCLUSÕES

A dengue é uma doença grave de grande impacto epidemiológico, causada por um arbovirus, sendo transmitida por circunstâncias denotativas de endemia ou epidemia que depende do vetor, que no Brasil recai sobre o mosquito Aedes aegypti.

Historicamente a dengue mantinha um comportamento sazonal no Brasil com incidência nos meses de outubro a maio. No entanto, nos últimos anos o número de infectados cresceu e a proliferação foi facilitada não só pela ausência de educação sanitária, mas também pela ausência do tratamento de resíduos sólidos e falta de políticas eficazes..

A febre chikungunya é uma doença infecciosa transmitida pelo vírus Chikungunya (CHIKV) da família Togaviridae, transmitido pelo Aedes aegypti no Brasil.

Quanto ao Zica vírus trata-se de uma infecção causa pelo vírus ZICV, geralmente transmitida pelo mosquito Aedes aegypti, seu principal vetor, mas também ser transmitida por outros meios, como transfusão sanguínea. O mosquito Aedes albopictus também se reveste de potencial para transmitir o referido vírus.

O Ministério da Saúde reconheceu a relação existente entre a infecção de mulheres grávidas causadas pelo vírus Zica e contágio de aproximadamente mais de 900 bebês nascidos com microcefalia.

Apesar da advertência da Organização Pan-americana de Saúde quanto à incidência da epidemia da dengue e do aparecimento de forma mais grave da doença, bem como para as estratégias inadequadas de combate à referida doença, especialmente, o Brasil falha no controle do seu vetor, o mosquito Aedes Aegypti. Os gestores brasileiros insistiram por muitos anos por intensificar o combate ao Aedes aegypti apenas no, o que se mostrou equivocado. O combate ao mosquito e o controle larvário era feito rotineiramente com um número reduzido de agentes. O olhar equivocado sobre a questão era motivado também pela redução drástica do número de infectados, após alguma epidemia.

Em face da epidemia da dengue, da febre chikungunya e do vírus Zica que vitimaram grande parte da população brasileira, nos anos de 2015 e 2016, o governo brasileiro instituiu a Sala Nacional de Coordenação e Controle para o Enfrentamento à Microcefalia, através do Decreto nº 8.612, de 21 de dezembro de 2015.

Na realidade, apesar da consciência dos entes federativos da necessidade da ação integrada de vários setores públicos, além do engajamento dos entes privados e da própria

população brasileira, no combate ao vetor com a extirpação dos possíveis criadouros larvários do mosquito Aedes aegypti, verifica-se que os investimentos públicos no setor epidemiológico, assim, como em todas as áreas da saúde pública são deficitários.

A Constituição e os tratados não descuidaram de tão importante direito fundamental dando vida e conteúdo à nossa saúde pública, está previsto, embora não efetivado.

A vinculação do Poder Executivo à efetividade dos direitos fundamentais, onde se destacam os imperativos de tutela, alcança todos os órgãos integrantes da Administração direta e, no caso da saúde, todos os gestores dos entes federativos.

Não se pode olvidar, evidentemente, que todo esse sofrimento que passa grande parte da população brasileira, não só os infectados, mas aqueles que vivenciam uma insegurança subjetiva já que, a todo o momento, podem também contrair quaisquer das enfermidades enunciadas, poderia ser evitado, com uma ação preventiva exitosa, conforme preconiza a

Como há manifesto erro por parte dos entes estatais na condução do processo de controle do vetor deve ser imposta a responsabilidade civil dos entes federativos que se omitiram no dever de agir preventivamente para obstar as referidas epidemias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS

AITH, Fernando. **Curso de Direito Sanitário.** São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias de dengue.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: Ministério da Saúde, v.47, n.02, 2016. Disponível em; http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue. Acesso em: 26/03/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico.** Brasília: Ministério da Saúde, v.47, n.11, 2016. Disponível em;

http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-dengue. Acesso em: 26/03/2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilãncia das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Secretaria de Governo da Presidência da República. **Sala Nacional de Coordenação e Controle para o Enfrentamento à Microcefalia.** Brasília: 2015. Disponível em: http://combateaedes.saude.gov.br/images/Diretriz_Geral_SNCC_2015.pdf. Acesso em: 25/03/2016.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 1397870/MG**, Rel. Min. Mauro Campell Marques, 2ª Turma, j.02/12/2014. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=201301436789&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea. Acesso em: 29/03/2016.

