



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

PAULO CÉSAR VIEIRA TAVARES

**ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE
LONDRINA NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA:
ANÁLISE DAS DEMANDAS E ATIVIDADES**

Londrina
2010

PAULO CÉSAR VIEIRA TAVARES

**ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE
LONDRINA NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA:
ANÁLISE DAS DEMANDAS E ATIVIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Márcio José de Almeida

Londrina
2010

Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T231a Tavares, Paulo César Vieira.
Atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da Saúde Pública: análise das demandas e atividades / Paulo César Vieira Tavares. – Londrina, 2010.
102f. : il.

Orientador: Márcio José de Almeida.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.
Inclui bibliografia.

1.Direito à saúde– Teses. 2. Ministério Público – Teses. 3. Assistência integral à saúde – Teses. 4. Sistema Único de Saúde – Teses. I. Almeida, Márcio José de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614.2:34

PAULO CÉSAR VIEIRA TAVARES

**ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE LONDRINA NA
ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA:
ANÁLISE DAS DEMANDAS E ATIVIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcio José de Almeida
UEL – Londrina – PR

Profª Drª Regina Kazue Tanno de Souza
UEL – Londrina – PR

Prof. Dr. Zulmar Antonio Fachin
UEL – Londrina – PR

Londrina, 22 de julho de 2010.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José (no coração) e Zilda, minha eterna gratidão. Às mulheres da minha vida, Cláudia, Bianca, Bruna e Beatriz, por darem sentido a tudo.

Aos meus irmãos Luis César e José Augusto, pelo carinho e amizade.

Aos meus avós maternos Sebastião e Assunta (ambos no coração), pelos ensinamentos e pela rica simplicidade.

Aos meus padrinhos Maria de Lourdes e Wilson, e aos meus tios, pelos exemplos que até hoje tento seguir.

A família é o nosso maior tesouro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela proteção constante.

A meu orientador professor Dr. Márcio José de Almeida, pelos preciosos ensinamentos e incentivos.

À professora Dra. Regina Kazue Tanno de Souza, pelas inestimáveis contribuições a esse trabalho e pelas frequentes palavras de estímulo.

Ao professor Dr. Luiz Cordoni Júnior, pelas importantes contribuições a esse trabalho.

Aos professores do mestrado, exemplos de dedicação e comprometimento.

Aos meus queridos amigos de mestrado, pela enriquecedora e inesquecível convivência.

Aos funcionários do NESCO, sempre muito atenciosos.

À bibliotecária Márcia Marques da Silva Carvalho, pelas valiosas contribuições à formatação do trabalho.

Ao Ministério Público do Paraná, instituição que vem me ensinando que vale a pena lutar por uma sociedade mais justa.

Aos Promotores de Justiça de Londrina, cuja convivência fortalece minha vontade de construir outra realidade social em nossa cidade.

À professora Dra. Célia Regina Vitalino, pelas importantes sugestões apresentadas a esse trabalho.

Às minhas estagiárias Nayara Candotti Santana e Nicole Santos Sahão, pelos valiosos auxílios prestados ao longo do curso e durante a elaboração dessa dissertação.

“Não basta que seja pura e justa a nossa causa. É necessário que a pureza e a justiça existam dentro de nós. Lutar, para nós, é ver aquilo que o povo quer realizado. É ter a terra onde nascemos. É sermos livres para trabalhar. É ter para nós o que criamos. Lutar, para nós, é um destino. É uma ponte entre a descrença e a certeza do mundo novo”.

Agostinho Neto

TAVARES, Paulo César Vieira. **Atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da saúde pública: análise das demandas e atividades.** 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

RESUMO

O tema do presente trabalho versa sobre a atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da saúde pública, mais precisamente acerca das atividades desenvolvidas pela 24ª. Promotoria de Justiça da Comarca de Londrina, no Estado do Paraná, durante o período de 1º de fevereiro de 2008 a 31 de julho de 2008. Almejou-se elucidar quais são as principais atribuições e características do Ministério Público, qual é a demanda que chega ao Ministério Público e como essa instituição desempenha as suas funções nessa área. Trata-se de uma pesquisa documental exploratória, que restringiu-se às demandas, vinculadas ao Sistema Único de Saúde, que provocaram a instauração de procedimentos administrativos no âmbito da instituição. Nessa análise foram consideradas as demandas segundo sua origem, tipo, desfechos e encaminhamentos realizados. Verificou-se, nesse estudo, que as demandas que chegaram ao Ministério Público têm natureza predominantemente individual e não coletiva, e que dizem respeito a deficiências nas ações de saúde, particularmente no campo de atuação da vigilância sanitária; a dificuldades de acesso à atenção especializada e à obtenção de medicamentos de alto custo e até mesmo daqueles inseridos na relação de medicamentos essenciais, relativos à atenção básica; e a relações interpessoais conflituosas entre o profissional médico e os pacientes/familiares. No que se refere ao desfecho dos procedimentos administrativos instaurados – objeto desse estudo -, oitenta e um por cento (81%) foram arquivados com resolução dos problemas ou com o recebimento de esclarecimentos satisfatórios. Depreendendo-se, assim, que a maioria dos casos acaba sendo resolvida ou esclarecida no âmbito do Ministério Público, sendo, nesse caso, desnecessária a intervenção do Poder Judiciário para a resolução do problema de saúde.

Palavras-chave: Direito à Saúde. Ministério Público. Assistência Integral à Saúde. Sistema Único de Saúde.

TAVARES, Paulo César Vieira. **The Role of Public Prosecutor of Londrina in the area of public health**: an analysis of demands and activities. 2010. 102 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

ABSTRACT

This research aimed to describe about the institution of prosecution, in the public health more precisely by the 24th Public Prosecutor of Londrina its progress from February 1st 2008 to July 31st 2008. Longed to elucidate what are the main tasks and defining features of the Public Prosecutor, which is the demand coming to the Public demand coming to the Public Prosecutor and how the institution performs its functions in that area. This is an exploratory documentary research, whose analysis was based on the demands of health care that led to the establishment of administrative procedures within the institution. This such analysis took into account the characteristics of demands according to their origin, type, nature, outcomes and referrals. It was found in this study that the demand that have arrived to the prosecutors, predominantly individual and not collective, and that relate to deficiencies in health care, particularly in the field of health surveillance, the difficulties of access to specialized care and obtaining high-cost medications and even those who are inserted in the list of essential drugs, related to basic care, and interpersonal conflict among medical professionals and patients / relatives. Regarding the outcome of administrative proceedings, eighty-one percent (81%) were filed with the problems or with the receipt of satisfactory explanations. The majority of cases end up being resolved or settled within the public prosecutor with unnecessary intervention by the judiciary to resolve the health problem.

Keywords: Right to health. Public Prosecutor. Comprehensive Health Care. Health System.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Características das demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, relacionadas à saúde pública, segundo a origem – Londrina-PR, fevereiro – julho de 2008.62
- Tabela 2** – Características das demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, relacionadas à saúde pública, segundo a origem e tipo – Londrina-PR, fevereiro – julho de 2008.63
- Tabela 3** – Distribuição das demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, relacionadas à saúde pública, após 18 meses, segundo desfecho – Londrina – PR.68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Reivindicação/fiscalização de Ações, relacionadas às demandas que chegaram à 24ª. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto	64
Quadro 2 – Reivindicação de serviços, relacionados às demandas que chegaram à 24ª. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto	65
Quadro 3 – Medicamentos, relacionados às demandas que chegaram à 24ª. Promotoria de Justiça, segundo seu custo	66
Quadro 4 – Denúncias de Erro Médico, relacionadas às demandas que chegaram à 24ª. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto	66
Quadro 5 – Queixas (qualidade da assistência prestada), relacionadas às demandas que chegaram à 24ª. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto	67
Quadro 6 – Desfecho por Tipo de Demanda relacionada à 24ª. Promotoria de Justiça	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	METODOLOGIA	16
4	BREVE HISTÓRICO DO MINISTÉRIO PÚBLICO	19
4.1	ORIGEM DO MINISTÉRIO PÚBLICO	19
4.2	O MINISTÉRIO PÚBLICO NO BRASIL	19
4.3	ANTECEDENTES DO NOVO REGIME CONSTITUCIONAL	21
5	BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS	23
5.1	ANTECEDENTES DO ATUAL MODELO DE PROTEÇÃO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO	23
5.2	A CARTA MAGNA DE 1988	25
5.3	O MINISTÉRIO PÚBLICO NA ATUAL CONSTITUIÇÃO FEDERAL	28
5.4	O MINISTÉRIO PÚBLICO SOCIAL	31
5.5	A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	35
5.6	O DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA INTEGRALIDADE	42
5.7	A RESERVA DO POSSÍVEL E O DIREITO À SAÚDE	48
5.8	A PROTEÇÃO À SAÚDE COMO SERVIÇO DE RELEVÂNCIA PÚBLICA E O MINISTÉRIO PÚBLICO	50
5.9	ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE	53
6	O MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ	56
6.1	O MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ E O DIREITO À SAÚDE	56
6.2	ATIVIDADES DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL EM LONDRINA	58
6.3	CARACTERÍSTICAS DAS DEMANDAS QUE PROVOCARAM A INSTAURAÇÃO DE PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO	62

7 ANÁLISE	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	97
ANEXO A – Ofício n. 0355/09	98
ANEXO B – Protocolo nº 3694/2009	99
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos	102

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho diz respeito à atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da saúde pública, mais precisamente acerca das atividades desenvolvidas pela 24ª. Promotoria de Justiça da Comarca de Londrina, no Estado do Paraná, durante o período de 1º de fevereiro de 2008 a 31 de julho de 2008.

Pretende-se dar visibilidade às atividades ministeriais na área da saúde, contribuindo, assim, para que se possa refletir sobre as respostas do Ministério Público às demandas existentes, verificando se tais respostas foram condizentes ao que se espera da instituição, que é o de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública ao direito à saúde, segundo o art. 129, II, da Constituição Federal (BRASIL, 2007).

Neste contexto, o presente estudo almejou elucidar quais são as principais atribuições e características do Ministério Público e por que ele é chamado de zelador dos direitos constitucionais; qual é a demanda que chega ao Ministério Público Estadual na área da saúde, no município de Londrina; e como o Ministério Público desempenha as suas funções nessa área.

Pretende-se demonstrar, em suma, como a instituição Ministério Público, no município de Londrina, vem cumprindo o seu papel constitucional no âmbito sanitário, e de que forma vem contribuindo para que o direito à saúde seja respeitado.

Em Londrina, a 24ª. Promotoria de Justiça, que atua na defesa da saúde pública, dos direitos e garantias constitucionais e da saúde do trabalhador, atende, como regra, aquelas pessoas e grupos que procuram o Sistema Único de Saúde (SUS) e que, por algum motivo, têm críticas e reivindicações a fazer em relação às ações e serviços prestados.

Nesse caso, o Ministério Público, em função de suas atribuições constitucionais, passa a adotar providências cabíveis, nas esferas administrativa e judicial, no sentido de tentar corrigir eventuais falhas do sistema; procurando satisfazer, sempre, um direito individual ou da coletividade nesse setor.

O trabalho desta Promotoria perpassa vários setores na área da saúde, abrangendo uma demanda que vai desde a falta de assistência farmacêutica, atraso na realização de cirurgias e consultas, à denúncia de erro médico.

Esse estudo discorre, inicialmente, sobre a origem, evolução e a atual fase em que se encontra a instituição Ministério Público; descrevendo a relação entre os direitos sociais e o Ministério Público, com destaque para o direito à saúde e o SUS, traçando um paralelo entre a reforma sanitária e a revolução pela qual passou o Ministério Público a partir da Constituição Federal de 1988.

Em seguida, são apresentadas informações sobre a atuação do Ministério Público – instituição que tem como atribuição defender os interesses da população – na área da saúde pública, particularmente no município de Londrina, analisando-se a demanda de problemas, relacionada ao serviço público de saúde, que chegou ao Ministério Público Estadual num determinado período (1º de fevereiro de 2008 a 31 de julho de 2008), e os encaminhamentos levados a efeito pela instituição durante o período de 18 meses, a partir do início da demanda.

Reconhece-se que há inúmeras e complexas questões teóricas acerca desses temas, que estão relacionados aos direitos fundamentais sociais, mas eles, pela natureza do trabalho, não poderão ser aqui aprofundados.

Embora seja incontestável que houve uma significativa melhora dos serviços de saúde relacionados ao SUS, verifica-se que a rede de atenção básica ainda apresenta muitos problemas (TEIXEIRA, 2009). Inúmeras são as barreiras de acesso que privam brasileiros das ações e serviços de saúde de que necessitam; havendo muito o que caminhar no sentido da igualdade do acesso (MATTOS, 2004).

Não se pode negar que hospitais e outros grandes serviços públicos de atenção à saúde não raramente pecam pela falta de eficiência, sendo atribuído ao fator recursos humanos a principal crise da rede de assistência do SUS (WEICHERT, 2009).

Pesquisa do Datafolha, divulgada em 21 de dezembro de 2009, aponta que a saúde está no topo das preocupações diárias do brasileiro, ou seja, para 27% dos entrevistados, a saúde é o principal problema do país. A saúde já havia sido apontada como pior problema pelos entrevistados do Datafolha em março de 2009 (29%) e novembro de 2008 (25%)¹.

¹ Jornal Medicina, publicação oficial do Conselho Federal de Medicina, ano XXIV, n. 180, Jan. 2010.

Desse modo, depreende-se que o SUS não está satisfazendo plenamente as necessidades da população, principalmente no que se refere ao descumprimento, por parte do Poder Público, ao princípio constitucional da integralidade do atendimento (art. 198, II, da Carta Magna); situação essa que acaba gerando demandas ao Ministério Público.

Entende-se que o conhecimento dos problemas que motivaram a procura da população usuária do SUS ao Ministério Público poderá contribuir na identificação das deficiências existentes na rede desse sistema público de saúde.

2 OBJETIVO

O objetivo principal desse estudo foi o de descrever a atuação do Ministério Público na área da saúde e analisar as demandas que chegaram à instituição no período de seis meses, restringindo-se àquelas que provocaram a instauração de procedimentos administrativos.

Entende-se como procedimento a elaboração de *autos*, compreendido como “conjunto ordenado das peças de um processo” (FERREIRA, 1986, p. 8), nos quais são ordenados, pelo Ministério Público, a portaria inicial, os ofícios expedidos, os documentos recebidos, Termos de Declarações, Laudos Periciais e o Relatório Final.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos foram:

- a) Descrever as características das demandas segundo sua origem e tipo;
- b) Descrever sobre os desfechos e encaminhamentos realizados.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental exploratória, cuja análise foi realizada a partir das demandas da área da saúde que chegaram ao Ministério Público, mais precisamente junto à 24^a. Promotoria de Justiça da Comarca de Londrina (Local de Estudo), entre 1º de fevereiro de 2008 e 31 de julho de 2008.

O presente estudo foi realizado junto à referida Promotoria de Justiça, que foi criada por intermédio da Resolução nº 1238, de 22 de julho de 2002², da Procuradoria-Geral de Justiça do Estado do Paraná, e que tem como campo de atuação os municípios de Londrina e Tamarana.

Segundo essa Resolução, os serviços afetos a essa Promotoria de Justiça dizem respeito às matérias relativas à Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais, da Saúde Pública, e da Saúde do Trabalhador e de Reparação do Dano Resultante de Crime, além da Coordenação do atendimento nas Comunidades³.

Essa Promotoria de Justiça conta com um Promotor de Justiça, uma médica, uma assistente social, e três estagiárias do Curso de Direito e quatro do Curso de Serviço Social; localizando-se na Rua Capitão Pedro Rufino, 605, Jardim Europa, Londrina. Nessa Promotoria, o atendimento ao público ocorre das 8h00 às 12h00 e das 13h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira.

Para identificação e caracterização das demandas, bem como das atividades desenvolvidas e desfechos, foram consultados, o livro de atividades da Promotoria de Justiça, o livro de registro dos procedimentos administrativos, os próprios procedimentos administrativos instaurados, e as cópias arquivadas dos ofícios, portarias, petições iniciais (peças que são apresentadas ao Poder Judiciário) e das ações judiciais.

Igualmente, com base nesses documentos, foram analisados os seguintes aspectos: a origem da demanda (usuário, liderança/entidade e iniciativa do MP); o tipo de demanda (queixa, reivindicação de um serviço ou de ações de

² Publicada no Diário da Justiça do dia 07/10/2002, pág. 177.

³ Essas atribuições estão atualmente contempladas na RESOLUÇÃO Nº 0292, de 9 de fevereiro de 2010, do Procurador-Geral de Justiça do Estado do Paraná.

saúde, pedido de medicamento e denúncia de erro médico); e o desfecho no período de 18 meses, a partir da instauração do procedimento administrativo.

Consideram-se como desfechos: arquivamento (do procedimento instaurado) com esclarecimentos satisfatórios, com resolução do problema ou diante da perda do objeto (morte do paciente ou seu desaparecimento); solicitação de arquivamento ao Poder Judiciário; interposição de ação judicial; e procedimento em andamento após 18 meses.

Ressalte-se que, sendo necessária a judicialização do problema, ou seja, havendo a necessidade da intervenção do Poder Judiciário para a solução do problema, utiliza-se o procedimento como respaldo e fundamento para a formulação do pedido a ser deduzido em Juízo.

Expressiva parte dos problemas levados ao Ministério Público não precisa se transformar em procedimento para ser solucionado. É comum os usuários do SUS procurarem o Ministério Público para receber apenas orientações, ou que um telefonema ou a expedição de ofício resolva um problema que se apresenta; o que também pode ocorrer com a realização de uma reunião ou visita. Nesses casos, não se torna necessária a instauração de procedimento no âmbito da instituição.

A Procuradoria-Geral de Justiça do Ministério Público do Paraná, por intermédio do ofício n. 0355/09, de 20 de março de 2009, autorizou a utilização das informações junto à 24ª. Promotoria de Justiça da Comarca de Londrina, necessárias para o desenvolvimento do projeto (Anexo A).

Igualmente a Corregedoria-Geral do Ministério Público do Paraná, em 23 de março de 2009 (Protocolo n. 3694/2009), autorizou o uso das informações referentes à mencionada Promotoria de Justiça (Anexo B), com a ressalva de que:

[...] os dados pertencentes à Instituição devem ser utilizados nos limites científicos e diretamente ligados ao Projeto de Pesquisa vinculado ao curso de pós-graduação indicado, preservando-se o devido sigilo de quaisquer informações de caráter privado ou, até mesmo, público, mas protegidos pelo dever de sigilo, sob pena de violação da norma contida no inciso IV, do artigo 155, da Lei Complementar Estadual n. 05/99.

Após obtenção dessas autorizações, a presente pesquisa, em sua fase de projeto, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário Regional

Norte do Paraná, que, com o Parecer nº. 124/09, de 18 de julho de 2009, aprovou o respectivo projeto (Anexo C).

4 BREVE HISTÓRICO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

4.1 ORIGEM DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Há controvérsias sobre as origens do Ministério Público; entretanto, a origem mais mencionada está na Ordenança de 25 de março de 1302 (TOURINHO FILHO, 1982), de Felipe IV, o Belo, rei da França, que impôs aos seus procuradores, antes de tudo, que prestassem o mesmo juramento dos juízes, vedando-lhes patrocinarem outros que não o rei (MAZZILLI, 1989).

Todavia, tem-se como certo que Felipe regulamentou o juramento e as obrigações dos procuradores do rei em termos que levam a crer que a instituição já preexistia, já que menciona-se que a Revolução Francesa teria estruturado mais adequadamente o Ministério Público, enquanto instituição, na medida em que conferiu garantias a seus integrantes. Sendo observado, por outro lado, que foram os textos napoleônicos que instituíram o Ministério Público, tal qual a França veio a conhecer na atualidade (MAZZILI, 1989).

A expressão “ministère public” nasceu quase inadvertidamente, na prática, quando os próprios procuradores e advogados do rei falavam de seu próprio mister ou ministério, e a esse vocábulo se uniu, “quase por força natural”, o adjetivo “público”, para designar os interesses públicos que os procuradores e advogados do rei deveriam defender (VELLANI, 1965).

4.2 O MINISTÉRIO PÚBLICO NO BRASIL

Informa Mazzilli (1989, p. 5) que essa expressão Ministério Público naturalmente passou, traduzida, para os outros países. No Brasil, o primeiro texto levantado por Abdon de Mello e ratificado por José Henrique Pierangeli, no qual se identifica o uso da expressão “Ministério Público”, consiste no art. 18 do Regimento das Relações do Império, baixado em 2 de maio de 1847. Anteriormente, a

Constituição de 1824 atribuía ao procurador da Coroa e Soberania Nacional a acusação no juízo de crimes.

Mazzilli (1989) também assevera que o Código de Processo Criminal do Império (de 1832) continha uma seção reservada aos promotores (arts. 36 a 38), com os primeiros requisitos para sua nomeação e o elenco das principais atribuições. Com a reforma de 1841 e com os respectivos regulamentos, a qualidade de “*bacharel idôneo*” passou a ser requisito para a nomeação dos promotores públicos.

