

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO

AMANAYALLA CAROLINO DE MATOS

ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DA PARAÍBA NA  
CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS

SOUSA  
2013

AMANAYALLA CAROLINO DE MATOS

ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DA PARAÍBA NA  
CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Ms. Jailton Macena de Araújo

SOUSA

2013

AMANAYALLA CAROLINO DE MATOS

ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL DA PARAÍBA NA  
CONCRETIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Direito do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como exigência parcial da obtenção do título de Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais.

Orientador: Prof. Ms. Jailton Macena de Araújo

BANCA EXAMINADORA:

DATA DE APROVAÇÃO: 18/ 04/ 2013

---

Orientador: Prof. Ms. Jailton Macena de Araújo

---

Prof. Eduardo Pordeus Silva

---

Prof. Eduardo Jorge Pereira de Oliveira

Dedico este trabalho a minha mãe, por ter me ensinado que não existem obstáculos invencíveis e por ter me feito entender que na vida só há vitória com muito trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter guiado os meus passos durante essa jornada, que ainda não terminou, apenas mudou de foco, para galgar conquistas maiores. A ti, Senhor, entrego todos os meus projetos, pois confio no poder e na glória do teu nome.

Aos meus pais, Euzébio Soares e Francisca Carolino, por nunca terem medido esforços para realização dos nossos sonhos; pelo amor incondicional que me fez acreditar que sempre posso ir mais além e que não há limites para quem acredita e confia em Deus.

Aos meus irmãos, Nielle Carolino e Euzeffram Carolino, aos meus tios, minhas avós, meus primos e meus amigos, pelo apoio incondicional.

Ao meu amor, Bruno Cavalcante, por todo apoio e atenção que dedicou a mim durante todo tempo que precisei de ânimo e força para não desistir da realização dos meus objetivos.

A Aline Oliveira, Antônia Iara e Rayane Moésia, minhas amigas e companheiras de curso, agradeço imensamente pelos inesquecíveis momentos de conversas e de muita alegria. Sentirei falta das nossas tardes na cidade do semblante feliz (Sousa).

Aos amigos da Promotoria de Justiça de Cajazeiras, servidores, estagiários, assessores e promotores, por todo conhecimento compartilhado, pelo apoio e torcida.

Ao meu Orientador, Jailton Macena, pelo auxílio valioso na feitura deste trabalho, com o profissionalismo e atenção que sempre dedica a todos os seus alunos.

A todos os professores e colegas de faculdade, pelo aprendizado adquirido e por todos os momentos vivenciados, tanto no campo acadêmico como na vida.

.

“O Direito tem por função apreender os interesses materiais e ideais dos homens e tutelá-los, na medida em que eles se apresentem como dignos de proteção ou tutela.”

(Karl Engisch).

## RESUMO

O direito à saúde está diretamente atrelado à qualidade de vida de forma que à sua efetivação depende da atuação positiva do Poder Público. Nesse contexto de materialização, o Ministério Público ganha relevância, especialmente com o atual perfil que a Carta Magna de 1988 lhe conferiu, como agente político interveniente na realidade social para garantir o exercício da cidadania plena e dignidade da pessoa humana. Sendo assim, o presente trabalho busca aferir, em princípio, o desempenho do Poder Público no Município de Cajazeiras na área de saúde pública, comparando a legislação local e a realidade fática com as falhas mais perceptíveis, e de modo especial constatar a atuação do Ministério Público da Paraíba, durante o ano de 2012, a partir dos meios utilizados para concretizar o direito à saúde no Município em referência; apontando-se, por fim, a realidade da saúde pública no Município com a avaliação da eficácia do *Parquet* para tornar o direito em análise uma prática concreta da gestão responsável. Para a consecução dos objetivos mencionados são utilizados o método dedutivo de abordagem, os métodos de procedimento histórico, monográfico e estruturalista e como técnicas de pesquisa a bibliográfica e documental indireta. Nota-se que há vasta legislação a reger o Município de Cajazeiras, no entanto, há falhas na sua materialização. Em sequência afere-se os meios de atuação do *Parquet* no Município, na área de saúde, no ano de 2012, com base na pesquisa documental na instituição, onde há registros de instrumentos extrajudiciais e judiciais utilizados. Destaca-se ainda o grau de eficiência da atuação do *Parquet* frente ao desempenho municipal na saúde pública.

Palavras-chave: Direito à saúde. Qualidade de vida. Município de Cajazeiras. Ministério Público.

## ABSTRACT

The right to health is directly tied to the life quality so as its effectuation depends on the positive acting of the Public Power. Given this materialization context, the Public Ministry achieves relevance, especially with the current profile that the 1988's Constitution gave to it, as a public interventional agent on the social reality to guarantee the full citizenship exercise and human person dignity. Thus, the present project seeks assess, in principle, the Public Power's performance on the Town of Cajazeiras in the public health field comparing the local legislation and the objective reality with the most perceptible flaws, and specially note the Paraíba's Public Ministry operation, during the 2012 year, from the used means to effect the right to health on the mentioned Town; pointing, finally, the Town's public health reality with an effectiveness evaluation of the *Parquet* to make the right in analysis a real practice of the responsible management. To the achievement of the mentioned objectives, deductive approach methods are used, the historical procedures, monographic and structuralist and as research techniques the bibliographic and documental indirect. Note that there is wide legislation to govern the Town of Cajazeiras, however, there are failures on its materialization. In sequence measures the action means of the Town's *Parquet*, in the health area, on the 2012 year, based on documental research in the institution, where there are registers of the used extrajudicial instruments. Stands out yet the *Parquet*'s efficiency level compared the municipal performance in public health.

Keywords: Right to health. Life Quality. Town of Cajazeiras. Public Ministry.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

II PND – II Plano Nacional de Desenvolvimento

AIS - Ações Integradas de Saúde

*apud* – citado por

art. – artigo

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CGMP – Conselho Geral do Ministério Público

CNPG – Conselho Nacional das Procuradorias Gerais dos Estados e da União

DF – Distrito Federal

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização não-governamental

p. - página

PIB – Produto Interno Bruto

STF – Supremo Tribunal Federal

Suds – Sistema Único de Descentralização de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 10  |
| <b>2 O DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988</b> .....                                | 13  |
| 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PROTEÇÃO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO .....  | 14  |
| 2.2 O DIREITO À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OBJETIVOS, ATRIBUIÇÕES, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES .....   | 19  |
| 2.3 VISÃO GERAL DA REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: EFICÁCIA DAS NORMAS DE DIREITO SOCIAL À SAÚDE .....                                      | 26  |
| <b>3 ATUAÇÃO ESTATAL E O PROTAGONISMO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.</b> .....   | 333 |
| 3.1 A COMPETÊNCIA MUNICIPAL NA CONCRETIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA ...   | 344 |
| 3.2 MINISTÉRIO PÚBLICO: ASPECTOS HISTÓRICOS E O NOVO PERFIL DADO À INSTITUIÇÃO PELA CARTA POLÍTICA DE 1988.....                                   | 399 |
| 3.3 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO COMO DEFENSOR DA SOCIEDADE: DO DIREITO À SAÚDE. ....  | 444 |
| <b>4 MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA: EFETIVAÇÃO DA PROMESSA CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB</b> .....              | 499 |
| 4.1 O MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS E A SAÚDE PÚBLICA: ENTRE A LEGISLAÇÃO E OS FATOS. ....  | 499 |
| 4.2 OS MEIOS DE ATUAÇÃO DO PROMOTOR DE JUSTIÇA NA CONCRETIZAÇÃO DA SAÚDE MUNICIPAL DIANTE DA REALIDADE LOCAL.....                                 | 544 |
| 4.3 PANORAMA DA EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS E O DESEMPENHO DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM RELAÇÃO À SAÚDE PÚBLICA LOCAL..... | 60  |
| <b>5 CONCLUSÃO</b> .....  | 655 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 699 |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 75  |

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde foi reconhecida, expressamente, como direito fundamental pela Constituição Federal de 1988, nos artigos 6º e 196, tendo o referido reconhecimento significado um grande avanço do Estado Democrático de Direito brasileiro, pois o texto constitucional passou a oferecer ao cidadão garantias concretas e eficazes para que o referido direito social fosse desfrutado de forma efetiva, para tal, ressalta-se a criação do Sistema Único de Saúde – SUS instrumentalizado pela Lei 8.080/90.

Nesse esteio, pode-se dizer que o direito à saúde representa verdadeira expressão da cidadania e da dignidade da pessoa humana, haja vista estar diretamente atrelado à qualidade de vida, indispensável a todos os cidadãos.

Visando a concretização desse direito fundamental, a Carta Magna impõe uma atuação positiva do Estado na área da saúde. Tratando-se especificamente da obrigação imposta ao Poder Público municipal, torna-se imperioso destacar o papel conferido constitucionalmente ao Ministério Público como defensor da sociedade, incumbido de fiscalizar e cobrar do Poder Público uma atuação condizente com a Lei Maior.

A complexidade do tema revela-se pelo fato de que apesar do ordenamento jurídico brasileiro tutelar o direito à saúde dando um respaldo significativo tanto na Carta Magna como em leis ordinárias, no cenário nacional tem sido notória a falibilidade no desempenho dos serviços relacionados ao direito em referência, o que reflete negativamente na qualidade de vida da sociedade.

Desse modo, considerando o perfil constitucional do *Parquet*, será analisada especificamente a atuação do Ministério Público da Paraíba frente à postura do Município de Cajazeiras em relação à saúde pública, haja vista a crescente demanda que é apresentada à instituição. Nesse ínterim buscar-se-á fazer um levantamento e aferir satisfatoriamente os seguintes questionamentos: A atuação do Município de Cajazeiras em relação à saúde pública é satisfatória? Qual a postura do Ministério Público da Paraíba na concretização do direito à saúde considerando as possíveis falhas da gestão municipal de saúde? A atuação do *Parquet* se mostrou eficaz para a garantia do direito à saúde pública aos cidadãos?

Nesse viés, inicialmente objetiva-se abordar, numa perspectiva geral, a garantia do direito à saúde destacando-se o texto constitucional e leis infraconstitucionais que guarnecem o referido direito e amparam a atuação do Poder Público; buscar-se-á ainda ressaltar, sob o aspecto jurídico-constitucional, a importância conferida pelo ordenamento jurídico brasileiro

ao Ministério Público na salvaguarda do direito social fundamental como forma de promover a dignidade da pessoa humana e a cidadania plena.

Logo em seguida se buscará, mais detidamente, averiguar o compromisso do Poder Público municipal para com a eficácia dos preceitos legais voltados para a implementação da saúde pública em Cajazeiras, onde serão tomadas por base as possíveis demandas constatadas no ano de 2012, pelo Ministério Público Estadual da Paraíba.

Buscar-se-á ainda aferir a atuação do *Parquet* no Município em análise através do destaque das ações e atuais instrumentos por ele utilizados durante o ano de 2012 no intuito de promover o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e/ou médico-hospitalar na localidade. Por fim, buscará se destacar a eficiência do Ministério Público Estadual da Paraíba no que atine a efetivação da promessa constitucional ao direito à saúde no Município.

A relevância da temática situa-se no fato de que a saúde representa uma questão de interesse social com caráter de serviço de relevância pública e exige prestações ágeis e eficientes, já que intrinsecamente ligada ao direito à vida, não sendo admissível uma postura ineficiente por parte da gestão responsável, pois daria ensejo à má qualidade de vida ou mesmo na própria ameaça a sobrevivência dos cidadãos. Por tais razões, é imperiosa a atuação positiva do Ministério Público da Paraíba na realidade social do Município de Cajazeiras para a garantia da concretização do direito social em comento.

Para consecução dos objetivos supramencionados, utilizar-se-á o método de raciocínio dedutivo de abordagem, o qual possibilitará apresentar, inicialmente, um enfoque geral a respeito do direito à saúde, da competência do ente municipal e do Ministério Público com destaque ao seu mais novo perfil, *a posteriori*, pretende-se abordar a atuação do *Parquet* do Estado da Paraíba no que se refere à materialização do direito à saúde pública no Município de Cajazeiras.

Como métodos de procedimento serão adotados o método histórico, a partir do qual, se fará uma análise de aspectos da evolução do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, bem como da instituição do Ministério Público com destaque ao tratamento conferido pela Constituição Federal de 1988; o método monográfico, com vistas a um estudo pormenorizado do assunto, possibilitando ao final uma tomada de posicionamento consciente quanto à problemática; e o método estruturalista, na medida em que se buscará constatar a atuação do Ministério Público da Paraíba concernente à tutela do direito social à saúde aos usuários do SUS no Município em referência, para tal, levar-se-á em consideração o enfoque constitucional conferido ao direito à saúde e ao *Parquet*, a partir de onde se extrairá a adequação do Poder Público municipal de Cajazeiras ao direito garantido

constitucionalmente, e ainda se averiguará a eficácia da instituição ministerial atuante na localidade. Como técnica de pesquisa será utilizada a documentação indireta, essencialmente pautada na pesquisa bibliográfica e também por meio da pesquisa documental, consistente em publicações parlamentares, jurisprudências e documentos de arquivos públicos.

Para uma melhor compreensão do tema proposto, o presente trabalho irá tecer no primeiro capítulo algumas considerações acerca dos aspectos históricos do direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro, onde se enfatizará a tutela desse direito fundamental na Carta Magna de 1988 como asseguradora da dignidade da pessoa humana. Destacar-se-á ainda nesse capítulo a instrumentalização desse direito pelo Sistema Único de Saúde e, posteriormente, serão tecidos breves comentários sobre a visão geral da realidade da saúde pública no Brasil e a eficácia das normas que regem esse direito social.

O segundo capítulo, por sua vez, cuidará do direito à saúde abordando a atuação estatal e o protagonismo do Ministério Público na efetivação desse direito como condição de cidadania plena, para tanto será dado enfoque na competência municipal na concretização da saúde pública; nos aspectos históricos do *Parquet* no ordenamento jurídico brasileiro e o seu perfil contemporâneo dado pela Carta Política de 1988. Por fim, se enfatizará a atuação dessa instituição como defensora da sociedade no que concerne ao direito à saúde e ao exercício da cidadania.

Finalmente, no terceiro capítulo será feita uma análise referente à atuação do Ministério Público da Paraíba para a eficácia da promessa constitucional da saúde no Município de Cajazeiras. Para tal, será inicialmente extraído o desempenho do referido ente governamental na saúde pública através da confrontação entre a legislação e os fatos que eventualmente tenham ensejado o surgimento de demandas no órgão ministerial durante o ano de 2012; posteriormente serão identificados os principais meios utilizados pelo *Parquet* através da Curadoria da saúde para materialização da saúde municipal. Em seguida far-se-á um panorama da realidade prática do direito à saúde no Município e do desempenho do *Parquet* diante da realidade local.

Para a elucidação do trabalho serão anexados documentos públicos: o Plano Nacional de Atuação do Ministério Público e alguns instrumentos utilizados pelo Ministério Público Estadual da Paraíba para tutelar o direito à saúde no Município em questão (Notícia de fato, Termo de Ajustamento de Conduta, Ação Civil Pública e o Mandado de Segurança).

## **2 O DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL À SAÚDE E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

O desenrolar da luta pelos direitos humanos acompanha o próprio desenvolvimento da cidadania durante diferentes momentos históricos. Os primeiros modelos de posituação desses direitos do homem tutelavam direitos individuais oponíveis ao despotismo do Estado, direitos estes reflexos de uma sociedade liberal. De um modo geral, pode-se dizer que a noção de direitos humanos comporta a tutela de valores como a vida, a propriedade, a liberdade de expressão, de crença, a segurança, a igualdade, a dignidade, entre outros.

A doutrina estabelece uma distinção entre as expressões “direitos humanos” e “direitos fundamentais”, compreendendo a garantia desses direitos, respectivamente, no âmbito internacional e no âmbito interno ou nacional. A Constituição Federal é a norma suprema do ordenamento jurídico que resguarda valores máximos da existência humana, de sorte que nela se positivam os direitos fundamentais que visam assegurar ou promover a dignidade da pessoa humana.

Os direitos fundamentais são classificados pela doutrina de acordo com a sua evolução histórica, em primeira, segunda e terceira dimensões/gerações. Os direitos sociais são considerados como sendo de segunda dimensão/geração.

Conforme ensina Coelho; Branco e Mendes (2010, p. 823):

[...] os direitos sociais são concebidos como instrumentos destinados à efetiva redução e/ou supressão de desigualdades, segundo a regra de que se deve tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade.

O direito à saúde consiste num direito social que, até alcançar um elevado patamar na ordem jurídica brasileira com uma rede estruturada de ações e programas governamentais voltados para a sua promoção, teve que percorrer uma trajetória histórica lenta, desde o período colonial até os dias atuais. Na atual Carta Magna, a saúde figura entre os direitos sociais consignados em seu artigo 6º, no título dos “Direitos e Garantias Fundamentais”. Ela constitui, por conseguinte, um direito basilar, sendo considerado, juntamente com a vida, pressuposto dos demais direitos.

O legislador constituinte conferiu considerável valor aos direitos sociais, sobretudo a saúde - em sua mais ampla concepção - direito fundamental que se revela através da concretização de prestações por parte do Estado, a fim de permitir a todos os cidadãos condições de vida digna, de acordo com as suas necessidades. Assim sendo, o direito à saúde

está diretamente atrelado à dignidade da pessoa humana. Sarlet (2001, p. 60) define a dignidade da pessoa humana como:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável [...].

Como forma de efetivar o direito à saúde, a Constituição Federal de 1988 determinou a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, regulamentado pela Lei 8.080/90, refletindo-se como uma política de Estado, regida por princípios, que tem como objetivo garantir a saúde a todos através de uma organização descentralizada, com direção única em cada esfera governamental, além da participação da comunidade, voltados para a realização de políticas, ações e programas que respondam de forma adequada às necessidades das populações que estão em condições de desigualdade.

A relevância dada à saúde pela atual norma constitucional tem como uma de suas principais significações o respeito aos princípios da igualdade e da universalidade, ou seja, para todos os cidadãos deve ser dada assistência condigna com o seu estado de saúde, com vista a uma vida saudável, digna e de boa qualidade, sem que qualquer fator de distinção possa prevalecer, sobretudo ao que diz respeito à condição econômica.

Amparada pelas diretrizes constitucionais, a legislação trouxe inúmeras iniciativas na área das políticas públicas de saúde, no entanto, ainda existe a necessidade de que todo esse arcabouço legal que assegura esse direito fundamental no Brasil evolua em alguns aspectos da teoria para a realidade.

O direito à saúde, primordial a qualidade de vida, encontra obstáculos na sua efetivação, o que acarreta vários problemas – advindos de falhas ou mesmo omissões- nas ações e serviços públicos de saúde, que acabam por atingir principalmente as pessoas mais desfavorecidas economicamente que dependem de uma ação positiva do Poder Público.

## 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PROTEÇÃO À SAÚDE NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO

Até que o direito à saúde fosse assegurado constitucionalmente como uma garantia fundamental, um longo percurso histórico teve de ser percorrido, importando salientar o

surgimento e desenrolar de políticas de saúde no Brasil e a proteção desse direito no ordenamento jurídico nacional.

Antes da chegada da família real ao Brasil não existia um sistema organizado voltado para a atenção à saúde, que era realizada através dos costumes e tradições dos habitantes daquela época, formada por imigrantes europeus, escravos e índios, que possuíam cultura própria e técnicas para cura de doenças, basicamente utilizando-se de recursos da terra, como plantas medicinais.

Apenas com a vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, iniciaram as primeiras ações sanitárias, impulsionadas pelas modificações na administração pública colonial que passou a se interessar pelas condições de vida nas cidades, possibilitando uma estrutura mínima na área de saúde. Nessa época foram criadas as Academias médico-cirúrgicas, em Salvador e no Rio de Janeiro, as primeiras faculdades de medicina do país.

Em suma, no período compreendido entre a vinda da família real ao Brasil até os meados de 1850, as ações de saúde pública resumiam-se em incumbir de atribuições sanitárias as câmaras municipais, com proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, e ainda o controle nos navios, tais atividades objetivavam principalmente evitar a propagação de doenças.

O interesse nas ações de saúde passou a ter uma intensificação com a proclamação da República em 1889, cenário marcado por um crescente desenvolvimento na economia nacional decorrente da mão-de-obra dos trabalhadores brasileiros, que basicamente destinava-se ao cultivo de café para exportação. Assim sendo, como as precárias condições sanitárias e a proliferação de doenças entre os trabalhadores significavam prejuízos à própria economia, as questões referentes à saúde pública despertaram um maior interesse, prova disso foi a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1897, e o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas, podendo citar como as duas principais instituições de pesquisa: o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, posteriormente renomeado como Instituto Oswaldo Cruz (1908), e o Instituto Butantan.