_____. Superior Tribunal de Justiça. **REsp 703471-RN**, Rel. Min. João Otávio de Noronha, 2ª Turma, j.25/10/2005. Disponível em: https://ww2.stj.jus.br/processo/pesquisa/?tipoPesquisa=tipoPesquisaNumeroRegistro&termo=200401626243&totalRegistrosPorPagina=40&aplicacao=processos.ea. Acesso em: 29/03/2016.

COELHO, Fábio Ulhoa. **Curso de Direito Civil: obrigações, responsabilidade civil**. 6.ed .São Paulo: Saraiva, 2014.

COLLUCCI, Cláudia. Dengue e chikungunya são ameaças e bebês. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 de março de 2016, Caderno Cotidiano B1, p.B4.

DALLARI, Sueli; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito Sanitário.** São Paulo: Verbatim, 2010.

DONALISIO, Maria Rita; FREITAS, André Ricardo Ribas. Chikungunya no Brasil: um desafio emergente. **Revista Brasileira de Epideomologia 18/283-285.** São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva **,** jan.-mar/2015.

DWORKIN, Ronald. **A virtude soberana.** Trad. Jussara Simões. São Paulo: martins Fontes, 2012.

ENTERRIÁ, Eduardo García de; RAMÓN FERNÁNDEZ, Tomás. **Curso de Derecho Administrativo.**Lima/Bogotá: Palestra-Temis, 2011.

GONÇALVES, Carlos Roberto. **Responsabilidade civil**. 15.ed . São Paulo: Saraiva, 2014

MARQUES, Nadia Rejane Chagas. **O direito à saúde no Brasil: entre a norma e o fato**. Porto Alegre: Nuria Fabris Editora, 2012.

MAPELLI JÚNIOR, Reynaldo; COIMBRA, Mário; MATOS, Yolanda Alves Pinto. **Direito Sanitário.** São Paulo: MPSP/Imprensa Oficial, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Prevenção e controle da dengue.** Washington D.C.: OPA, 2001**.** Disponível em> http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43_12-p.pdf. Acesso em: 25/03/2016.

_____. **Prevenção e controle da dengue nas Américas**. Washington D.C.: OPA, 2015. Disponível em: > http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43_12-p.pdf. Acesso em: 25/03/2016.

ROTHEMBURG, Walter Claudius. **Direitos fundamentais.** São Paulo: Gen/Editora Método, 2014.

SERRANO, Mônica de Almeida Magalhães. **O sistema único de saúde e suas diretrizes constitucionais.** São Paulo: Verbatim, 2009.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de controle de doenças. Coordenadoria de regiões de saúde. Superintendência de controle de endemias. Plano de ações para o controle da dengue no Estado de São Paulo, 2013-2014. São Paulo: SES. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/pdf/dengue13_Plano2013-2014.pdf. Acesso em: 28/03/2016.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de controle de doenças. Coordenadoria de regiões de saúde. Coordenadorias de serviços de saúde. Coordenadoria de gestão de contratos de serviços de saúde. Superintendência de controle de endemias. São Paulo: SES. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/materiais-de-comunicacao/dengue-2015/cartilha_de_dengue_final.pdf. Acesso em: 25/03/2016.

SOUSA, Simone Letícia Severo. **Direito à saúde e políticas públicas**. Belo Horizonte: Del Rey, 2015.

STURZA, Janaína Machado; CASSOL, Sabrina. Do direito à saúde no Brasil ao diritto alla salute na Itália: breves apontamentos sociojurídicos. In:GORCZEVSKI, Clóvis; REIS, Jorge Renato dos (Orgs.). **Direitos fundamentais sociais como paradigmas de uma sociedade fraterna**. Santa Cruz do Sul-RS:IPR, 2008.

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Doença pelo vírus Zica: um novo problema emergente nas Américas? **Revista Pan-Amazônica de Saúde**. Ananindeua-Pa: Instituto Evandro Chagas , v.06, n.02,jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020.** World Health Organization: France, 2012.