Com o advento da República, surge nova regulamentação do Ministério Público, já que o Decreto nº 848, de 11 de setembro de 1890, da lavra de Manuel Ferraz de Campos Salles, então Ministro da Justiça, ao criar e regulamentar a Justiça Federal, destinou um capítulo ao Ministério Público, dispondo sobre sua estrutura e suas atribuições no âmbito federal (SALLES, 1999).

Não obstante o retrocesso operado na Carta ditatorial de 1937, verifica-se que durante o período republicano houve um nítido desenvolvimento institucional do Ministério Público, sempre acompanhado de novos campos de atuação a ele conferidos pela legislação ordinária.

Com a Constituição democrática de 1946, o Ministério Público veio a conhecer um *status* equiparável apenas ao da Lei Maior atualmente vigente.

Extraordinário progresso adveio em decorrência da Lei Complementar federal nº 40/1981, que definiu um estatuto para o Ministério Público nacional, com suas principais atribuições, garantias e vedações.

Em 1985, a Lei de Ação Civil Pública, por intermédio da Lei Federal nº 7.347, de 24 de julho de 1985 (BRASIL, 1985), concedeu ao Ministério Público legitimidade para a defesa de interesses difusos e coletivos, respondendo a uma necessidade crescente da sociedade contemporânea, contribuindo para o seu desenvolvimento institucional, além de aprimorar as suas funções como representante da sociedade.

Entende-se como interesses ou direitos difusos aqueles “transindividuais, de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato” (BRASIL, 1990a).

Por sua vez, interesses ou direitos coletivos são entendidos como aqueles “transindividuais, de natureza indivisível, de que seja titular grupo, categoria

ou classe de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base” (BRASIL, 1990a).

Com o advento da Constituição democrática de 1988, o Ministério Público brasileiro atingiu seu crescimento maior, conquistando um modelo sequer comparável ao dos outros países, já que a sua atual conformação institucional não tem similar exato em outras partes do mundo.

4.3 ANTECEDENTES DO NOVO REGIME CONSTITUCIONAL

No período de 22 e 29 de junho de 1985, na capital paulista, realizou-se o VI Congresso Nacional do Ministério Público, que reuniu promotores de justiça de todo o país, tendo como objetivo preparar teses de nível constitucional, visando formular propostas preparatórias, acerca da instituição, para os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte.

Na esteira das teses aprovadas nesse evento e das respostas dos membros do Ministério Público do país a uma pesquisa, sob forma de questionário, elaborada em outubro de 1985, pela Conamp⁴, promoveu-se o 1º Encontro Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça e Presidentes de Associações Estaduais do Ministério Público, em junho de 1986, na cidade de Curitiba/PR.

Diante da nova ordem constitucional que então se esperava, o Ministério Público nacional preparou seu anteprojeto, a fim de responder às principais questões pertinentes à instituição, sendo aprovada nesse evento sua proposta que se chamou CARTA DE CURITIBA, a qual foi assinada no dia 21 de junho de 1986⁵.

Nesse documento, altamente inovador, destacam-se os seus artigos 1º e 2º:

Art. 1º. O Ministério Público, instituição permanente do Estado, é responsável pela defesa do regime democrático e do interesse público, velando pela observância da Constituição e da ordem jurídica.

⁴ Associação Nacional dos Membros do Ministério Público

⁵ <<http://www.conamp.org.br/Acesso%20Pblico/Congresso%20Nacional%20do%20MP%20-%20Cartas%20PDF/Cart>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

Parágrafo único. Qualquer do povo pode provocar a atuação do Ministério Público.

Art. 2º. Ao Ministério Público fica assegurada autonomia funcional, administrativa e financeira, com dotação orçamentária própria e global.

Sobre esse documento histórico, Sabella (2008) esclarece que:

[...] a Carta de Curitiba foi o documento-síntese das reivindicações do Ministério Público brasileiro à Assembléia Nacional Constituinte, e se não fosse também por outras razões, daí mesmo já adviria sua importância absolutamente fundamental na história da evolução institucional. Sua elaboração se deu na capital paranaense, em junho de 1986, um ano após o Congresso de São Paulo, durante o I Encontro de Procuradores-Gerais e Presidentes de Associações do Ministério Público. E aí se tem outra das razões de sua importância, pois, pela primeira vez, lideranças classistas e procuradores-gerais do Brasil inteiro promoviam um encontro conjunto e chegavam, a final, a conclusões que, por compromisso ali assumido, defenderiam no processo constituinte.

Destarte, a CARTA DE CURITIBA acabou se constituindo no principal documento a alicerçar o atual capítulo destinado ao Ministério Público na Constituição Federal de 1988.

5 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

5.1 ANTECEDENTES DO ATUAL MODELO DE PROTEÇÃO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO

No início dos anos 80, o modelo de assistência à saúde vigente já estava em declínio, uma vez que os elevados custos da assistência médica, diante da recessão econômica e da crise fiscal do Estado, provocaram uma grave crise da Previdência Social.

A Nova República encontra um movimento sanitário mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial.

Tais condições históricas tornaram possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde -CNS, congregando o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada (FALEIROS et al., 2006).

Esse evento se configurou numa *Constituinte da Saúde*, demarcando um novo período na história da saúde no país (FALEIROS et al., 2006).

Nessa Conferência foram definidas as bases para a *reforma sanitária*, sendo criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, com a função de elaborar a “proposta para o componente saúde da nova Constituição Brasileira” e a “proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”. Essas propostas seriam entregues à Assembléia Nacional Constituinte, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em cujos capítulos se inseriu a criação do SUS.

A propósito, ponto culminante da luta pela Reforma Sanitária foi o processo constituinte ocorrido no período 1987-1988, momento em que todo o acúmulo daqueles anos do movimento sanitário tinha, finalmente, a oportunidade de mudar a face da saúde no país, incluindo na Constituição Federal todo o seu ideário. A luta ganhava novos contornos na perspectiva de inscrever o direito à saúde no marco constitucional do país, traduzindo o instituinte do movimento em instituído para a sociedade (FALEIROS et al., 2006).

Dentre as propostas aprovadas no Relatório Final⁶ da 8ª. CNS, que caracterizou-se como o principal subsídio para a elaboração do capítulo da saúde na Carta Magna de 1988, estavam, além da implantação do SUS, a democratização do Estado e a defesa da saúde como direito de cidadania.

Desse modo, almejava-se sepultar, com a institucionalização do direito à saúde, o modelo excludente do Seguro Social, até então adotado pela Previdência Social.

De acordo com o relatório da referida Conferência, a saúde relaciona-se não só à assistência médica, mas também com todos os seus determinantes e condicionantes, como: trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros.

Além disso, consagrava-se o direito universal e igualitário à saúde, definindo o dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde e estabelecendo a natureza pública das ações e serviços de saúde; sendo prevista a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social.

Em 1987, por decreto presidencial, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, em substituição à Política de Ações Integradas da Saúde (AIS), com objetivo de fortalecer o setor público e enfraquecer o segmento privado contratado pelo INAMPS, melhorando o segmento privado filantrópico.

Este sistema foi concebido pelos técnicos do chamado movimento sanitário como estratégia ponte, preparatória para a adoção do SUS.

Nesse período de transição pretendeu-se incorporar os princípios da Reforma Sanitária, reafirmados na VIII CNS: (1) universalização na atenção à saúde; (2) integralidade da atenção; (3) regionalização e hierarquização; (4) descentralização do processo decisório; (5) democratização das instâncias gestoras; e (6) política integrada de recursos humanos.

⁶ Conferência Nacional de Saúde, VIII, Brasília. Anais: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

5.2 A CARTA MAGNA DE 1988

A Constituição Federal de 1988 tem compromisso inquestionável com a pessoa humana; tratando-se, nesse campo, de um dos documentos constitucionais mais avançados no mundo, sendo a pessoa humana um dos fundamentos do Estado Brasileiro, constituindo-se em objeto de proteção em diversos dispositivos constitucionais (FACHIN, 2006).

Com o seu advento, o Brasil, finalmente, ingressa na era da *Seguridade Social*, cujos objetivos são a valorização, a proteção, a segurança e o bem-estar da pessoa humana, sendo baseada em três pilares, aparecendo a proteção da saúde como um deles.

Segundo dispõe o art. 194 da Constituição Federal (BRASIL, 2007), a *seguridade social* compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à *saúde, à previdência social e à assistência social*.

Para Leite (1990, p. 3),

[...] a Constituição atribui expressamente aos Poderes Públicos e à sociedade a iniciativa das ações destinadas a assegurar os direitos de seguridade social. Esta expressão, usada pela primeira vez em texto constitucional brasileiro, traduz o acrescido conteúdo da moderna política de proteção social.

A saúde, hoje, configura, no Brasil, subsistema do sistema da seguridade social, para efeito de disciplina própria e caracterização dos seus elementos constitutivos essenciais, quais sejam: atividade preventiva e serviços assistenciais; produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de interesse para a saúde; teor nutricional dos alimentos; meio ambiente; saneamento básico; formação de recursos humanos; vigilância sanitária; e vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador, segundo os artigos 198 e 200 da Constituição Federal e arts. 5º e 6º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b).

A saúde, neste contexto, passa a ser reconhecida como um direito fundamental social, segundo o art. 6º da Constituição Federal.

A universalidade constitui-se no principal objetivo do modelo de proteção à saúde, sempre alicerçado na busca da realização da justiça e do bem-estar social. Esta universalidade caracteriza-se igualmente como sendo um dos princípios do modelo constitucional da Seguridade Social que se aplica à saúde, segundo o art. 194, § único, inciso I, da Constituição Federal.

Nesse caso, o atendimento deve abranger todas as pessoas, indistintamente, já que, ao contrário do modelo anterior, no qual os serviços eram ofertados pela Previdência Social apenas àqueles trabalhadores-contribuintes, a saúde, enfim, transforma-se num direito de todos.

De acordo com o 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 doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, esse é o fundamento do modelo constitucional escolhido para a proteção da saúde no país.

O segundo objetivo da Seguridade Social aplicável à saúde diz respeito à uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais, de acordo com o art. 194, § único, inciso II, da Constituição Federal.

Sendo a saúde, pois, um direito de todos, não pode haver qualquer discriminação ou privilégio nesse setor; devendo a proteção ser oferecida no grau máximo, almejando-se a redução do risco doença e de outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Em face do texto constitucional, os serviços e ações de saúde são considerados igualmente de relevância pública, 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, consoante dispõe o art. 197 da Constituição Federal.

Além disso, as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (SUS), organizado de acordo com as diretrizes da descentralização (com direção única em cada esfera de governo), do atendimento integral (com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e participação da comunidade, de acordo com o art. 198 da Constituição Federal.

Essa participação da comunidade – que se efetiva principalmente por intermédio dos Conselhos de Saúde -acaba exercendo o controle social das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), a qual detalha o funcionamento do SUS, define este sistema como sendo “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por seus órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, podendo a iniciativa privada atuar em caráter supletivo” (BRASIL, 1990b).⁷

Com efeito, verifica-se que a Lei nº 8.080/90 teve a preocupação, dentre tantas outras, de ressaltar o papel supletivo do Estado em relação aos Municípios, além de conservar as atribuições executivas da União, tal como a direção geral do SUS.

O referido diploma legal prevê quais são os objetivos e atribuições do SUS, os seus princípios e diretrizes, sua organização, direção e gestão; estabelecendo também quais são as atribuições comuns entre os entes federativos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), e as de cada direção do SUS: nacional, estadual e municipal.

É previsto como devem funcionar os serviços privados de assistência à saúde e a possibilidade do SUS recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada; definindo, por fim, como deve ser a política de recursos humanos, além de trazer algumas regras referentes ao financiamento do sistema.

Com a edição da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990c), estabeleceu-se, basicamente, a participação da comunidade na gestão do SUS, por intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde, além de definir critérios sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

No que se refere ao financiamento do SUS, a Lei Maior, no seu art. 198, parágrafo 1º, prevê como este se verificará, nos termos do art. 195, havendo uma conjugação de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

⁷ Art. 4º caput.

A rigor, esta questão do financiamento só foi resolvida (em parte) com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, que fixa percentuais mínimos de gastos com o custeio das ações e serviços públicos de saúde, vinculando necessariamente recursos financeiros da União, Estados, Distrito Federal e Municípios às despesas com a saúde (art. 198, § 2º, da CF e art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias).

Afirma-se que, com o advento da referida Emenda Constitucional, a questão do financiamento do SUS foi resolvida apenas parcialmente, uma vez que, principalmente os Estados, acabam, na prática, destinando menos recursos de seu orçamento à saúde, em face do que determina a Constituição Federal, na medida em que declaram como sendo da saúde despesas que não estão relacionadas propriamente às ações e serviços de saúde⁸. Enquanto tal Emenda não for regulamentada através de Lei Complementar, essas distorções continuarão a existir.

5.3 O MINISTÉRIO PÚBLICO NA ATUAL CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Assembléia Nacional Constituinte, de forma surpreendente, acolheu as principais propostas elencadas na Carta de Curitiba, destinando ao Ministério Público 4 artigos na Constituição Federal (CF) de 1988, quais sejam: os arts. 127, 128, 129 e 130⁹.

O art.127 caput da Constituição Federal define o Ministério Público como instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. O seu §1º estabelece que são princípios institucionais do Ministério Público a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

Além disso, assegurou-se autonomia funcional e administrativa à instituição, segundo o § 2º do art. 127 da Carta Magna.

⁸ Segundo matéria publicada na Folha de S. Paulo de 15 maio 2010 (C6 Cotidiano), metade dos Estados investiu em saúde valores mais baixos que os determinados pela Constituição. Em 2008, 13 governadores deixaram de aplicar juntos R\$ 3,1 bilhões em hospitais, remédios, exames, cirurgias e equipamentos médicos

⁹ Com a Emenda Constitucional nº 45, de 8 dez 2004, foi acrescentado o art. 130-A

De acordo com o art. 128 da Constituição Federal (BRASIL, 2007, p. 99), o Ministério Público abrange:

“ I - O Ministério Público da União, que compreende: a) o Ministério Público Federal; b) o Ministério Público do Trabalho; c) o Ministério Público Militar; d) o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios; II - Os Ministérios Públicos dos Estados”.

Por sua vez, o art. 129 da Constituição Federal (BRASIL, 2007, p. 100), estabeleceu quais são as funções institucionais do Ministério Público, com destaque para os seus incisos I, II e III:

I – promover, privativamente, a ação penal pública, na forma da lei; II – zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia; III – promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

Em relação ao Ministério Público Estadual, são órgãos de Administração da instituição, dentre outros, as Procuradorias de Justiça e as Promotorias de Justiça; ao passo que os Procuradores de Justiça e os Promotores de Justiça, dentre outros, são considerados órgãos de execução (BRASIL, 1993).

Conforme aponta Salles (1999, p. 33):

[...] A Constituição de 1988, além de espelhar o significativo avanço que o Ministério Público vem conhecendo nos últimos anos, representou um grande crescimento do papel desse órgão na organização do Estado e na consolidação da democracia. O texto constitucional vigente deu ao Ministério Público novas funções e instrumentos que respondem a graves problemas emergentes da sociedade e da democracia contemporâneas.

O referido autor (1999, p. 40) também pontua:

[...] A definição constitucional, enfim alcançada, de forma a solucionar os problemas que acima apontamos, indica claramente a destinação democrática atribuída ao Ministério Público. [...] Presentemente, objetivos muito mais amplos são colocados sob sua tutela, cabendo-lhe responder por interesses de muito maior relevância e repercussão na sociedade. Essas novas tarefas a cargo

do Ministério Público colocam em xeque a forma de atuação tradicional a partir de seus próprios pressupostos.

Nesse sentido adverte o autor (1999, p. 41):

[...] É preciso, nesse caso, que o Ministério Público apreenda a realidade em perspectiva, tendo por base não apenas como ela é, mas, dentro de certo horizonte de sentido, como ela deveria ser. Há de se incorporar à prática institucional a busca pela realização daqueles objetivos coletivos incorporados no sistema jurídico, como aqueles já referidos, relativos ao meio ambiente, ao consumo, ao mercado, à igualdade social e assim por diante. A utopia, concebida enquanto prática engendrada em resposta às novas atribuições que hoje lhe são colocadas, tem o significado de assumir a politização do Ministério Público, revendo seu papel em um sistema de aplicação neutra do direito e posicionando-lhe ativamente na construção da realidade social.

E conclui:

[...] Assim, o desenvolvimento do Ministério Público hoje é dependente de definição da maneira pela qual essa instituição encontrará um justo termo entre a **razão e a utopia**, conciliando um modo de produzir e aplicar um direito ainda não inteiramente superado e a necessidade de dar respostas a funções jurídicas e sociais inteiramente inovadoras. Com isso, exige-se um direcionamento institucional diverso daquele tradicionalmente colocado pelo direito e pela história do Ministério Público (SALLES, 1999, p. 41) (grifo do autor).

A Constituição Federal de 1988, portanto, elevou o Ministério Público a uma posição de extrema relevância no sistema de Justiça e no cenário político brasileiro. Depreende-se que a instituição foi enriquecida em suas atribuições, transformando-se, como consequência, em ator público de primeira grandeza. A Carta Magna conferiu à instituição extensas obrigações, contemplando desde sua função mais tradicional – promoção da ação penal -até a defesa de variados direitos sociais.

Nesse sentido, Fachin (2006, p. 105) assevera que

[...] A Constituição atribui ao Ministério Público uma gama de poderes que ele jamais teve. Houve um significativo fortalecimento da instituição, a qual passou a atuar em diferentes campos e tratar de várias matérias, tais como patrimônio público, prerrogativas constitucionais, criança e adolescente, meio ambiente e consumidor.

Do mesmo modo, Sadek (2006, p. 15) afirma que,

[...] para a correta apreensão desse leque de competências, deve-se considerar o fato de que os direitos constitutivos da cidadania foram significativamente alargados. Aos clássicos direitos de natureza individual – os direitos civis e políticos -, foram incorporados os direitos supra-individuais ou sociais.

De acordo com Sadek (2006, p. 15), “o Ministério Público é chamado a agir em novas áreas, cabendo-lhe salvaguardar e proteger interesses e direitos legalmente previstos, protegendo-os de abusos do poder, tanto por parte do Estado como de particulares”.

E conclui a autora que:

[...] os textos legais, tanto a Constituição como legislações infraconstitucionais, propiciaram que o Ministério Público se convertesse em uma instituição fundamental do sistema de Justiça, cabendo-lhe papel relevante no controle das demais instituições e na defesa da cidadania. Em decorrência, a instituição tornou-se co-responsável por políticas públicas e agente de inclusão social (SADEK, 2006, p. 15).

5.4 O MINISTÉRIO PÚBLICO SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 traçou, pois, o novo perfil do Ministério Público, exigindo dos seus membros nova postura funcional, os quais devem estar compromissados com a cidadania plena e agir mais como verdadeiros agentes de transformação social e menos como pareceristas, para que tenham mais chances de alterar a realidade social brasileira, extremamente injusta para grande parte de sua população.

Se o Ministério Público tem por atribuição constitucional primordial zelar pela efetiva implantação dos direitos pertinentes à ordem social asseguradas na Constituição Federal, faz-se mister que seus agentes saiam mais de seus gabinetes e se aproximem mais da população excluída, a fim de que seja conhecida de perto a realidade na qual ela está inserida.

Neste contexto, o Ministério Público deve realizar uma intervenção mais ativa na defesa de direitos e garantias constitucionais sistematicamente desrespeitados, principalmente pelo Poder Público. A rica gama de atribuições e prerrogativas constitucionais do Ministério Público não admite uma atitude passiva de seus membros em relação aos direitos fundamentais sociais contemplados na Carta Magna; não devendo atuar os seus membros apenas quando provocados por entidades da sociedade civil ou pela imprensa.

Para Maior Neto (2008, p. 5):

[...] os agentes do Ministério Público devem ser impulsionados por um único e permanente sentimento de indignação contra as injustiças contidas na nossa realidade social, contribuindo para que o Ministério Público exerça seus predicados constitucionais de defensor do povo, capaz de internalizar no espaço da Justiça os interesses maiores da população, valorados prioritariamente pela ótica daqueles que se encontram hoje à margem dos benefícios produzidos na sociedade e afastados da possibilidade real de vida digna.

Desse modo, a atuação do Ministério Público deve interferir de forma incisiva na promoção dos direitos relacionados à cidadania. Isso não significa que, para isso, tenha que, necessariamente, se utilizar da via judicial para exercitar a defesa desses direitos.

Para Torres-Fernandes (1999), a função de zelo no caso de direitos sociais não se restringe à atuação perante a Justiça, porque exige mais, exige visão prospectiva voltada ao planejamento de atividades de promoção e prevenção.

Nesse sentido, afirmam Ferraz e Benjamin (1992, p. 77)

[...] que o Ministério Público passa a assumir a responsabilidade pela solução **(não necessariamente processual, nem mesmo judicial)** dos problemas e questões de sua alçada. Em outras palavras, assume a responsabilidade pela defesa direta e imediata dos interesses confiados à sua tutela (grifo dos autores).

Com efeito, se a partir da Constituição Federal de 1988 o perfil do Ministério Público caracteriza-se, pois, pela independência e defesa dos interesses sociais e valores democráticos, conclui-se que o envolvimento do Promotor de Justiça com causas populares deixou de ser um compromisso pessoal, esperando

dele que aja sempre como agente político transformador da realidade social, injusta para significativa parcela do povo brasileiro (TAVARES, 1999).