A primeira República foi então marcada pela intervenção estatal nas questões relativas à saúde com extensão individual e coletiva, não só na época de surtos epidêmicos, mas de forma contínua, revelando os primeiros sinais de uma política de saúde.

A partir de 1903, Oswaldo Cruz, na época diretor geral de saúde pública, coordenou a reforma na saúde e posteriormente propôs um código sanitário que instituiu rígidas ações sanitárias como: a desinfecção, com tratamentos duríssimos e até isolamento do doente; o aniquilamento de edificações que representavam risco para a saúde pública; a atuação da

polícia sanitária, entre outras ações. Ainda dentro de suas estratégias, Oswaldo criou a campanha de vacinação obrigatória, o que causou desconfiança das pessoas acerca das intenções dos governantes e culminou no movimento popular, na cidade do Rio de Janeiro, conhecido como Revolta da Vacina.

Embora as ações implementadas por Oswaldo Cruz causassem críticas, espanto e até mesmo revoltas, foram elas responsáveis por acarretar avanços no controle e combate de algumas doenças, bem como algumas descobertas importantes no setor sanitário.

Foi durante a primeira República que surgiram as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, marcado pela concentração e pela verticalização das ações no governo central. Nessa época, o direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes e nem havia interesse em desenvolver uma política ampla de proteção social.

Somente em 1923, com o Decreto 4.682/23, conhecido como a Lei Eloy Chaves, surge a primeira política pública de previdência social para trabalhadores. O referido decreto significou um reconhecimento legal de medidas de proteção social e, em especial a assistência médica, resultado de revoltas populares e movimentos comunistas e anarquistas que exigiam do Estado a realização de ações de saúde mais efetivas.

O decreto determinava a criação obrigatória de um fundo de aposentadorias e pensões, as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAP's, que eram organizadas por empresas, restringindo-se àquelas de maior porte privadas e públicas, e criadas para grupos específicos de servidores, modelo em que os benefícios exigiam contribuições de segurados. O Estado não participava nem do seu financiamento nem da sua administração, limitava-se apenas a realizar um controle a distância.

Os fundos proviam, além das aposentadorias e pensões, os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º, do Decreto 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Elói Chaves:

Art. 9º Os empregados ferro-viarios, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito:

1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;

2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;

3º - aposentadoria;

4º – pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Embora o Estado tivesse se mantido à parte dessa forma de organização privada, deixando de definir um sistema de proteção de caráter abrangente, esse modelo serviu para embasar a formação do primeiro esboço de sistema de proteção social no Estado brasileiro.

A partir de 1930, na era do governo de Getúlio Vargas, a política pública brasileira ganhou nova estrutura, pois ocorreram mudanças institucionais, em destaque: a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). Com a criação do MTIC foi desenvolvida uma assistência médica individual previdenciária. Já com a criação do Mesp foram definidas ações de saúde pública de caráter preventivo, prestações destinadas a todos aqueles não habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas CAP's e pelos serviços previdenciários, tais como os trabalhadores informais, os desempregados e os pobres.

Ainda na fase Vargas, marcada por desenvolver uma política de proteção ao trabalhador, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), ampliando o papel das antigas CAP's. Nestes institutos, os trabalhadores não eram organizados por empresa, mas por categoria profissional (bancários, comerciários e marítimos) e o Estado passa a participar da sua administração, controle e financiamento. Porém, a proteção previdenciária, que incluía benefícios no setor da saúde, só destinava-se àqueles que contribuía, ficando assim excluída grande parte da população que contavam apenas com algumas prestações de serviços pelo Mesp.

A partir da década de 1950, o Estado brasileiro foi um período caracterizado por marcos institucionais na saúde como: a criação do Ministério da Saúde, em 1953, sem muita eficácia para atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência; a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), em 1956; a implementação da campanha nacional contra a lepra e das campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária, de 1958 a 1964; e a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que rediscutiu a distribuição de responsabilidades entre os entes Federativos e a municipalização dos serviços de saúde.

No período militar (1964-1984) foi implantado no Brasil um Sistema Nacional de Saúde caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela preeminência de uma burocracia técnica voltada para a mercantilização da saúde.

Reformas institucionais acarretaram mudanças no setor da saúde pública e no setor previdenciário durante o governo militar, em destaque, em 1966 ocorreu a unificação dos IAP's e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).

A criação do INPS, produto da fusão dos IAP's, possibilitou concentração das contribuições previdenciárias, ao passo em que o referido órgão começa a administrar as pensões, as aposentadorias e a assistência médica dos trabalhadores formais, todo o trabalhador urbano que possuía a carteira assinada era automaticamente contribuinte e

dispunha dos benefícios do novo sistema. Somente no início da década de 1970, a política proposta pelo INPS levou à inclusão no sistema de categorias profissionais como empregadas domésticas, autônomos e trabalhadores rurais.

Em meados da década de 1970, o Estado brasileiro é marcado por um ambiente de crise política, econômica e institucional iminente do governo militar, começando a serem implementados novos planos para assegurar a manutenção do governo, tais como a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo, que impulsionou o desenvolvimento paulatino dos movimentos sociais, até então amplamente reprimidos. Em meio a esses acontecimentos, tais movimentos possibilitaram o fortalecimento do movimento sanitário.

Nessa conjuntura, profissionais da saúde das mais diversas categorias, através de seus sindicatos, realizavam seminários e congressos para discutir problemas como endemias, epidemias e a degradação da qualidade de das pessoas. O movimento voltado para acarretar mudanças na área da saúde uniu-se a outros movimentos sociais, todos direcionados para a luta por direitos civis e sociais percebidos como dimensões inerentes à democracia. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 59-81).

Na década de 1980 o sistema de saúde governamental é cada vez mais alvo de contestação dos movimentos, que ofereciam propostas para o setor da saúde basicamente voltadas para democratização do sistema, à defesa da natureza pública do sistema, o caráter universal dos serviços e à sua descentralização.

Em 1981 a crise da Previdência Social se agravou, contexto em que foi criado pelo Decreto 86.329, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social voltado para implementação de medidas eficientes do setor da saúde, devendo o referido Conselho atuar como administrador e racionalizador da assistência médica.

Com um programa do Conasp surgem, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que se efetivaram através da realização de convênios firmados por grande parte dos Estados brasileiros, tendo os Municípios sido incorporados de forma gradual.

Apesar de todos os problemas em sua implementação, as AIS significaram avanços consistentes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação da população na gestão dos serviços. Estes avanços, entretanto, não impediram retrocessos (SCOREL, 1998).

Em 1986, os princípios da Reforma Sanitária foram disseminados a partir da realização a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde ficou evidente a necessidade de uma reformulação mais intensa nas questões de saúde, devendo esta ser entendida no seu conceito mais amplo, que envolve uma série de fatores (alimentação, habitação, meio ambiente, entre outros) capazes de proporcionar as pessoas uma vida saudável e, sobretudo, digna.

Pretendendo assegurar a separação total da saúde em relação à Previdência, na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde, representando um novo arcabouço institucional, nessa época ficando ainda pendentes para a sua constituição, discussões referentes à sua operacionalização e financiamento que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência. Enquanto essas questões eram discutidas foi criada o Suds (Sistema Único descentralizado de Saúde). Segundo preleciona Matta (2007, p. 50):

[...] O Suds avançou na política de descentralização da saúde e, principalmente, na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades no setor; deu prosseguimento às estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava.

Ao passo em que era implementado o Suds, ocorria a discussão da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88. Nela, o SUS foi finalmente aprovado apesar das disputas de interesses ocorridas no debate constituinte.

A Constituição Federal de 1988 implantou o Sistema Único de Saúde, atribuindo ao Estado brasileiro o dever de garantir a todos o acesso às ações e serviços gratuitos de saúde, objetivando principalmente oferecer uma assistência integral, universal e equânime às suas necessidades promovendo a atividade de promoção, prevenção e recuperação a todos os seus usuários. O Sistema Único de Saúde, com pouco mais de 20 anos, representa uma grande conquista para o setor de saúde no Brasil, apesar de apresentar muitas deficiências que devem ser combatidas pelo Poder Público.

## 2.2 O DIREITO À SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OBJETIVOS, ATRIBUIÇÕES, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A vida é o bem mais valioso do ser humano que só ganha sentido com a possibilidade de ser desfrutada com qualidade e dignidade, assim sendo, o direito à saúde representa uma

garantia desta possibilidade. Portanto, vida e saúde são direitos atrelados que devem ser assegurados pelo Estado e destinados a todos os cidadãos, sem restrições.

Embora não se possa definir de forma precisa a noção de saúde, a sua conceituação atual comporta uma visão mais ampla do que as definições mais tradicionais em que se levava em consideração apenas o aspecto biológico do corpo humano, ou seja, a saúde estava intensamente associada à medicina. De uma forma mais inovadora e completa, a saúde passou a ser compreendida antes de tudo como um fator social, isso porque está diretamente interligada com outras condições determinantes para a qualidade de vida das pessoas, como os fatores ambientais, econômicos e sociais, nos quais podem se incluir, por exemplo, a alimentação a moradia e a educação.

Nesse sentido, cabe ressaltar uma das definições sobre saúde mais difundidas na atualidade que é aquela que consta no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde - OMS (1948), onde se afirma que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Ainda nessa direção, importa destacar a compreensão de Sarlet (2003, p. 2), que estabelece uma equiparação entre vida digna e vida saudável, ao promover uma aproximação entre os conceitos de qualidade de vida e dignidade da pessoa humana. Para o doutrinador, o completo bem-estar físico, mental e social densifica o princípio da dignidade humana, pois não é compreensível que condições de vida insalubres e inadequadas de modo geral, sejam aceitas como conteúdo de uma vida digna.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, que trouxe a pessoa humana como fundamento do Estado brasileiro, a saúde passou a ser reconhecida como direito fundamental social, previsto no art. 6º da CF/88, passando ainda a fazer parte do chamado subsistema assistencial de seguridade social.

A Seguridade Social está prevista no Título VIII- “Da Ordem Social”- arts. 194 a 204 da Carta de 1988, e tem como objetivo primordial preservar a dignidade humana, e em consequência, proteger os direitos humanos. Segundo dispõe o art. 194, a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social. Na lição de Ferreira (2007, p. 129-130):

A seguridade social deve ser sempre tratada como um mecanismo de proteção dos direitos humanos, dos indivíduos contra as vicissitudes da vida, sob a perspectiva ex parte populi, em que o Estado possui o dever de implementar esse direito social, para assegurar uma vida digna aos seus cidadãos.

Assim, a seguridade social configura-se como um ordenamento de proteção social utilizado como instrumento de intervenção do Estado, que tem como objetivo a proteção de todos os membros de uma sociedade contra quaisquer eventos danosos à renda, garantindo a estes indivíduos o bem-estar, devendo ser abolido todo estado de necessidade social em que estes podem encontrar-se.

O caráter assistencial da seguridade social está presente, no art. 196 do texto constitucional de 1988, à medida que estabelece acesso às ações de saúde a qualquer indivíduo, de forma igualitária, ou seja, sem qualquer discriminação ou privilégio nesse setor.

Dispõe o art. 196, da Lei Maior:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Da redação do artigo percebe-se com clareza a relação direito-dever estabelecida pelo constituinte, sendo a saúde direito do cidadão e dever do Estado. O direito à saúde é universal e igualitário, sendo inafastável ao Estado promover de todos os meios a garantia desse direito tão importante a todos os cidadãos.

Saliente-se que a tutela ao direito à saúde ganhou um sentido amplo, tendo em vista que a Carta Magna passou a abranger além da promoção, a sua proteção e preservação. A promoção, no sentido de busca da qualidade de vida. A proteção, como tratamento e recuperação de determinada patologia do indivíduo, e a preservação como medida prévia realizada através de políticas para evitar ou ao menos reduzir o risco de uma determinada doença.

Quando se fala em saúde, devem-se priorizar atividades preventivas. A respeito preceitua Silva (2007, p. 768), o “direito à saúde e o dever do Estado não se limitam à recuperação da saúde, à oferta de Medicina curativa, mas, especialmente, Medicina preventiva, ações e serviços destinados a evitar a doença”.

Os serviços e ações de saúde ganharam especial destaque constitucional, sendo considerados como 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, conforme estabelece o art. 197, da Constituição Federal.

Como forma de efetivar o direito à saúde, a Carta Magna determinou a criação de um Sistema Único de Saúde – SUS, cuja regulamentação, em nível infraconstitucional, encontra-se precipuamente na Lei 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde) e na Lei 8.142/90 (que dispõe

sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros).

O SUS é um sistema público e nacional que abrange todos os serviços e ações de saúde e as unidades de saúde sob a competência dos entes, União, Estados e dos Municípios, de forma associada, no intuito de favorecer toda a sociedade a partir de ações na área de saúde. Embora constituído como sistema público, o SUS também compreende a rede privada de saúde, de forma complementar, utilizada por meio de contratação ou convênio firmado pelo Poder Público. (Lei 8.080/90, Art. 4º). (Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde 2010, p. 58).

De acordo com o que dispõe a Lei 8.080/90, art. 43, os serviços prestados pelo SUS são gratuitos, não sendo permitida a cobrança direta do cidadão atendido de nenhum valor, total ou parcial.

Conforme estabelece a Cartilha de Fiscalização Financeira e Controle - Um Manual de Exercício da Cidadania, proveniente da Câmara dos Deputados (Comissão de Fiscalização Financeira e Controle) (2005, p.19):

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a finalidade de garantir o atendimento médico-hospitalar público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro, sob qualquer pretexto. Todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas unidades de saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas-municipais, estaduais ou federal- ou privadas (particulares) desde que contratadas pelo governo.

O SUS encontra suas diretrizes traçadas pelo art. 198, da Carta Magna atual. As diretrizes podem ser entendidas como estratégias que organizam o SUS, apontando meios para alcance dos seus objetivos.

As diretrizes do Sistema Único de Saúde deixam evidente o amparo que o referido sistema encontra em um modelo de saúde destinado as necessidades da população, efetivando-se através do comprometimento do Estado em promover o bem-estar da sociedade.

São diretrizes do SUS: A descentralização (a organização do sistema de saúde está pautada na descentralização (política, administrativa e financeira), da União, Estados e Municípios, com direção única em cada esfera de governo, com o fim de atingir os objetivos do SUS); o atendimento integral (com prioridade das ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e a participação da comunidade.

A construção do SUS é orientada por uma série de princípios, que concernem basicamente: a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização, a regionalização, a descentralização e a participação da comunidade.

A universalidade está relacionada ao alcance, pois, todo e qualquer serviço de saúde deve ser garantido a todas as pessoas, aí incluído todos os brasileiros e estrangeiros que estejam em território nacional, independente de condição social, sexo ou idade. Diferente do que ocorria anteriormente, pois, a atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar não era universal, alcançava somente os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), e dependentes, já para o restante da sociedade, o acesso à assistência à saúde era bastante limitado.

A equidade é o princípio no qual a igualdade impera entre todos os cidadãos perante o SUS, de forma que o direito ao acesso à saúde será distribuído, independente da complexidade de cada caso, devendo o atendimento estar conforme com as necessidades, sem deixar de considerar os riscos e as necessidades coletivas.

A integralidade nada mais representa do que o dever do SUS de oferecer a atenção à saúde levando em consideração todas as necessidades da pessoa, devendo o indivíduo ser visto não como um aglomerado de partes, mas como um ser integral. O SUS possui ações abrangentes, essas obras de saúde devem estar voltadas para a cura e principalmente para prevenção.

Conforme esclarece o Manual de atuação funcional da saúde, proveniente do Ministério Público do Estado da Paraíba (2011, p. 17): “Por atenção integral, pode-se entender que deve ser dispensada ao paciente uma atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências e em todos os níveis de complexidade”.

O princípio da hierarquização significa a divisão em níveis de complexidade crescente, de modo que o grau de complexidade é que determina a organização e a administração (gestão) dos serviços de saúde a serem realizados. Dessa forma, o acesso desses serviços de saúde deve ocorrer do nível mais simples (atenção básica) até os mais complexos (média complexidade e alta complexidade), tais níveis serão avaliados em cada caso concreto, excetuando-se os casos de urgência.

A atenção básica representa o primeiro acesso da pessoa ao atendimento de saúde. No caso da não resolução do problema, este passará a ser resolvido num nível de média ou alta complexidade.

O nível de média complexidade implica a utilização de procedimentos mais apurados. Já o de alta complexidade exige procedimentos de um patamar tecnológico e econômico de maior intensidade.

Nesse sentido preleciona o Tribunal de Contas da União, em Orientações para conselheiros de saúde (2010, p. 59):

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão poderá ser encaminhado para outros serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas).

Do princípio da regionalização, infere-se que as necessidades, as dimensões e os serviços já disponíveis no território a ser atendido, devem ser conjuntamente considerados na prestação dos serviços do SUS.

A descentralização consiste em uma diretriz organizativa, em que a cada esfera governamental (municipal, estadual e federal) fica incumbida de desempenhar atribuições específicas nos serviços e ações de saúde aos usuários do SUS. Algumas funções (serviços, responsabilidades, poder e recursos) podem ser repassadas de um ente a outro, do federal ao estadual e deste ao municipal. No Município, a prestação de saúde à população ocorre de forma direta, por tal razão, o referido ente está incumbido da maior responsabilidade no desempenho da saúde pública.

Por fim, o princípio da participação da comunidade demonstra uma característica importante do SUS, que é a gestão democrática dos assuntos de saúde. A Lei 8.142/90, como dito alhures, dispõe entre outras coisas, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, de onde se extrai que na execução de políticas sanitárias, a população deve participar definindo-as, fiscalizando-as e controlando-as. Essa participação da população se dá através de movimentos e entidades que representam a sociedade. São instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e os Conselhos de Saúde.

Os Conselhos de saúde estão representados em cada instância (federal, estadual e municipal) e suas composições são formadas por representantes da gestão, por pessoas que trabalham na área de saúde, prestadores privados e ainda por metade de representantes de usuários do sistema.

Os conselhos de saúde devem se reunir em caráter permanente e deliberativo com o objetivo de influir na formulação de políticas em suas áreas de atuação, bem como de exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo. (MATTA, 2007, p.77).

As Conferências de saúde estão presentes em cada esfera de governo e são formadas por representantes de vários segmentos sociais interessados nas questões relativas à saúde e a qualidade de vida. Tais representantes, a partir de avaliações e propostas para a saúde surgidas

nas conferências, decidirão sobre quais as recomendações da sociedade para os gestores do SUS e para as instâncias de governo sobre as políticas públicas de saúde.

No que se refere aos objetivos do Sistema Único de Saúde, o art. 5º, da Lei 8.080/90 elenca: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado de garantir o direito fundamental da saúde; c) a assistência às pessoas, mediante a adoção de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

São vastas as atribuições conferidas ao Sistema Único de Saúde. O art. 6º, da lei supracitada traçou certas atribuições do Sistema, *in verbis*:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Feitas as considerações acerca das diretrizes, princípios, objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde, é importante fazer considerações a respeito dos recursos do referido Sistema. Embora não exista uma cobrança direta dos atendimentos do SUS prestados aos seus usuários, tais serviços são pagos pelos cidadãos através dos impostos.

Conforme o art. 198 da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços de saúde ofertados no âmbito do SUS devem ser financiados com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do DF e dos Municípios, além de outras fontes, ou seja, todas as esferas governamentais são responsáveis pelo financiamento do SUS.

Nesse sentido, a Emenda constitucional 29/2000 que alterou o art.198, §3º, da CF/88, hoje regulamentado pela Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que delineou a

participação conjunta de todos os entes políticos (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) no financiamento da saúde, estabelecendo percentuais mínimos que cada um desses entes deve participar nas ações e serviços públicos de saúde. Os gastos da União em saúde devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto), aos Estados e Distrito Federal compete aplicar 12% de suas receitas em saúde, e aos Municípios compete aplicar pelo menos 15% de suas receitas em saúde. Os gestores têm a obrigação de gastar suas receitas com saúde atendendo ao menos o mínimo estipulado para o dispêndio.

Em suma, é possível observar que com a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, o direito à saúde no Brasil passou a ter um sistema público de saúde relevante, com resultados inquestionáveis, sobretudo por promover progressos já relatados alhures como: a descentralização de ações e serviços de saúde nas três esferas federativas; a democratização da gestão do sistema com a participação da sociedade; a ênfase na atenção básica e familiar; a extensão da cobertura de serviços, que ocasionou o fortalecimento da rede pública de saúde; a definição de fontes estáveis de financiamento público, entre outros progressos obtidos com a implantação do Sistema. Entretanto, muitos problemas permanecem e devem ser encarados para que o SUS seja efetivamente concretizado como um sistema público universal capaz de desempenhar serviços e ações de saúde de qualidade para aqueles que deles necessitam.

### 2.3 VISÃO GERAL DA REALIDADE DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: EFICÁCIA DAS NORMAS DE DIREITO SOCIAL À SAÚDE

Com base no princípio da dignidade humana, todo ser humano tem direito a ter condições mínimas de existência, ou seja, acesso à saúde, educação, alimentação, moradia, entre outros. A dignidade é qualidade intrínseca a pessoa humana, sendo ela irrenunciável e inalienável.

Baseado nesse princípio essencial à constituição do núcleo primordial dos direitos fundamentais, a Constituição Federal de 1988 tratou de estabelecer um compromisso com a qualidade de vida ao ampliar a dimensão da garantia do direito à saúde, não mais se restringindo a cura e a prevenção de doenças, mas também incluindo a promoção da saúde.

A Carta Magna de 1988 preceitua que a saúde além de ser considerada como um direito de todos, é também entendida como uma obrigação do Estado. A percepção da saúde

reconhecida como dever resulta em discussões que geralmente giram em torno das chamadas “dimensões dos deveres da saúde”. Sobre as dimensões do dever da saúde, são esclarecedoras as palavras de Sarlet (2000, p. 105):

O direito à saúde é direito social que apresenta, simultaneamente, uma dupla dimensão defensiva e prestacional. Enquanto direito de defesa, o direito à saúde determina o dever de respeito, num sentido eminentemente negativo, ou seja, não afetar a saúde de alguém, mas, sim, preservá-la. Na dimensão prestacional, imputa o dever, em especial ao Estado, de executar medidas reais e concretas no sentido de fomento a efetivação da saúde da população, circunstância que, neste último caso, torna o indivíduo, ou a própria coletividade, credores de um direito subjetivo a determinada prestação, normativa ou material.

Assim sendo, encarada como um dever social, a saúde apresenta duas dimensões, a dimensão defensiva e a prestacional. Na dimensão defensiva impõe aos entes estatais ou particulares o dever de respeitar o direito à saúde, significando “um não fazer”, no intuito de não prejudicar o exercício de direito à saúde de outrem.

Já a dimensão prestacional trata, de um modo geral, do “agir” do Estado, que tem por fim a distribuição de bens materiais imperiosos na realização da saúde, na prestação direta de serviços, bem como na efetivação de programas que busquem garantir a saúde da coletividade.

É inquestionável o dever do Poder Público de garantir a prestação de serviços de saúde de modo adequado, para tal, deve fazer uso de todos os mecanismos de que dispõe, aqui incluída a possibilidade de estabelecer, em caráter complementar, parcerias com o setor privado, preferencialmente as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, com vistas à efetivação do atendimento integral a que faz menção a Lei Maior.

Consoante ao que preleciona Marques (2012, p. 52):

A garantia do direito à saúde, como realidade objetiva, demanda regulação integral e integradora, exigindo a adoção de medidas organizativas e procedimentais pelos poderes públicos, com vista a alcançarem plena eficácia.

O Brasil destaca-se pela vasta e avançada normatização no setor da saúde. O ordenamento jurídico brasileiro tutela esse direito com respaldo significativo tanto no bojo da Carta Magna de 1988, como em leis infraconstitucionais, a exemplo da Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, sistema que apesar das deficiências representa uma verdadeira conquista para os brasileiros.

Dentre tantas regulamentações na área de saúde, convém destacar ainda a Lei 9.961/00, que regulamenta a Agência Nacional de Saúde; a Lei Sarney (Lei 9.313/96), que trata do fornecimento de remédios para aidéticos; além de legislações que indiretamente

reforçam as questões de saúde e qualidade de vida como a Lei 10.836/04, que trata do Programa bolsa família; a Lei 10.219/01, que trata Programa bolsa escola, entre outras.

Apesar de várias normas reafirmarem a garantia desse direito social fundamental, a realidade brasileira ratifica a existência de problemáticas na concretização das políticas públicas de saúde, barreiras prestacionais que advêm de diversos fatores, tais como desvio de recursos, ausência de equipamentos, numerosas filas em corredores de hospital, dificuldade para agendar consultas e exames, carência de materiais hospitalares e de profissionais especializados, negligência de certos profissionais, demora no atendimento, indisponibilidade de medicamentos, dentre inúmeros outros fatores.

Todas as deficiências em saúde no cenário nacional fazem crer que, uma legislação que garanta o direito fundamental à saúde de forma vasta não é suficiente se não houver eficácia prática do seu exercício pelos cidadãos. Nesta senda, estabelece o Manual de Atuação do Ministério Público (2011, p. 16):

A legislação referente à saúde pública no Brasil é uma das mais avançadas, contudo, na prática, as desigualdades no acesso e na oferta de serviços é uma realidade cruel enfrentada pelos cidadãos, notadamente aqueles pertencentes à parcela mais carente da população.

Os mais prejudicados com os problemas existentes no sistema público de saúde são as pessoas mais necessitadas financeiramente, pois a falta de condições não as permite recorrer aos serviços de saúde privados, o que as condicionam a utilização dos serviços de saúde fornecidos pelo Poder Público, que em grande parte são marcados por níveis mais baixos de qualidade.

Conforme ensinamento de Paim (2006, p. 25) existem três subsistemas que compõem o sistema de saúde no Brasil, são eles: o Sistema Único de Saúde, o Sistema de Assistência Média Suplementar, e o Sistema de Desembolso Direto. O primeiro Sistema possui natureza pública e seus serviços são de responsabilidade dos entes governamentais, além dos contratados (filantrópicos e lucrativos), esse sistema é destinado a todos os cidadãos e representa a única possibilidade de mais de 140 milhões de brasileiros com baixa renda, desempregados ou com empregos precários.

O Sistema de Assistência Média Suplementar possui caráter privado e atende por volta de 35 milhões de brasileiros que possuem vínculo com planos coletivos oferecidos por grandes empresas, e com planos individuais oferecidos no mercado e adquiridos pela classe média alta e alta que, em certas ocasiões também apelam ao SUS. No Sistema de Assistência Média Suplementar estão disponíveis várias modalidades de assistência que utilizam, numa

expressiva parte, a mesma rede de serviços privados, filantrópicos e universitários vinculados ao SUS.

O Sistema de Desembolso Direto é utilizado para serviços que de forma eventual não são acobertados por planos de saúde ou para a realização de exames e consultas com profissionais renomados que não possuem vinculação com o SUS ou com o Sistema de Assistência Médica Complementar. O Sistema em análise está relacionado com hospitais de alta tecnologia e médicos com autonomia preservada, assim sendo, é desfrutado por seleta população brasileira de alta renda.

Além das problemáticas nos serviços de saúde já citadas, outros fatores que colaboram para que as classes menos favorecidas economicamente possuam menor qualidade no atendimento de suas necessidades em saúde é o fato de quase sempre as políticas públicas de saúde no Brasil serem executadas de forma desvinculada das demais questões de essencial importância para a garantia da saúde da população, tais como saneamento básico, água encanada e ações de preservação do meio ambiente.

A falta de compromisso do Estado e o descuido da própria sociedade em promover questões sociais como essas, dão ensejo a problemas que, por mais primitivos que sejam, afetam grande parte da população -primordialmente pessoas de baixa renda- e causam inúmeras doenças, comprometendo assim a saúde pública.

A integralidade de medidas que devem ser tomadas para a promoção da saúde e consequente qualidade de vida das pessoas pode ser destacada no art. 3º, *caput*, da Lei 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, *in verbis*:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Apesar de o Sistema Único de Saúde ter sido criado para ser universal, o que se percebe é a exclusão de muitos ao direito de ser tratado com dignidade. Tantas são as deficiências no setor que a população busca socorrer-se de outros meios para obter a tutela de tal direito.

Ainda sobre a efetividade do direito fundamental à saúde, há que se destacar que o Poder Público tem apresentado justificativas para a ineficácia de suas prestações. O orçamento insuficiente é um dos obstáculos mais levantados pelos gestores públicos. A essa limitação é atribuída a denominação de reserva do possível. Sobre o assunto, posiciona-se Marques (2012, p. 95):

A “reserva do possível”, em linhas gerais, regula a possibilidade e a extensão da atuação estatal no que se refere à efetividade do direito à saúde, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis.

A reserva do possível também é utilizada como justificativa pelo Poder Público para impor barreiras à intervenção judicial, sobretudo em razão da crescente busca de soluções através do poder judiciário, o que tem gerado muitas críticas pautadas no fato de o aumento indiscriminado de demandas judiciais - geralmente para o fornecimento de medicamentos, insumos, órteses, próteses e tratamentos - comprometerem o planejamento orçamentário, que é traçado para amparar demandas coletivas.

Assegurando o direito à vida em detrimento da limitação do orçamento público, já decidiu o Min. Celso de Mello, no Supremo Tribunal Federal, ao apreciar o RE 393175/RS:

[...] entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida (STF. RE 393175 RS. Rel. Min. CELSO DE MELLO. J. 01/02/2006. Publicado no DJ 16 fev. 2006).

Apesar de no caso concreto ser difícil ao magistrado negar um direito à saúde sob o argumento de proteção ao erário público, o princípio da reserva do possível não pode ser totalmente afastado, haja vista a inquestionável existência de mais demandas em saúde do que de recursos para atendê-las completamente. O que não se admite é que o referido princípio, por si só, seja empregado como justificativa para a ineficiência do aparelho estatal.

Sobre o assunto, Leal (apud MARQUES, 2012, p.100-101), preleciona:

[...] o esvaziamento de direitos fundamentais não pode ocorrer pelo simples argumento da escassez de recursos dos cofres públicos, muito menos os relacionados à saúde, posto serem impactantes em face da vida humana e sua dignidade mínima, e por isso estarão sujeitos ao controle jurisdicional para fins de se aferir a razoabilidade dos comportamentos institucionais, devendo ser aprimorados os parâmetros, variáveis, fundamentos e própria dossimetria concretizante do direito em xeque.

Para evitar a banalização da reserva do possível como justificativa da inação por parte do Estado, a análise de cada caso concreto é imprescindível a fim de averiguar a razoabilidade e proporcionalidade da prestação. Nas palavras de Marques (2012, p. 107): “A negativa de efetividade de um direito social, em especial, a saúde, sob fundamento da reserva do possível, deve ser sempre analisada com desconfiança”.

Assim sendo, o argumento do Poder Público com base na reserva do possível só deverá ser admitido quando presente três fatores: a demonstração satisfatória da eficiência da gestão pública de saúde; a demonstração de fato da não disponibilidade, total ou parcial, de

orçamento; e ainda a comprovação de uma deliberação responsável - sem desperdício - dos recursos existentes.

Neste sentido, Sarlet (2006, p. 356-357):

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.

O senso de responsabilidade exigido do Estado é justamente no sentido de evitar a corrupção na gestão pública, sobretudo quando se trata de saúde. Os gestores de saúde devem, além de realizar uma administração adequada, direcionar os recursos existentes da melhor maneira possível, porém, lamentavelmente condutas desonestas têm sido uma constância no nosso país. A esse respeito, Magalhães (2012), em Portal de notícias Agência Senado, assim preleciona:

[...] o Departamento de Patrimônio e Probidade da Advocacia Geral da União (AGU) divulgou que cerca de 70% dos recursos públicos desviados no país são das áreas de educação e saúde. A Controladoria Geral da União (CGU), segundo o senador, informou ainda que, entre 2007 e 2010, foram desviados, por prefeitos ou ex-prefeitos, R\$ 662,2 milhões nesses dois setores. Essas verbas, como comentou o senador, seriam destinadas para a reforma de escolas e hospitais, compra de merenda escolar e remédios, e procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante de todo o exposto, pode-se afirmar que apesar de o direito à saúde ser uma garantia assegurada a todos, muitos são os desafios a serem superados para que as demandas possam ser atendidas. Certo é que, em regra, existe um descompasso entre a situação recursos financeiro estatais, geralmente limitado, e a magnitude das necessidades sociais.

Embora exista esse descompasso e não haja, de fato, uma perfeita disponibilidade de serviços de saúde a todos de forma satisfatória, a disponibilidade dos meios materiais deve oferecer ao menos condições mínimas de existência. Sobre o princípio do mínimo existencial preceitua Sarlet e Figueiredo (apud, MARQUES, 2012, p. 59): “o mínimo existencial envolve o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida condigna, e saudável”.

Esclarecendo sobre até que ponto o Poder Público está obrigado a fornecer para a população as prestações sociais, preleciona Vita (2010, p. 125):

[...] é indubitável a existência de uma gama infinita de prestações possíveis, o que não pode redundar na exigência máxima de prestação estatal nessa área, como a

oferta de cirurgias plásticas a senhoras de meia-idade, ante a escassez de recursos e a necessidade de oferta igualitária e universal de serviço público.

Em contraposição, caso se cuide de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes portadoras do vírus HIV, por exemplo, há a obrigação estatal de fornecer essa prestação, por estar em jogo a própria subsistência do indivíduo, aspecto indissociável da própria dignidade da pessoa humana e do fundamental ao mínimo existencial.

Portanto, a efetividade do direito social à saúde na ordem jurídica brasileira deve seguir o mínimo existencial, ou seja, o Estado tem a tarefa de assegurar prestações que devem atender ao menos a um parâmetro mínimo, impedindo assim omissões ou ações insuficientes. Agindo assim, o Poder Público estará primando pela proteção da dignidade humana.

### **3 ATUAÇÃO ESTATAL E O PROTAGONISMO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.**

A Constituição Federal de 1988 não isentou nenhum ente federativo da responsabilidade em defesa da saúde. Grosso modo, a competência em matéria sanitária é comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, já a competência legislativa é concorrente da União, Estados e Distrito Federal, (art. 24, XII, CF/88), ficando o Município incumbido de suplementar, quando cabível, a legislação federal e estadual (art. 30, II, CF/88), sendo-lhe facultado ainda legislar sobre assuntos de interesse local (art. 30, I, CF/88).

Os serviços e ações de saúde que formam o Sistema Único de Saúde (SUS) estão pautados, entre suas diretrizes, na descentralização com direção única em cada esfera de governo. Dentre os entes federativos, o Município, por se constituir como instância de maior proximidade com a realidade e problemas locais, possui papel de maior importância na execução, defesa e proteção da saúde.

Vinculados às premissas constitucionais e às leis infraconstitucionais, como a Lei 8.080/90 que, dentre outras coisas, preleciona sobre a direção municipal do Sistema de Saúde; os administradores municipais devem gerir os serviços e ações de saúde nas respectivas localidades, de sorte que suas ações, quando descumpridoras das referidas normas, dão ensejo à responsabilização de seus gestores.

No intuito de exigir uma atuação comprometida do Poder Público, a Carta Magna possibilitou a intervenção de atores como o Ministério Público para atuar na defesa da concretização do direito fundamental à saúde.

Com o desenrolar histórico, o Ministério Público foi gradativamente adquirindo uma nova roupagem até se tornar uma instituição representante da sociedade civil no Estado Democrático de Direito.

A Lei Maior de 1988 consagrou um novo perfil ao *Parquet*, que passou a ser considerado como instituição de promoção social cuja legitimação foi ampliada a partir do recebimento de novas atribuições e garantias institucionais e pessoais, mantendo a sua tradicional capacidade em juízo, no âmbito penal ou cível, a tutelar direito difusos, coletivo e individuais indisponíveis, além da possibilidade de atuar amplamente na defesa extrajudicial da cidadania. Com a nova essência da instituição, a atuação preventiva ganhou maior respaldo.

Deste modo, depreende-se que o Ministério Público se tornou um personagem especial na salvaguarda do direito social à saúde, imprescindível a uma vida digna, sobretudo pela atuação da instituição ao cobrar do Poder Público uma postura comprometida na execução desse serviço de relevância pública.

### 3.1 A COMPETÊNCIA MUNICIPAL NA CONCRETIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA.

É inegável que a prestação e a defesa da saúde são de responsabilidade de todas as esferas federativas. A Constituição Federal de 1988, ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado, alude sobre dois tipos de competência em saúde, a legislativa e a material.

A Lei Maior outorgou a competência legislativa em matéria de saúde de forma simultânea a mais de um ente (União, Estados e Distrito Federal), nomeados concorrentemente (art. 24, XII), cabendo ao Município suplementar, no que couber, a legislação federal e estadual (art. 30, II), além de também possibilitar ao Município legislar sobre assuntos de interesse local (art. 30, I).

Percebe-se que, apesar dos Municípios serem considerados entes autônomos da federação, a repartição de competências estabelecida pela Carta Magna os impede de agir com plena liberdade no que diz respeito à saúde pública.

Legislativamente, os Municípios devem respeito às normas federais e regionais existentes, porém, estão aptos para legislar sobre questões de interesse predominantemente municipal.

Ao Município sobram poderes para editar normas de preservação da saúde pública, nos limites de seu território, uma vez que, como entidade estatal que é, está investido de suficiente poder de polícia inerente a toda a Administração Pública, para a defesa da saúde e bem-estar dos munícipes. Claro é que o Município não pode legislar e agir contra as normas gerais estabelecidas pela União e pelo Estado-Membro ou além delas, mas pode supri-las na sua ausência, ou complementá-las em suas lacunas, em tudo o que disser respeito à saúde pública local (CF, arts. 24, XII, e 30, I, II e VII). (MEIRELLES, 2000, p. 386).

No que se refere à competência material, ou seja, aquela referente à concretização da obrigação de proteção e defesa da saúde, a Constituição dispôs sobre a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nas funções de cuidados sanitários, nos quais se incluem a prevenção e a defesa (art.23, II, CF/88).

O sistema de saúde adotado pelo Estado brasileiro - SUS - está pautado por diretrizes organizativas, dentre elas, a descentralização (política, administrativa e financeira) entre União, Estados e Municípios, com direção única em cada esfera de governo, com o fim de atingir os seus objetivos. Nesse sentido, merece destaque o art. 198, I, da Carta Magna:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

Corroborando ainda com essa ideia, preleciona Dias (2003, p. 8):

Respeitada a distribuição de competências, o regime de descentralização territorial e a organização político-administrativa vigentes no país, segundo a Constituição, a lei deve admitir, nos termos que especifique, a distribuição dos serviços de saúde entre as unidades políticas da Federação, desde que organizados e administrados segundo o modelo do Sistema Único de Saúde obedecidas as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Importa ressaltar que não há hierarquia entre os entes, ocorre que cada um fica incumbido de desempenhar atribuições específicas nos serviços e ações de saúde aos cidadãos. Certas atribuições - serviços, responsabilidades, poder e recursos- são passíveis de repasses de um ente a outro.

A Constituição, ao determinar a existência da direção única em cada esfera de governo, exprime que em cada sistema de saúde, seja ele municipal, estadual ou federal; deve possuir um respectivo gestor de saúde, que fica responsável de pôr em prática as diretrizes do sistema na sua esfera de governo. No âmbito federal, a gestão é atribuição do Ministro da Saúde; nos Estados fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde e nos Municípios, das Secretarias Municipais de Saúde.

Embora a Carta Magna não tenha realizado uma partilha pormenorizada da competência entre os entes federativos, estabeleceu diretrizes a serem observadas pela legislação ordinária na regulamentação do direito à saúde.

A legislação infraconstitucional, em destaque, a Lei 8.080/90 (disciplina básica do Sistema Único de Saúde) foi fiel às premissas estabelecidas pelo texto constitucional, pautando-se na descentralização do serviço de assistência farmacêutica e médico-hospitalar. A referida lei elenca as competências e as atribuições de cada um dos entes governamentais, prevendo, inicialmente as suas atribuições comuns, e em sequência a competência de cada ente.

Em suma, a União, em se tratando do financiamento nacional de saúde pública no país, desenvolve a principal função, pois é ela responsável por metade dos gastos em saúde, enquanto a outra metade fica a cargo dos Estados e Municípios. Na medida em que a União

fica encarregada de formular políticas nacionais de saúde, cabe aos Estados, Municípios, ONG's e a própria iniciativa privada, o papel de executar tais políticas. Os Estados, além de ficarem encarregados de implementar as políticas nacionais e estaduais de saúde, também devem exercer a organização das prestações de saúde em seu território. (Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde, 2010, p. 61).

A Lei 8.080/90 impõe a União (art. 16) e aos Estados (art.17) dentre outras atribuições, a assistência técnica e financeira, de modo que, somente em caráter suplementar, é concebida a execução direta de serviços por parte desses entes. Pois, conforme preleciona a Constituição Federal no art. 30, VII: “Compete aos Municípios prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Isso se deve ao fato do sistema está pautado pela diretriz da descentralização, o que implica dizer que é necessário que os serviços de atendimento à saúde sejam objeto de um processo de municipalização, assim sendo, o Município fica voltado para a garantia do acesso ao atendimento integral à população local, o que fica claro com o que estabelece a Lei 8.080/90 em seu art. 17, inciso I: “À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde”.