Não basta, portanto, que o Promotor de Justiça se conforme apenas com a observância burocrática de seus deveres, não havendo mais lugar para o simples burocrata de processos.

Certamente, se o Promotor de Justiça continuar se contentando, apenas, com a realização de suas atividades processuais rotineiras, as quais continuam tendo sua importância, pouco ou quase nada contribuirá para a melhoria da qualidade de vida daquelas pessoas que estão impedidas de exercer a cidadania plena (TAVARES, 1999).

Esse também é o entendimento de Martinelli (2009, p. 31):

[...] Nossa Constituição incumbiu o Ministério Público da defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Foi o Ministério Público, portanto, elevado à condição de defensor do povo. Parece-nos cristalino que para o exercício de tão nobre missão, devem os integrantes do Ministério Público, em primeiro lugar, estar próximos daqueles que pretende defender, presentes na comunidade em que atuam. Devem saber que comunidade é essa, onde se situa, o que pensa, quais são suas necessidades, devem estar sempre dispostos a ouvi-la. E mais importante, a comunidade deve saber quem é o Ministério Público, quem é o seu representante, quem é o seu Promotor ou a sua Promotora. Ou alguém acha razoável o defendido desconhecer quem é o seu defensor? O Ministério Público tem que ter um rosto, um endereço, um telefone. E para isso, precisa interagir com a comunidade, conquistando, assim, a legitimidade de suas ações.

Essa interação com a sociedade mencionada pela autora pode ocorrer por intermédio de audiências públicas, atendimento ao povo (BRASIL, 1993), contatos e intercâmbio com entidades públicas e privadas (PARANÁ, 2008) e visitas a estabelecimentos (PARANÁ, 2009a).

Sobre a atuação social do Ministério Público, assevera ainda Martinelli (2009, p. 31):

[...] A Comunidade não precisa mais, ou precisa muito pouco, de Promotores e Procuradores que apenas permanecem em seus gabinetes aguardando os processos encaminhados pelo Judiciário. A comunidade precisa e deseja um Ministério Público formado de agentes políticos, que interfiram na realidade social, transformando-a para que todos tenham vida e vida em plenitude.

Nesse sentido, Giacóia (2007, p. 283) assevera que:

[...] o Ministério Público que queremos e estamos edificando, pois, com férrea determinação e invulgar coragem, não é um Ministério Público acomodado à sombra das estruturas dominantes, acovardado, dócil e complacente com os poderosos, e intransigente e implacável somente com os fracos e débeis. Não é um Ministério Público burocrático, distante, insensível, fechado e recolhido em gabinetes refrigerados. Mas é um Ministério Público vibrante, desbravador, destemido, valente, valoroso, sensível aos movimentos, anseios e necessidades da Nação brasileira. É um Ministério Público que caminha lado a lado com o cidadão pacato e honesto, misturado a nossa gente, auscultando os seus anseios, na busca incessante de Justiça Social. É um Ministério Público inflamado de uma ira santa, de uma rebeldia cívica, de uma cólera ética, contra todas as formas de opressão e de injustiça, contra a corrupção e a improbidade, contra os desmandos administrativos, contra a exclusão e a indigência. Um implacável protetor dos valores mais caros da sociedade brasileira.

Com efeito, o Ministério Público Social é aquele, pois, que não se contenta em ouvir compassivo e inerte o relato do indignado e perplexo cidadão. Não é uma mera “válvula de escape” de ressentimentos e críticas sociais, já que a eficiência da atuação do Ministério Público está diretamente ligada à máxima realização dos direitos fundamentais sociais e das promessas não cumpridas da Constituição Federal (CAMBI, 2009).

Segundo Cambi (2009), esse Ministério Público Social, além de buscar o efetivo cumprimento das políticas públicas, deve também atuar na própria formulação das mesmas; podendo essa instituição, antes de promover a judicialização das políticas públicas, mobilizar os agentes públicos e a sociedade civil organizada, por intermédio do inquérito civil ou procedimento administrativo, utilizando-se dos mecanismos dos compromissos de ajustamento de conduta, das recomendações e das audiências públicas.

De acordo com Cambi (2009, p. 489),

[...] a maior responsabilidade do Ministério Público não é formular a política pública, mas agregar as forças estatais e sociais na efetivação dos direitos fundamentais. A atuação do Ministério Público se legitima como verdadeiro *canal de comunicação* entre a sociedade e o Poder Judiciário. Judicializando o sentimento social (...), a pretensão judicial adquire força social necessária à configuração de políticas públicas *socialmente necessárias* (grifos do autor)

Outro não é o entendimento de Goulart (1998, p. 97), para quem:

[...] seus membros, os promotores de justiça, devem agir como trabalhadores sociais comprometidos com as lutas pelo resgate da cidadania e pelo aprofundamento da democracia. [...] Isso implica mudança de mentalidade e de postura dos membros do Ministério Público. A defesa da sociedade, na globalidade de seus interesses, faz emergir um promotor de justiça cuja atuação extrapola os limites do processo judicial e das atividades ligadas à persecução penal [...]. Do ângulo político, só poderemos entender o promotor de justiça como trabalhador social, vinculado à defesa da qualidade de vida das parcelas marginalizadas da sociedade, a partir do momento em que rompa as barreiras que historicamente o isolaram dos movimentos sociais, passando a articular sua ação com esses movimentos.

Para Lopes (2000, p. 224):

O *Parquet* integra o núcleo da institucionalidade demarcada na Constituição de 1988 e, como tal, é uma instituição essencial para a efetivação das potencialidades da “democracia associativa” no Brasil. As razões mais fortes para a projeção de tal consideração no futuro residem na referida receptividade do Ministério Público aos interesses coletivos, indicando uma efetiva inclinação da sociedade para esta instituição, valorizando-a conforme se depreende de sua crescente visibilidade na mídia e nos conflitos contemporâneos mais relevantes.

O atual Ministério Público, na medida em que intensifique suas relações com a sociedade civil, poderá contribuir ainda mais para a integração dos segmentos sociais tradicionalmente excluídos na história brasileira (LOPES, 2000).

O fato do Ministério Público ser dotado de independência funcional lhe permite atuar em defesa da inclusão social daqueles brasileiros que estão impedidos de exercer sua cidadania e de ter uma vida digna.

5.5 A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Inicialmente, frise-se que dentre tantas inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988, a que mereceu maior destaque foram os direitos fundamentais. A começar pela sua posição no texto constitucional: localiza-se na

sua parte inicial, aparecendo antes mesmo das normas relacionadas à organização do Estado.

Tal consideração levou Sarmiento (2004, p. 109) a afirmar que:

[...] além de incorporar ao seu texto um elenco amplo e generoso de direitos individuais, políticos, sociais, difusos e coletivos, em perfeita sintonia com a tendência internacional de proteção destes direitos, a Constituição elevou-os à condição de cláusula pétrea expressa, imunizando-os da ação corrosiva do constituinte derivado. A própria estruturação interna da Constituição, que, diversamente do que ocorria na ordem constitucional pretérita, pôs os direitos fundamentais na parte inicial do texto magno, antes das normas sobre a organização do Estado, revela bem a importância sem precedentes conferida a tais direitos, que passam a desfrutar de indisputável primazia axiológica no novo regime.

Com relação especificamente ao direito à saúde, na medida em que é reconhecido como direito social na Constituição Federal, mais especificamente no capítulo II do Título II, intitulado “Dos Direitos e Garantias Fundamentais”, depreende-se que tal direito foi elevado à condição de fundamental. Ainda mais porque o art. 2º da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990b) dispõe expressamente que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

No campo da eficácia, a Carta Magna conferiu aplicação imediata aos direitos fundamentais, dispondo o seu art. 5º, § 1º, que “as normas definidoras dos direitos fundamentais têm aplicação imediata”.

Importa mencionar que, como norma de direito fundamental, os direitos sociais estão dotados de uma dupla perspectiva jurídica: objetiva e subjetiva.

A objetiva significa dizer que, como direito fundamental, representa para a ordem constitucional um conjunto de valores objetivos básicos e fins diretos da ação positiva dos poderes públicos, envolvendo uma ordem dirigida ao Estado, no sentido de que a esse incumbe a obrigação permanente de sua concretização e realização (SARLET, 2006).

Por outro lado, a perspectiva subjetiva está diretamente relacionada à questão da aplicabilidade da norma, se referindo à exigibilidade que contém a norma de direito fundamental.

Nesse caso, destaca Sarlet (2006, p. 179) que se refere:

[...] à possibilidade que tem o seu titular (considerando como tal a pessoa individual ou ente coletivo a quem é atribuído) de fazer valer judicialmente os poderes, as liberdades ou mesmo o direito à ação ou às ações negativas ou positivas que lhe foram outorgadas pela norma consagradora do direito fundamental em questão.

Destarte, no que pertine ao direito à saúde, a sua perspectiva subjetiva permite que todos os cidadãos exijam judicialmente, com fundamento nos artigos 6º e 196 e seguintes da Constituição Federal, o bem jurídico tutelado nesses dispositivos constitucionais, qual seja, a saúde.

Ao mesmo tempo, a Lei Fundamental, no seu art. 1º, inciso III, consagra o princípio da *dignidade da pessoa humana* como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil. O que significa dizer que tal princípio alimenta e está presente em todos os direitos fundamentais, já que é através destes que tal princípio é concretizado.

Sobre essa matéria Fachin (2006, p. 198) leciona que:

[...] A dignidade da pessoa humana é o valor fundante do Estado brasileiro (art. 1º, inciso III) e inspirador da atuação de todos os poderes do Estado e do agir de cada pessoa. Tal valor está presente, de modo expresso ou implícito, em todas as partes da Constituição. [...] Trata-se de um valor nuclear do ordenamento jurídico.

Nesse sentido, Barcellos (2002) assevera que o conteúdo da dignidade está relacionado com os direitos fundamentais ou humanos, e que o indivíduo terá sua dignidade preservada se tais direitos forem realizados, ainda que a dignidade não se esgote neles.

Igualmente Barroso (2008) leciona que o Estado constitucional de direito gira em torno da dignidade da pessoa humana e dos direitos fundamentais, sendo aquela o centro de irradiação desses direitos, razão pela qual é comumente identificada como o núcleo essencial de tais direitos.

Nesse sentido, Vieira de Andrade (1998, p. 45) pondera que:

[...] o princípio da dignidade da pessoa humana está na base de todos os direitos constitucionalmente consagrados, quer dos direitos e liberdades tradicionais, quer dos direitos de participação política, quer dos direitos dos trabalhadores e direitos a prestações sociais.

Desse modo, constata-se que há uma superioridade da pessoa humana sobre o Estado, devendo aquela ser reconhecida como fim e este não mais do que o meio para a garantia e promoção dos direitos fundamentais do ser humano.

Nesse particular, é ilustrativo o magistério de Cléve (2003, p. 388):

[...] o Estado é uma realidade instrumental. Todos os poderes do Estado, ou melhor, todos os órgãos constitucionais têm por finalidade buscar a plena satisfação dos direitos fundamentais. Quando o Estado se desvia disso ele está, do ponto de vista político, se deslegitimando, e do ponto de vista jurídico, se desconstitucionalizando.

O direito à saúde está previsto como direito fundamental, na Constituição Federal, pela primeira vez na história constitucional brasileira.

Com efeito, a saúde consta como um dos direitos sociais reconhecidos no art. 6º, o qual abre o Capítulo II (“Dos Direitos Sociais”) do Título II (“Dos Direitos Fundamentais”), da Carta Magna. Além disso, o seu art. 196 define a saúde como *direito de todos e dever do Estado*.

Destarte, com a definição da saúde como direito fundamental social, abriu-se o caminho para que todos os cidadãos brasileiros pudessem dele usufruir, na medida em que a saúde passa a caracterizar-se como um direito público subjetivo, o qual é garantido pela existência do SUS, previsto no art. 198 da Constituição Federal.

Esse sistema público se apresenta como meio pelo qual o Estado cumpre seu dever na relação jurídica de saúde, que tem no polo ativo qualquer pessoa e a comunidade, uma vez que o direito à promoção e à proteção da saúde passa a ser tratado como um direito social pessoal e também como um direito social coletivo (TAVARES, 2006).

Sendo a saúde direito de todos e dever do Estado, havendo a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, pouco importa a condição social e econômica do (a) paciente para que este (a) tenha acesso ao *atendimento integral* que deve ser ofertado pelo SUS, uma vez que o direito à saúde é estendido a todos.

Não é necessário, pois, que a pessoa apresente um atestado de pobreza ou, de qualquer outra forma, prove que não tem condições econômicas

para adquirir determinado medicamento ou qualquer outro serviço de saúde, pois o Estado está obrigado a fornecê-lo ou a prestá-lo gratuitamente.

Na realidade, o direito à saúde não pode ser confundido com assistência social (que só é oferecida quando o cidadão comprova sua pobreza extrema), uma vez que a saúde é um direito que independe da condição sócio-econômica do cidadão.

Entretanto, em face das regras constitucionais e infraconstitucionais que regem a matéria, o cidadão, diante de um problema de saúde, deve optar por um dos sistemas de saúde: o público ou o privado.

O direito existe, mas o cidadão, para usufruí-lo, deverá obedecer a organização e o fluxo impostos pela administração pública.

Com efeito, fica o Estado, portanto, obrigado a garantir aos seus cidadãos o acesso a serviços e ações de saúde, que devem proporcionar *atendimento integral*, nele compreendido, principalmente, uma adequada assistência médico-hospitalar. Essa assistência pressupõe a oferta de procedimentos (exames, cirurgias etc.) e de medicamentos, ainda que sejam de última geração, desde que comprovadamente necessários para a preservação da vida e saúde do usuário do SUS.

Nesse sentido, leciona Marques (2005, p. 77) que “o direito de todos os indivíduos à saúde representa uma consequência indissociável do direito à vida e deve ser garantido integralmente, a despeito de questões políticas, orçamentárias ou entraves burocráticos”.

Outro não é o entendimento de Machado (2008), para quem o Judiciário, ao autorizar a aquisição de um medicamento que conste na lista da ANVISA, mesmo com valor elevado, leva o Judiciário a aproximar os direitos do cidadão de sua realidade concreta.

Para esse autor (2008, p. 89):

Em todo o caso, não se pode perder de vista a possibilidade da atuação do Poder Judiciário servir para pressionar os demais Poderes a atender as necessidades latentes da sociedade brasileira. Como ocorreu na política de AIDS, a judicialização pode contribuir para o alargamento das ações e serviços disponibilizados pelo Estado e para a própria revisão da política que vem se desenvolvendo.

Mais recentemente, tem avançado o debate sobre as decisões judiciais que obrigam o SUS a fornecer medicamentos, insumos, órteses, próteses e tratamentos não disponíveis na rede pública.

Sobre essa questão, Scheffer e Nunes Júnior (2010, p. A3) afirmam que:

O Judiciário, num Estado democrático, é legítimo para decidir sobre o direito à saúde. Foi o que ressaltou o Supremo, após ampla consulta à sociedade, ao indeferir recursos do poder público contra decisões judiciais, refutando os argumentos de economia, ordem pública e potencialidade danosa ao sistema de saúde [...]. O Judiciário, quando determina a submissão do Executivo às leis, nada mais faz do que cumprir a importante tarefa de sobrepor o direito ao poder político ou ao poder-econômico.

Segundo esses autores:

[...] À medida que o processo de incorporação de tecnologias em saúde for mais regulado pelo Estado e compreendido por todos, as ações judiciais serão reduzidas, muito embora nelas reconheçamos um papel propulsor, pois o poder público é levado a pensar a saúde sob a perspectiva da proteção da vida, e não apenas sob a ótica do orçamento escasso. [...] A solução, portanto, deve passar longe da idéia de fechar as portas da Justiça, hoje uma aliada imprescindível da garantia do direito à saúde (SCHEFFER; NUNES JÚNIOR, 2010, p. A3).

Desse modo, sendo a saúde direito fundamental, o Estado reveste-se do papel de garantidor positivo de uma política sanitária ampla, com o fito de desincumbir-se da sua responsabilidade, de seu dever constitucional de prestar.

Assim, o legislador ordinário, em sintonia com o texto constitucional, definiu que está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, segundo o art. 6º, I, d, da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b).

Esse avanço constitucional pertinente ao direito à saúde está relacionado à proteção igualmente constitucional da dignidade da pessoa humana, que, nas palavras de Sarlet (2001), constitui-se no fio que conduz toda a ordem constitucional, sem o qual tal ordem perderia sua humanidade e até mesmo a sua razão de ser.

Explica-se, assim, por que o legislador constituinte incluiu a *dignidade da pessoa humana* como um dos fundamentos da República, estabelecendo, mais adiante, que a ordem econômica tem por fim assegurar a todos existência digna e que a ordem social tem como objetivo o bem-estar e a justiça sociais, de acordo com os arts. 170 caput e 193 da Constituição Federal.

Na lição de Araújo (2004, p. 93), “sendo um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, a dignidade humana é um dos princípios constitucionais que orientam a construção e a interpretação do sistema jurídico brasileiro”.

No mesmo sentido é o pensamento de Piovesan (1998, p. 34), para quem:

[...] o valor da dignidade humana – ineditamente elevado a princípio fundamental da Carta, nos termos do art. 1º, III – impõe-se como núcleo básico e informador do ordenamento jurídico brasileiro, como critério e parâmetro de valoração a orientar a interpretação e compreensão do sistema constitucional instaurado em 1988. A dignidade humana e os direitos fundamentais vêm a constituir os princípios constitucionais que incorporam as exigências de justiça e dos valores éticos, conferindo suporte axiológico a todo o sistema jurídico brasileiro.

Exatamente por isso, Brega Filho (2002) assinala que o intérprete terá por obrigação interpretar a Constituição observando este princípio, ou seja, qualquer interpretação que não garanta a dignidade humana haverá de ser tida como inconstitucional.

A proteção absoluta à saúde decorre igualmente da importância que o legislador constituinte atribuiu aos direitos sociais, os quais estão inseridos no rol dos direitos fundamentais e que se traduzem em prestações positivas que devem ser ofertadas pelo Estado, possibilitando, assim, melhores condições de vida a todos os cidadãos, principalmente aqueles mais necessitados.

Sobre a matéria, Silva (1996, p. 121) leciona que:

[...] a Constituição de 1988 abre as perspectivas de realização social profunda pela prática dos direitos sociais que ela inscreve e pelo exercício dos instrumentos que oferece à cidadania e que possibilita concretizar as exigências de um Estado de justiça social, fundado na dignidade da pessoa humana.

Assim sendo, não há qualquer dificuldade em associar a *dignidade da pessoa humana* com o direito à saúde, já que se tal direito não estiver sendo concretizado, a vida da pessoa, com certeza, não estará sendo digna; em desrespeito, pois, aos objetivos constitucionais do bem-estar e da justiça social.

Ademais, sustenta-se que para a garantia dos direitos fundamentais sociais e da própria dignidade da pessoa humana é preciso um mínimo de segurança jurídica, a fim de que haja uma proteção contra medidas retrocessivas, notadamente aquelas que, na esfera legislativa, poderiam suprimir ou enfraquecer, por exemplo, os direitos sociais.

Por isso, a doutrina vem defendendo a idéia da *proibição de retrocesso*, que, nas palavras de Barroso (2008), caracteriza-se como sendo um princípio, que não é expresso, mas decorre do sistema jurídico-constitucional. Nesse caso, entende-se que se uma lei, ao regulamentar um mandamento constitucional, instituir determinado direito, ele se incorpora ao patrimônio jurídico da cidadania e não pode ser absolutamente suprimido.

Nesse sentido, Sarlet (2001) justifica a *proibição do retrocesso* na esfera dos direitos fundamentais sociais, argumentando que a noção do mínimo existencial assim o exige. Sustentando que esse mínimo engloba um conjunto de prestações materiais que asseguram a cada indivíduo uma vida com dignidade, que só poderá ser uma vida saudável que corresponda a padrões qualitativos mínimos.

5.6 O DIREITO À SAÚDE E O PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA INTEGRALIDADE

A partir da Constituição Federal de 1988, a prestação do serviço público de saúde não mais está restrita aos trabalhadores inseridos no mercado formal. De acordo com o seu art. 196, a saúde “*é direito de todos e dever do Estado*”, sendo assegurado “*o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”.

Portanto, todos os brasileiros passaram a ser titulares do direito à saúde, independentemente da existência de vínculo empregatício.

Por sua vez, o art. 198 da Carta Magna instituiu o SUS (BRASIL, 2007)¹⁰, estabelecendo as suas diretrizes, quais sejam: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade.

Desse modo, verifica-se que o texto constitucional firma evidente compromisso com o Estado do bem-estar social, na medida em que positiva o direito à saúde e o sistema incumbido de sua garantia, da forma mais abrangente possível.

As Leis Orgânicas de Saúde (LOS), compostas pelas Leis números. 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990b e 1990c), foram editadas com objetivo de dar cumprimento aos mandamentos constitucionais relacionados à saúde, normatizando o SUS no território nacional e disciplinando as ações e serviços de saúde nos três níveis de governo.

A Lei 8.080/90 define, em seus arts. 6º e 7º, que dentre as ações que se incluem no campo de atuação do SUS, encontra-se a de “*assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica*, segundo o art. 6º, I”,d” (BRASIL, 1990b).

Essa assistência, pois, deve ser ofertada à população respeitando-se ao princípio da integralidade, compreendido como sendo um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, segundo o art. 7º, II, da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b).

A integralidade foi prioridade do Movimento da Reforma Sanitária desde meados de 1980, nas lutas que culminaram na Constituição de 1988, sendo um princípio sempre defendido como primordial ao sistema e como intenção e necessidade da ação pública (MACHADO, 2006).

Esse Movimento, quando pensou o sistema de saúde baseado na própria experiência e em sistemas de outros países, imaginou uma integralidade regulada: nela se faria só o *tudo* que tivesse base científica devidamente evidenciada e que seguisse o padrão ético (CARVALHO, 2006).

Acerca dos diversos sentidos do termo integralidade no contexto da luta pela reforma sanitária no Brasil, Mattos (2004) identifica pelo menos três conjuntos de sentidos.

¹⁰ “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único”

De acordo com esse autor, o primeiro se refere às características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde, relacionando a integralidade à abrangência dessas respostas governamentais, no sentido de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais. Um segundo conjunto de sentidos era relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e um terceiro era voltado para atributos das práticas de saúde.

Mattos (2004), ao se deter aos atributos das práticas de saúde, afirma que o que caracteriza a integralidade é a apreensão ampliada das necessidades de cada um por parte do trabalhador da saúde, mas principalmente essa habilidade de reconhecer a adequação de nossas ofertas ao contexto específico da situação no qual se verifica o encontro do sujeito com a equipe de saúde.

Adverte o autor que o princípio da integralidade deve ser exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada caso.

Segundo Mattos (2004, p. 1414):

[...] Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. [...] A característica chave para a existência desse diálogo é a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro.

Por isso, Mattos (2004) chama a atenção para que aprofundemos a reflexão sobre as características das práticas de saúde e não consideremos simplesmente a integralidade como sinônimo do acesso a todos os níveis do sistema.

Nesse sentido, sustenta Mattos (2004, p. 1413):

[...] Uma coisa é defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que se façam necessários, o que, numa rede regionalizada e hierarquizada, pode assumir a forma da defesa ao acesso a todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Outra coisa, igualmente importante, é defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de

modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde.

Sobre tal princípio, Aith (2007, p. 357) destaca que:

[...] sempre que uma pessoa estiver doente e estiver inserida no SUS, caberá ao Estado fornecer o tratamento terapêutico para a recuperação da saúde dessa pessoa, de acordo com as possibilidades oferecidas pelo desenvolvimento científico. Desse modo, não importa o nível de complexidade exigido, a diretriz de atendimento integral obriga o Estado a fornecer todos os recursos que estiverem ao seu alcance para a recuperação da saúde de uma pessoa, desde o atendimento ambulatorial até os transplantes mais complexos. Todos os procedimentos terapêuticos reconhecidos pela ciência e autorizados pelas autoridades sanitárias competentes devem ser disponibilizados para a proteção da saúde da população.

Por outro lado, discute-se se o disposto no art. 196 da Carta Magna, que preceitua que a saúde é direito de todos e dever do Estado, obriga esse Estado a garantir tudo para todos e se o Poder Judiciário deve adotar o conhecido “pediu-levou”, desprezando quem e o que se pediu, assim como os reflexos da decisão.

Evidentemente, a integralidade precisa ser balizada por princípios, diretrizes e normas constitucionais e legais para, desde logo, impedir o argumento de que tudo, irrestritamente, cabe no direito à saúde (SANTOS, 2006b).

Nenhum sistema de saúde público sem organização, parâmetros, critérios epidemiológicos, protocolos de conduta, regulamentos técnicos, critérios de incorporação de tecnologia e limites de gastos dará conta de atender à demanda ofertada na sociedade, cada dia mais sofisticada e que poderá, muitas vezes, ter muito mais a ver com interesses financeiros do que com interesses humanísticos (SANTOS, 2006b).

A integralidade está condicionada à vinculação do paciente ao SUS, no seu município, e, para que ele receba atendimento, o receituário ou relatório respectivo deve ser emitido por médico vinculado igualmente ao SUS.

Nesse sentido, argumenta Santos (2006b, p. 46):

[...] A universalidade assegura o acesso de todos à saúde, mas a pessoa precisa querer adentrar ao SUS, uma vez que a assistência integral somente é garantida àqueles que estão no SUS. Quem optou pelo sistema privado não pode pleitear parcela da assistência pública, porque ela pressupõe a integralidade da atenção, e a

integralidade da atenção, por sua vez, pressupõe que o paciente está sob terapêutica pública, escolheu o sistema público.

Prossegue a autora (2006b, p. 46):

Integralidade da atenção é uma ação de mão dupla: paciente e profissionais devem manter uma vinculação, não podendo o SUS ser uma atividade complementar do setor privado, apenas fornecendo exames, medicamentos, realizando cirurgias ministradas por profissionais que não pertencem ao setor público de saúde. A primeira imposição para que a integralidade ocorra é o paciente observar as regras do SUS no tocante ao acesso. Pode acessar os serviços, mas tem que respeitar seus regramentos. Se o SUS vincula a assistência farmacêutica à prescrição de profissionais do SUS, o paciente não poderá, mediante prescrição privada, ir buscar os serviços públicos. Se não houver esse respeito às normas públicas, teremos um esfacelamento, um fracionamento da atenção e um sistema público complementar ao sistema privado, em vez de um sistema público integral.

Santos (2006b, p. 47) ainda adverte:

[...] A sociedade brasileira escolheu um sistema de saúde misto: público e privado. O público, gratuito, e o privado, pago. A população tem a liberdade de escolha. E ao fazer essa escolha fará uma opção pelos serviços públicos ou pelo privado, com todas as suas consequências. Se optar pelo público, deverá observar os seus regramentos, como a regionalização dos serviços, as referências e contra-referências, calendário de vacinação, porta de entrada dos serviços de acordo com o agravo à saúde e a sua complexidade, padronização de medicamentos etc.; lembrando sempre que o SUS é um sistema público aberto: quem quiser poderá usufruir dele, mas sempre observando as suas imposições administrativas e técnicas. [...] O que não pode, na saúde pública, é o paciente buscar um mesmo tratamento nos dois sistemas ao mesmo tempo: consulta privada, exames públicos. Diagnóstico privado, cirurgia pública. Isso rompe com o conceito da integralidade da assistência, uma vez que os profissionais de saúde do SUS não poderão ficar à mercê da terapêutica exigida pelos profissionais de saúde do setor privado, complementando-o. Ou se adentra o SUS e submete-se a seus parâmetros técnicos, científicos, administrativos, ou se opta pelos serviços privados.

Igualmente, não se admite uma concomitância entre o atendimento público e privado, sob pena de se contrariar ao que preceitua o art. 199, § 1º, da Constituição Federal, que prevê o sistema particular em complementaridade ao sistema público e não o contrário: que o SUS participe como agente auxiliar do

sistema privado no papel, unicamente, de fornecedor de medicamentos, ou de prestador de exame, ou de qualquer outro procedimento.

Se o paciente optar pelo serviço público (SUS), a ele será assegurada a assistência integral à sua saúde, não podendo haver, por exemplo, limitação de medicamentos, já que a assistência à saúde jamais poderá desvincular-se da assistência farmacêutica, sendo esta complemento essencial da assistência médica e hospitalar.

Todavia, se o paciente optar pela iniciativa privada, não poderá fazer exames, receber medicamentos e utilizar outros serviços do SUS, exatamente porque estes serviços só poderão ser ofertados àqueles que optarem pelo sistema público de saúde. Evidentemente, como não poderia ser diferente, há nessa área regramentos e uma organização que devem ser respeitados pelo cidadão.

Seria a mesma situação de um aluno que, não estando matriculado numa determinada escola pública, pretendesse fazer uso de suas dependências e serviços a qualquer momento, mesmo sendo a educação um direito de todos e um dever do Estado. Ou até mesmo daquele eleitor que no dia de eleição, estando viajando e, portanto, fora de seu domicílio eleitoral, decidisse exercitar seu direito de voto em outra cidade, sob o argumento de que tal direito é direto, secreto, universal e periódico.

Não obstante seja indiscutível a importância da regulamentação e do planejamento para um sistema público de saúde, não é possível, por outro lado, reduzir o princípio da integralidade unicamente aos tratamentos e medicamentos previstos pelo gestor público.

Na área da assistência farmacêutica, apesar de serem elaborados com base na medicina baseada em evidências, os Protocolos Clínicos e Listas Oficiais não contemplam todas as necessidades de saúde da população, bem como podem apresentar falhas e demoras em sua atualização¹¹, de acordo com novas tecnologias e recursos disponíveis (MARQUES, 2009).

¹¹ Durante audiência pública promovida pelo Supremo Tribunal Federal para debater o direito à saúde no Brasil, encerrada no dia 7.5.2009, o Ministro da Saúde José Gomes Temporão firmou o compromisso de atualizar mais rapidamente os protocolos clínicos, para análise de novos medicamentos e tratamentos, reconhecendo que falta, hoje, uma revisão periódica desses protocolos. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=107764&tip=UN>>. Acesso em: 11/05/2009.

Em que pese a importância de se padronizar, mediante políticas públicas, tratamentos uniformes para serem ofertados publicamente, racionalizando os recursos à disposição do Estado, não podemos nos desviar da necessária amplitude do princípio da integralidade, sob pena de se impedir, no caso concreto, a concretização do direito à saúde (MARQUES, 2009).

A amplitude desse princípio, na saúde, envolve necessariamente desde atividades preventivas e serviços assistenciais, até formação de recursos humanos, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador, de acordo com a Constituição Federal e a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990b).

5.7 A RESERVA DO POSSÍVEL E O DIREITO À SAÚDE

O Poder Público, muito frequentemente, tenta justificar sua omissão frente à efetividade do direito à saúde, sustentando que o chamado princípio da reserva do possível, por vezes, impede a concretização deste direito.

Argumenta-se que o ponto de partida da Constituição Federal é esta reserva, aduzindo que os direitos sociais só podem ser respeitados quando houver recursos financeiros suficientes para isso.

Sobre esta matéria, Canotilho (2002) assevera que absolutamente não se admite, como justificativa para o não-cumprimento dos direitos sociais, a alegação de que a sua efetivação só se realizará se os cofres públicos assim o permitirem.

Ressalta Canotilho (2002) que um direito social sob reserva dos cofres cheios equivale, na prática, a nenhuma vinculação jurídica, sustentando que os direitos fundamentais sociais consagrados em normas da Constituição dispõem de vinculatividade normativo-constitucional, os quais são autênticas imposições legiferantes, cujo não-cumprimento poderá justificar a inconstitucionalidade por omissão.

Neste sentido, Sarlet (2006, p. 355) leciona que:

Como dá conta a problemática posta pelo “custo dos direitos”, por sua vez, indissociável da assim designada “reserva do possível” (que

não pode servir como barreira intransponível à realização dos direitos a prestações sociais), a crise de efetividade vivenciada com cada vez maior agudeza pelos direitos fundamentais de todas as dimensões está diretamente conectada com a maior ou menor carência de recursos disponíveis para o atendimento das demandas em termos de políticas sociais. Com efeito, quanto mais diminuta a disponibilidade de recursos, mais se impõe uma deliberação responsável a respeito de sua destinação, o que nos remete diretamente à necessidade de buscarmos o aprimoramento dos mecanismos de gestão democrática do orçamento público.

Prossegue o autor (2006, pp. 356 e 357):

Parece-nos oportuno apontar aqui que os princípios da moralidade e da eficiência, que direciona a atuação da administração pública em geral, assumem um papel de destaque nesta discussão, notadamente quando se cuida de administrar a escassez de recursos e otimizar a efetividade dos direitos sociais [...], que também resta abrangida na obrigação de todos os órgãos estatais e agentes políticos a tarefa de maximizar os recursos e minimizar o impacto da reserva do possível [...] Assim, levar a sério a “reserva do possível (e ela deve ser levada a sério, embora sempre com as devidas reservas) significa também, especialmente em face do sentido do disposto no art. 5º, § 1º, da CF, que cabe ao poder público o ônus da comprovação efetiva da indisponibilidade total ou parcial de recursos e do não desperdício dos recursos existentes.

Assim sendo, verifica-se que deve haver máxima cautela quando o Poder Executivo se apega ao argumento da reserva do possível para justificar a sua omissão na área da efetivação dos direitos fundamentais. É comum o agente estatal apresentar uma desculpa genérica para não concretizar um direito social, notadamente na área da saúde.

Admitir-se-ia, portanto, a omissão estatal com base na reserva do possível caso o Estado demonstrasse, satisfatoriamente, a eficiência da administração pública (o que pressupõe a maximização dos recursos), a efetiva indisponibilidade total ou parcial de recursos e o não-desperdício dos recursos existentes.

Em relação ao Estado do Paraná, por exemplo, esse ente federativo incluiu nas contas da saúde de 2008 um programa que distribui leite a crianças carentes, atingindo, assim, para efeitos formais, o percentual mínimo de 12% a ser aplicado nessa área, quando, na realidade, aplicou, naquele ano, apenas 9,84% de

recursos próprios na saúde¹², em descumprimento à citada Emenda Constitucional nº 29/2000.

Neste contexto, se o próprio Poder Público não cumpre a Constituição Federal, alegações genéricas de falta de recursos por ele apresentadas são insustentáveis.

Não se quer dizer com isso que a reserva do possível – termo que vem se banalizando para justificar a ineficiência do aparelho estatal – não deva ser analisada em cada caso concreto, mas não para impedir o reconhecimento da responsabilidade do Estado e sim para que seja edificada uma forma de viabilização de uma Constituição comprometida com a dignidade da pessoa humana e com os direitos fundamentais.

5.8 A PROTEÇÃO À SAÚDE COMO SERVIÇO DE RELEVÂNCIA PÚBLICA E O MINISTÉRIO PÚBLICO

O legislador constituinte reconheceu que são de *relevância pública* as ações e serviços de saúde, segundo o art. 197 da Constituição Federal; reforçando, assim, a exigibilidade do direito à saúde, atribuindo-lhe o caráter de serviço público essencial.

Ao mesmo tempo, este legislador conferiu ao Ministério Público a função de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia, de acordo com o art. 129, II, da Constituição Federal.

Sobre tais dispositivos constitucionais, leciona Weichert (2004) que a atual Constituição Federal inovou na terminologia ao referir a existência de serviços de *relevância pública*, já que nas Constituições anteriores não houve tal tratamento.

Portanto, em dois momentos trata a Constituição desses serviços de relevância pública.

¹² Folha de S. Paulo, de 15 maio 2010 (C6 cotidiano). Segundo essa matéria, no Paraná, o Ministério Público do Estado já apresentou à Justiça cinco ações civis públicas em que pede o cumprimento dos 12% constitucionais. Uma já teve decisão favorável em primeira instância, sendo que as demais ações aguardam julgamento.

Primeiro, ao atribuir ao agente ministerial a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos previstos na Carta Magna, devendo adotar todas as medidas no sentido de garanti-los. Sendo esse o fundamento principal que autoriza a atuação do Ministério Público na área da saúde.

E, depois, ao definir que “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”.

Assim, a Constituição Federal, além de vir reforçar a exigibilidade do direito à saúde, por atribuir-lhe o caráter de serviço público essencial, estabelece que a saúde é sempre assegurada através da atuação de uma função pública estatal, mesmo quando prestada por particulares, sendo que apenas as suas ações e serviços não têm exercício exclusivo do Estado (FERRAZ; BENJAMIN, 2004).

Por essa razão, vê-se limitada a liberdade dos prestadores privados, já que cabe ao Estado a direção de serviços e ações de saúde, fixando as diretrizes e parâmetros para a atuação daqueles.

Portanto, ainda que a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, caberá ao Poder Público o papel de regulamentar, fiscalizar e controlar todas as ações e serviços de saúde.

Desse modo, deve haver uma combinação entre os mencionados artigos 197 e 129, inciso II, da Carta Magna.

Sem se olvidar, portanto, que a competência do Ministério Público não se dirige apenas aos atos praticados diretamente pelos Poderes Públicos, mas também aos serviços de relevância pública, mesmo quando não prestados diretamente pelo Estado.

Ademais, diante dos princípios constitucionais que alicerçam o novo modelo de proteção à saúde, não há como não se estabelecer vínculo inarredável entre tal modelo e a missão do Ministério Público de defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, prevista que está no art. 127 da Carta Magna.

O Ministério Público, que possui a especial função de atuar na salvaguarda do direito à saúde e dos interesses resultantes de atividades ou

omissões dele decorrentes, deve, ainda, estar voltado para a consolidação e a concretização de políticas públicas de saúde.

Com efeito, ao se qualificar um serviço público como de relevância pública, indica-se a existência de uma importância adicional nesse serviço, o qual deverá ser prestigiado pela administração.

Por isso, acentua Weichert (2004, p. 129):

[...] quando se tratar de serviço público relevante, em eventual confronto com outro que não tenha essa qualificação, o administrador público deverá privilegiar aquele, como, por exemplo, na destinação de recursos. Com isso, a Constituição veda uma inversão de prioridades com base em critérios supostamente discricionários. O serviço de relevância pública deve, pois, ser privilegiado no conjunto da atuação do Poder Público.

Assim sendo, o serviço de relevância pública deve submeter-se aos direitos constitucionais exatamente por ter como objetivo precípua satisfazer as pretensões sociais dos cidadãos.

Em decorrência disso, o Ministério Público está legitimado a promover as ações judiciais cabíveis (ação civil pública, mandado de segurança etc.) em matéria de serviços de relevância pública (a começar pela saúde), ainda quando estiverem em jogo interesses individuais homogêneos disponíveis, desde que presente uma certa importância social.

Deve o Ministério Público, assim, como defensor dos interesses sociais e individuais indisponíveis, velar para que este modelo de saúde – instrumentalizado pelo SUS – responda com justiça e equidade à *universalidade* e à *integralidade* da atenção à saúde, conforme a necessidade dos indivíduos e da coletividade, mesmo que seja acionado por uma demanda individual, já que a saúde é um direito indisponível.

Com efeito, o sucesso do desempenho do Ministério Público nesta área, para bem diagnosticar uma situação e para tomar decisões sobre um problema de saúde, dependerá, cada vez mais, de como ele identifica os problemas específicos em cada realidade social, ou seja, de como ele analisa as demandas, com o objetivo de atingir um melhor funcionamento do sistema e da rede de serviços de saúde.

5.9 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE

Sendo a saúde direito humano fundamental e indispensável para o exercício dos outros direitos humanos, todo ser humano tem o direito de usufruir o mais alto padrão de saúde que o leve a viver uma vida digna.

Não basta que o direito à saúde esteja contido somente na forma da lei: é necessário torná-lo prática concreta no cotidiano dos serviços prestados à população.

A cidadania confere ao indivíduo a possibilidade de exercer seus direitos (civis, políticos e sociais) na busca da igualdade social. Ao contrário, a população brasileira, carente de serviços, comumente se submete ao Estado numa relação de gratidão, quando, constitucionalmente, deveria assumir uma postura ativa de cidadania.

Isto se intensifica ao constatarmos que a capacidade de os grupos sociais reivindicarem é muito diferenciada e que a prática cotidiana reafirma a desigualdade na distribuição dos benefícios sociais conforme a inserção social dos diferentes sujeitos (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

O Ministério Público representa a possibilidade de superação do paradoxo da saúde pública no Brasil: o descompasso entre a legislação e as dificuldades encontradas pela população para obter serviços de boa qualidade (MELAMED; RIBEIRO, 1995).

Desse modo, podemos conceber o Ministério Público como um espaço de construção de novos arranjos institucionais, democráticos e de cidadania.

Os profissionais dessa instituição, ao se depararem com um contexto novo de atuação – a área de políticas públicas, mais especificamente da saúde –, são induzidos a repensar sua prática jurídica, apoiada num modelo ora inaplicável, ou quando muito, insuficiente para responder de maneira satisfatória às novas demandas (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Para Maués e Simões (2001), sendo o direito à saúde caracterizado como um dos direitos sociais reconhecidos pela Carta Magna, pode-se falar numa constitucionalização do direito sanitário, que possui duas características principais: o reconhecimento do direito à saúde como direito fundamental e a definição dos princípios que regem a política pública da saúde.

Tendo sido o direito à saúde constitucionalizado em 1988, sendo caracterizado como direito público subjetivo a prestações estatais, o Poder Público está obrigado a desenvolver as políticas que venham garantir esse direito.

Tal forma de constitucionalização é o ponto de partida para analisar a eficácia e aplicabilidade do direito à saúde, examinando também sua exigibilidade judicial (MAUÉS; SIMÕES, 2001).

Com efeito, a competência do Ministério Público, nessa área, não se dirige apenas aos atos praticados diretamente pelos Poderes Públicos, mas também aos serviços de relevância pública, mesmo quando não prestados diretamente pelo Estado (MAUÉS; SIMÕES, 2001).