Consoante ao que ensina Dallari (2010, p. 86), sobre o SUS municipal:

[...] independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder.

Nota-se que, como Poder Público, o Município está incumbido da maior responsabilidade no desempenho da saúde pública, pois a prestação de saúde à população ocorre de forma direta, haja vista a proximidade com a realidade vivenciada pelos cidadãos locais. De acordo com Rocha (2011, p.15):

A importância do Município em matéria sanitária toma corpo com o processo de municipalização dos serviços de saúde. Os Municípios possuem a tarefa de execução, defesa e promoção da saúde, principalmente pelo reconhecimento de que a esfera municipal constitui instância federativa mais próxima do cidadão a base do Sistema Único de Saúde, como pode ser verificado na análise da Lei 8.080/90 e da Lei 8.142/90.

Convém destacar que, a diretriz de descentralização embora estabeleça uma responsabilidade para os Municípios, não retira o ônus dos outros entes governamentais, pois no caso de descumprimento das obrigações municipais, àqueles devem assumir a gestão das ações e recursos em saúde, haja vista o caráter de descentralização tornar solidária a responsabilidade pela saúde.

Dando ênfase à competência municipal, convém destacar que de acordo com o artigo 18, da Lei 8.080/90, compete à direção municipal do Sistema de Saúde (SUS):

- I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;
- III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- IV - executar serviços:
  - a) de vigilância epidemiológica;
  - b) de vigilância sanitária;
  - c) de alimentação e nutrição;
  - d) de saneamento básico;
  - e) de saúde do trabalhador.
- V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;
- VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;
- VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Amparados nessas premissas é que os administradores municipais, os prefeitos, devem gerir os serviços e ações de saúde nas respectivas localidades, com vistas a integrarem os Municípios numa rede regionalizada em que se constitui o Sistema Único de Saúde.

Assim sendo, os administradores estão vinculados à proposição das normas jurídicas que tratam de saúde pública. Não podem os gestores municipais simplesmente decidirem por não implementar o Sistema Único de Saúde em seus municípios, ou por não observarem as políticas públicas de saúde traçadas no âmbito nacional ou estadual.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a garantia da universalidade dos serviços e ações de saúde deixou de ser uma discricionariedade e possibilidade do Poder Público para se tornar uma obrigação, de tal forma que o seu descumprimento resulta em omissão inconstitucional. Desse modo, esse instrumento jurídico-legal que rege o desempenho dos administradores, seja ele positivo ou negativo, quando não observado, possibilita a imposição de uma conduta ao gestor público ou mesmo sua responsabilização.

Buscando estabelecer um controle para a inação ou atuação não satisfatória da administração municipal, a própria legislação criou mecanismos no intuito de exigir do

administrador público a criação e implantação de políticas a fim de cobrar a efetividade do direito à saúde.

Como exemplo, pode-se citar a Emenda Constitucional 29/2000, que obrigou os entes federativos a investirem na área de saúde, percentuais mínimos por ano, inclusive sujeitando à intervenção estadual o Município que não obedecer tal exigência.

Ainda com o fim de possibilitar efetividade aos ditames constitucionais, foi criada a Lei 8.429/92, que determina a aplicação de sanções em caso de cometimento de improbidade administrativa por parte dos agentes públicos.

O prefeito que não implementa uma boa administração, desrespeitando o determinado pela legislação, ou mesmo não prestando seus serviços de forma satisfatória, seja por não aplicar os recursos mínimos determinados em lei, ou por desviar as verbas para outros setores da administração municipal, age com desrespeito aos princípios da administração pública preceituados pelo art. 37 da Constituição Federal de 1988, quais sejam: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Apesar de o administrador estar obrigado a cumprir as normas constitucionais e infraconstitucionais da ordem social, as políticas públicas de saúde desenvolvidas pelos municípios brasileiros, em sua grande maioria, têm deixado a desejar, seja em relação a sua criação, seja em razão da sua implementação.

O nosso ordenamento jurídico possibilitou a intervenção de atores, voltados para a concretização desse direito fundamental à saúde, exigindo uma atuação comprometida do Poder Público.

O Ministério Público é a instituição a qual a Constituição Federal incumbiu à missão de defender a sociedade, legitimando-a para zelar pelos serviços de relevância pública, onde se inclui o direito à saúde.

Assim sendo, a referida instituição passou a ter um papel essencial ao promover medidas necessárias à garantia desse direito, seja através de medidas extrajudiciais ou até mesmo de medidas judiciais.

Diante de todo o exposto, se verifica que a Carta Magna traçou um modelo para a atenção à saúde de forma descentralizada e municipalizada a fim de possibilitar uma atenção mais próxima dos seus usuários, os munícipes.

Deste modo, em nível local, o Município, através de sua administração, deve oferecer um mínimo de efetividade do direito à saúde, tal como determinado na legislação constitucional e infraconstitucional, sob pena de responsabilização dos seus gestores. A

responsabilização ou cobrança de efetividade ganha destaque com a instituição do Ministério Público, um dos atores a quem a Constituição conferiu o papel de defensor da sociedade.

### 3.2 MINISTÉRIO PÚBLICO: ASPECTOS HISTÓRICOS E O NOVO PERFIL DADO À INSTITUIÇÃO PELA CARTA POLÍTICA DE 1988

Não há como apontar na história, com exatidão, onde e como surgiram os primeiros vestígios do Ministério Público, pois, existem divergências nesse sentido. Em suma, uns dizem que a inspiração adveio de mais de quatro mil anos atrás com a figura do funcionário real no Egito antigo, o *magiaí*, outros sustentam que as primeiras evidências desse instituto surgiram na Idade Média. Majoritariamente acredita-se que sua origem se deu no direito francês, século XIV, com os procuradores do rei, *os procureos du roi*, responsáveis pela defesa do soberano ante os Tribunais.

De acordo com esse entendimento afirma Mazzilli (1996, p. 03-04):

O mais usual, porém, é indicar a origem do Ministério Público na França. A partir de estudos de Faustin Hélie e Esmein, tem-se dito que o Ministério Público é uma instituição originária do direito judiciário francês, nascida e formada na França.

Invoca-se a Ordenança de 25 de março de 1302, de Felipe IV, o Belo, rei da França, como primeiro texto legislativo a tratar objetivamente dos procuradores do rei-embora haja controvérsia sobre sua data exata (alguns mencionam 23 ou 25 de março de 1303).

Com o advento da Revolução Francesa, a instituição ministerial recebeu uma maior estrutura e seus integrantes adquiriram algumas garantias. Foram os textos de Napoleão que instituíram o atual Ministério Público da França, como organização de caráter permanente e estável.

No Brasil, os primeiros traços do Ministério Público foram provenientes do direito lusitano, surgindo as Ordenações do Reino (em destaque as Manuelinas e as Filipinas). Em 1521, as Ordenações Manuelinas, já mencionam a figura do promotor de justiça, que deveria ser pessoa letrada e com conhecimento, responsável por fiscalizar o cumprimento e execução da lei.

Em 1603, as Ordenações Filipinas já previam funções a serem exercidas pelo promotor de justiça diante das Casas de Suplicação, reafirmando a sua atribuição de fiscal da lei, e ainda o direito de exercer a acusação em matéria criminal. Reconheceu ainda as figuras do Procurador dos Feitos da Coroa, do Procurador dos Feitos da Fazenda e a do Solicitador da

Justiça da Casa da Suplicação, com funções que, posteriormente, iriam ser exercidas pelo Ministério Público.

Durante o período colonial no Brasil a figura do promotor de justiça foi ineditamente definida pelo Tribunal da Relação da Bahia, em 1609, passando aquele a figurar com os outros integrantes do tribunal: o Procurador dos Feitos da Coroa, Fazenda e Fisco.

Na época Imperial, a Constituição de 1824, apesar de não se referir de forma expressa à instituição do Ministério Público, estabeleceu que nos juízos de crimes, a acusação ficaria a cargo do Procurador da Coroa e da Soberania Nacional.

O Código de Processo Criminal foi editado em 1832 e fez surgir a instituição ministerial no Brasil ao referir-se a denominação “promotor da ação penal”, além de estabelecer ao órgão a característica de defensor da sociedade, sistematizou as ações do promotor de justiça e os requisitos para a sua nomeação.

Após instauração da República no Brasil, com os Decretos 848 e 1.030, ambos de 1890, o Ministério Público passa a ser considerado como instituição. A Constituição republicana de 1891 reconheceu o caráter democrático da instituição ao dispor sobre a escolha do Procurador-Geral da República entre os membros do STF.

A Carta Magna de 1934 foi a primeira a fazer referência expressa ao órgão ministerial, regulando-o no Título “Da organização Federal” e no capítulo “Dos órgãos de cooperação”. A referida Constituição tratou da estabilidade e vedações dos membros do Ministério Público, previu ainda lei federal sobre a organização do Ministério Público da União.

Através do Código de Processo Penal em 1941, o Ministério Público adquiriu o poder de requisitar o inquérito policial e diligências, tornando-se titular na promoção da ação penal pública, ficou ainda incumbido na função de fiscal da lei. Ademais, no Código Civil (1917), Código de Processo Civil (1939 e de 1973) e o Código Penal, a instituição em análise adquiriu ainda mais espaço com atribuição de várias funções.

A Constituição Federal de 1937 reduziu o disciplinamento acerca do Ministério Público, apenas passou a fazer alusão ao Procurador-Geral da República; previu a possibilidade do Ministério Público interpor recurso; e ainda fez referência ao quinto constitucional.

Foi apenas com a Carta Federal de 1946 que o órgão ministerial recebeu um título especial “Do Ministério Público”, nos artigos 125 a 128, sem estabelecer vínculo com os demais poderes. A referida Constituição tratou ainda da organização do Ministério Público da União, dos Estados e do Distrito Federal.

A Constituição Federal de 1967, de um modo geral, reafirmou as regulamentações do texto constitucional de 1946, salvo o fato de ter recolocado a instituição dentro do capítulo referente ao Poder Judiciário, nos artigos 137 a 139. No entanto, com a emenda constitucional nº 1, de 1969 e a nº 7 de 1977, a instituição ministerial foi relocada para o capítulo VII- ‘Do Poder Executivo’.

Com a edição da Lei Complementar 40, de 1981 foi formalizado o estatuto do Ministério Público, a referida lei estabeleceu vedações, atribuições e garantias aos membros da instituição ministerial. Nas palavras de Mazzilli (2003, p.20):

Foi com a primeira Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, a Lei Complementar federal n. 40, de 14 de dezembro de 1981, que o Ministério Público passou a ter um perfil nacional, com conceituação, princípios, funções, garantias, instrumentos e organização básica.

Já em 1985, a Lei da Ação Civil Pública 7.343 conferiu ao Ministério Público a ampliação de suas funções, ao resguardar à instituição a presidência do inquérito civil e a promoção da ação civil na defesa dos interesses coletivos e difusos.

Com o advento da Constituição Federal de 1988 foi atribuído ao Ministério Público um novo perfil, isso porque, em suma: a instituição ganhou uma definição precisa e atual; aos seus membros foram conferidas garantias e impostas vedações; a instituição foi consagrada com total autonomia administrativa e funcional; o texto constitucional passou ainda a estabelecer critérios formais para proceder a escolha e destituição dos Procuradores-Gerais; além disso, a Carta Magna dispôs de novas atribuições e regras para um melhor desempenho do órgão ministerial, voltadas sempre para a defesa dos direitos, prerrogativas e garantias da sociedade.

O regime constitucional em vigor inseriu o Ministério Público, no Título IV- Da Organização dos Poderes - em seção própria (artigos 127/130), no Capítulo Das Funções Essenciais à Justiça, ou seja, separado dos entes políticos.

Percebe-se que a vigente Constituição destacou o Ministério Público dos capítulos dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e o inseriu em capítulo próprio, fazendo parte das “funções essenciais à justiça”. Essa autonomia conferida à instituição objetivou garantir o pleno exercício de suas atribuições, cuja independência dos demais poderes estatais se faz necessária.

Para afastar qualquer vínculo de sujeição com os poderes estatais foram estabelecidas garantias à instituição, entre elas, as autonomias funcionais e administrativas (§ 2º, do art. 127, da Carta Magna), além das garantias destinadas aos seus membros, tais como a inamovibilidade, vitaliciedade e a irredutibilidade de subsídios (art. 128, §5º, I, da

Constituição Federal). Por tais razões, o órgão ministerial está subordinado tão somente aos limites determinados pela Carta Magna e pelas leis.

O novo perfil institucional do Ministério Público fica evidenciado pelo art. 127, *caput*, da Carta Magna, que o define 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 órgão ministerial é uma instituição permanente, haja vista ser estruturada para a efetivação das finalidades sociais do Estado, de tal forma que as atribuições que lhe foram conferidas estão voltadas para a conservação do modelo social estabelecido no art. 1º da Constituição, qual seja: o Estado Democrático de Direito.

O Ministério Público é essencial à função jurisdicional do Estado na medida em que a sua intervenção se faz sempre necessária quando estão envolvidos interesses sociais e individuais indisponíveis, ou seja, quando a norma a ser aplicada envolver interesse público. Sempre deverá ser perseguida pela instituição a realização dos valores fundamentais da sociedade. A defesa do regime democrático se faz necessária pelo fato do Ministério Público depender efetivamente da democracia para a realização de suas finalidades.

A defesa dos direitos sociais e individuais indisponíveis se revela como uma obrigação do *Parquet*, que deve zelar pelos direitos dos cidadãos e os interesses públicos coletivos. Como assevera Mazzilli, (2003, p. 20):

Na Constituição Federal de 1988, o Ministério Público foi erigido a uma posição até então jamais alcançada, à defesa dos interesses difusos e coletivos, do patrimônio público e social e de outros interesses da coletividade.

A nova estruturação conferida ao Ministério Público pela Lei Maior tratou de estabelecer, em seu art. 127, §1º, os seus princípios institucionais: a unidade, a indivisibilidade e a independência funcional.

A unidade é um princípio que revela ser o Ministério Público um único órgão sob a direção de uma só chefia administrativa. A unidade se dá no âmbito de cada instituição ministerial, apesar de existir divisão funcional, pois cada membro possui independência no desempenho de suas finalidades.

O princípio da indivisibilidade consiste na possibilidade dos membros da instituição substituírem uns aos outros no mesmo processo, desde que essa substituição seja prevista em lei, ou seja, não pode haver discricionariedade. Os membros do *Parquet* não agem em nome próprio, mas sim em nome da instituição.

Já o princípio da independência funcional refere-se à independência no exercício das funções pelo órgão ministerial e por seus membros, em relação aos outros membros e órgãos da mesma instituição.

Além das garantias e dos princípios assegurados, a Carta Política em vigência também dispôs em seu texto um rol exemplificativo sobre as funções institucionais do Ministério Público no art. 129 da Constituição Federal, 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.

O novo disciplinamento constitucional modificou a essência do Ministério Público o encarregando de relevantes funções, não somente como titular da ação penal e como interveniente em algumas causas cíveis, na qualidade de guardião da lei (*custos legis*), mas também o incumbindo de autonomia institucional para desempenhar a defesa direta e imediata do regime democrático, da ordem jurídica e a defesa da sociedade, especialmente, no que diz respeito aos direitos difusos, coletivos e individuais indisponíveis.

Assim sendo, a instituição tornou-se, principalmente, fiscal e defensora da adequada aplicação do disciplinamento constitucional e das leis, inclusive, para fiscalizar a estrutura estatal e o seu funcionamento.

A Constituição e a legislação infraconstitucional permitiram ao órgão ministerial desfrutar dos meios necessários para a execução da sua destinação constitucional, inclusive legitimando-o como defensor dos interesses sociais no âmbito do judiciário. Nesse sentido é o entendimento de Brindeiro (2010, p. 29):

[...] a Constituição de 1988, além de preservar as funções clássicas do Ministério Público de *custos legis* (fiscal da lei) e de titular da ação penal pública, ampliou a missão constitucional do novo Ministério Público, estabelecendo novas funções institucionais, como promover inquéritos civis e ações civis públicas para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e outros interesses difusos e coletivos; [...] zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos, pelos direitos constitucionais e serviços de relevância pública- que incluem a saúde, a educação, e os direitos humanos em geral (como o combate à tortura, à violência, ao trabalho escravo etc.), dentre outras funções (Constituição de 1988, art. 129, incisos I a IX).

Diante de todo o exposto, percebe-se que com desenrolar histórico-evolutivo o Ministério Público foi adquirindo importância até chegar ao atual status constitucional de 1988.

O referido órgão se destaca por ser representativo da sociedade civil no Estado Democrático de Direito e encarregado de promover positivas modificações e transformações

na realidade social brasileira. Nas palavras de Almeida (2012, p.52): “[...] com as novas atribuições que lhe foram reservadas pela Constituição, é instituição de fundamental importância para a transformação da realidade social e efetividade do Estado Democrático de Direito”.

Com a nova roupagem constitucional, o Promotor de Justiça revelou-se como verdadeiro defensor da sociedade. As garantias, vedações, atribuições e princípios que foram atribuídos à instituição possibilitaram uma atuação de forma mais intensa em matérias sociais, estreitando a relação entre *Parquet* e sociedade, de forma que os membros da instituição passam a reconhecer de perto a realidade social e as injustiças que comprometem a efetivação das garantias constitucionais, passando a desenvolver um planejamento das atividades com a finalidade de cumprir o papel que lhe foi estabelecido pela Lei Maior. Uma dessas finalidades é a proteção dos direitos sociais, nos quais se inclui o direito à saúde.

### 3.3 A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO COMO DEFENSOR DA SOCIEDADE: DO DIREITO À SAÚDE.

Entre a legislação e a realidade da efetivação do direito à saúde pública no Brasil, a figura do Ministério Público vem a representar um meio de superação dessa problemática que influencia diretamente na qualidade de vida da população.

O Ministério Público é a instituição a qual a Constituição Federal incumbiu a missão de defender a sociedade. O prestígio conferido pela Carta Magna ao órgão ministerial está refletido nas funções institucionais a ele incumbidas e traçadas no seu texto, dentre elas, deve se destacar o zelo pelos serviços de relevância pública, onde se incluem as ações e serviços de saúde (art. 197, da CF/88).

Pelo art. 129, inciso II, da Lei Maior, é dever institucional do Ministério Público, zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.

A atribuição de um serviço público como sendo de relevância pública implica que o administrador público, quando se depara com a confrontação de serviços públicos a serem efetivados, privilegiará um serviço público qualificado como relevante em detrimento de outro sem essa característica. É o que ocorre, por exemplo, com a destinação de recursos, que preferirá os serviços de relevância pública (WEICHERT, 2004, p. 129).

Sendo a saúde questão de relevância pública, não se deve ensejar a suscitação de quaisquer contendas acerca de sua essencialidade. Logo, resta clara a importância da atuação do *Parquet* como intermediador desse direito. Deste modo, vale citar as douradas palavras de Siqueira e Bussinguer (2010, p. 276):

A ênfase na relevância pública se justifica na área da saúde em função de que incumbe ao Ministério Público intervir junto ao Poder Público em defesa dos direitos dos cidadãos, quando da indisponibilidade, seja por insuficiência ou por inexistência, dos recursos assistenciais que necessitam, individual ou coletivamente.

Instituído como um dos atores capazes de concretizar os direitos sociais, o Ministério Público, instituição essencial à função da justiça, em matéria do direito à saúde deve exigir sempre do Poder Público, em todos os níveis, a legalidade e regularidade dos serviços e ações de saúde, no intuito de impedir qualquer violação ou abstenção por parte do Estado que possa trazer prejuízos à saúde da sociedade. Para atender a essa finalidade, o Ministério Público está apto a atuar mesmo sem provocação, contribuindo para que tal direito seja respeitado e efetivado.

Conforme ensina Branco (2010, p. 1141):

O Ministério Público na Constituição de 1988 recebeu uma conformação inédita e poderes alargados. Ganhou o desenho de instituição voltada à defesa dos interesses mais elevados da convivência social e política, não apenas perante o Judiciário, mas também na ordem administrativa.

A referida instituição é responsável pela promoção de medidas fulcrais para o devido restabelecimento do respeito dos poderes públicos aos direitos encartados constitucionalmente, atuando, obviamente, sempre em consonância ao que nela está delineado, justificando, pois, a sua legitimidade para agir contra quem afete direito difuso, coletivo ou individual indisponível.