Segundo Carvalho e Santos (1995), ao qualificar os serviços e ações de saúde como de relevância pública, não pretendeu o legislador constituinte dizer que os demais direitos humanos e sociais não têm relevância. Talvez o legislador quisesse enunciar a saúde como um estado de bem-estar prioritário, fora do qual o indivíduo não tem condições de gozar outras oportunidades proporcionadas pelo Estado, como a educação.

De acordo com Teixeira (2007), a mesma Constituição de 1988 que cunhou este jovem Ministério Público, profundamente envolvido com os mais elevados interesses sociais, é a mesma que também criou o SUS, ápice dos movimentos sociais que constituíram a Reforma Sanitária brasileira, cuja síntese foi proclamada na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, e cujas decisões foram integralmente contempladas no art. 196 e seguintes dessa Carta Magna.

Há que se recordar a CARTA DE PALMAS EM DEFESA DA SAÚDE¹³, firmada em 7 de agosto de 1998, que se constitui no primeiro documento de política sanitária do Ministério Público brasileiro.

Nela, o Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Justiça estabeleceu ações a serem desenvolvidas no âmbito do Ministério Público, tais como: instituir a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDES), efetivar o acompanhamento sistemático dos recursos relativos à saúde pública no país, exigir a apresentação de relatórios de gestão em audiência pública, que deverá indicar o

¹³ <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo.php?conteudo=8>, acesso em 15 abr.2010

cumprimento das metas do plano de saúde, e recomendar ao Ministério Público dos Estados a instituição de Promotorias da Defesa da Saúde.

Frise-se que o Ministério Público, para defender os interesses sociais, tem a seu dispor, inclusive, a ação civil pública (ACP) – prevista na Lei Federal nº 7.347/1985 (BRASIL, 1985).

A propósito, leciona Milaré (2005, p. 5), ao se referir à ACP, que:

[...] A Lei 7.347, de 24.07.1985, é certamente um dos instrumentos legais mais celebrados e invocados desde que se restabeleceu o Estado de Direito com a restauração da democracia no Brasil. (...) Não apenas a ciência jurídica enriqueceu-se com o estudo e a prática da ação civil pública, mas, sobretudo, alargaram-se as fronteiras dos direitos da sociedade civil mediante iniciativas e procedimentos que, mais do que jurídicos e processuais, foram social e politicamente pedagógicos, porquanto despertaram mais e mais a consciência de cidadania e, por isso, desencadearam processos participativos orientados à defesa do patrimônio coletivo e da sadia qualidade de vida dos cidadãos.

Desse modo, por meio dessa ação, será possível implementar, via Poder Judiciário, direitos fundamentais passíveis de efetivação (como o direito à saúde), quando, inexplicável e injustificadamente, são negados ao corpo social pelo Poder Público.

6 O MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ

6.1 O MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ E O DIREITO À SAÚDE

No dia 15 de agosto de 1997, através da Resolução 1014, subscrita pelo Procurador-Geral de Justiça Olympio de Sá Sotto Maior Neto, foi criado, no âmbito do Ministério Público do Paraná, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias (CAOP) de Proteção à Saúde Pública, com objetivo principal de transformar-se em forte elemento de comunicação e informação sobre temas de saúde pública às Promotorias de Justiça do Estado que atuam nessa área.

Caracteriza-se esse CAOP como sendo um instrumento interativo, que, por isso mesmo, pressupõe a constante colaboração de todos os interessados na causa sanitária, indicando fontes de consulta, bibliografia, artigos, textos acadêmicos e todo tipo de matéria que se preste à permanente atualização de seu conteúdo¹⁴.

Essa iniciativa compõe um contexto de trabalho institucional evidentemente mais amplo, mas que não pertence apenas ao Ministério Público.¹⁵

O postulado constitucional da saúde, direito fundamental do ser humano, nas suas bases de universalidade, isonomia e integralidade de atendimento, não se concretizará sem a percepção da sociedade de que essa é uma tarefa sua, e não apenas do Poder Público.¹⁶

Aprofundar essa consciência, portanto, e também difundi-la onde ainda não se faça presente, promovendo a participação e a discussão democrática no seio da comunidade, privilegiando-se a audição dos que mais necessitam, vocalizando juridicamente contra lesões ao direito à saúde do cidadão, fortalecer, enfim, o controle social, talvez seja o que de mais importante espera a sociedade do Ministério Público nesse momento.¹⁷

¹⁴ <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3>, acesso em 12 maio 2009

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Idem.

Na época, a criação desse CAOP significou um ato de pioneirismo institucional no plano nacional e de visão estratégica antecipada às necessidades sociais nascidas na Constituição Federal de 1988, bem como reconheceu autonomia funcional e administrativa, no âmbito do Ministério Público do Estado do Paraná (MPPR), à tutela de um direito, ao mesmo tempo social e individual indisponível.

Tratando-se do único direito explicitado pela Carta Federal como sendo de relevância pública.¹⁸

O surgimento do CAOP evidenciou a coragem de se aliar, não apenas formalmente, às causas da sociedade, demonstrando ousadia de fazer cumprir a lei, como um generoso olhar dirigido aos menos suficientes, credenciando o MPPR a ambicionar muito mais para o futuro, na seara da saúde pública.¹⁹

Por sua vez, a Corregedoria-Geral do Ministério Público do Paraná - órgão fiscalizador das atividades desenvolvidas pelos Promotores de Justiça - assim se expressa sobre a atuação do Ministério Público em prol da saúde pública:

A saúde é direito fundamental, capaz de viabilizar a garantia da própria vida, pressuposto da dignidade da pessoa humana e, como tal, deve ser incansavelmente protegido e respeitado, sendo inadmissível qualquer conduta comissiva ou omissiva tendente a ameaçá-lo ou frustrá-lo, daí porque as ações e os serviços que lhe são afetos passaram a ser expressamente reconhecidos, por meio da Carta Magna (art. 197), como de relevância pública. Nesse contexto, o Ministério Público é portador da especial missão de atuar na salvaguarda efetiva desse direito (artigos 127 e 129, II, da CF), promovendo as medidas necessárias à sua garantia – tanto no âmbito extrajudicial, quanto na seara judicial -, propiciando o acesso dos usuários do SUS às iniciativas de saúde, bem como fiscalizando e adotando providências para que, proativamente, a consolidação e a concretização das políticas públicas de saúde alcancem, no mínimo, adequado grau de resolutividade (PARANÁ, 2009a, p. 243).

De qualquer forma, na área da saúde, recomenda-se também ao Ministério Público que se utilize da judicialização (promoção de ação judicial) como último recurso, ponderando-se, nesse caso, que:

[...] o Promotor de Justiça tem atribuições para tornar concreta a tutela do direito à saúde por ato de sua própria responsabilidade, razão pela qual deve se esforçar para atuar no campo extrajudicial, assumindo postura mais resolutiva do que demandista; podendo

¹⁸ http://www.mp.pr.gov.br/cpsaude/telas/sd_correios87.html, acesso em 12 maio 2009.

¹⁹ Idem.

valer-se da recomendação administrativa ou do termo de compromisso de ajustamento de conduta para a resolução dos conflitos, apenas procurando a via judicial em último caso (PARANÁ, 2009a, p. 244).

Essa recomendação é consentânea com o Plano Estratégico da Instituição, intitulado GEMPAR 2018 – Gestão Estratégica do Ministério Público do Paraná (PARANÁ, 2009b), em cujo mapa estratégico consta como um dos processos de eficiência e eficácia a ampliação da resolução extrajudicial dos conflitos.

6.2 ATIVIDADES DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL EM LONDRINA

As atividades da 24ª. Promotoria de Justiça são registradas no Livro de Atividades, Livro de registro dos procedimentos administrativos, e nas cópias arquivadas dos ofícios, portarias, petições iniciais e das ações judiciais.

Essa Promotoria de Justiça, segundo seu Livro de Atividades, no ano de 2008, atendeu 174 (cento e setenta e quatro) pessoas, sendo que, além dessas, 93 pessoas foram inquiridas formalmente pelo Ministério Público, por meio de Termos de Declarações²⁰. Nesse período de 1 (um) ano, foram expedidos 643 (seiscentos e quarenta e três) ofícios.

Ainda nesse ano, a Promotoria de Justiça participou de 34 (trinta e quatro) reuniões, além de ter efetuado 4 (quatro) visitas a estabelecimentos de saúde, 6 (seis) palestras na área da saúde e 34 (trinta e quatro) entrevistas a órgãos de imprensa, todas elas relacionadas às atividades do Ministério Público na área da saúde.

Destaca-se que dessas 34 (trinta e quatro) reuniões, 16 (dezesesseis) se referem à participação do Promotor de Justiça em reuniões do Conselho

²⁰ No mês de agosto de **2008**, a Promotoria de Justiça reuniu os 9 (nove) candidatos a Prefeito Municipal de Londrina, diante das eleições municipais que se aproximavam (outubro de 2008), propondo a eles assinatura de um TERMO DE COMPROMISSO COM A SAÚDE DE CANDIDATO A PREFEITO, contendo 11 (onze) itens, com destaque para o seu 1º: “Cumprirei e farei cumprir a Constituição Federal, a Constituição Estadual e a Lei Orgânica de meu município, e toda a legislação da saúde, fazendo disso minha principal diretriz de trabalho, visando fortalecer o papel do Executivo Municipal e a construção da cidadania e da solidariedade de todos os municípios”.

Municipal de Saúde – órgão que atua na formulação da política de saúde e no controle de sua execução, incluindo os aspectos financeiros, e no qual são discutidos assuntos relevantes da saúde, com poderes para deliberar no âmbito de sua competência legal (SANTOS, 2006a).

A Promotoria de Justiça, também nesse período, se dirigiu por 4 (quatro) vezes a Bairros carentes de Londrina, sempre em dias da semana e à noite, dentro do Programa das Promotorias das Comunidades, visando colher da população os seus principais problemas, inclusive na área da saúde.

No mês de abril de 2008, afastada a possibilidade de uma solução judicial imediata para os cerca de 500 (quinhentos) pacientes glaucomatosos de Londrina e Região que necessitavam do uso diário de colírios, o Ministério Público e a ONG Associação pelos Direitos da Visão (cuja criação teve participação decisiva do MP) realizaram reuniões e encontros com objetivo de cadastrar o maior número possível de pacientes nessa situação, a fim de repassar tais cadastros aos Gestores Estadual e Municipal de Saúde²¹.

Em junho de 2008, o Estado do Paraná, por intermédio do Hospital de Olhos de Londrina (credenciado ao SUS) distribuiu colírios para 100 usuários do SUS²².

Considerando que os demais pacientes não estavam recebendo os medicamentos de que necessitavam, mais de cem pacientes e familiares participaram de um protesto no Centro de Londrina, para reivindicar a entrega dos colírios pelo Estado, e, munidos de faixas e velas, caminharam até a 17ª. Regional de Saúde de Londrina, onde foram recebidos pelo seu Diretor, ocasião em que ameaçaram fazer uma vigília permanente no local até a solução do problema²³.

Menos de 15 dias depois, foi anunciado que o Estado do Paraná iniciaria o fornecimento dos medicamentos para os demais pacientes portadores de glaucoma, cujo perfil é de aposentados que vivem com menos de um salário mínimo²⁴.

²¹ “ONG e MP convocam pacientes com glaucoma” – Folha de Londrina de 12.4.2008.

²² “Portadores de glaucoma recebem colírios” – Folha de Londrina de 14 de junho de 2008.

²³ “Portadores de glaucoma protestam” – Folha de Londrina de 17 de julho de 2008.

²⁴ “Acordo beneficia 400 pacientes de glaucoma – Hospital fornecerá medicamentos a portadores de glaucoma até o governo federal credenciar centro de referência” – Folha de Londrina de 31 de julho de 2008.

Nessa área da mobilização da comunidade como alternativa para solução de problemas relacionados à saúde, leciona Carvalho (2007) que “ela é um direito do cidadão pleno, portador de direitos, sendo necessário cultivá-la nas questões que dizem respeito ao direito à vida e à saúde”.

Nesse sentido, Carvalho e Santos (1995, p. 277) afirmam que:

a mobilização da comunidade é, na verdade, o mais poderoso instrumento de controle social. O exercício do controle social da atuação dos Poderes Públicos é uma decorrência da prática da democracia, sendo importante que os cidadãos continuem a organizar-se em associações as mais diversas e prossigam exigindo do Estado o cumprimento do seu papel em favor do bem-estar social.

Ainda em 2008, apenas na área da saúde pública, foram instaurados 118 (cento e dezoito) procedimentos administrativos, tendo sido arquivados, nesse período, 97 (noventa e sete) procedimentos²⁵.

No ano de 2009, a Promotoria de Justiça participou de 62 (sessenta e duas) reuniões, além de ter efetuado 11 (onze) visitas a estabelecimentos de saúde, 4 (quatro) palestras na área da saúde e 25 (vinte e cinco) entrevistas a órgãos de imprensa.

Destaca-se que dessas 62 (sessenta e duas) reuniões, 10 (dez) se referem à participação em reuniões do Conselho Municipal de Saúde; 11 (onze) às reuniões do Comitê Gestor da Gripe A (H1N1); e 6 (seis) às reuniões do Grupo de Trânsito de Londrina, instituído pela Promotoria de Justiça com objetivo de humanizar o trânsito de Londrina, principalmente por intermédio da campanha “PÉ NA FAIXA”, lançada no dia 18 de setembro de 2009, tendo sido mobilizados vários segmentos da comunidade, visando se respeitar, pelos motoristas e pedestres, as faixas de pedestre existentes nas ruas da cidade.

No ano de 2009, foram atendidas 247 (duzentos e quarenta e sete) pessoas, sendo que, além dessas, 49 (quarenta e nove) pessoas foram inquiridas formalmente pelo Ministério Público, por meio de Termos de Declarações. Nesse período, foram expedidos 831 (oitocentos e trinta e um) ofícios.

²⁵ Em 2008, duas ações civis públicas foram propostas e impetrados 6 (seis) mandados de segurança; tendo havido 66 (sessenta e seis) pronunciamentos em processos judiciais em andamento, e a oferta de 19 (dezenove) denúncias criminais, envolvendo crimes contra a vida e a saúde pública.

Ainda em 2009, apenas na área da saúde pública, foram instaurados 121 (cento e vinte e um) procedimentos administrativos, tendo sido arquivados nesse período 101 (cento e um) procedimentos²⁶.

De acordo com o referido Livro de Atividades, e à guisa de exemplificação, informa-se que no período de 1/2/2008 a 31/07/2008, as pessoas que procuraram o Ministério Público, para tratar de assuntos relacionados direta ou indiretamente à saúde, receberam orientações relacionadas às seguintes questões: erro médico; providências a serem tomadas em relação à entidade que cuida de dependentes químicos; eleições em Associações de Moradores; tratamento fora de domicílio (TFD); perícia criminal; direito do consumidor; ação civil pública; providências a serem adotadas pelo Serviço Social de Hospital; papel das lideranças comunitárias; direitos dos pacientes com obesidade mórbida (3) e que necessitam de consulta com ortopedista; fluxo do SUS para obter consulta com especialistas e prótese (3); mudança de sexo; dificuldades enfrentadas junto à direção de hospital e a famílias de portador de doença mental (2); e informações sobre a atuação do MP na área da saúde a estudantes de jornalismo e serviço social e a representantes de laboratórios de medicamentos.

Destaca-se que, no período supra, ainda de acordo com o Livro de Atividades, o Ministério Público, via telefone, obteve o encaminhamento de dois pacientes para hospitais terciários (via SAMU), a realização de curativos diários em paciente (junto à Coordenação de UBS) e internação hospitalar para realização de embolização cerebral de paciente (junto à Direção). Casos esses que chegaram ao Ministério Público por telefone ou com a ida dos interessados à instituição.

Em sintonia com a recomendação de que, na área da saúde, a via judicial deve ser vista como último recurso, essa Promotoria de Justiça vem atuando, sobretudo, na área extrajudicial, deixando para provocar o Poder Judiciário (quando ocorre a judicialização) após esgotadas todas as medidas possíveis de serem adotadas no âmbito administrativo.

²⁶ Em 2009, 3 (três) ações civis públicas foram propostas e impetrados 18 (dezoito) mandados de segurança; tendo havido 72 (setenta e dois) pronunciamentos em processos judiciais em andamento, e a oferta de 5 (cinco) denúncias criminais, envolvendo crimes contra a vida e contra a saúde pública.

Para isso, diante de uma demanda (problema de saúde) que se apresenta, de cunho coletivo ou individual, o Ministério Público inicia atividades no sentido de tentar resolvê-la.

Para tanto, notificações e ofícios foram expedidos, pessoas foram inquiridas, reuniões e visitas foram realizadas e procedimentos administrativos foram instaurados; sem prejuízo das orientações que diariamente foram emitidas às pessoas que procuraram a Promotoria de Justiça em seu gabinete.

6.3 CARACTERÍSTICAS DAS DEMANDAS QUE PROVOCARAM A INSTAURAÇÃO DE PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO

Durante o período de 1º de fevereiro de 2008 a 31 de julho de 2008, após esgotar as tentativas de solução em relação às demandas pertinentes à saúde pública, a 24ª. Promotoria de Justiça instaurou 53 (cinquenta e três) procedimentos administrativos, os quais serão objeto de análise nesse trabalho.

Em relação a tais procedimentos, segundo a origem, predominaram as demandas individuais, totalizando 30 casos (56,6 %); ao passo que aquelas demandas iniciadas pelo Ministério Público – todas de natureza coletiva – representaram 12 casos (22,6 %), enquanto as de cunho coletivo foram responsáveis por 11 atendimentos (20,7 %), conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 – Características das demandas que chegaram à 24ª. Promotoria de Justiça, relacionadas à saúde pública, segundo a origem – Londrina-PR, fevereiro – julho de 2008.

Origem	nº	%
Individual	30	56,6
Ministério Público	12	22,6
Coletivo	11	20,7
Total	53	100,0

As demandas de iniciativa do Ministério Público tiveram como fontes, na maioria das vezes, matérias jornalísticas envolvendo problemas de saúde pública.

Quanto às características das demandas, segundo o tipo, 14 casos (26,4 %) se referem a reivindicações por ações de saúde e outras mais gerais (no âmbito das vigilâncias e estrutura física); 12 casos (22,6 %) dizem respeito a reivindicações/fiscalização de serviços, diante da assistência desejada mas com barreiras de acesso; nove casos envolvem pedidos de medicamentos (16,9%); sete a denúncias de erro médico (13,2 %); seis (11,3 %) a queixas relacionadas à qualidade da assistência prestada; e cinco casos (9,6 %) são referentes a outros tipos de demandas, de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 – Características das demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, relacionadas à saúde pública, segundo a origem e tipo – Londrina-PR, fevereiro – julho de 2008.

Tipo	Total		Coletivo		Individual		MP	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Reivindicação/fiscalização ações de saúde	14	26,4	5	35,7	3	21,4	6	42,8
Reivindicação de serviços	12	22,6	-	-	8	66,7	4	33,3
Pedido de medicamento	9	16,9	1	11,1	8	88,8	-	-
Denúncia de erro médico	7	13,2	-	-	7	100,0	-	-
Queixa	6	11,3	3	50,0	3	50,0	-	-
Outros	5*	9,6	2	40,0	1	20,0	2	40,0
Total	53	100,0	11		30		12	

*Recomendações administrativas, falta de comunicação ao MP de internações psiquiátricas involuntárias e casos de transfusão de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová

No que se refere à reivindicação/fiscalização de ações de saúde (Quadro 1), ocorreram as seguintes demandas: irregularidades da rede pública municipal de saúde; barulho e sujeira provocados por empresa particular (dengue); denúncias (3) de terrenos abandonados (focos de insetos, dengue); reforma de UBS

(Unidade Básica de Saúde); levantamento das condições de atendimento nos serviços municipais de saúde; inspeção nos hospitais (condições de segurança); UBS abandonada; falta de rede coletora de esgoto; casos de hanseníase (análise do atendimento prestado nessa área); superpopulação de pombos; comercialização de óculos sem proteção ultravioleta; e verificação das medidas preventivas adotadas pelo Poder Público e Sindicatos diante dos acidentes de trabalho ocorridos na construção civil.

Demandante	Frequência	Assunto
Individual	2	Terrenos abandonados (Dengue)
	1	Irregularidades na rede básica de saúde
Coletivo	1	Reforma de UBS
	1	Terrenos abandonados (Dengue)
	1	Comercialização de óculos sem proteção UV
	1	Barulho e sujeira provocados por empresa
MP	1	Inspeção nos hospitais (condições de segurança)
	1	Levantamento das condições de atend. Serv. Pub. Mun. Saúde
	1	Acidentes de trabalho – construção civil – apuração
	1	Casos de hanseníase (2) em Tamarana
	1	Falta e irregularidades na rede coletora de esgoto
	1	UBS abandonada
	1	Superpopulação de pombos

Quadro 1 – Reivindicação/fiscalização de Ações, relacionadas às demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto

A reivindicação de serviços de saúde envolveu, por sua vez, os seguintes casos (Quadro 2): oxigenoterapia domiciliar; consulta com especialistas (3); câmara hiperbárica; prótese para paciente com glaucoma; embolização do aneurisma por cateterismo arterial; fitas para paciente diabético; exame de

eletroneuromiografia; transporte clínico agendado (para viabilizar acesso às consultas, sessões de fisioterapia etc.); conserto de raios-X de hospital; e falta de vagas em UTI adulto de hospital.

Demandante	Frequência	Assunto
Individual	3	Consulta com especialistas
	1	Câmara hiperbárica
	1	Embolização do aneurisma por cateterismo arterial
	1	Fitas p/ paciente diabético
	1	Prótese para olho
	1	Oxigenoterapia domiciliar
MP	1	Transporte clínico agendado
	1	Falta de vagas de UTI adulto
	1	Raio x (falta)
	1	Exame de eletroneuromiografia
Coletivo	-	-

Quadro 2 – Reivindicação de serviços, relacionados às demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto

Por seu turno, os pedidos de medicamentos (Quadro 3) estão relacionados a fármacos de baixo custo, os quais são pertinentes à hipertensão arterial, diabetes, glaucoma (colírios), alergia alimentar e doença da pele (Buchke Lowestein). Os medicamentos de alto custo têm relação com doença oftalmológica, câncer do sistema linfático, doença autoimune (lúpus eritematoso) e carcinoma de células renais.

Medicação	Alto Custo	Baixo Custo
Individual	Carcinoma de células renais Doença macular de olho Câncer sistema linfático Lúpus erimatoso	Alergia alimentar Hipertensão arterial e diabetes (2) Doença buchke lowestein
Coletivo	-	Colírios para glaucoma
MP	-	-

Quadro 3 – Medicamentos, relacionados às demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, segundo seu custo

As denúncias de erro médico (Quadro 4), por sua vez, estão relacionadas às especialidades de obstetrícia (demora na realização do parto), com três casos; pediatria (atendimento de urgência); ginecologia (cirurgia ginecológica); e de neurocirurgia (cirurgia da coluna vertebral), além de falhas no atendimento médico-hospitalar; sendo que tais denúncias dizem respeito à insatisfação em relação aos procedimentos realizados.

Demandante	Frequência	Assunto
Individual	3	Obstetrícia (demora na realização do parto)
	1	Ginecologia (cirurgia)
	1	Neurocirurgia (cirurgia da coluna vertebral)
	1	Pediatria (atendimento de urgência)
	1	Falha no atendimento médico

Quadro 4 – Denúncias de Erro Médico, relacionadas às demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto

As queixas dos usuários do SUS dizem respeito, predominantemente, a falhas na organização do sistema (Quadro 5): atendimento hospitalar deficiente; irregularidades nos Cursos de Medicina e de Optometria; utilização de vacinas vencidas; e irregularidade no atendimento prestado pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência). Há uma queixa relacionada ao profissional médico: letra ilegível.

Demandante	Frequência	Assunto
Individual	1	Letra ilegível de médico
	1	Atendimento hospitalar deficiente
	1	Irregularidades no Curso de Medicina
Coletivo	1	Irregularidades no Curso de Optometria
	1	Utilização de vacinas supostamente vencidas
	1	Irregularidades no atendimento pelo SAMU
MP	-	-

Quadro 5 – Queixas (qualidade da assistência prestada), relacionadas às demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, segundo origem, frequência e assunto

As outras demandas, que igualmente provocaram a instauração de procedimentos administrativos, dizem respeito às seguintes questões:

- 1) expedição de recomendação administrativa aos hospitais, visando o cumprimento das regras legais no caso de transplante de órgãos;
- 2) verificação dos motivos da falta de comunicação ao MP nos casos de internações psiquiátricas involuntárias (duas)²⁷; e

²⁷ Art. 8º, § 1º da Lei 10.216/2001: A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

3) posicionamento do MP diante da necessidade urgente de realização de transfusão de sangue em pacientes Testemunhas de Jeová (dois).

Após 18 meses do início das demandas, os desfechos dos procedimentos instaurados foram os seguintes: 19 arquivamentos com esclarecimentos satisfatórios (35,8%); 17 arquivamentos com resolução do problema (32%); ajuizamento de quatro ações judiciais cíveis (7,5 %); dois arquivamentos diante da perda do objeto (3,7%) e 5 solicitações de arquivamento ao Poder Judiciário (9,4%); estando em andamento, na época, 6 (11,3%) procedimentos, conforme a Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das demandas que chegaram à 24^a. Promotoria de Justiça, relacionadas à saúde pública, após 18 meses, segundo desfecho – Londrina – PR.

Desfecho	nº	%
Arquivamentos com esclarecimentos satisfatórios	19	35,8
Arquivamentos com resolução do problema	17	32,0
Ação judicial civil	4	7,5
Arquivamento: perda do objeto	2	3,7
Solicitação de arquivamento ao PJ	5	9,4
Em andamento	6	11,3
Total	53	100,00

Ainda em relação aos desfechos dos procedimentos administrativos (Tabela 3 e Quadro 6), verifica-se que a maior parte das demandas foi devidamente esclarecida ou satisfeita no âmbito do Ministério Público, ou seja, dos 53 (cinquenta e três) procedimentos, 43 (quarenta e três) se incluem nessa categorial (81,1%); restando ainda 4 (quatro) ações judiciais ajuizadas e 6 (seis) procedimentos cujas investigações ainda estavam em andamento após 18 meses (11,3%).

Demandas satisfeitas	<p><u>Medicamentos</u>: colírios (glaucoma), aldara (Buchke Lowestein), pregomin (alergia alimentar), rituximab (câncer sistema linfático, lúpus eritematoso), medicamentos para hipertensão arterial e diabetes, hidroxicloroquina (doença ocular)</p> <p><u>Queixas</u>: letra ilegível de médico, denúncia de falha no atendimento médico-hospitalar, denúncias de irregularidades em Curso de Optometria, vacinas vencidas, irregularidades no SAMU</p> <p><u>Serviços</u>: raio x quebrado, eletromiografia, consulta com especialistas (3), aneurisma cerebral, oxigenoterapia domiciliar, tiras (diabetes), prótese ocular, apuração de irregularidades no Curso de Medicina</p> <p><u>Ações</u>: irregularidades na rede básica saúde, terrenos abandonados (3), UBS abandonada, casos hanseníase, acidentes de trabalho, falta/irregularidades na rede coletora de esgoto, sujeira provocada por empresa, reforma de UBS</p> <p>Denúncias erros médicos: obstetrícia (3), atendimento médico-hospitalar e pediatria (atendimento de urgência)</p>
Em andamento	Falta de vagas de UTI adulto, levantamento das condições de atendimento na rede básica, comercialização óculos s/ proteção UV, condições de segurança dos hospitais e denúncias de erro médico (cirurgia coluna vertebral e cirurgia ginecológica)

Quadro 6 – Desfecho por Tipo de Demanda relacionada à 24ª. Promotoria de Justiça

Ressalte-se que das ações judiciais cíveis ajuizadas, duas delas tratam de solicitação ao Poder Judiciário de medicamento de alto custo (demandas individuais) e a outra de medicamento de baixo custo (demanda coletiva). A restante, de iniciativa do Ministério Público, trata de solicitação de transporte clínico especial àqueles usuários do SUS que dele necessitam para tratamento fisioterápico, fonoaudiológico, consultas médicas etc. (demanda coletiva).

Por último, as solicitações de arquivamento de procedimento administrativo ao Poder Judiciário – em razão de suspeita de prática de crime – dizem respeito a denúncias, não comprovadas, de erros médicos. Dos procedimentos ainda em andamento após 18 meses de seu início, duas se referem a denúncias de falhas médicas.

7 ANÁLISE

Diante das demandas iniciadas no período de 1 de fevereiro de 2008 a 31 de julho de 2008 e que redundaram na instauração de procedimento administrativo, depreende-se que, em relação à origem, a procura maior ao Ministério Público ainda é de usuários do SUS que desejam resolver seus problemas pessoais de saúde ou de seus familiares, e que não é freqüente a ida de lideranças comunitárias ao Ministério Público; deixando-se de levar, assim, com mais assiduidade, ao seu conhecimento, problemas coletivos de saúde.

O alcance social das ações desenvolvidas pelo Ministério Público certamente seria muito maior – mais pessoas seriam beneficiadas -se houvesse um aumento das demandas coletivas. Para que isso aconteça, é preciso, talvez, intensificar a capacitação dos conselheiros de saúde e lideranças comunitárias, além de se utilizar mais da mídia para informar a população sobre o papel do Ministério Público e sobre o direito à saúde.

A propósito, é oportuno mencionar que mesmo Londrina contando com um Conselho Municipal de Saúde composto de 24 (vinte e quatro) membros, sendo 12 (doze) deles do segmento de usuários, o comparecimento dos mesmos ao Ministério Público é incomum. É de se supor que esse órgão tenha outros canais para encaminhar suas reivindicações ou queixas, ou que resolva seus problemas sem a participação constante do Ministério Público, que participa das reuniões mensais desse Conselho.

Nesse aspecto, é importante discorrer sobre a importância do papel do Conselheiro de Saúde para o aperfeiçoamento do SUS. O Conselheiro é o cidadão que representa algum movimento ou entidade civil, tendo o direito de deliberar sobre a política de saúde, aprovar o plano de saúde, acompanhar a sua execução e fiscalizar os gastos da saúde (SANTOS, 2006a).

Para Balsemão (2003, p. 302):

Os conselhos de saúde funcionam como espaço de exercício da cidadania que a maioria dos administradores públicos ainda não conseguiu compreender, e, principalmente por isso, buscamos o apoio do Ministério Público, para que os conselhos de saúde possam definitivamente funcionar conforme sua previsão legal, fiscalizando o atendimento dos serviços e a utilização de verbas públicas, o que,

entre outros ganhos, não temos dúvidas, reduziria a corrupção no Brasil, pelo menos na área da saúde.

A autora (2003, p. 310) adverte que:

Durante todos esses anos de implantação do SUS e dos conselhos de saúde, os relatórios de seminários, conferências de saúde e plenárias, tanto regionais, estaduais e nacionais de conselhos de saúde, continuam registrando reclamações de conselheiros que revelam a necessidade de investir em sua capacitação.

Diante dessa realidade, o Ministério Público do Paraná, por intermédio do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública, vem promovendo encontros de capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde, com objetivo de discutir com os representantes do controle social nas cidades aspectos jurídicos referentes ao SUS; buscando auxiliar os Conselhos a identificarem ações prioritárias para a superação de problemas de saúde²⁸.

A maior parte das pessoas que procurou o Ministério Público levou à instituição problemas de saúde pessoais ou de seus familiares, ou seja, 56,6% das demandas tiveram sua origem individual. Não é comum os problemas de natureza coletiva serem encaminhados ao Ministério Público pela comunidade (20,9%); trabalho esse que, a princípio, deveria ser realizado por lideranças comunitárias.

O Ministério Público, em 22,6% dos casos analisados, tomou a iniciativa de instaurar procedimento administrativo para apurar e, dependendo do caso, resolver um problema coletivo de saúde.

É compreensível que o usuário do SUS, como regra, procure o Ministério Público para tratar de problemas pessoais de saúde. Várias são as dificuldades que os usuários do SUS encontram para se dirigir ao Ministério Público, com destaque para aquelas relacionadas a problemas financeiros, tempo e aos obstáculos do próprio emprego.

Ora, se para tratar de seus problemas pessoais e/ou familiares o usuário acaba procurando pouco o Ministério Público, considerando o número de usuários do SUS dos municípios de Londrina e de Tamarana, o que dirá quando ele tem conhecimento de problemas de saúde que envolvem “apenas” a coletividade, ou

²⁸ <http://www.mp.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=697>, acesso em 28 abr.2010.

quando ele é de outro município, que fica a cerca de 70 km de Londrina, como é o caso de Tamarana.

Saliente-se que no período de 1/2/08 a 31/7/08 apenas uma demanda oriunda de Tamarana foi trabalhada pela 24ª. Promotoria de Justiça, a qual se refere aos dois casos de hanseníase naquela comunidade; tendo sido realizada, na ocasião, uma análise das ações do município nessa área.

Em relação aos tipos de demanda, seguem abaixo as considerações respectivas:

a) A predominância das demandas relaciona-se à reivindicação/fiscalização de ações de saúde (26,4% –Quadro 1), sendo que, nesse caso, o Ministério Público foi o responsável pela iniciativa da metade (50%) das demandas, o coletivo por 28,5% dos casos e o individual por 21,4%. Esses percentuais contrariam o que se afirmou nos parágrafos anteriores. Ao mesmo tempo, o fato do Ministério Público ter tido a iniciativa da metade das demandas evidencia um esforço para atuar no campo extrajudicial, na tentativa de provocar o respeito dos gestores da saúde aos direitos dos usuários do SUS (PARANÁ, 2009a).

Destaca-se que dos 14 (quatorze) casos, 5 (cinco) deles se referem a ações típicas de vigilância sanitária ou epidemiológica (1 caso), sendo que 4 (quatro) deles foram solucionados no âmbito do Ministério Público. Resta em andamento apenas uma demanda, provocada pela Associação Paranaense de Oftalmologia (APO), que diz respeito à comercialização de óculos sem proteção ultravioleta.

A comercialização desses óculos vem aumentando significativamente em função, principalmente, dos baixos preços ofertados; sendo que são notórias as dificuldades encontradas para se proibir tal comercialização, sendo previsíveis os reflexos sociais dessa proibição, que atingiria muitos comerciantes.

As demais demandas envolvem sobretudo irregularidades estruturais na rede básica de saúde (necessidade de reforma e abandono de Unidade Básica de Saúde), e também sobre terrenos abandonados (3 casos), os quais se tornaram focos do mosquito da dengue. Dessas demandas, 7 (sete) foram solucionadas administrativamente.

Restam em andamento ainda duas demandas nessa área, quais sejam, levantamento das condições de atendimento no serviço público municipal e verificação das condições de segurança dos hospitais.

Em relação à primeira demanda, o Ministério Público provocou duas reuniões com os Conselheiros Municipais de Saúde, solicitando a eles que apresentassem os principais problemas da rede pública municipal de saúde de sua região. As relações desses problemas²⁹ foram encaminhadas ao Gestor Municipal, que respondeu às indagações do Ministério Público, apresentando suas informações, as quais estão sendo analisadas pelos Conselheiros.

No que pertine ao levantamento das condições de segurança dos hospitais, o Ministério Público solicitou ao Corpo de Bombeiros que fizesse uma fiscalização nesse sentido em todos os estabelecimentos hospitalares de Londrina, tendo sido apresentados relatórios de problemas em todos os hospitais. Tais estabelecimentos, na sua quase totalidade, efetuaram as reformas solicitadas, restando apenas um hospital que ainda está efetuando uma reforma de maior dimensão.

b) Em relação à reivindicação por serviços (22,6% - Quadro 2), verifica-se que 8 (oito) demandas tiveram sua origem individual e 4 (quatro) delas pelo Ministério Público.

Destaca-se que as demandas individuais estão relacionadas a dificuldades de acesso a todos os níveis de assistência no âmbito do SUS: não-oferta de consultas com especialistas (3), e falta de fitas para paciente diabético, de prótese ocular, de oxigenoterapia domiciliar, de câmara hiperbárica e de embolização do aneurisma por cateterismo arterial. Dessas demandas, 7 (sete) foram solucionadas com a intervenção do Ministério Público, sendo que uma delas (prótese ocular), não havia sido resolvida após 18 meses de seu início³⁰.

²⁹ Os problemas apresentados pelos Conselheiros dizem respeito (a) à demora na liberação de procedimentos e nos resultados dos exames laboratoriais; (b) equipamentos de informática obsoletos; (c) equipes incompletas do Programa Saúde da Família; (d) demora no atendimento pelo SAMU; (e) falta de planejamento na aquisição de medicamentos, provocando a falta de medicamentos da cesta básica do SUS; (f) demora no agendamento de consultas com médicos especialistas, inclusive com dentistas; (g) falta de manutenção da estrutura física de várias UBS – Unidades Básicas de Saúde; (h) falta de serviço de odontologia em várias UBS; (i) falta de médicos em UBS; (j) falta de copos descartáveis e de papel higiênico nas UBS; e (k) falta de humanização no atendimento.

³⁰ Esse problema foi resolvido administrativamente em fevereiro de 2010.

Quanto às demandas iniciadas pelo Ministério Público, duas delas foram resolvidas administrativamente (falta de raio x e não-oferta de exame de eletroneuromiografia); tendo sido ajuizada ação civil pública para garantir transporte clínico agendado para os usuários que dele necessitam para se submeter a sessões de fisioterapia, consultas médicas etc. (a decisão judicial não atendeu aos pedidos formulados pelo MP, tendo havido interposição de recurso ao Tribunal de Justiça).

A demanda restante -superlotação da UTI adulto do Hospital Universitário -ainda está em curso, diante do fato de que a construção de nova unidade de terapia intensiva nesse hospital público ainda está em andamento.

De fato, pode-se concluir que há um estrangulamento da atenção especializada no SUS, dificultando o acesso dos usuários aos serviços especializados. Ressalte-se que o Ministério Público somente promoveu ação judicial nesse caso diante da inação por parte do Poder Público.

Na medida em não há suficiência de recursos assistenciais e atendimento às necessidades dos usuários, pode-se dizer que o sistema de saúde em questão não respeita ao princípio da integralidade, um dos pilares do SUS.

Segundo Silva e Magalhães Jr. (2008, p. 72), “dos princípios do SUS, talvez seja a integralidade o menos conquistado nestes vinte anos”, sendo que “a hipótese testada e aceita é a de que um sistema que não possua suficiência de oferta de recursos assistenciais, por exemplo, dificilmente avança rumo à integralidade plena”.

Nas palavras de Mattos (2001, p. 1415), “o sistema de saúde torna-se realmente integral quando faz sentido para o usuário no momento em que determinada necessidade é atendida”.

Outrossim, se, para o SUS, todo cidadão é igual perante a lei, devendo ser atendido de acordo com suas necessidades, caso tais necessidades não sejam atendidas, estar-se-á igualmente ferindo a equidade, princípio ético que deve necessariamente permear toda e qualquer formulação e prática na área da saúde (LUIZ, 2005).

A equidade em saúde refere-se à diminuição das diferenças consideradas desnecessárias e evitáveis, obrigando os serviços de saúde a conhecer as necessidades dos diferentes grupos da população e a trabalhar para satisfazê-las, oferecendo mais a quem mais precisa, contribuindo, assim, para a diminuição das desigualdades existentes (CHIEFFI; BARATA, 2009).

c) No que se refere à assistência farmacêutica (Quadro 3), das 9 (nove) demandas, 5 (cinco) delas dizem respeito a medicamentos da atenção básica, de baixo custo, e que tiveram origem individual; sendo que as demais se referem a medicamentos especializados, de alto custo.

Em relação aos medicamentos da atenção básica, que envolvem procedimentos ambulatoriais de baixa complexidade, indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população,³¹ os usuários do SUS procuraram o Ministério Público para obter fármacos para hipertensão arterial, diabetes, doenças cardiovasculares, alergia alimentar, problema dermatológico e glaucoma.

Com exceção dos colírios para os glaucomatosos, que foram obtidos definitivamente com o ajuizamento de ação civil pública junto à Justiça Federal, os demais medicamentos da atenção básica acabaram sendo fornecidos mediante, apenas, a intervenção do Ministério Público.

Pode-se afirmar que, apesar dos avanços do sistema de saúde desde sua criação, o Estado ainda falha em garantir o acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais (VIEIRA; ZUCCHI, 2007), aqui considerados aqueles relacionados à atenção básica.

Essa atenção básica em saúde ou atenção primária em saúde pode resolver 80% dos problemas de saúde e 90% dos que atende, sob a perspectiva da clínica ampliada, como também da promoção e prevenção da saúde (CAMPOS apud DE LAVOR et al. 2007).

Por sua vez, quanto aos medicamentos especializados³², uma demanda foi resolvida administrativamente (doença macular de olho), sendo que em duas demandas (câncer e doença autoimune) foi preciso impetrar mandado de segurança para a obtenção dos medicamentos especializados. Na demanda restante, o Ministério Público arquivou o procedimento por não concordar com o fornecimento do medicamento pleiteado pelo paciente e pelo hospital.

Nesse caso, tratava-se de paciente portador de câncer metastático, tendo o hospital que assistia o paciente solicitado medicamento de alto custo. Houve consulta, por parte do Ministério Público, ao Instituto Nacional do Câncer (INCA),

³¹ Cf. Portarias nº 2982/09, nº 399/06 e nº 204/09, todas do Ministério da Saúde.

³² De acordo com o art. 8º da Portaria nº 2981/09, o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

tendo tal órgão informado que a medicação em questão não era a indicada para a situação clínica do paciente; posicionamento com o qual concordou o hospital. Resultado: o paciente passou a receber apenas cuidados paliativos em face da doença que o acometia.

Particularmente em relação aos medicamentos de alto custo, que recentemente receberam a denominação de especializados, e que foram pleiteados junto ao Poder Judiciário, verificou-se que tais medicamentos não faziam parte da Lista Oficial do Ministério da Saúde.

Nesse caso, o Poder Público vem negando invariavelmente o seu fornecimento, aduzindo que o art. 196 da Constituição Federal³³ não tem o alcance e a dimensão que lhe vem sendo atribuído pelo Poder Judiciário. Sustenta-se que se trata de norma constitucional de eficácia contida ou limitada e que o fornecimento de qualquer medicamento pelo Estado tem que observar a Política Nacional de Medicamentos do Ministério da Saúde, que estabelece Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para cada doença.