O órgão ministerial tem a possibilidade de legitimar sua atuação, seja como órgão agente ou interveniente, de duas formas: através de procedimentos extrajudiciais ou por medidas judiciais, para tal, o Promotor de justiça possui importantes instrumentos, conferidos não só pela Constituição Federal como por leis infraconstitucionais, que são capazes de auxiliar o pleno exercício desse direito social.

O *Parquet* é consagrado constitucionalmente como uma via de vasto acesso à justiça. Conforme esclarece Godinho (2012, p.259-260):

Por meio do Ministério Público, direitos que não seriam tutelados ou que seriam de maneira precária- e tutelar direitos precariamente é, em última análise, o mesmo que não os tutelar- passaram a contar com uma possibilidade efetiva de realização.

Deste modo, a instituição atua judicialmente para a defesa (proteção, promoção e recuperação) do direito à saúde utilizando-se de instrumentos, tais como a ação civil pública e

o mandado de segurança. Geralmente o ajuizamento está ligado ao atendimento em saúde, a tratamentos especializados, a necessidade de construir mais leitos em hospitais, ao acesso a medicamentos, entre outras questões.

Quando atua extrajudicialmente, o Ministério Público figura como organizador social, pacificando ou intermediando conflitos sociais, para tal, utiliza-se de instrumentos como: audiências públicas, recomendações, notificações, inquéritos civis, e ainda termo de ajustamento de conduta. Sobre essa forma de atuação ministerial são as palavras de Rodrigues (2012, p. 210):

A atuação extrajudicial do Ministério Público tem uma importante contribuição nesse novo colorido institucional. O Ministério Público deixa de ser uma instituição basicamente reativa na esfera cível, que apenas atuava provocando e sendo provocado pelo Poder Judiciário, para assumir uma postura ativa, empreendedora ao poder atuar na resolução de conflitos fora da esfera judicial.

Apesar de na presente realidade preponderar a tutela jurisdicional desse direito, a atuação extrajudicial do Ministério Público deve ser priorizada, principalmente em razão do Poder Judiciário está sufocado por inúmeras demandas.

De acordo com o ensinamento de Almeida (2012, p. 66): “É de se destacar que a forma mais legítima da realização do direito não vem da capacidade de decidir e de fazer imperar decisões, mas do diálogo, da interpretação negociada da norma jurídica”. Assim sendo, se espera que somente após exauridas todas as possibilidades políticas e administrativas para solucionar os problemas sociais, a instituição ministerial deva procurar a solução através da justiça.

Importa destacar que a atuação da instituição ministerial na área de saúde se intensificou a partir da década de 90, ao passo que as Promotorias passaram a receber problemas advindos da falta de efetividade do SUS. Provocados por essas questões, os órgãos ministeriais passaram gradativamente a dar maior atenção à matéria de saúde, razão pela qual foram sendo criados importantes documentos demonstrativos da percepção da instituição em relação ao Sistema Único de Saúde. Conforme o ensinamento de Fernandes Neto (2012, p. 408):

A atuação na área da saúde ganhou força na década de 90. Os problemas com a implementação do SUS começaram a chegar às Promotorias e, pouco a pouco a matéria ganhou espaço na agenda institucional. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1996, restou decidido que os gestores do SUS e os Conselhos de Saúde deveriam exigir do Ministério Público a defesa do SUS “e das demais políticas que atuam na ampliação e manutenção da qualidade de vida da população”, bem como a criação das Promotorias de Saúde, sugerindo algumas linhas para a ação institucional.

Dentre os documentos criados pelo Ministério Público que representam o engajamento da instituição em matéria de saúde, destaca-se o Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública, que foi elaborado pelo Conselho Nacional dos Procuradores Gerais dos Estados e da União (CNPGE), promulgado em 2006.

O Plano Nacional de Atuação do Ministério Público (Anexo A) veio a esboçar a visão da instituição ministerial diante das problemáticas na implementação do SUS e universalização das ações e serviços de saúde. De um modo geral, o referido Plano busca organizar e direcionar as atuações dos órgãos ministeriais no intuito de conformá-las e melhor aperfeiçoá-las.

Comparando o preceituado pela Lei Maior - que em matéria de saúde prioriza a prevenção e a proteção da saúde em detrimento de sua recuperação (art.198, II, da CF/88) - com a realidade da saúde pública no país, na qual as prestações de saúde têm sido concentradas basicamente no serviço hospitalar, ou seja, voltado para a recuperação, a Comissão Permanente de Defesa da Saúde do CNPGE, elaboradora do Plano, chegou à conclusão de que tal modelo de administração da saúde pública é “morbocêntrico, isto é, ordenado e organizado para a recuperação de saúde e seu respectivo custeio”. Assim sendo, criticando o modelo de gestão da saúde pública adotado, por estar em desacordo com o texto constitucional, o Plano propõe uma atuação ministerial que dê ênfase na cobrança de ações de saúde voltadas para a prevenção.

Diagnosticando alguns problemas na realidade da saúde do país, o Plano Nacional de Atuação do Ministério Público estabelece que a atuação do *Parquet* deve dar prioridade, não a solução de demandas pontuais ou seletivas surgidas nas promotorias, que vão de encontro com a garantia do direito à saúde destinada a todos, mas sim priorizar uma atuação voltada para a área de atenção coletiva de saúde, com destaque para a atenção básica e os cuidados específicos às populações mais vulneráveis.

Destarte, através do Plano Nacional de Atuação os membros do Ministério Público são orientados em suas ações para, precipuamente, buscarem a solução das problemáticas da saúde coletiva, no sentido de realizarem o acompanhamento das políticas públicas no que se refere ao seu planejamento, gestão e financiamento pelo Poder Público.

Ainda evidenciando outras preocupações importantes no setor da saúde, o Plano Nacional de atuação apresenta orientações às instituições ministeriais a fim de fortalecerem o SUS Constitucional, tais como: realizar a fiscalização dos planos de saúde em todas as esferas de governo (nacional, estadual e municipal); enfatizar a democracia por meio do controle

social; fiscalizar a boa aplicação dos recursos da saúde; e verificar se existe o respeito aos percentuais mínimos exigidos para aplicação dos recursos.

Ressaltando ainda dentre tantos pontos importantes, o Plano tratou de conferir competências ao Procurador Geral da República e aos Procuradores Gerais de Justiça, em destaque, aquelas que os incumbe de promoverem a criação e provimento das Promotorias de Justiça e Procuradorias da Saúde, e dos Centros de Apoio Operacionais de Saúde ou órgãos equivalentes, para que estes ofereçam suporte técnico aos órgãos responsáveis pela execução.

Diante da desenvoltura assumida pelo Ministério Público almejando a execução da sua destinação constitucional, é possível reconhecer que, no âmbito da efetivação do direito à saúde, o referido órgão desempenha um papel decisivo, seja do ponto de vista coletivo ou individual.

O direito à saúde é fundamental no exercício da cidadania plena, pois para exercê-la, o cidadão deve dispor dos seus direitos civis, políticos e sociais, nos quais se inclui o direito irrenunciável à saúde. De acordo com cartilha do Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (2011, p.10): “Exercer a cidadania plena é ter direitos civis, políticos e sociais”.

A saúde representa qualidade de vida, por tal razão foi considerada constitucionalmente como serviço de relevância pública, o que exige do Ministério Público uma incisiva atuação de todos os seus membros para promover o exercício da cidadania na área da saúde.

Estabelece o Manual de atuação funcional da Saúde do Ministério Público da Paraíba (2011, p. 14-15):

[...] faz-se necessária a maior efetivação no cumprimento da prestação positiva relacionada a esse direito, para a garantia do conceito de cidadania plena. Os dispositivos constitucionais detêm eficácia plena, no que tange ao tratamento do direito à saúde e merecem sua pronta aplicação e fiscalização, para que o texto expresso na nossa Carta Magna não se torne letra morta.

Nessa senda, considerando que as políticas públicas de saúde no Brasil não são tratadas com a atenção necessária, a tarefa do Ministério Público prepondera enquanto fiscal dessas políticas, exigindo dos seus responsáveis um comprometimento. É, portanto, imprescindível a atenção do *Parquet* para com as questões sociais, cobrando dos gestores o cumprimento desse direito fundamental ao cidadão, a fim de que os preceitos constitucionais não sejam vistos apenas como promessas e, por consequência, o indivíduos possam exercer a cidadania plena.

#### **4 MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA: AÇÕES DIRECIONADAS A EFETIVAÇÃO DA PROMESSA CONSTITUCIONAL DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS-PB**

A Constituição Federal de 1988 reconheceu o direito à saúde como direito fundamental de todos, sendo incumbência do Estado assegurá-lo mediante políticas públicas eficientes. Dentre os entes governamentais a quem o Sistema Único de Saúde atribui competências, os Municípios ficam encarregados de desempenhar um importante papel na concretização desse direito, haja vista a sua aproximação das problemáticas de saúde local.

O presente capítulo abordará a atuação do Município de Cajazeiras – PB na saúde pública local, confrontando o contexto legislativo que ampara a sua competência e os fatos que dizem sobre os serviços e ações de saúde no Município, destacando nesse íterim, as falhas mais perceptíveis sob o enfoque das demandas identificadas pelo Ministério Público Estadual da Paraíba atuante na localidade. Considerando o problema social da saúde pública local, é importante fazer considerações a respeito da intervenção do Ministério Público Estadual através de uma abordagem geral dos instrumentos extrajudiciais ou judiciais utilizados pelo *Parquet* em prol da concretização desse direito social fundamental.

Por fim, cabe fazer um paralelo entre o arcabouço legal que garante o Município de Cajazeiras e a efetividade da atuação despendida pelo Poder Público Municipal. Diante da falibilidade da execução das políticas de saúde, há que se destacar a atuação do Ministério Público, aliado da sociedade cajazeirense, apontando o desempenho do papel que lhe fora conferido pela Carta Magna de 1988 elucidando não só os pontos positivos de sua atuação, como também as preocupações existentes quanto à intervenção da instituição. Devendo-se, finalmente, aferir a existência de esforços na postura do órgão ministerial na efetivação do direito à saúde pública local.

##### **4.1 O MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS E A SAÚDE PÚBLICA: ENTRE A LEGISLAÇÃO E OS FATOS.**

É garantido pelo texto constitucional a todas as pessoas o direito à saúde como um direito social básico, que impõe ao “Estado, em todas as suas esferas federativas de governo”,

o dever de garantir o acesso às ações e serviços de saúde de maneira universal e igualitária.

A essa evidência, a Constituição do Estado da Paraíba também trata a saúde como direito de todos e obrigação do Estado, conforme preleciona o seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante política social, econômica e ambiental, visando à redução do risco de doença e ao acesso igualitário e universal aos serviços de sua proteção e recuperação”.

Da mesma forma, a Lei Orgânica do Município de Cajazeiras estatui em seu artigo 177 que: “A saúde é direito de todos os munícipes e dever do Poder Público, assegurada mediante políticas sociais e econômicas que visem a eliminação do risco de doenças e outros agravos”.

Deste modo, independente da origem social, da condição econômica, da idade, do local onde reside, se está acobertado ou não por algum plano de saúde, ou quaisquer outros fatores, o acesso à assistência à saúde pelo SUS é destinado a todos aqueles que recorrem aos serviços públicos de saúde, ficando os entes governamentais que compõem o SUS no dever de desempenhar suas atribuições definidas pelas normas que regulam o sistema e pela legislação própria de cada ente.

Focando exclusivamente na competência conferida aos Municípios, cabe destacar que tais entes, em razão da diretriz da descentralização do sistema de saúde, ficam incumbidos de implementar as ações e serviços de saúde, pois devido a proximidade dos problemas locais enfrentados pelos cidadãos, as necessidades são identificadas e solucionadas com maior vigor. Assim sendo, com base na referida diretriz, somente diante de eventual omissão do Município, os Estados e a União, supletivamente deverão executar as políticas sanitárias.

Na lição de Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 107):

Sem qualquer dúvida, a esfera de poder político que detém a maior parcela de responsabilidade pela execução das ações e serviços de saúde- conforme o disposto na Constituição de 1988- é o Município. Com efeito, nem mesmo a instituição do Sistema Único de Saúde ou a distribuição comum a todos as esferas de funções de prevenção, defesa e cuidado sanitário, anulou a obrigação posta especialmente aos Municípios de – com cooperação técnica e financeira da União e dos Estados- prestar serviços de atendimento à saúde da população (C. F. art. 30, VII).

Particularizando-se neste tópico do trabalho sobre a atuação do Município de Cajazeiras – PB em saúde pública local, é importante fazer um contraponto entre o contexto legal que rege sua competência e os fatos que compõem a realidade dos serviços sanitários municipais com base nas principais demandas surgidas na Promotoria de Justiça atuante no ente em referência.

As normas para a efetivação das políticas públicas de saúde no Município de Cajazeiras estão muito bem articuladas, seja na Lei Orgânica do Município, na Lei do Conselho Municipal de Saúde, no Plano Diretor ou em outras normas de âmbito local.

Dentre as legislações que regem a competência do Município em análise, cabe destacar algumas, em seus aspectos mais importantes, que dão enfoque à efetivação do direito à saúde pública local aos usuários do SUS.

Estabelece a Lei Orgânica do Município de Cajazeiras em seu art. 181 as diretrizes que regem a prestação de saúde municipal, *in verbis*:

Art. 181. As ações e os serviços de saúde realizados no Município integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde, no âmbito do Município, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I- Comando único exercido pela Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente;

II- Integridade na prestação das ações de saúde;

III- Organização dos distritos sanitários com alocação de recursos técnicos e práticas de saúde adequadas à realidade epidemiológica local;

IV- Construção e instalação de postos de saúde na zona rural e na periferia urbana, com toda a infra-estrutura necessária ao seu efeito funcionamento;

V- Participação, em nível de decisão, de entidades representativas dos usuários, dos trabalhadores de saúde e dos representantes governamentais, na formulação, gestão e controle da política municipal e das ações de saúde;

VI- Direito do indivíduo de obter informações e esclarecimentos sobre assuntos pertinentes à promoção, proteção e recuperação da sua saúde e da coletividade.

O excerto legal esboça a preocupação do legislador em estabelecer diretrizes para uma adequada prestação da saúde em nível local, cuja gerência fica a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, que tem o desafio de desenvolver de forma harmônica e integrada com os outros entes federativos, serviços públicos de saúde humanizados, de qualidade e resolutivos.

O Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado de extrema importância, foi mais recentemente reestruturado pela lei municipal nº 1.516/2003, e consubstancia a participação da sociedade na administração da saúde, seja formulando, fiscalizando, planejando, discutindo e avaliando a implementação das políticas públicas de saúde. A respeito, dispõe o seu artigo 2º, *in verbis*:

Art. 2º Sem prejuízos das funções do Poder Legislativo, são competências do Conselho Municipal de Saúde:

I- Atuar na formulação e controle da execução da política de saúde, incluídos os seus aspectos: econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa;

II- Estabelecer mecanismos e estratégias de coordenação e gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados em nível nacional e estadual;

III- Traçar diretrizes de elaboração e aprovar planos de saúde, adequando-os às diversas realidades epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

IV- Propor adoção de critérios que definam qualidade e melhor resolutividade, verificando o processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde;

V- Propor medidas para aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS;

- VI- Encaminhar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar a respeito das deliberações do colegiado;
  - VII- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;
  - VIII- Propor a convocação e estruturar a comissão integradora das Conferências Municipais de Saúde;
  - IX- Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou Fundo Municipal de Saúde;
  - X- Estimular a participação da comunitária no controle da administração do Sistema Único de Saúde;
- [...]

Por sua vez, a Lei 1.666/2006 define o Plano Diretor da Cidade de Cajazeiras, instrumento de grande relevância no planejamento das políticas públicas do Município, com destaque nos serviços públicos essenciais como a saúde. Do referido Plano Diretor deve-se enfocar o Capítulo V que dispõe acerca “Das Políticas Setoriais”, com destaque para a Seção VIII “Da Política de Saúde” que em seu art. 21 estabelece:

Art. 21 São objetivos básicos referentes à Política de Saúde:

- I- gerir, planejar, controlar e avaliar a sua política em consonância com o que se prescreve o inciso IV, do Art. 200, da Constituição Federal;
- II- desenvolver, formular e implantar medidas que atendam o bem estar físico e mental da comunidade, em todos os seus níveis;
- III- promover a divulgação científica, no sentido de subsidiar o desenvolvimento dos programas de nível local;
- IV- priorizar as ações preventivas e educativas;
- V- estabelecer políticas de saúde para Consolidação da Municipalização dos Serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.

Todo o arcabouço legal, que vai além dos pontos aqui destacados no tópico deste trabalho, garante a prevenção, proteção e recuperação da saúde aos munícipes através da prestação de serviços por parte do referido ente governamental e, também, pela participação da própria sociedade, porém, vale frisar que a realidade presenciada no Município muitas vezes vai de encontro com tais parâmetros. Assim sendo, importa destacar algumas falhas nas prestações de saúde aos munícipes usuários do SUS.

Inicialmente destaque-se que, o Município de Cajazeiras-PB, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em dados constantes no censo demográfico 2010, conta com um total de 58.446 (cinquenta e oito mil quatrocentos e quarenta e seis) habitantes, estimando-se para o período de 2012 um número de 59.130 (cinquenta e nove mil cento e trinta) habitantes.

Comparado aos grandes centros urbanos no cenário nacional, o Município em questão é considerado de pequeno ou médio porte, porém, o mesmo enfrenta significativas problemáticas na saúde pública, como tem ocorrido em grande parte dos Municípios brasileiros, nelas se incluindo a falta de instrumentos, de materiais, além de estrutura física, humana, e do comprometimento na administração por parte de seus responsáveis, que acabam

por resultar em empecilho a celeridade e a eficiência que a saúde exige, o que implica negativamente na garantia da razoável qualidade de vida.

A materialização do direito fundamental à saúde no Município ainda requer grandes esforços do Poder Público e da sociedade. Como Panorama geral da deficiência em atenção na saúde pública que assola o Município cajazeirense, na mais recente pesquisa realizada pelo IBGE, datado no período de 2009, foi constatado o reduzido número ou mesmo a inexistência de equipamentos médicos imprescindíveis para o oferecimento de prestações de saúde adequadas para atender a densidade populacional do Município.

Dentre os dados levantados registrou-se nesse período apenas a existência de 02 (dois) equipamentos de mamógrafo com comando simples, 02 (dois) aparelhos de raios-X para densitometria óssea, 03 (três) tomógrafos, e nenhum equipamento de hemodiálise, de ressonância magnética, ou de mamógrafo com estéreo-taxia. Ademais, levantou-se um número de apenas 43 (quarenta e três) leitos para internação em estabelecimentos de saúde pública municipal (IBGE, 2009).

Corroborando ainda com esses dados que desvirtuam dos preceitos legislativos que anunciam sobre a saúde pública local, é importante frisar as falhas mais comuns no sistema de saúde pública de incumbência municipal que motivaram as demandas apresentadas na Promotoria de Justiça. Assim sendo, analisando os arquivos da instituição ministerial referentes ao período de 2012, constatou-se que foram comumente noticiadas questões como: procedimentos cirúrgicos; exames; consultas; insumos em geral (como fraldas descartáveis, fitas glicêmicas, bolsas de colostomia); foram registradas deficiências sobre a estrutura física de locais de atendimento, tais como postos de saúde e hospitais; ausência de leitos suficientes ou de equipamentos apropriados para o tratamento de certas patologias; e principalmente o fornecimento de medicamentos.

Por oportuno, vale salientar que concernente à assistência farmacêutica foram noticiadas, só no ano de 2012, na Promotoria de Justiça, 48 (quarenta e oito) demandas em detrimento da gestão municipal. Os fármacos solicitados foram destinados aos mais variados problemas de saúde como diabetes, depressão, glaucoma, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, doenças respiratórias, câncer, entre outras. Em geral, as demandas envolveram pessoas carentes, que não possuíam condições financeiras de arcar com os custos para a aquisição das medicações imprescindíveis aos seus tratamentos.

Pôde-se observar a partir do teor das notícias encaminhadas pela população local usuária do SUS ao *Parquet* atuante no Município que, na grande maioria dos casos há relatos de que os pacientes, ao buscarem soluções junto a Secretaria Municipal de Saúde, foram

orientados a recorrerem ao órgão ministerial da Comarca, comumente sob a alegação de ausência de recursos orçamentários.

Por todas as razões citadas infere-se que da correlação entre a legislação municipal e a realidade cotidiana dos serviços públicos de saúde oferecidos pelo poder público local, pode-se dizer que existem empecilhos para a efetividade do direito à saúde pública municipal, que por sua vez não ficaram restritos apenas a escassez de recursos.