Ressalte-se que, no campo da assistência farmacêutica, o Manual de Orientação Funcional do Ministério Público do Paraná recomenda aos Promotores de Justiça que atentem para o fato de que, “para se valer do acesso a medicamentos via SUS, os pacientes precisam, salvo situações excepcionais, encontrar-se inseridos e seguir a organização concebida ao sistema público de saúde” (PARANÁ, 2009a, p. 248).

Ainda no setor da assistência farmacêutica, os Promotores de Justiça são orientados, nas hipóteses de prescrição de medicamento excepcional, de alto custo, a preocupar-se com o esgotamento das alternativas previstas nos protocolos clínicos e com a fundamentação técnica consignada na receita médica, na qual deve constar:

- 1) os motivos da exclusão dos medicamentos previstos nos protocolos;
- 2) menção à eventual utilização anterior dos fármacos protocolizados, sem a obtenção de resposta positiva;
- 3) os benefícios que se espera alcançar com a utilização do medicamento receitado no caso concreto;

³³ A saúde é direito de todos e dever do Estado.

- 4) estar instruída com estudos científicos tecnicamente isentos (PARANÁ, 2009a, p. 248).

Todos esses cuidados são necessários, principalmente para evitar que o Ministério Público fique refém de médicos e da indústria farmacêutica, em detrimento do SUS, verdadeiro patrimônio da sociedade.

A respeito dessa questão, adverte Angell (2009, p. 16):

[...] A indústria farmacêutica vem se afastando enormemente do seu nobre propósito original de descobrir e produzir novos medicamentos úteis. Agora, tendo-se tornado essencialmente uma máquina de marketing para vender medicamentos de benefício duvidoso, essa indústria usa sua fortuna e seu poder para cooptar cada instituição que possa se interpor em seu caminho; sendo que a maior parte dos seus esforços de marketing é concentrada no objetivo de influenciar médicos, já que são eles os responsáveis por prescrever medicamentos, que, na sua maioria, são apenas variações de drogas anteriores já à venda no mercado.

Nessa área da assistência farmacêutica, o Ministério Público deve perquirir se o problema que se apresenta tem a sua solução alicerçada na prática médica denominada MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS, a qual exige que as decisões médicas sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis, sempre que possível em investigações que avaliam benefícios, riscos e custos (SCHMIDT; DUNCAN, 2003).

Igualmente deve o Ministério Público, para decidir com segurança em favor do paciente usuário do SUS, buscar garantir o uso racional de medicamentos, entendido como sendo aquele fármaco que assegura ao paciente o uso do medicamento correto e adequado, na dose e no tempo certo (TAVARES, 2008).

Ocorre que, não raro, o usuário do SUS apresenta uma patologia extremamente grave, cujos médicos assistentes, também do SUS, acabam prescrevendo o uso de algum medicamento, geralmente de alto custo, que muitas vezes não consta da Lista do SUS, muito embora tal medicação esteja sendo utilizada com sucesso em outros países.

Ainda assim, o Poder Público – mesmo diante do suporte científico que recomenda o uso de tal medicamento, de eficácia comprovada para o tratamento daquela patologia -, nega o fornecimento desta medicação excepcional não inserida em sua Lista Oficial de Medicamentos, mesmo tomando conhecimento

que aqueles medicamentos incluídos nesta listagem, para aquela doença específica, não provocaram, no caso concreto, os efeitos desejados no paciente, ao longo do respectivo tratamento.

Diante deste quadro, onde se apresentam Relatórios Médicos sustentando a importância do uso da medicação excepcional para a preservação da vida e saúde do paciente – documentos estes que se fazem acompanhar de estudos científicos que atestam a eficácia da medicação, inclusive com registro na ANVISA – , apresenta-se inconcebível a negativa do Estado em fornecer tal medicamento.

Em face da Carta da República, o Poder Público está obrigado a arcar com o fornecimento da medicação “não-oficial” ao usuário do SUS, uma vez comprovada documentalmente que ela é fundamental para sua vida e saúde, pouco importando que não haja previsão deste medicamento específico nos referidos Protocolos Clínicos. Podendo ocorrer também deste medicamento estar presente num Protocolo Clínico, porém, inserido no tratamento de outra doença, o que igualmente tem levado o Poder Público a negar o seu fornecimento.

Com efeito, é preciso ter a consciência que o SUS deve apenas fornecer medicamentos mediante critérios consistentes (mas não inflexíveis), a fim de se evitar desperdícios com dinheiro público. Não seria possível, por exemplo, solicitar-se do SUS um medicamento excepcional de alto custo sem eficácia comprovada, sem registro na ANVISA, ou solicitar uma medicação também de alto custo, com eficácia comprovada, sem antes utilizar-se daqueles medicamentos similares já distribuídos pela rede pública de saúde.

Diante da Carta da República, portanto, o Poder Público deve arcar sempre com o fornecimento da medicação excepcional ao usuário do SUS, desde que demonstrada, à evidência, a sua absoluta necessidade para preservação de sua vida e saúde, sendo irrelevante que a situação do paciente não esteja contemplada no Programa de Medicamentos Excepcionais ou na Política Nacional de

Medicamentos (TAVARES, 2006).

Por isso, é fundamental que o cidadão exercite o seu direito de exigir a garantia de acesso a medicamentos via sistema judiciário, evitando, assim, a negligência do Estado (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Com efeito, as ações judiciais podem ser um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos, na medida em que o Estado não implementa de maneira adequada as políticas públicas (CHIEFFI; BARATA, 2009).

O Poder Judiciário vem sustentando que o sentido de fundamentalidade do direito à saúde – que representa, no contexto da evolução histórica dos direitos básicos da pessoa humana, uma das expressões mais relevantes das liberdades reais ou concretas – impõe ao Poder Público um dever de prestação positiva que somente se terá por cumprido, pelas instâncias governamentais, quando estas adotarem providências destinadas a promover, em plenitude, a satisfação efetiva da determinação ordenada pelo texto constitucional³⁴.

Nesse sentido, o Supremo Tribunal Federal, recentemente, assim se pronunciou:³⁵

[...] Não se afasta a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. Inclusive, como ressaltado pelo próprio Ministro da Saúde na Audiência Pública, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos. Assim, não se pode afirmar que os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS são inquestionáveis, o que permite sua contestação.

[...] Se, por um lado, a elaboração dos Protocolos Clínicos e das Diretrizes Terapêuticas privilegia a melhor distribuição de recursos públicos e a segurança dos pacientes, por outro, a aprovação de novas indicações terapêuticas pode ser muito lenta e, assim, acabar por excluir o acesso de pacientes do SUS a tratamento há muito prestado pela iniciativa privada.

Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas.

O Poder Judiciário, pois, na análise dos casos concretos submetidos à sua apreciação, vem considerando que o cidadão deve ser atendido de forma integral, independentemente do que estipula a política pública concernente à temática, de acordo com a realidade individual posta nos processos (MARQUES, 2009).

³⁴ Recurso Extraordinário Nr. 509569, SC, Relator Ministro Celso de Mello, Diário de Justiça da União, 1 fev. 2007

³⁵ <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA175.pdf>, acessado em 30 mar 2010.

Por outro lado, o crescente número de ações judiciais propostas para garantir o fornecimento de medicamentos tem sido motivo de preocupação para gestores de saúde, já que algumas decisões acabam comprometendo gravemente o orçamento da saúde, além de interferir na política de saúde planejada pelo Poder Executivo (BORGES; UGÁ, 2005).

Por isso, deve o Poder Judiciário tratar o tema com a devida precaução, respaldando suas decisões em critérios que vão além da simples fundamentação no dispositivo constitucional e na Lei nº 8.080/90 (BORGES; UGÁ, 2005).

Em outras palavras, é preciso encontrar uma solução partilhada para que o direito do cidadão brasileiro à assistência terapêutica integral seja garantido, com medicamentos seguros, eficazes e com relação custo-efetividade mais favorável, de acordo com a melhor e mais forte evidência científica disponível, sem causar as distorções observadas atualmente (VIEIRA; ZUCCHI, 2007).

Com efeito, é preciso refletir sobre o fato de que muitas das decisões judiciais acabam por infringir ou distorcer princípios do SUS, sobretudo o da equidade, na medida em que determinam o fornecimento de medicamentos a quem não utiliza exclusiva ou preferencialmente o sistema público de saúde, favorecendo, assim, as demandas dos que menos necessitam, em detrimento daqueles que só podem contar com o SUS, ampliando a iniquidade já existente (CHIEFFI; BARATA, 2009).

A propósito, o Conselho Nacional de Justiça, recentemente, expediu a RECOMENDAÇÃO nº 31, de 30 de março de 2010³⁶, na qual recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Nesse documento, recomenda-se que se disponibilize apoio técnico composto por médicos e farmacêuticos, para auxiliar os magistrados na formação de um juízo de valor quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes, e que se verifique, no momento da concessão de medida abrangida por política pública existente, a inscrição do beneficiário nos respectivos programas.

³⁶ http://www.cnj.jus.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10808:anam..., acesso em 30 abr.2010.

d) Em relação às denúncias de erro médico (Quadro 4), das 7 (sete) demandas instauradas, 5 (cinco) foram esclarecidas pelo Ministério Público, que requereu o arquivamento dos respectivos procedimentos ao Poder Judiciário. Procedimento necessário em razão do Assento nº 45 do Conselho Superior do Ministério do Paraná, de 19 de setembro de 2007, o qual estabelece que “a promoção de arquivamento de procedimento administrativo ou peças de informação em que haja notícia de qualquer infração penal será feita perante o Poder Judiciário”³⁷.

Dessas cinco demandas, 3 (três) delas se referem a denúncias de erro médico durante a realização do parto (uma delas foi definitivamente esclarecida 24 meses após seu início), outra relacionada a atendimento de urgência em pediatria, e outra a falhas (genéricas) durante atendimento médico-hospitalar.

Após 18 meses do início da investigação, ainda restam dois procedimentos em andamento: um relacionado à cirurgia de coluna vertebral, na qual faleceu a paciente, tendo havido demora na investigação, atribuída principalmente à complexidade do fato e às dificuldades em se inquirir o médico investigado, que permaneceu em licença por mais de 90 dias; e o outro relacionado à cirurgia ginecológica, cuja lentidão da apuração se deve igualmente à complexidade do atendimento prestado, que envolveu mais de um médico e três estabelecimentos de saúde.

Destaca-se que tais denúncias se referem apenas a atendimentos de média e alta complexidade; não tendo havido denúncia envolvendo o setor da atenção básica.

Quanto às denúncias de erro médico apuradas, nenhuma redundou em ação judicial criminal, ou seja, todas foram arquivadas, já que em nenhuma delas se comprovou culpa médica durante o atendimento prestado ao paciente.

A respeito de erro médico, Souza (2006, p. 230) aduz que:

[...] para se responsabilizar penalmente alguém por culpa, faz-se necessário que a conduta do agente tenha nexos causal com o resultado produzido. Além da necessária causalidade involuntária de um resultado (morte, lesões corporais etc.), é indispensável que ocorra a chamada violação do dever objetivo de cuidado.

³⁷ Diário da Justiça de 26 de outubro de 2007, edição nº 7479.

Esse autor ainda afirma que:

[...] geralmente, o dever objetivo de cuidado está fixado em normas administrativas ou disciplinares. No caso dos médicos, a culpa decorrerá, sobretudo, se a sua atividade não corresponder ao que estatui a respectiva **lex artis** (ou **legis artis**), que diz respeito às normas corporativas da profissão [...]. Pode-se dizer que não viola o cuidado objetivamente devido o agente que fielmente atende às normas corporativas dadas pela ciência, experiência ou prática habitual, embora estejam em constante evolução (SOUZA, 2006, p. 231 – grifo do autor).

Nesse sentido, Kfoury Neto (1996, p. 61) leciona que:

[...] o encargo assumido pelo médico configura obrigação de meios – e só por exceção constituirá obrigação de resultado [...]. Quanto à primeira, a vítima deverá fazer prova de que o médico não agiu com o grau de diligência razoável e que houve descumprimento culposos.

Em todos esses casos registrados envolvendo denúncia de erro médico, verificou-se que havia uma relação médico-paciente (ou familiar) fragilizada, com problemas de comunicação entre os envolvidos; sendo comum a ocorrência de queixas em relação aos médicos ou serviços hospitalares, os quais deixam de prestar as informações básicas sobre o tratamento dispensado ao paciente.

Nesse contexto, havendo dúvidas sobre a qualidade do atendimento prestado, procura-se o Ministério Público para se obter informações acerca do atendimento oferecido e também para denunciar o profissional médico.

Dos depoimentos prestados pelos pacientes ou familiares ao Ministério Público, extrai-se dos registros da Promotoria frases que retratam esse distanciamento entre o profissional médico e o paciente:

[...] que conversou muito pouco com essa médica [...];

[...] que não tem informações sobre a causa dessa sepse, tendo recebido a informação de que seu filho contraiu uma doença pior que a meningite[...];

[...] que para sua surpresa, essa médica lhe disse que não tinha nada, que tudo não passava de uma invenção de sua cabeça, sugerindo que voltasse para sua casa [...];

[...] que na ocasião essa médica não gostou dos questionamentos feitos pela declarante, sendo que a médica lhe disse que não tinha culpa nenhuma por aquela situação e que era insuportável trabalhar no SAS [...];

[...] que se encorajou a procurar o Ministério Público porque ficou sabendo de outros casos nos quais esse médico agiu inadequadamente e de forma desrespeitosa para com as pacientes [...].

Verifica-se que os médicos não se preocupam em prestar informações sobre o atendimento prestado ao paciente e/ou familiares, e que igualmente os hospitais não valorizam essa questão, deixando de adotar medidas administrativas específicas visando satisfazer as expectativas do paciente e/ou dos familiares nesse sentido.

De qualquer forma, as evidências parecem demonstrar que se esqueceu o antigo ensinamento que reconhece como função do médico “curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre” (SIQUEIRA, 2005, p. 47).

Tem-se a impressão que os médicos desaprenderam a arte de curar. Nunca a medicina avançou tanto no diagnóstico e tratamento das mais variadas doenças como no passado século, e nunca o ser humano enfermo foi tão mal cuidado (SIQUEIRA, 2002, p. 90).

A relação médico-paciente nunca deixará de ser interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas e, por mais assimétrica que seja, somente será eficaz se for conduzida com acolhimento, escuta-resposta e esperança de cura para quem sofre (SIQUEIRA, 2002, p. 95).

Por isso, se apresenta fundamental o esforço perene de selecionar e bem preparar o futuro profissional médico, bem como promover educação permanente e reciclagem aos já graduados (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009; BARBOSA, 2007; NEVES, 2006; XAVIER, 1997).

A respeito da necessidade de mudanças na educação e práticas médicas, Almeida (1999, p. 109) adverte que “há um anseio generalizado por abordagens mais holísticas que dêem conta das necessidades sociais e da saúde, demandando novos padrões de atendimento”.

e) Em relação às demandas relacionadas às queixas (Quadro 5), 3 (três) delas iniciaram por iniciativa individual, sendo que uma delas (irregularidades em Curso de Medicina) trata de problema coletivo. As três demandas foram

solucionadas ou receberam esclarecimentos satisfatórios no âmbito administrativo e por isso foram arquivadas.

No caso de denúncia de letra ilegível de médico, o estabelecimento no qual o profissional trabalha se comprometeu a corrigir tal irregularidade. Em relação à denúncia de atendimento hospitalar deficiente, as irregularidades apontadas pelos familiares do paciente não foram comprovadas, inclusive pelo prontuário médico respectivo. Na demanda, envolvendo denúncias de irregularidades no Curso de Medicina, após meses de investigação, com a expedição de vários ofícios, reuniões e visitas, houve o arquivamento do procedimento em face das correções levadas a efeito pela Coordenação do Curso, em relação principalmente às denúncias de carga horária excessiva por parte dos alunos e de falta de assistência dos residentes e médicos docentes e/ou plantonistas aos alunos.

As demais demandas (3) iniciadas pelo Ministério Público igualmente foram arquivadas: não se comprovaram as irregularidades no Curso de Optometria, na utilização de vacinas e no atendimento realizado pelo SAMU.

Verificou-se que, basicamente, apenas a queixa relacionada ao Curso de Medicina foi reconhecida como procedente e, por isso, relevante. Ao contrário das demais, que poderiam não ter chegado ao Ministério Público, caso os esclarecimentos e informações tivessem sido prestados, na época, pelos agentes do serviço público aos usuários e/ou familiares.

f) No que se refere aos desfechos dos procedimentos instaurados, 81,1% foram resolvidos ou esclarecidos no âmbito do Ministério Público; sendo que seis procedimentos ainda estavam em andamento após 18 meses de sua instauração (11,3%).

Conclui-se que a maior parte dos casos acabou sendo resolvida ou esclarecida internamente, ou seja, no âmbito administrativo do Ministério Público; sem que tenha sido necessária, pois, a ida da instituição ao Poder Judiciário, para que o problema de saúde fosse resolvido ou esclarecido.

Adotando a orientação de que o Ministério Público deve esgotar ao máximo a sua atuação extrajudicial, evitando tanto quanto possível a judicialização, verificou-se que a 24ª. Promotoria de Justiça da Comarca de Londrina, em face dos procedimentos instaurados no período de 1/2/08 a 31/7/08, ajuizou apenas 4

(quatro) ações judiciais cíveis, visando obter a resolução de problemas de saúde no âmbito do Poder Judiciário.

Portanto, pode-se afirmar que essa Promotoria assumiu uma postura mais resolutiva do que demandista em sua atuação.

Observa-se também que em relação aos procedimentos administrativos ainda em andamento após 18 meses, a complexidade dos casos impediu que o Ministério Público adotasse um ritmo mais acelerado na condução das investigações.

Pode-se concluir também que as demandas que chegaram ao Ministério Público, no referido período e que provocaram instauração de 53 (cinquenta e três) procedimentos administrativos, dizem respeito (a) a deficiências nas ações de saúde, com destaque para os problemas afetos à rede básica de saúde e à vigilância sanitária; (b) a dificuldades de acesso à atenção especializada; (c) a dificuldades de obtenção de medicamentos de alto custo e até mesmo daqueles inseridos na relação de medicamentos essenciais, relativos à atenção básica; e (d) a relações interpessoais conflituosas entre o profissional médico e os pacientes/familiares.

Desse modo, diante da análise das demandas, foi possível identificar as deficiências do sistema de saúde, sobretudo em relação ao sentido da integralidade da atenção.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da saúde como direito fundamental de todos, segundo a Constituição Federal, sendo dever do Estado, obrigou-o a adotar políticas públicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos à saúde e a oferecer atendimento integral.

Ao mesmo tempo, essa Lei Maior preceitua que cabe ao Ministério Público a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, dotando-o de independência funcional e das mesmas garantias asseguradas ao Poder Judiciário.³⁸

Portanto, a função do Ministério Público de guardião da sociedade, vigilante da ordem e do respeito dos Poderes Públicos aos direitos assegurados aos cidadãos pela Constituição da República, no que diz respeito à saúde, teve a sua atuação destacada, uma vez que essa Constituição tratou somente a saúde como serviço de relevância pública, incumbindo o Ministério Público de zelar pela garantia da prestação dos serviços de relevância pública.

A partir da Constituição Federal de 1988, é forçoso reconhecer que o papel do Ministério Público contemporâneo deixou de ser o de um mero acusador no âmbito criminal, ou de um simples fiscal da lei, para assumir outras funções tão ou mais relevantes, transformando-se em agente político voltado para a implementação de políticas públicas.

A análise do conteúdo do presente trabalho revelou que há barreiras que dificultam a materialização do direito à saúde, e que as demandas trabalhadas pelo Ministério Público na área da saúde têm cunho predominantemente individual – envolvendo questões sobretudo relacionadas a reivindicações de serviços e ações de saúde –, e que a maioria delas foi resolvida no âmbito administrativo, sem a intervenção do Poder Judiciário.

Dentre tais demandas, prevalecem aquelas relacionadas a problemas estruturais dos serviços públicos de saúde, neles incluídas as reivindicações de serviços e ações e queixas. Verificou-se também que em todos os

³⁸ Vitaliciedade, inamovibilidade e irredutibilidade de vencimentos (art.128, § 5º, I, da CF).

casos envolvendo denúncias de erro médico a relação médico-paciente (ou familiar) era fragilizada.

As informações apresentadas são uma contribuição inicial para o debate sobre o tema, o qual deve ser aprofundado, inclusive para que sejam respondidas as seguintes indagações: Por que as demandas que chegam ao Ministério Público têm natureza mais individual do que coletiva? E por que a instituição é pouco procurada por líderes comunitários e conselheiros de saúde?

Esse trabalho trouxe algumas respostas às indagações sobre as principais atribuições e características do Ministério Público e por que ele é chamado de zelador dos direitos constitucionais; sobre as demandas que chegam ao Ministério Público Estadual na área da saúde, no município de Londrina; e sobre a forma como o Ministério Público desempenha as suas funções nessa área e por que assim o faz.