Sejam quais forem as barreiras existentes para a concretização desse direito social, certo é que a sociedade deve estar envolvida na construção e fiscalização do Sistema Único de Saúde e o Poder Público municipal não pode mostrar-se indiferente aos problemas de saúde enfrentados por seus cidadãos como demonstram os dados levantados. Em vista disso, o Ministério Público, como aliado da sociedade cajazeirense, intervêm em questões como essas buscando a concretização do direito fundamental a saúde.

#### 4.2 OS MEIOS DE ATUAÇÃO DO PROMOTOR DE JUSTIÇA NA CONCRETIZAÇÃO DA SAÚDE MUNICIPAL DIANTE DA REALIDADE LOCAL

Com a nova essência dada à instituição ministerial pela atual ordem constitucional, o Promotor de Justiça está apto não só de provocar o judiciário para defesa de interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis, como também, e principalmente, atuar na defesa extrajudicial da cidadania, sobretudo quando se trata da matéria de direito à saúde, haja vista as medidas extrajudiciais serem mais condizentes com a urgência que a saúde reclama.

Quando se fala na defesa de tal direito diante da ineficiência ou inexistência de políticas públicas capazes de fornecerem uma assistência integralizada de saúde pública, alguns mecanismos utilizados pelo Ministério Público no Município de Cajazeiras se destacam: atendimento direto ao público (notícias de fatos), procedimentos preparatórios, inquéritos civis, termo de ajustamento de conduta, ação civil pública e o mandado de segurança.

É inquestionável que as atividades dos membros do Ministério Público não se resumem a redação de peças processuais, pelo contrário, pois a tradicional instituição intensamente burocrática e pouco ativa passou a ceder lugar a uma instituição mais atuante e aberta à sociedade, mostrando engajamento na preservação da ordem democrática.

Assim sendo, o Ministério Público da Comarca de Cajazeiras - PB vem atuando na defesa da garantia do direito à saúde dos munícipes através da Curadoria da Saúde que disponibiliza de atendimento direto à sociedade.

Especificamente no campo da saúde é comum a procura dos cidadãos ao *Parquet* com o fim de noticiar a inépcia ou ineficiência dos serviços públicos de saúde, seja em relação à sua qualidade e/ou quantidade. Tal procura, em geral, tem a finalidade de requerer providências urgentes para sanar o descaso das políticas públicas de saúde municipal.

As demandas surgidas são registradas pelos servidores da instituição através do preenchimento de um protocolo de atendimento, denominado de notícia de fato, onde se realiza a identificação do noticiante e do noticiado seguido da narração dos fatos atinente ao descaso público para com a saúde dos cidadãos.

As notícias de fatos são registradas virtualmente na página do Ministério Público Estadual da Paraíba, e ainda fisicamente, posteriormente são encaminhadas ao Promotor responsável que com base nas informações fáticas noticiadas busca primeiramente uma solução junto ao Poder Público municipal na figura do seu gestor em saúde, o secretário de saúde, a fim de que este realize medidas efetivas aos problemas apresentados.

Ainda diante da situação fática apresentada através da notícia de fato, a instituição, em sendo o caso, questiona sobre a burocratização na prestação da saúde, que muitas vezes é exigida de forma irresponsável a ponto de em alguns casos se sobrepor a urgência que a saúde e própria vida exigem.

Foram registradas só durante o ano de 2012 na Promotoria de Justiça da Comarca de Cajazeiras o número de 75 (setenta e cinco) notícias de fatos referentes à saúde pública em face exclusivamente do Município (Anexo B). Na maioria das vezes, tais demandas disseram respeito ao fornecimento de medicamentos, cirurgias, exames e consultas médicas.

Constatou-se que quando a notícia chega à Promotoria de Justiça, de pronto é oportunizada a parte reclamada, o Poder Público municipal, prestar informações referente ao fato noticiado. Em certas vezes, com um só telefonema ou a expedição de um ofício, a demanda logo é solucionada e arquivada. Quando não, é realizado um procedimento preparatório a fim de apurar informações. Geralmente são expedidas notificações e requisitados documentos para instruir procedimentos de competência da instituição.

O procedimento preparatório é instaurado pela instituição antes mesmo de instaurar inquérito civil, no intuito de complementar informações consideradas essenciais, ou seja, para identificar o objeto da investigação ou os próprios investigados. Tal procedimento deve ser concluído em noventa dias, podendo ser prorrogado por igual prazo, desde que haja motivo

justificável. Esgotado o referido prazo, o *Parquet* toma uma dessas medidas: promove seu arquivamento; ajuíza a respectiva ação civil pública; ou o converte em inquérito civil (Resolução nº 001/2010 do Colégio de Procuradores de Justiça do Estado da Paraíba em seu art. 5º, §§ 3º e 4º).

Na Curadoria de saúde da Promotoria de Justiça da Comarca de Cajazeiras foram registradas em 2012, 03 (três) procedimentos preparatórios para inquérito civil em matéria de direito à saúde pública, em face unicamente do Município de Cajazeiras.

O inquérito civil consiste em outro instrumento extrajudicial, cujo exercício é de legitimidade exclusiva do *Parquet*. Foi criado pela Lei 7.347, de 1985, e consagrado na Constituição Federal de 1988. Tal instrumento trata-se de uma investigação administrativa basicamente voltada a obtenção de elementos para eventual proposição de ação civil pública, e de modo subsidiário é utilizado para aparelhar o exercício de outras atribuições inerentes à instituição ministerial, como a tomada de termo de ajustamento de conduta e a captação de elementos para exercer qualquer ação pública, serve ainda para dar ensejo à realização de audiências públicas, para expedir recomendações, entre outras atuações a cargo do Ministério Público.

Conforme estabelece a Resolução 001/2010 do Colégio de Procuradores de Justiça do Estado da Paraíba em seu art.1º:

Art. 1º. O inquérito civil, procedimento de natureza unilateral e facultativa, será instaurado para apurar fato que possa autorizar a tutela dos interesses ou direitos a cargo do Ministério Público nos termos da legislação aplicável, servindo como preparação para o exercício das atribuições inerentes às suas funções institucionais.

No Ministério Público da Comarca de Cajazeiras não foram instaurados no ano de 2012 inquéritos civis relacionados às questões de saúde, seja em face da omissão ou ineficiência do Município de Cajazeiras. Diante do número reduzido de procedimentos preparatórios e da inexistência de inquérito civil referente a esta matéria no ano em análise, importa destacar que por requisição da própria Promotoria de Justiça atuante em Cajazeiras, as notícias de fatos apresentadas pela população geralmente já estão amparadas com documentos suficientes, prontas para, em sendo o caso, ser pleiteada a tutela jurisdicional do Estado, pretendendo com isso uma maior agilidade.

Assim sendo, o órgão ministerial em Cajazeiras comumente utiliza de procedimentos preparatórios e inquéritos civis em situações que requerem um maior desprendimento de investigação e juntada de documentos, como foi o caso, por exemplo, da apuração de irregularidades estruturais e pessoais em determinada unidade da saúde da família que compõe a saúde no Município.

Ainda como instrumento utilizado pelo Ministério Público na tutela do direito à saúde no Município de Cajazeiras se destaca o Compromisso de Ajustamento de Conduta, firmado através de um termo (TAC). O referido instrumento busca viabilizar a composição extrajudicial da lide tomando compromissos do causador do dano para ajustar suas condutas às cobranças legais.

Confirmando a legitimidade do Ministério Público pode-se destacar o art. 18, também da Resolução 001/2010 do Colégio de Procuradores de Justiça do Estado da Paraíba:

Art. 18. O Ministério Público poderá firmar compromisso de ajustamento de conduta, nos casos previstos em lei, com o responsável pela ameaça ou lesão aos interesses ou direitos mencionados no artigo 1º desta Resolução, visando à reparação do dano, à adequação da conduta às exigências legais ou normativas e, ainda, à compensação e/ou à indenização pelos danos que não possam ser recuperados.

Fazendo um levantamento dos dados da instituição ministerial atuante no direito à saúde no Município em referência, constatou-se apenas 01 (um) Termo de ajustamento de conduta firmado relacionado à matéria, nele figurando o poder público municipal como compromitente (Anexo C).

Constatou-se que quando as medidas extrajudiciais não lograram êxito, o *Parquet* utilizou de medidas judiciais necessárias no intuito de ativar o compromisso do Poder Público para com a sociedade, para tal, a instituição goza de legitimidade postulatória em que o próprio Poder Público municipal figura como agente responsável por ferir interesse coletivo e/ou individual indisponível. A ação civil pública e o mandado de segurança são instrumentos processuais que têm o condão de configurar a judicialização de uma questão que originariamente diz respeito às políticas públicas.

A Lei de Ação Civil Pública (Lei 7.347 de 1985) representa uma das mais importantes ferramentas do órgão ministerial para a proteção do direito à saúde. A referida Lei autorizou o Ministério Público a promover a ação civil pública e o inquérito civil para defesa desse direito (artigo 1º, inciso IV). Com a ação civil pública busca-se proteger jurisdicionalmente qualquer interesse, direito difuso ou coletivo.

Ademais, considerando que a promoção do direito à saúde é incontestavelmente um interesse social, fica legitimado o Ministério Público a propor ação civil pública também para a defesa de interesses individuais homogêneos atinentes à saúde, assim sendo, nada impede a propositura da ação civil pública para assegurar direitos de cunho individual, desde que condizentes com os interesses da instituição.

Sobre a atuação do Ministério Público em defesa de direitos individuais vale destacar o ensinamento de Mazzilli (2010, p. 687):

[...] só pode defender interesses individuais quando isso convenha à coletividade como um todo (quando o interesse seja indisponível ou quando seja tal a abrangência ou dispersão de lesados que sua atuação se torne proveitosa para a sociedade, ou seja, quando a defesa do interesse tenha o caráter social).

Saliente-se que, diferente do que ocorre no inquérito civil, cuja legitimidade é exclusiva do *Parquet*, na ação civil pública, a própria Constituição dispõe que a legitimação da referida instituição não impede a de terceiros (art. 129, §1º, da CF/88). Embora o Ministério Público não seja legitimado exclusivo na proposição da ação civil pública, a Lei da Ação Civil Pública tornou obrigatória sua intervenção como fiscal da lei, quando os processos envolverem a defesa de interesses coletivos e difusos.

Sobre a legitimidade do Ministério Público para propor Ação Civil Pública em defesa do direito à saúde, tem decidido o STF:

RE 407902 / RS - RIO GRANDE DO SUL  
 RECURSO EXTRAORDINÁRIO  
 Relator(a): Min. MARCO AURÉLIO  
 Julgamento: 26/05/2009 Órgão Julgador: Primeira Turma  
 Ementa: LEGITIMIDADE - MINISTÉRIO PÚBLICO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - FORNECIMENTO DE REMÉDIO PELO ESTADO. O Ministério Público é parte legítima para ingressar em juízo com ação civil pública visando a compelir o Estado a fornecer medicamento indispensável à saúde de pessoa individualizada. (grifo nosso)  
 Decisão  
 A Turma conheceu do recurso extraordinário e lhe deu provimento, nos termos do voto do Relator. Unânime. 1ª Turma, 26.05.2009 (STF. RE 40790. Rel. HENRIQUE D'AVILA. J. 01/01/1970. Publicado em: DJ 07 abr. 1970).

Na Promotoria de Justiça de Cajazeiras pode-se dizer que tal instrumento judicial é o mais utilizado pelo Promotor de Justiça para defesa da saúde dos cidadãos. Foram ajuizadas 48 (quarenta e oito) ações civis públicas em face do Município de Cajazeiras durante o ano de 2012 (Anexo D), cujo teor variava entre: fornecimento de medicamentos, procedimentos cirúrgicos, consultas, exames, e insumos em geral.

Outro mecanismo judicial utilizado pelo Ministério Público na defesa do direito à saúde no Município de Cajazeiras - PB é o mandado de segurança. A Lei complementar 97, de dezembro de 2010 (Lei Orgânica do Ministério Público do Estado da Paraíba), no seu art. 37, inciso VII, comanda, *in verbis*:

Art. 37. Além das funções previstas nas Constituições federal, estadual e em outras leis, incumbe ainda ao Ministério Público:  
 [...] VII - impetrar habeas corpus, habeas data, mandado de injunção e mandado de segurança quando o fato disser respeito à sua área de atribuição funcional;

Convém destacar que embora o direito fundamental à saúde seja compreendido como individual, indisponível e homogêneo - garantido pela Constituição como sendo serviço de relevância pública - quando o Poder Público, em destaque o Município, negligencia, obsta,

posterga ou nega tal direito, a sociedade é atingida como um todo, e em particular o cidadão, de modo que o seu direito líquido e certo à saúde é lesionado por quem é responsável de garanti-lo, seja através de tratamento ambulatorial, assistência médica, ou mesmo por fornecimento de medicamentos a quem deles necessite. Deste modo, o mandado de segurança tem sido instrumento apto para garantia desse direito.

Assim sendo, o Ministério Público possui legitimidade processual extraordinária para impetrar mandado de segurança substituindo quem tenha sido lesado no seu direito à saúde por omissão ou negligência do Poder Público.

Confirmando a legitimidade do Ministério Público como substituto processual em mandado de segurança, a jurisprudência pátria constante no Portal do Ministério Público de Goiás:

APELAÇÃO CÍVEL EM MANDADO DE SEGURANÇA. LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO, SUBSTITUIÇÃO PROCESSUAL AO HIPOSSUFICIENTE. Compete ao MP a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Sendo a saúde um dos direitos indisponíveis expressos na CF, não há de ser óbice ao Parquet atuar como substituto processual de pessoa hipossuficiente, menor e doente mental. Recurso conhecido e provido. (Apelação Cível em Mandado de Segurança nº 59.111-0/189- Comarca de Goiânia- 200100878053- Apelante: Ministério Público- Apelado: Município de Goiânia- Relator Desembargador: Felipe Batista Cordeiro).

Levantando informações na Promotoria de Justiça de Cajazeiras verificou-se que foram impetrados pelo Ministério Público durante o ano de 2012, em detrimento do poder público municipal, 29 (vinte e nove) mandados de segurança (Anexo E) referentes à saúde, em todos os casos o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde figurou como responsável, na condição de gestor(a) do sistema, pelo fornecimento de serviço de saúde no âmbito de sua circunscrição, restando patente a sua competência para atuar na causa como autoridade coatora, diante da conduta omissiva ou procrastinatória praticada.

Do exposto, depreende-se que, em se tratando de saúde, a não resolução dos problemas por parte do Poder Público municipal não pode ser vislumbrada como uma realidade inalterável, pois a omissão do Estado, em especial do Município, acarreta graves consequências ao direito pleno à saúde e a vida dos cidadãos, omissão esta que em último caso poderia levar a danos irreparáveis. O Ministério Público, diante da incumbência de garantir os direitos fundamentais, esforça-se em assumir o papel de transformador social, sendo, pois, um aliado da sociedade ao empreender atividades direcionadas à materialização do direito à saúde aos munícipes de Cajazeiras – PB.

### 4.3 PANORAMA DA EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS E O DESEMPENHO DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM RELAÇÃO À SAÚDE PÚBLICA LOCAL

O arcabouço legal que garante o Município de Cajazeiras assegura amplamente o direito à saúde demonstrando dentre seus objetivos, diretrizes e garantias legais, uma especial atenção na prevenção das doenças, na organização administrativa integrada com os outros entes, na infraestrutura dos estabelecimentos de atendimento à saúde, na inovação tecnológica dos equipamentos, nas questões orçamentárias, na participação da sociedade na concretização da saúde, entre inúmeras outras disposições. No entanto, quando deparadas com a realidade cotidiana dos serviços e ações de saúde oferecida pelo município, é possível perceber que parte das disposições legais não têm tido a eficácia necessária.

O impedimento da satisfatória concretização da saúde pública municipal decorre não somente das questões de insuficiência orçamentária, mas principalmente da própria ineficiência da máquina, carência de gestão, e a malversação de verbas por parte do ente em análise. Para se ter uma ideia, são negados aos usuários do SUS no âmbito municipal, desde o fornecimento de insumos como fitas de glicemia aos portadores de diabetes, até a realização de procedimentos cirúrgicos. Deve ser levado em conta que na grande maioria dos casos, quem recorre aos serviços públicos são os pacientes que não dispõem de condições financeiras para, no âmbito privado, realizar tratamento de uma patologia ou qualquer outro problema relacionado à saúde.

Foi possível verificar casos em que o Poder Público municipal de Cajazeiras negou o fornecimento de fraldas descartáveis para pacientes acometidos de patologias como paralisia que não possuíam quaisquer condições financeiras para custear o seu tratamento de saúde sem que tal custeio viesse a comprometer a sua própria subsistência ou a de seus familiares, para essas pessoas, tais insumos faziam grande diferença no que concerne à disposição de uma vida com um mínimo de qualidade.

Em situações como a supracitada, como o não oferecimento de exames, consultas, cirurgias, fármacos, entre outros pleitos, as falhas resultantes da atuação do Poder Público municipal cajazeirense fazem com que a garantia do mínimo existencial seja desatendida.

Conforme registra Sarlet (2005, p.323-24): “as condições mínimas para a existência com dignidade constituem o objeto precípua da prestação assistencial”. Portanto, quando a necessidade é caracterizada torna-se imperioso o oferecimento da garantia de uma vida

condigna e saudável a uma pessoa, assim sendo, a prestação do serviço público de saúde é obrigatória e a garantia de ao menos o mínimo de saúde deve resistir a qualquer deficiência financeira da gestão responsável, respeitados sempre os limites do possível.

A saúde como direito fundamental social não deve sofrer embaraços estabelecidos por autoridades administrativas, no sentido de obstar o acesso a esse direito ou reduzi-lo. O Poder Público municipal de Cajazeiras se mostrando ineficiente para desempenhar no plano real a transfiguração almejada pela Carta Magna exigiu do Ministério Público Estadual da Paraíba uma atuação frente à concretização do direito à saúde.

O Ministério Público Estadual da Paraíba adquiriu maior destaque nas questões de saúde com o Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde - CAOP SAÚDE - criado pela Lei Complementar 97/2010 (Lei Orgânica do Ministério Público da Paraíba):

Art. 62. Ficam criados os seguintes Centros de Apoio Operacional:

[...]

VIII – Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde;

O referido Centro proporciona o devido suporte técnico aos órgãos de execução, nos quais se inclui a Promotoria de Justiça atuante na Comarca de Cajazeiras que disponibiliza de uma Curadoria da Saúde, esta, ao proporcionar o atendimento ao público na própria instituição, promove uma aproximação do Promotor de Justiça com os problemas de saúde enfrentados pelos usuários do SUS. Através desse elo entre os cidadãos e o Ministério Público são identificadas falhas resultantes da gestão pública de saúde.

As demandas apresentadas ao órgão ministerial provocam sua mobilização no sentido de buscar soluções céleres aos problemas apresentados, aqui se destacando a característica da instituição em recorrer primeiramente e principalmente às resoluções extrajudiciais das questões apresentadas, ao oficial o Poder Público municipal na figura do gestor da saúde local, o secretário de saúde, para responder sobre suposta burocratização ou omissão noticiada pelo cidadão. Sobre a preferência na atuação extrajudicial preleciona a Corregedoria-Geral do Ministério Público da Paraíba- órgão que fiscaliza as atividades desenvolvidas pelos Promotores de Justiça- em Recomendação 02/2012, do CGMP:

RECOMENDA, sem caráter vinculativo, aos Promotores de Justiça com atuação na área da defesa da saúde pública:

[...]

3. Adotar postura resolutiva, esgotando todas as possibilidades de obter o cumprimento da obrigação de acesso aos serviços e ações públicas de saúde pela via extrajudicial, atenuando assim a litigiosidade.

Só após todas as tentativas de resolução administrativa das questões de saúde é que o Ministério Público, não convencido da justificativa fornecida pela gestão municipal, geralmente alegando a escassez de recursos, é que o *Parquet* amparado por toda documentação necessária, passa a exercer sua capacidade postulatória com o fito de efetivar direitos constantemente frustrados pela deficiência do Poder Executivo cajazeirense.

O Ministério Público passa a atuar judicialmente, seja como fiscal da lei ou como legítimo defensor de interesse social motivado principalmente sob o fato de que, apesar de admissível, a reserva do possível não pode, por si só, explicar o não cumprimento do direito social à saúde, pois tal justificativa deve ser fundamentada respeitando-se sempre o mínimo existencial. Sobre o argumento oferecido pelo Poder Público com base na reserva do possível destaca Weichert (2010, p. 135):

[...] a *reserva do possível* exige a demonstração de *ser impossível* ao Estado cumprir seu dever, por absoluta limitação e inexistência de meios. Não é admissível a frustração de direitos fundamentais mediante o subterfúgio da inviabilidade econômica, especialmente enquanto os governos e demais instituições públicas não cumprirem exaustivamente com suas responsabilidades mínimas de probidade, boa governança e igualdade material na distribuição de encargos e serviços de Estado.

Porém, apesar de se verificar uma significativa atuação extrajudicial ou judicial, do órgão ministerial em saúde pública no Município de Cajazeiras, surge uma preocupação de que, em concreto, a atuação da Promotoria tem se caracterizado pela tutela de demandas individuais, o que vai de encontro com o que estabelece a Carta Magna quando garante o direito à saúde a todos.

A solução seletiva das demandas em saúde pública também contraria o preceituado no Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública, que critica a crescente atuação dos órgãos ministeriais na tutela de demandas pontuais em matéria de saúde. Na visão dos subscritores do Plano, a ação institucional deve priorizar a atuação na área de atenção coletiva de saúde, dando ênfase a atenção básica e os cuidados específicos às populações mais vulneráveis.

Cabe aqui destacar novamente a Recomendação 02/2012 da Corregedoria-Geral do Ministério Público da Paraíba, que afirma:

RECOMENDA, sem caráter vinculativo, aos Promotores de Justiça com atuação na área da defesa da saúde pública:

[...]

2. Priorizar a atuação coletiva nas questões de saúde pública, sem prejuízo de sua atribuição para as demandas individuais, com fundamento no art. 127, caput, da CF/88;

De acordo com os dados levantados na Promotoria de Justiça atuante no município em análise, das notícias de fatos apresentadas no ano de 2012, todas as pessoas levaram à

instituição problemas de saúde pessoais ou de seus familiares, ou seja, 100% das demandas foram de origem individual. Durante o mesmo período constatou-se ainda que, do universo das ações judiciais propostas pelo Promotor de Justiça em detrimento do Município, a totalidade dos casos foram de natureza individual.

Segundo Fernandes Neto (2012, p. 410) os casos individuais não têm, de início, o caráter político que possuem as demandas coletivas, pois estas revelam a cobrança da própria sociedade em relação aos direitos assegurados pela Carta Magna de 1988.

Na ação coletiva é possível discutir quadros gerais da saúde local como: opções terapêuticas que devem ser priorizadas; situação epidemiológica e dificuldades financeiras do Município. Já as demandas individuais, quando deferidas pelo poder judiciário, em regra, acabam por provocar impacto negativo nas políticas públicas. Por tais razões, devem ser priorizadas as resoluções coletivas em saúde.

A solução pontual dos problemas relacionados à saúde também demonstra a ausência da mobilização da própria comunidade, que representa uma alternativa para a resolução de questões de saúde.

O próprio o Conselho Municipal de Saúde de Cajazeiras no exercício de suas atribuições não conseguiu demonstrar-se eficiente no sentido de incentivar a participação da comunidade na administração da saúde (art. 2º, da Lei 1.516/2003, que reestrutura o Conselho Municipal de Saúde), de modo que o *Parquet* não foi provocado para formulação de qualquer demanda coletiva durante o período analisado.

Sobre o assunto é o ensinamento de Carvalho e Santos (1995, p. 277):

[...] 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.

Há que se ressaltar que as demandas referentes às questões de direito sanitário têm se tornado cada vez mais crescente na Promotoria de Justiça também motivado pelo fato do *Parquet* mostrar-se omissos no que concerne a uma atuação para prevenção desses problemas.

A respeito é a doutrina de Almeida (2012, p.65): “Na área coletiva, o Ministério Público deverá priorizar a atuação preventiva para evitar a violação dos direitos sociais, além de combater de modo articulado e eficiente as condutas danosas aos direitos massificados”.

No Município de Cajazeiras, o Ministério Público tem deixado a desejar quando se fala em atuação preventiva pelo fato de não ser realizado com a intensidade necessária: a fiscalização no plano de saúde do Município; a fiscalização da boa aplicação dos recursos em

saúde verificando se existe o respeito aos percentuais mínimos exigidos; e por não reforçar a democracia por meio do controle social.

Comprovando essa ineficiência em relação à atuação preventiva é importante mencionar que, tanto em âmbito extrajudicial como judicial em respeito à saúde pública de responsabilidade do Município de Cajazeiras, não foi constatada durante 2012 na Promotoria de Justiça qualquer demanda que partisse da iniciativa do *Parquet*.

O fato de o órgão ministerial, no Município em destaque, atuar nas questões de saúde apenas quando interpelado pelos cidadãos, acaba por evidenciar que a preocupação com a prevenção dos próprios problemas de saúde acaba sendo deixado de lado, o que destoa do assegurado pela Carta Magna (art. 198, II), para a qual as ações de vigilância em saúde possuem maior relevância do que as de recuperação.

Diante do contrassenso entre a legislação referente à saúde pública no Município de Cajazeiras e a inexecução dessas leis pelo Poder Executivo local, o Ministério Público, ante a indiferença aos problemas de saúde da população, tem se esforçado no sentido de solucionar as demandas através, preferencialmente, de meios extrajudiciais.

No entanto, a atuação do órgão ministerial tem causado preocupação, tanto pelo fato de se verificar a predominância na solução pontual das questões de saúde, como pelo fato da inação do *Parquet* tomando por base que dos problemas registrados e ajuizados na instituição no ano de 2012, nenhum deles foi revelado a partir da iniciativa do órgão, deixando assim de investigar ou fiscalizar a atuação ou omissão dos responsáveis pela execução do direito social fundamental à saúde.

Nesse contexto, colocando em confronto as falhas mais perceptíveis da gestão pública e a atuação do Ministério Público, extrai-se a carência de uma atuação mais incisiva e compromissada com os interesses da sociedade por parte do Promotor de Justiça atuante nas questões de saúde no Município de Cajazeiras.

## 5 CONCLUSÃO

Através do presente trabalho identificou-se no primeiro capítulo que o direito à saúde percorreu uma trajetória histórica lenta até chegar ao patamar que hoje se encontra na ordem jurídica brasileira, como sendo um direito social fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, esta, para efetivá-lo determinou a criação do SUS tornando a saúde uma rede estruturada de ações e programas governamentais voltados para a sua promoção, proteção e recuperação.

A relevância dada à saúde pela atual norma constitucional possui a finalidade de permitir a todos os cidadãos condições de vida digna, de acordo com as suas necessidades, em respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana. Foi possível constatar ainda nesse primeiro momento, que a concretização desse direito só se revela através prestações positivas e responsáveis por parte do Poder Público, tal como exigido pela Lei Maior. No entanto, restou esclarecido que apesar da vasta e avançada legislação, a realidade da saúde pública no Brasil tem deixado muitos à margem de um acesso satisfatório à saúde provocado pelo desatendimento dos preceitos legais por parte dos gestores responsáveis.

Ficou ainda evidenciado que não pode o Poder Público pretender justificar sua omissão tão somente alegando injustificadamente a insuficiência de recursos financeiros, pois é certo que as prestações em saúde devem atender ao menos a um parâmetro mínimo, primando assim pelo princípio da dignidade humana.

No capítulo seguinte foi ressaltado o direito à saúde sob a abordagem da atuação estatal e o protagonismo do Ministério Público na efetivação desse direito. Pôde-se constatar que dentre os entes governamentais incumbidos de prestar a saúde aos cidadãos, o Município possui tanto competência legislativa, como também competência material, sendo considerado pela doutrina como ente com papel de maior importância na implementação das políticas públicas de saúde por encontrar-se mais próximo dos problemas enfrentados pela população.

Constatou-se ainda que a Carta Magna de 1988, no intuito de exigir uma atuação comprometida do Poder Público, possibilitou a intervenção do Ministério Público para atuar na defesa do direito fundamental à saúde. Foram elucidados, inicialmente, aspectos da evolução jurídico-social do *Parquet* até o seu perfil contemporâneo encetado na Lei Maior, quando assume a qualidade de agente político de transformação social.

Em sequência, destacou-se que o Promotor de Justiça atuando na questão específica da saúde cumpre a missão constitucional de intervir para garantia do cumprimento das leis e

ainda com o papel de fiscalizar e cobrar do Poder Público uma efetiva execução desse serviço de relevância pública, essencial para o exercício da cidadania plena.

No último capítulo foi abordada, de forma particularizada, inicialmente a efetivação do direito em testilha no Município de Cajazeiras. Para tal, extraiu-se que apesar de toda legislação local, aqui incluída a Constituição Estadual da Paraíba, a Lei Orgânica do Município, o Plano Diretor e a legislação que rege o Conselho Municipal de saúde, todas, reforçam a garantia do direito à saúde na localidade, dispondo de objetivos, diretrizes e organização administrativa sempre voltados para efetivação por parte do executivo local e da própria sociedade. No entanto, observou-se que apesar das questões de saúde estarem amplamente asseguradas, na última pesquisa realizada pelo censo do IBGE (2009) comprovou-se que o Município ainda não dispunha de equipamentos essenciais ou dispunha de um número muito reduzido, assim como apresentou reduzido número de leitos hospitalares de competência do ente governamental em questão.

Ademais, em pesquisa documental junto à instituição ministerial referente ao ano de 2012, verificaram-se as falhas mais perceptíveis apontadas pelos cidadãos da localidade em face da gestão municipal, quais sejam: procedimentos cirúrgicos; exames; consultas; insumos em geral; deficiências de estrutura física de locais de atendimento, tais como postos de saúde e hospitais; insuficiência de leitos e de equipamentos, e principalmente o fornecimento de medicamentos.

Considerando todas as questões supracitadas, verificou-se que as prestações em saúde pública no Município de Cajazeiras não foram satisfatórias, demonstrando inclusive que em algumas situações o mínimo existencial foi desrespeitado.

Diante do problema social da saúde pública local, no referido capítulo foi feita considerações a respeito da postura do Ministério Público Estadual quando de sua intervenção nessas questões, oportunidade em que foi realizada uma abordagem geral dos meios utilizados em prol da concretização desse direito social fundamental durante o ano de 2012.

Restou esclarecido que o *Parquet*, através da Curadoria de defesa da saúde, com base nas demandas noticiadas pelos cidadãos, atuou preferencialmente no sentido de buscar soluções extrajudiciais dos problemas, apenas esgotadas todas as tentativas buscou os meios judiciais. Dos instrumentos utilizados destacaram-se: atendimento direto ao público (notícias de fatos), procedimentos preparatórios, inquéritos civis, termo de ajustamento de conduta, ação civil pública e o mandado de segurança.

Ainda no último capítulo destacou-se o grau de eficiência do Ministério Público Estadual da Paraíba no que atine a efetivação da promessa constitucional ao direito à saúde no

Município de Cajazeiras. Oportunidade em que foi possível constatar que o fato do Poder Público municipal, sem qualquer critério, omitir o fornecimento de prestações de valores reduzidos, porém de essencial necessidade, como o caso de fornecimento de fraldas descartáveis para quem não possui qualquer condição de dispor; como também negar um serviço de maior desprendimento financeiro, como um procedimento cirúrgico, comprovam o preceituado pela doutrina de que o problema da insatisfatória prestação de saúde não se resume a disponibilidade financeira do ente, pois antes disso advém a má administração dispensada pelo Município, que por sua vez não poderia criar embaraços para obstar o direito em questão.

Analisou-se ainda nesse capítulo o desempenho do *Parquet* na materialização da saúde pública local, onde foi apurado que o Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça de Defesa dos Direitos da Saúde da Paraíba deu todo o suporte para que o *Parquet* atuante no Município de Cajazeiras, através da Curadoria da Saúde possibilitasse a aproximação da instituição com a sociedade quando do oferecimento de atendimento ao público, ao qual os cidadãos têm recorrido no sentido de buscar soluções céleres aos problemas de saúde.

Diante da urgência que a saúde exige, a instituição tentou, dentro do ano de 2012, conciliar com Poder Público municipal para buscar soluções, geralmente através de ofício ao secretário de saúde do Município para esclarecer ou resolver de pronto as situações noticiadas pelos cidadãos. Dessa forma, observou-se que somente em último caso o *Parquet* tentou soluções judiciais, em geral, não convencido da justificativa da escassez de recursos por parte do poder público municipal, baseando-se o órgão ministerial no fato de que o atendimento integral da saúde requer uma boa gestão pública que respeite os recursos destinados à saúde e ofereçam o mínimo existencial.

Apesar do Ministério Público da Paraíba, em Cajazeiras, ter evidenciado uma postura positiva no sentido de mostrar-se disponível para a sociedade e ainda preocupado em evitar litigiosidade, não se mostrou eficaz em relação a sua atuação ter sido caracterizada pela tutela de demandas individuais tomando por base a análise documental realizada na instituição que esclareceu que no ano de 2012, das notícias de fatos registradas e das demandas ajuizadas em desfavor do Município, todas, tinham o cunho predominantemente individual.

Ao deixar de promover ações coletivas, o órgão em análise perdeu a possibilidade de discutir e buscar soluções de problemas amplos que afetam um grupo de cidadãos, além do mais, o deferimento do judiciário das ações individuais referente à saúde acabam por impactar nas políticas públicas; além de que as soluções seletivas destoam da garantia constitucional que assegura a todos o direito à saúde. O *Parquet* não foi provocado para formulação de

qualquer demanda coletiva durante o período analisado, o que evidenciou no Município a falta de participação da comunidade nas questões de saúde.

Foi constatado ainda que dos problemas registrados e ajuizados pela instituição no ano de 2012 em face do Município, nenhum partiu da iniciativa própria do órgão, o que acabou por demonstrar mais uma falha na atuação do Ministério Público Estadual da Paraíba, que deixou assim de fiscalizar o funcionamento da gestão pública e a sua correta implementação de recursos destinados à saúde, além do *Parquet* não ter incentivado a participação da sociedade na saúde pública local.

Assim, diante da ineficiência da gestão municipal de saúde, o Ministério Público da Paraíba, em Cajazeiras, como agente político que visa interferir na realidade social para garantir o exercício da cidadania plena, apesar de ter se empenhado em sua atuação para suprir os anseios da sociedade, deixou de atuar de forma mais eficiente tanto para buscar soluções coletivas como para exercer uma atuação preventiva.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Gregório Assagra de, O Ministério Público no neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimidade social. In: FARIAS, Cristiano Chaves de; ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ROSENVALD, Nelson (Orgs). **Temas Atuais do Ministério Público**. 3.ed. Salvador: Jus Podivm, 2012.

BRANCO, Paulo Gustavo Gonet; MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires. **Curso de Direito Constitucional**. 5.ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Comissão de Fiscalização Financeira e Controle. **Cartilha de fiscalização financeira e controle: um manual de exercício da cidadania**. 2. ed. Brasília: Câmara dos Deputados: Coordenação de Publicações, 2005.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 05 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, RJ, 25 jan. 1923. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pe.html>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jan. 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7347orig.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7347orig.htm)>. Acesso em: 14 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **RE 393175 RS**. Rel. Min. CELSO DE MELLO. J. 01/02/2006. Publicado em: DJ 16 fev. 2006. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo414.htm#transcricao1>>. Acesso em: 10 jan.2013.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. **RE 40790**. Rel. HENRIQUE D'AVILA. J. 01/01/1970. Publicado em: DJ 07 abr. 1970. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/14713474/recurso-extraordinario-re-407902-rs-stf>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde**. Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.

BRINDEIRO, Geraldo. O Procurador-Geral da República no Supremo Tribunal Federal. **Consulex**, Brasília, DF, ano XIV, n. 313, p. 26-29, 31 jan. 2010.

CAJAZEIRAS. Lei nº 1.516 de 2003. Reestruturou o Conselho Municipal de Saúde – CMS, revoga a Lei nº 1.038/93 conforme especifica e dá outras providências. **Câmara Municipal de Cajazeiras**. Paraíba, 24 nov. 2003.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica do Município de Cajazeiras, de 22 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a organização do Ministério Público do Estado da Paraíba. **Câmara Municipal de Cajazeiras**. Paraíba, 04 abr. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei nº 1.666 de 2006. Define o Plano Diretor de desenvolvimento integrado do Município de Cajazeiras e dá outras providências. **Câmara Municipal de Cajazeiras**. Paraíba, 01 dez. 2006.

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.

CNPG – Conselho Nacional dos Procuradores Gerais dos Estados e da União. **Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública**. Disponível em: [http://www.mp.pb.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2392&Itemid=386](http://www.mp.pb.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2392&Itemid=386). Acesso em: 15. jan. 2013.

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

DIAS, Helio Pereira. **Direito Sanitário**. 2003. ANVISA. Brasília, mai. 2003. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/artigo\\_direito\\_sanitario.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/artigo_direito_sanitario.pdf). Acesso em 17 de jan. de 2013.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FARIAS, Cristiano Chaves de; ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ROSENVALD, Nelson (Orgs.). **Temas Atuais do Ministério Público**. 3.ed. Revista, ampliada e atualizada. Salvador: Editora Jus Podivm, 2012.

FERREIRA, Lauro Cesar Mazetto. **Seguridade social e direitos humanos**. São Paulo: LTr, 2007.

GODINHO, Robson Renault. Notas acerca da capacidade postulatória do Ministério Público. In: FARIAS, Cristiano Chaves de; ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ROSENVALD, Nelson (Orgs.). **Temas Atuais do Ministério Público**. 3.ed. Revista, ampliada e atualizada. Salvador: Jus Podivm, 2012.

GOIÁS, Ministério Público do Estado de. Portal do Ministério Público de Goiás. CAO de saúde. **Mandado de Segurança dispensação de medicamento Goianira**. 2006. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/2/noticia/edfec7f2ba82fe64c988218d4cc8ff70.html>>. Acesso em 20 fev. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Informações Estatísticas. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em 14 de março de 2013.

MAGALHÃES, Marcos. **Desvio de verbas da educação e saúde pode se tornar crime hediondo**. Portal de notícias. Agência Senado. 2012. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2012/09/04/desvio-de-verbas-da-educacao-e-saude-pode-se-tornar-crime-hediondo>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

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

MATTA, Gustavo Corrêa. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MAZZILLI, Hugo Nigro. **A defesa dos interesses difusos em juízo: meio ambiente, consumidor, patrimônio cultural, patrimônio público e outros interesses**. 23.ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

\_\_\_\_\_, Hugo Nigro. **Ministério Público**. São Paulo: Editora Damásio de Jesus, 2003.

\_\_\_\_\_, Hugo Nigro. **Regime jurídico do Ministério Público**. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Municipal Brasileiro**. 11.ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

MPF - Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Direitos do Cidadão**, Volume II, Brasília, jul. 2011. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-humanos/cartilha-direitos-do-cidadao-volume-ii>>. Acesso em: 20 jan. 2013.

FERNANDES NETO, Antonio Joaquim. Desafios da Promotoria na saúde coletiva. In.: FARIAS, Cristiano Chaves de; ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ROSENVALD, Nelson (Orgs.). **Temas Atuais do Ministério Público**. 3 ed. Salvador: Jus Podivm, 2012.

OMS - Organização Mundial De Saúde. Definição de saúde. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 2 jan. 2013.

PAIM, Jair Nilson. Atenção à saúde no Brasil. In: **Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PARAÍBA. Lei Complementar nº 97, de 22 de dezembro de 2010. Dispõe sobre a organização do Ministério Público do Estado da Paraíba. Diário Oficial, João Pessoa, PB, 23 dez. 2010.

**Palácio do Governo do Estado da Paraíba.** João Pessoa, PB, 22 dez. 2010; 122º da Proclamação da República.

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado da. **Manual de Atuação Funcional da Saúde.** João Pessoa: MPPB/PGJ, CAOP da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Recomendação 02/2012, Recomenda aos Promotores de Justiça com atuação na área da proteção ao direito à saúde, no tocante as medidas a serem adotadas nos casos de demandas referentes a solicitação de medicamentos e procedimentos médicos. **Corregedoria-Geral do Ministério Público da Paraíba.** João Pessoa, PB. Disponível em: <[https://arquivos.mp.pb.gov.br/corregedoria/recom\\_02\\_2012.pdf](https://arquivos.mp.pb.gov.br/corregedoria/recom_02_2012.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 001/2010. Regulamenta a tramitação de Inquérito Civil e procedimento preparatório, como método de investigação cível no âmbito do Ministério Público da Paraíba, em adequação com a Resolução CNMP Nº 23, de 17 de setembro de 2001, alterada pela Resolução CNMP Nº 35, de 23 de março de 2009. **Colégio de Procuradores de Justiça do Estado da Paraíba,** João Pessoa, PB, 9 mar. 2010. Disponível em: <[https://arquivos.mp.pb.gov.br/Conteudo/Header/cp/Resolucoes/Arquivos/res\\_01\\_10.pdf](https://arquivos.mp.pb.gov.br/Conteudo/Header/cp/Resolucoes/Arquivos/res_01_10.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2013.