Apesar de suas limitações estruturais, as quais contribuem, inclusive, para que alguns procedimentos administrativos demorem mais para serem encerrados, o Ministério Público Estadual em Londrina, na área da saúde, não vem desenvolvendo uma atuação de mero despachante processual, já que exerce também suas funções fora de sua sede, aproximando-se mais dos grupos sociais (Conselhos de Saúde, entidades e lideranças comunitárias, além dos gestores). Realiza, assim, atividades extrajudiciais que estão beneficiando vários usuários do SUS, pouco se socorrendo do Poder Judiciário para a resolução das demandas que se apresentam.

Nesse caso, pode-se afirmar que o Ministério Público, na área da saúde, vem atuando mais como órgão resolutivo do que demandista. Em outras palavras, depreende-se que a instituição vem explorando mais o espaço extrajudicial de resolução de conflitos, deixando somente para provocar a Justiça após esgotadas todas as tentativas administrativas no sentido de solucionar os problemas apresentados.

As medidas extrajudiciais adotadas pelo Ministério Público possibilitaram verificar uma nítida tendência à relativização do Judiciário como última e não como a única instância de garantia de direitos.

Por isso, não procede o entendimento de que a Defensoria Pública - instituição encarregada de prestar orientação jurídica e defesa aos necessitados (art.

134 da Constituição Federal) – acabará por restringir a atuação do Ministério Público.

Ao contrário, a implantação da Defensoria Pública fortalecerá ainda mais o Ministério Público, que continuará privilegiando, quando possível, a solução dos problemas coletivos e individuais na esfera extrajudicial, e promovendo ações judiciais, se necessário, para a resolução desses problemas, principalmente os de natureza coletiva.

Em relação ao direito à saúde, não basta que o mesmo esteja contido somente na forma da lei: é necessário torná-lo prática concreta no cotidiano dos serviços prestados à população. Esse é o grande desafio do Ministério Público nessa área.

Com efeito, a instituição deverá se aproximar mais da população e procurar dar uma resposta mais célere àqueles que a procuram para resolver seus problemas de saúde ou da coletividade.

O êxito do trabalho do Ministério Público depende da participação da comunidade no âmbito sanitário: quanto maior for o controle social, mais chances o Ministério Público terá de obter sucesso no seu mister. É o controle social que acaba fornecendo informações importantes ao Ministério Público, que passa a conhecer a realidade social a ser por ele alterada.

É preciso, pois, no âmbito da instituição, buscar aperfeiçoar os mecanismos de aproximação com a população usuária do SUS.

A realização dos direitos à saúde é também uma tarefa constante de mobilização social.

Se o Ministério Público quer exercer o papel de agente político, visando interferir na realidade social em prol daqueles que não exercem a cidadania plena, será preciso estar mais próximo do povo, ver e ouvir as pessoas com mais frequência.

Há necessidade de se realizar audiências públicas e reuniões nos bairros, devendo ser mobilizadas as lideranças comunitárias para viabilizá-las, com objetivo de ouvir a sociedade e saber dela quais são os principais problemas que merecem atuação do Ministério Público nessa área. Devem participar desses encontros, além dos usuários, representantes do Gestor, dos Conselhos de Saúde, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores da saúde.

A cada dia se fortalece o entendimento – com fundamento na Constituição Federal – de que o direito à saúde só poderá ser concretizado caso o usuário esteja inserido no SUS, ou seja, tal direito somente existe quando vinculado ao SUS. Não há que se falar, pois, em direito à saúde perante a Carta Magna se a pessoa não for usuária do SUS, se não estiver inserida nesse sistema público de saúde.

Nesse sentido, o Ministério Público tem o papel de mostrar à sociedade que o SUS é um patrimônio da coletividade e que foi criado exatamente para que o direito à saúde pudesse ser por ela exercitado.

O Ministério Público, na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis, deverá, sempre, buscar defender o SUS, tentando preservá-lo tanto quanto possível. Postura essa que não afasta a possibilidade de se efetuar cobranças, administrativas e judiciais, ao próprio SUS, no caso desse sistema não estar atendendo às necessidades de seus usuários, principalmente em relação ao princípio constitucional da integralidade.

REFERÊNCIAS

- AITH, Fernando. **Curso de direito sanitário**: a proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007.
- ALMEIDA, Márcio José de. **Educação médica e saúde**: possibilidades de mudança. Londrina: EDUEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.
- ANGELL, Márcia. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.
- ARAÚJO, Luis Alberto David. O conceito de relevância pública na Constituição Federal de 1988. **Revista de Direito Sanitário**, v. 5, n. 2, p. 90-97, jul. 2004.
- BALSEMÃO, Adalgiza. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 287-299.
- BARBOSA, Genário Alves (Org.). **A saúde dos médicos do Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.
- BARCELLOS, Ana Paula de. **A eficácia jurídica dos princípios constitucionais**: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar, 2002.
- BARROSO, Luis Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva**: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. Disponível em:
<www.lrbarroso.com.br/PT/noticias/medicamentos.pdf> Acesso em: 26 abr. 2008.
- BORGES, Danielle da Costa Leite; UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 59-69, jan. 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 40. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. 203 p.
- BRASIL. Lei n. 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. Institui a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, dispõe sobre normas gerais para a organização do Ministério Público dos Estados e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 fev. de 1993. Seção 1, p. 1997.
- BRASIL. Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985. Disciplina a ação civil pública de responsabilidade por danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1985. Seção 1, p. 10649.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990a. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 set. de 1990. Seção 1, p. 17271.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. de 1990. Seção 1, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. de 1990. Seção 1, p. 25694.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/cne_minuta_resolucao.htm>. Acesso em: 29 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSus**: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BREGA FILHO, Vladimir. **Direitos fundamentais da Constituição de 1988**. São Paulo: Juarez de Oliveira, 2002.

CAMBI, Eduardo. **Neoconstitucionalismo e neoprocessualismo**: direitos fundamentais, políticas públicas e protagonismo judiciário. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 4. ed. Coimbra: Almedina, 2002.

CARVALHO, Gilson. Os governos trincam e trancam o conceito da integralidade. **RADIS**: Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 49, p. 16, set. 2006.

CARVALHO, Gilson. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: Centro de Educação e Assessoramento Popular, 2007.

CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. **Comentários à lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**: Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CLÉVE, Clemerson Merlin. O Controle de constitucionalidade e a efetividade dos direitos fundamentais. In: SAMPAIO, José Adércio Leite (Coord.). **Jurisdição constitucional e direitos fundamentais**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003. p. 385-393.

DE LAVOR, Adriano et al. A dívida com a atenção básica. **RADIS: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 59, p. 12-17, jul. 2007.

FACHIN, Zulmar. **Teoria geral do direito constitucional**. 2. ed. Londrina: Instituto de Direito Constitucional e Cidadania, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERRAZ, Antonio Augusto Mello de Camargo; BENJAMIM, Antonio Herman de Vasconcelos. O conceito de relevância pública na Constituição Federal. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 77-89, jul. 2004.

FERRAZ, Antonio Augusto Mello de Camargo; BENJAMIM, Antonio Herman de Vasconcelos. O conceito de relevância pública na Constituição Federal. In: DALLARI, Sueli Gandolfi (Org.). **O conceito constitucional de relevância pública**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 1992. p. 38.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GIACÓIA, Gilberto. Ministério público vocacional. **Revista Justitia**, São Paulo, v. 64, n. 197, p. 279-286, jul./dez. 2007.

GOULART, Marcelo Pedroso. **Ministério público e democracia**. São Paulo: Editora de Direito, 1998.

KFOURI NETO, Miguel. **Responsabilidade civil do médico**. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1996.

LEITE, Celso Barroso. **Comentários à Constituição Federal**. São Paulo: Edições Trabalhistas, 1990.

LOPES, Júlio Aurélio Vianna. **Democracia e cidadania: o novo ministério público brasileiro**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2000.

LUIZ, Olinda do Carmo. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arquivos Médicos do ABC**, Santo André, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza Machado. Contribuições ao debate da judicialização na saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 73-91, jul/out 2008.

MACHADO, Felipe Rangel; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS; Ruben Araújo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 47-64.

MACHADO, Kátia. Integralidade no ENSINASUS -Experiências inovadoras no ensino da saúde. **RADIS: Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, n. 49, p. 10-15, set. 2006.

MAIOR NETO, Olympio de Sá Sotto. **Jornal Estado do Paraná**, Curitiba, 14 dez. 2008, p. 5.

MARQUES, Silvia Badim. **A relação do sistema jurídico e do sistema político na garantia do direito social à assistência farmacêutica: o caso do Estado de São Paulo**. 2005. 261 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MARQUES, Silvia Badim. O princípio constitucional da integralidade de assistência à saúde e o projeto de Lei n. 219/2007: interpretação e aplicabilidade pelo Poder Judiciário. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 82, jul./out. 2009.

MARTINELLI, Jaqueline Lorenzetti. Promotoria comunitária. **Revista MPD Dialógico**, São Paulo, v. 6, n. 25, p. 31, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo de. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MAUÉS, Antonio G. Moreira; SIMÕES, Sandro Alex de Souza. Direito público sanitário constitucional. In: ARANHA, Márcio Iorio; TAJAL, Sebastião Botto de Barros (Org.). **Curso de especialização à distância em direito sanitário para membros do Ministério Público e da magistratura federal**. Brasília: Universidade de Brasília e Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p. 477-510.

MAZZILLI, Hugo Nigri. **O Ministério público na Constituição de 1988**. São Paulo: Saraiva, 1989.

MELAMED, Clarice, RIBEIRO, José Mendes. O Inquérito civil público da saúde. **Conjuntura e Saúde**, n. 20, p. 17-21, maio/jun. 1995.

MILARÉ, Edis. **A ação civil pública após 20 anos: efetividade e desafios**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

NEVES, Nedy Cerqueira. **Ética para os futuros médicos: é possível ensinar?** Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2006.

PARANÁ. Ministério Público do Estado do Paraná. Corregedoria-Geral do Ministério Público. **Manual de orientação funcional**. Curitiba, 2009a.

PARANÁ. Ministério Público. Lei Complementar Estadual n. 85, de 27 de dezembro de 1999. Institui a Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Paraná. 5. ed. rev. out. 2008. Disponível em: <<http://www2.mp.pr.gov.br/biblioteca/leiorg.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

PARANÁ. 2018: o Ministério Público que se quer. **MP Notícias**: Informativo do Ministério Público do Estado do Paraná, v. 8, n. 5, nov./dez. 2009b.

PIOVESAN, Flávia. **Temas de direitos humanos**. São Paulo: Max Limonad, 1998.

SABELLA, Walter Paulo. O MP na Constituinte da CR/88. *Jornal Carta Forense*, São Paulo, 1 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.cartaforense.com.br/Imprimir.aspx?id=1850>>. Acesso em: 13 mar. 2010.

SADEK, Maria Tereza Aina. **Ministério Público dos Estados**: uma caracterização. Diagnóstico Ministério Público dos Estados. Brasília: Ministério da Justiça, 2006.

SALLES, Carlos Alberto de Salles. **Entre a razão e a utopia**: a formação histórica do Ministério Público II Democracia. VIGLIAR, José Marcelo Menezes, MACEDO JÚNIOR, Ronaldo Porto (Coord.). São Paulo: Atlas, 1999. p. 13-41.

SANTOS, Lenir. **Conhecendo seus direitos na saúde pública**. Campinas, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2006a.

SANTOS, Lenir. SUS: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde. **Revista do CONASEMS**, Brasília, v. 2, n. 19, p. 46-47, set./out. 2006b.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 6. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

SARLET, Ingo Wolfgang. Os direitos fundamentais sociais na Constituição de 1988. **Revista Diálogo Jurídico**, v. 1, n. 1, p. 3-46, abr. 2001.

SARMENTO, Daniel. **Direitos fundamentais e relações privadas**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris, 2004.

SCHEFFER, Mario; NUNES JUNIOR, Vidal Serrano. Saúde via justiça. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 abr. 2010. Opinião A3.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce B. Epidemiologia clínica e medicina baseada em evidências. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. cap. 8, p. 193-227.

SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. 11. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

SILVA, Silvio Fernandes da; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Redes de Atenção à Saúde: Importância e Conceitos. In: SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: Idisa; CONASEMS, 2008. p. 72.

SIQUEIRA, José Eduardo. **A arte perdida de cuidar**. *Bioética*, v. 10, n. 2, p. 89-106, 2002.

SIQUEIRA, José Eduardo. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Bioética**, Brasília, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SOUZA, Paulo Vinicius Sporleder. O Médico e o dever legal de cuidar: algumas considerações jurídico-penais. **Bioética**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 229-238, 2006.

TAVARES, Paulo César Vieira. A saúde como direito fundamental social e as objeções habitualmente dirigidas pelo Estado contra sua plena efetividade na área dos medicamentos excepcionais. In: CONGRESSO ESTADUAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ, 2005, Foz do Iguaçu.

TAVARES, Paulo César Vieira. Direito fundamental à saúde: protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e uso racional de medicamentos. In: ENCONTRO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE, 3., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Conceito Editorial, 2008. p. 143-154.

TAVARES, Paulo César Vieira. **Direito fundamental à saúde: controle judicial das políticas públicas para sua concretização**. 2006. 68 f. Monografia (Pós-Graduação em Direito Constitucional) – Pontifícia Universidade Católica Paraná, Londrina, 2006.

TAVARES, Paulo César Vieira. O Ministério Público social e o serviço social. In: CONGRESSO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO. **Livro de teses: o Ministério Público Social**. Curitiba: Associação Paranaense do Ministério Público e Confederação Nacional do Ministério Público, 1999. p. 321-326.

TEIXEIRA, Marco Antonio. Aniversário do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Proteção à Saúde Pública. Informe 367. Ministério Público do Estado do Paraná, 2007. Disponível em:
<<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?co...>>,
Acesso em: 20 maio 2010.

TEIXEIRA, Marco Antonio. Entrevista. **MP Notícias: Informativo do Ministério Público do Estado do Paraná**, v. 8, n. 4, p. 2, ago./set./out. 2009.

TORRES-FERNANDES, Marília de Castro. **Ministério Público em São Paulo: eficácia da função institucional de zelar pelo direito à saúde**. 1999. 147f. Dissertação (Mestrado em Filosofia e Teoria Geral do Direito) – Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 1999. Disponível em

<[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2139/tde-16052005-144603/publico/Marilia_Fernandes_diss\[1\].pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2139/tde-16052005-144603/publico/Marilia_Fernandes_diss[1].pdf)>. Acesso em: 11 maio 2008.

TOURINHO FILHO, Fernando da Costa. **Processo penal**. São Paulo: Saraiva, 1982.

VELLANI, Mario. **Il pubblico ministero nel processo**. Bologna, 1965.

VIEIRA DE ANDRADE, José Carlos. **Os direitos fundamentais na constituição portuguesa de 1976**. Coimbra: Almedina, 1998.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-22, 2007.

WEICHERT, Marlon Alberto. Fundação estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. **Revista de Direito Sanitário**, v. 10, n. 1, p. 81-97, mar./jul. 2009.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e federação na constituição brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Lúmen Júris, 2004.

XAVIER, Giselle Noceti Ammon. **Aspectos epidemiológicos e hábitos de vida das servidoras da UFSC**: diagnóstico e recomendações para um programa de promoção da saúde da mulher. 1997. 76 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção, Área de Ergonomia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

ANEXOS

ANEXO A – Ofício n. 0355/09



MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA
GABINETE DO PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA

Ofício nº 0355/09.

Curitiba, 20 de março de 2009.

Senhor Promotor de Justiça:

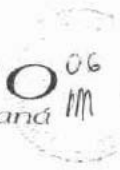
Em atenção ao contido no Ofício nº 085/09, protocolado sob nº 4262/09-PGJ, informo a Vossa Excelência que utilização das informações necessárias para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa de sua autoria, "Atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na área da Saúde Pública", foram por mim autorizadas.

Na oportunidade, consigno a Vossa Excelência protestos de distinta consideração.


Olympio de Sá Sotto Maior Neto
Procurador-Geral de Justiça

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ	
PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE LONDRINA	
PROTOCOLO	
Recebi em	02/04/09
Às	15:50

A Sua Excelência o Senhor
Paulo Cesar Vieira Tavares
Promotor de Justiça
Londrina - Paraná

ANEXO B – Protocolo nº 3694/2009**MINISTÉRIO PÚBLICO**
do Estado do Paraná

Protocolo nº 3694/2009 – M.P.P.R.

Interessado: Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos e Garantias
Constitucionais, da Saúde Pública e da Saúde do Trabalhador de Londrina

Assunto: Solicitação de Autorização

Senhor Corregedor-Geral,

1. O presente protocolado foi encaminhado a este Órgão pela Subprocuradoria Geral para Assuntos Jurídicos para "*conhecimento, avaliação e adoção das providências cabíveis*"¹ em relação ao pedido de autorização formulado pelo Promotor de Justiça Doutor Paulo César Vieira Tavares, no sentido de utilizar as informações existentes na 24ª Unidade ministerial de Londrina, com atribuições na área da Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais, da Saúde Pública e da Saúde do Trabalhador, da qual é titular, a fim de desenvolver Projeto de Pesquisa intitulado "Atuação do Ministério Público Estadual de Londrina na Área da Saúde Pública", apresentado no Programa de Pós-Graduação - *stricto sensu* - em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina – UEL.

¹ - r. despacho à fl. 03.



MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

07
M

O Promotor requerente afirma, ainda, que não serão divulgados os nomes das pessoas que procuraram o Ministério Público no período da pesquisa, durante o desenvolvimento do projeto e da elaboração da dissertação.


2. Verifica-se que a pretensão do eminente Promotor de Justiça não encontra disciplinamento específico na ordem normativa do Ministério Público do Paraná, o que não representa necessariamente um óbice ao deferimento do pedido, mormente se considerado que o trabalho científico a ser desenvolvido guarda direta relação com as próprias atribuições do Ministério Público, o que pode inclusive contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do exercício das respectivas funções.

Para mais, ao que indica a própria temática abordada e os serviços prestados nesta área pela 24ª Unidade ministerial de Londrina, recentemente inspecionados por esta Corregedoria Geral, a iniciativa do eminente Promotor de Justiça pode representar significativa ampliação na qualificação dos trabalhos já referenciais existentes naquela Comarca.

De qualquer modo, cumpre anotar que os dados pertencentes à Instituição devem ser utilizados estritamente nos limites científicos e diretamente ligados ao Projeto de Pesquisa vinculado ao curso de pós-graduação indicado, preservando-se o devido sigilo de quaisquer informações de caráter privado ou, até mesmo, público, mas protegidos pelo dever de sigilo, sob pena de violação da norma contida no inciso IV, do artigo 155, da Lei Complementar Estadual nº 05/99.

3. Em face do exposto, propõe-se a Vossa Excelência manifestação favorável à autorização pretendida.

Curitiba, 20 de março de 2009.



Mauro Mussak Monteiro

Promotor-Corregedor



MINISTÉRIO PÚBLICO

do Estado do Paraná

CORREGEDORIA-GERAL

CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

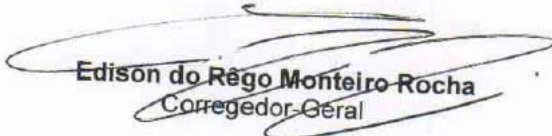
CONCLUSÃO

Aos 23 dias do mês de março do ano de dois mil e nove, faço estes autos conclusos ao Excelentíssimo Senhor Corregedor-Geral. Eu, DM (Secretária), o subscrevi.

Protocolo nº 3694/2009

1. Acolho o pronunciamento da lavra do Promotor-Corregedor Dr. Mauro Mussak Monteiro.
2. Restitua-se à douta Subprocuradoria-Geral para Assuntos Jurídicos.

Curitiba, 23 de março de 2009.


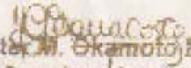

Edison do Rêgo Monteiro Rocha
Corregedor-Geral

CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

RECEBIMENTO

Aos 23 dias do mês de março do ano dois mil e nove, recebo estes autos do Excelentíssimo Senhor Corregedor-Geral. Eu, DM (Secretária), o subscrevi.

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</p>	
<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268</p>	
<p>Parecer Nº 124/09 CAAE Nº 1639.9.000.265-09 FOLHA DE ROSTO Nº 260874</p>	<p>Londrina, 18 de julho de 2009.</p>
<p>PESQUISADOR: PAULO CEZAR VIEIRA TAVARES (Processo 13305/09)</p>	
<p>Prezado(a) Senhor(a)</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p>"ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DE LONDRINA NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA"</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p>	
<p>Atenciosamente,</p> <p> Prof. Dra. Ester M. Okamoto Datta Costa Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL</p>	
<p><small>Universidade Estadual de Londrina - Caixa Postal 609, 590 - Londrina - Paraná - CEP 86051-900 - Fone: (51) 333-4000 - Fax: (51) 333-4001 - Cx. Postal 609 - Londrina - Paraná - CEP 86051-900 Hospital Universitário/CEP/UEL - Clínica de Saúde - Av. Robert Koch, 10 - Londrina - Paraná - Fone: (51) 333-3883 FAX: (51) 333-4002 e 333-3300 - Caixa Postal 609 - CEP 86051-900</small></p> <p><small>1007/0004 PARANA 06/09</small></p> <p><small>Fone: (51) 333-4134 - Fax: (51) 333-4135</small></p>	