ROCHA, Julio Cesar de Sá da. **Direito da Saúde:** direito sanitário na perspectiva dos interesses difusos e coletivos. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RODRIGUES, Geisa de Assis. Reflexões sobre a atuação do Ministério Público: inquérito civil público, compromisso de ajustamento de conduta e recomendação legal. In: FARIAS, Cristiano Chaves de; ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ROSENVALD, Nelson (Orgs.). **Temas Atuais do Ministério Público.** 3.ed. Salvador: Jus Podivm, 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Constituição, direitos fundamentais e direito privado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 5.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais.** 6.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

\_\_\_\_\_. (Org.). Direitos fundamentais e direito privado: algumas considerações em torno da vinculação dos particulares aos direitos fundamentais. In: SARLET, Ingo Wolfgang.

**Constituição concretizada: construindo pontes entre o público e o privado.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2000

\_\_\_\_\_. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à Constituição.** 3.ed. Malheiros Editores LTDA. 2007.

SIQUEIRA, Márcia Portugal; BUSSINGUER Elda Coelho de Azevedo. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, Vitória, Faculdade de direito de Vitória-FDV/ Florianópolis – n. 8, p. 253, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.fdv.br/publicacoes/periodicos/revistadireitosegarantiasfundamentais/n8/revista.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

VITA, Danillo José Solto. **Direitos Fundamentais Sociais:** Uma proposta de efetividade a partir da noção de mínimo existencial. Revista da ESMA-PB. João Pessoa- Paraíba, Ano 1. nº1. 2010.

WEICHERT, Marlon Alberto. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In: SANTOS, Lenir (Org.). **Direito da saúde no Brasil.** Santos. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.

\_\_\_\_\_. **Saúde e federação na constituição brasileira.** Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2004.

## ANEXO A - PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA

### PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA

#### EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA COMISSÃO PERMANENTE

À vista das avaliações e cabedal de sugestões apresentadas pelas chefias do Ministério Público a respeito de uma proposta de plano nacional de atuação em saúde pública, a Comissão Permanente de Saúde pautou-as como eixo reitor do presente trabalho. Fê-lo exercendo o seu papel de coadjuvar propositivamente, na matéria, o egrégio Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União-CNPG.

Cuidou-se, também, de oferecer adendos sobre alguns aspectos relevantes da atual cena sanitária que, de algum modo, irradiam influências sobre o objeto do presente projeto. Para tanto, colheram-se subsídios:

- a) na praxis média ministerial, tal como percebida concretamente em algumas hipóteses administrativas e judiciais,
- b) na diversidade de políticas setoriais existentes nos CAOs, em vários Estados, voltados para a área,
- c) nas principais políticas institucionais em vigor no Ministério Público da União; e
- d) no conteúdo da Carta de Palmas (TO), subscrita por todas as chefias do Ministério Público brasileiro, em 1998, na Carta de Salvador, editada em 2004 (I Encontro Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde), e nos documentos finais do II Encontro Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, realizado em Palmas (TO), no mês de setembro de 2005.

Semelhante substrato teórico levou à inteligência preliminar de que os movimentos institucionais do Ministério Público nacional deverão imprimir precedência de atuação na área de atenção coletiva à saúde e, nela, destacar a atenção básica e os cuidados necessários específicos às populações mais vulneráveis.

A intelecção da Comissão Permanente é de que o modelo de gestão de saúde pública vigente é morbo-cêntrico, isto é, ordenado e organizado para a recuperação da saúde e seu respectivo custeio, o que contraria a letra constitucional.

Há claros sinais de iminente esgotamento dessa fórmula administrativa, posto que são descuradas as devidas ações do Poder Público voltadas para medidas de prevenção, como determina o art. 198, II, da C.F.

Assim sendo, o modelo em vigor absorve crescentes custos, que tendem à perpetuação, até atingir ponto de ruptura de financiamento, impondo soluções seletivas ou, mesmo, a modificação do marco regulatório constitucional.

Por isso, a atual proposta de trabalho, enquanto voltada para o Sistema Único de Saúde– SUS -, propõe ênfase à observância aos planos de saúde (nacional, estaduais e municipais), com destaque para a previsão das ações preventivas. Suas linhas diretas e

reguladoras de políticas públicas de saúde em cada estamento federativo devem ser rigorosamente cumpridas por todas as esferas governamentais, com fiscalização do Ministério Público, observado sempre o prévio crivo do controle social.

Foi objeto de consideração, igualmente, a necessidade de que sejam respeitados os percentuais mínimos de previsão e execução orçamentária previstos na EC nº 29. Sua inobservância tem contribuído decisivamente para a desorganização e sub-financiamento do Sistema Único de Saúde, erodindo a efetividade da diretriz constitucional da integralidade (art. 198) e o princípio da universalidade da atenção à saúde da população (art. 7º, I, da L.F. nº 8080/90).

Registrou-se, outrossim, que especificidades e determinadas práticas administrativas em voga no SUS, aliadas a fatores de índole cultural, política, social e econômica, tais como a expansão demográfica e mudanças em seu perfil (v.g., aumento da expectativa de vida), pressão de oferta de incorporação tecnológica, etc., constituirão, em curto prazo, fator de elevada geração de demandas (individuais e coletivas), provocando crescentes e consistentes impactos nas estruturas para tanto predispostas no Ministério Público, impondo-se a criação do correspondente modelo organizativo. Nessa linha de raciocínio, sublinhou-se a necessidade premente de articular cooperativamente as atribuições dos Ministérios Públicos com intervenção na matéria.

Por outro lado, nossa sistemática de abordagem, administrativa ou judicial, tende à fragmentação e à resolução pontual de conflitos, quando não ao insulamento ou à contraposição entre Ministérios Públicos. Em contraste, verifica-se um sistema público de saúde, operando desde 1990, minuciosamente organizado e proporcionado em suas competências internas e externas, envolvendo a União, os Estados e os Municípios.

Portanto, uma concepção mais lata e crítica de nossas aptidões legais é necessária, voltada para a mudança do modelo. Assim como o é engenho uma organização de misteres funcionais que apresente convergências de ação e não reservas de atuação.

Em tal horizonte, a avaliação de resultados deve ser permanente, não apenas envolvendo a qualidade de produtos jurídicos apresentados, mas, também, seu efetivo impacto positivo nos indicadores sócio-sanitários de cada Município, Estado e União.

Conformar as macro-políticas dos Ministérios Públicos nessa direção e por ela reger seus atos de execução é o enorme desafio que está à frente.

#### PLANO NACIONAL DE ATUAÇÃO MINISTERIAL EM SAÚDE PÚBLICA:

O Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União – CNPG, no exercício de suas atribuições legais, com lastro nas disposições insertas no art. 2., incisos I, II, III, V e VI, de seu Regimento,

Considerando configurar a saúde direito de todos e dever do Estado (art. 196 da C.F.), serem de relevância pública as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 197

C.F.), bem como que compete ao Ministério Público a defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127C.F.), constituindo função institucional zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos

e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na carta federal, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (ar. 129, II, C.F.);

Considerando ser imperioso promover a integração do Ministério Público no plano nacional no âmbito sanitário, favorecendo o aperfeiçoamento de seus atos de execução;

Considerando caber-lhe traçar políticas e planos de atuação uniformes e/ou integrados, respeitadas a peculiaridades locais;

Resolve

instituir o Plano Nacional de Atuação do Ministério Público em Saúde Pública, pautando-o pelas seguintes diretrizes e princípios:

i) busca da realização e proteção objetiva do direito humano à saúde, como fator indutor de cidadania e de dignidade da pessoa (art. 1º, incisos II e III, C.F.);

ii) agir pela solidificação do direito à saúde como sendo um estado de pleno bem-estar físico, mental e social (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma Ata, 12.9.78, OMS);

iii) contribuir, especialmente, para a concretização do direito à saúde na sua dimensão coletiva (art. 6º, C.F.);

iv) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, promover a observância dos seguintes princípios (art. 7º, L.F. nº 8080/90):

\* universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

\* integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

\* preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

\* igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

\* direito à informação, às pessoas assistidas sobre sua saúde;

\* divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

\* utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

\* participação da comunidade;

\* descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

\* integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

\* conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência a saúde da população ;

\* capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

\* organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (L.F. nº 8.080/90 e 8.142/90).

Para o efetivo alcance de tais diretrizes e princípios, referenciam-se as seguintes estratégias operacionais:

1. - Compete ao CONSELHO NACIONAL DE PROCURADORES-GERAIS – CNPG:

1.1- PRESIDÊNCIA:

1.1.1 – Encaminhar às chefias de Ministério Público proposições, dados, material de interesse institucional e outros expedientes, apresentados pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde – COPEDS, com o fito de estimular ou auxiliar a execução do presente Plano Nacional.

1.1.2 – Endereçar à COPEDS matérias que, pela natureza, lhe incumba conhecer no âmbito do Plano Nacional.

1.1.3 – Solicitar, quando pertinente, subsídios ou manifestação à COPEDS, em matéria jurídico-sanitária;

1.1.4 - Convocar anualmente os membros da Comissão Permanente de Defesa da. Saúde– COPEDS para prestarem contas da execução do Plano Nacional, propor sua atualização e avaliar os resultados obtidos, determinando as providências compatíveis.

1.1.5 – Determinar providências compatíveis com o quanto disposto no Plano Nacional.

1.2 - CONSELHO NACIONAL - CNPG:

1.2.1 - Apreciar o relatório anual dos trabalhos realizados pela COPEDS, avaliar os resultados obtidos, determinar providências compatíveis.

1.2.2 – Demandar à COPEDS providências, encaminhamentos, esclarecimentos e o quanto necessário for à boa condução e execução do Plano Nacional.

2. - PROCURADOR-GERAL DA REPÚBLICA E PROCURADORES-GERAIS DE JUSTIÇA:

2.1 - Criar e prover Promotorias de Justiça e Procuradorias da Saúde, na forma prevista na Carta de Palmas de 1998, no que for cabível, observadas as peculiaridades de cada Instituição.

2.2 - Criar e prover Centros de Apoio Operacionais de Saúde ou órgãos equivalentes, para que se proporcione o devido suporte técnico aos órgãos de execução.

2.3 - Inserir a disciplina de direito sanitário no elenco daquelas exigidas em concursos públicos para ingresso na carreira, propiciando, outrossim, avaliação acerca do preparo nesse campo jurídico dos futuros Membros da Instituição.

2.4 - Impulsionar a integração entre os órgãos ministeriais que atuam em primeiro e segundo grau de jurisdição, bem assim com o Poder Judiciário, Defensoria Pública, Ordem dos Advogados do Brasil e demais entes com atribuição na área, bem assim com representações da sociedade civil.

2.5 – Observadas as possibilidades de cada Ministério Público, constituir banco de dados informatizado de ações propostas pelos órgãos de execução, no intuito de assegurar o compartilhamento de informações e homogeneidade de atuação, nele constando, também, nome, endereço eletrônico e telefone funcional de todos os representantes do Ministério Público que atuam em saúde, de forma a possibilitar a sua interligação nacional, em arquivo eletrônico geral, sob a supervisão da COPEDS e avaliação do CNPG.

2.6 - Formalizar convênios ou termos de cooperação com os órgãos públicos de investigação, controle e auditoria, objetivando subsidiar a intervenção Institucional.

2.7 – Obedecidos critérios locais, ensejar a criação de programa destinado à avaliação de resultados da ação ministerial em saúde, através dos quais seja possível, quando necessário, efetuar as devidas adequações, bem como apresentar tais quantitativos à sociedade.

2.8 - Promover a incorporação, como cabível, do conteúdo do Plano nos respectivos planos de metas ministeriais.

### 3 - COMISSÃO PERMANENTE DE DEFESA DA SAÚDE – COPEDS:

3.1 - Acompanhar dados, estudos e avaliações produzidos pelo Ministério da Saúde e outros órgãos públicos, bem como junto à organizações acreditadas na área de saúde, apurando circunstâncias que indiquem gravame à execução de ações e serviços de saúde, no âmbito coletivo, identificando fatores que venham a comprometer a exeqüibilidade do direito social à saúde, ou a sua indisponibilidade jurídica.

3.2 – Inteirar-se de reuniões e manifestações expedidas pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde -CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS e Comissão Intergestores Tripartite - CIT, compartilhando o conhecimento dos atos de interesse com os demais órgãos do Ministério Público, bem como provendo a articulação entre os mesmos e o CNPG. Da mesma forma, com relação ao TCU, OAB, conselhos éticos e entidades da sociedade civil organizada.

3.3 - Participar das Conferências Nacionais de Saúde, manifestando o entendimento institucional.

3.4 – Subsidiar a atuação harmônica e resolutiva entre o controle social (particularmente, Conselhos e Conferências de Saúde) e o Ministério Público, inclusive com o aporte de subsídios necessários.

3.5 - Dar conhecimento e subsídios ao Presidente do CNPG acerca dos fatos que careçam de intervenções ministeriais no âmbito nacional e, eventualmente, estadual e municipal, encaminhando elementos teóricos e práticos, para amparar a atuação dos respectivos órgãos de execução.

3.6 – Dar atendimento às demandas do CNPG, seus membros, e sua Presidência;

3.7 - Elaborar agenda de atividades, em conjunto com os coordenadores dos CAOs e unidades congêneres, buscando a integração operacional entre os órgãos de execução.

3.8 - Acompanhamento e cooperação institucional com o Poder Legislativo Federal, em temas referentes à edição de normas afetas à área da saúde.

3.9 - Estabelecer internamente subcomissões temáticas.

3.10 - Instituir banco nacional de dados, com conteúdo compatível com os fins do presente Plano, através de página eletrônica vinculada ao CNPG, agregando-lhe saberes sanitários de interesse ministerial, inclusive ações propostas pelo Ministério Público, objetivando dinamizar o acesso à informações e a homogeneidade de expressão jurídica; inserir em tal acervo registros contendo nome, endereço eletrônico e telefone dos representantes do Ministério Público que atuam em saúde.

#### 4 - CENTROS DE APOIOS OPERACIONAIS OU ÓRGÃOS CONGÊNERES:

4.1 - Apresentar à COPEDS elementos para discussão e elaboração conjunta de agenda anual de trabalho, propostas de intervenção temática, bem assim sugestões para atualizações do Plano Nacional.

4.2 – Conformar o conteúdo do Plano à política ministerial de atuação em saúde, como cabível e atendidas as peculiaridades locais.

4.3 - Estabelecer, quando cabível, intercâmbio permanente com as Secretarias de Saúde, visando a acompanhar os sistemas controle e avaliação de responsabilidade do Estado quanto a sua observância às políticas públicas predominantes e à legislação. Idem, no que lhe compete, quanto à articulação das ações e serviços de saúde (de prevenção e de assistência) que devem ser executadas pelos Municípios, observando-se o quanto pactuado na Comissão Intergestores Bipartite –CIB, e, também, previsto em programas, convênios e demais instrumentos legais.

4.4 - Buscar intercâmbio cooperativo permanente com os Conselhos de Saúde, facilitando o seu acesso aos respectivos agentes do Ministério Público, divulgando a ambas as instâncias conteúdos alinhados ao cumprimento deste Plano.

4.5 - Conhecer de situações ilícitas que venham a comprometer o Sistema Único de Saúde SUS ou, de qualquer forma, o direito social à saúde, que careçam de medidas extrajudiciais e/ou judiciais a serem adotadas pelo Ministério Público, dando-lhes o devido encaminhamento.

4.6 - Participar de Conferências Estaduais de Saúde e demais fóruns de interesse institucional na área da saúde, apresentando o posicionamento institucional correspondente, o quanto possível congruente com os princípios e diretrizes deste Plano.

4.7 - Acompanhar os trabalhos da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, divulgando-os entre os Membros do Ministério Público. Dar a conhecer à Comissão, se for o caso, o posicionamento Institucional correspondente.

4.8 - Estabelecer relações permanentes com os Tribunais de Contas, inclusive no que concerne à fiscalização quanto ao cumprimento na EC nº 29 e das demais disposições atinentes a financiamento previstas nas L.F. nº 8080/90, 8142/90 e outros diplomas legais.

4.9 – Buscar convergências de atuação com os Conselhos Éticos de todas as categorias de profissionais de saúde, compartilhando com os Colegas com atribuições no campo sanitário os instrumentos e os conteúdos daí derivados.

4.10 – Estabelecer relacionamento e cooperação institucional com o Poder Legislativo Estadual e Municipal em temas referentes à edição de normas afetas à saúde, acompanhando o trâmite das matérias e divulgando-as oportunamente.

4.11 – Ensejar disponibilidade para palestras, manifestações e outras formas de inserção social, com o propósito de contribuir para o esclarecimento e capacitação da sociedade no âmbito do direito sanitário.

## 5 - ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO:

### 5.1- RECURSOS HUMANOS NO SUS:

5.1.1 – Velar pela regularidade formal e execução de política de recursos humanos na área da saúde, que cumpra o objetivo de organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal (art. 27, L.F. nº 8080/90);

5.1.2 – Demandar pela concretização de Plano de Carreiras, Cargos e Salários por intermédio de lei, bem como fiscalizar o preenchimento dos cargos por meio de concurso público (art. 37, inciso II, C.F.); atentar para a regularidade do vínculo empregatício dos profissionais que atuam na área sanitária, independentemente dos programas que os mantêm; promover a responsabilização legal pelo recebimento de salários ou vencimentos por carga horária não trabalhada.

5.1.3 – Reportar-se aos gestores públicos, prestadores e entidades da sociedade civil com atividade no âmbito da prestação de serviços de saúde para avaliar o cumprimento dos princípios inerentes à humanização no trato do usuário do SUS, adotando, eventualmente, as providências pertinentes.

### 5.2 – FINANCIAMENTO:

5.2.1 - Acompanhar a elaboração do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias da União, Estados e Municípios, e da Lei Orçamentária, observando sua fidelidade ao respectivo Plano de

Saúde e o respeito aos pisos orçamentários constitucionais relativos ao Sistema Único de Saúde, atuando, administrativa e/ou judicialmente, para garanti-los.

5.2.2 - Fiscalizar a concentração de todos os recursos financeiros para a execução das ações e serviços de saúde nos respectivos Fundos de Saúde.

5.2.3 – Fiscalizar para que o gestor de saúde seja o administrador e responsável pela movimentação dos recursos depositados no Fundo de Saúde.

#### 5.3 – PLANEJAMENTO:

Acompanhar a elaboração dos Planos de Saúde, certificando-se sobre o seu prévio exame pelo Conselho de Saúde correspondente e sua obediência às exigências legais (legislação federal, estadual e municipal, conforme o caso).

#### 5.4 - FISCALIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO:

5.4.1 - Acompanhar a constituição e execução da Agenda de Saúde e dos Relatórios de Gestão, intervindo quando necessário.

5.4.2 – Fiscalizar a tempestividade e adequação de prestação de contas no âmbito do SUS (L.F. nº 8.689/93).

#### 5.5 – FISCALIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES:

Instituir o uso de informações constantes em repositórios de dados oficiais (SIOPS, estatísticas epidemiológicas, etc.) como fundamento para identificar insuficiências de ações e serviços de saúde no SUS e instruir o comportamento ministerial, priorizando atenção às populações mais vulneráveis.

#### 5.6 - CONTROLE SOCIAL:

5.6.1 - Fiscalizar a regular instituição dos Conselhos de Saúde e suas condições de funcionamento, comparecendo, se possível, às suas reuniões, examinando suas atas de trabalhos e promovendo as medidas necessárias ao regular exercício de suas atribuições.

5.6.2 - Participação nas Conferências de Saúde, velando, quando cabível, pela observância de suas proposições de política de saúde pelos respectivos gestores. Manifestar, quando oportuno, a posição do Ministério Público.

5.6.3 - Contribuir para a informação e o aperfeiçoamento técnico de Conselheiros de Saúde.

#### 5.7 - PODER LEGISLATIVO:

Cooperação institucional com o Poder Legislativo em temas referentes à edição de normas afetas à área da saúde.

#### 5.8 - SOCIEDADE CIVIL:

5.8.1 - Estabelecer aproximação com entidades (lato sensu) da sociedade civil organizada, colhendo subsídios para aprimorar e fundamentar atuação funcional.

5.8.2 – Realizar audiências públicas para identificar os vários segmentos de opinião da sociedade acerca de temas em que tal providência seja recomendável.

#### COMISSÃO PERMANENTE DE SAÚDE

Anna Trotta Yaryd  
Promotora de Justiça de SP  
Ângela Salton Rotunno  
Promotora de Justiça no Rio Grande do Sul  
Itana Santos Araújo Viana  
Promotora de Justiça da Bahia  
José Adalberto Dazzi  
Procurador de Justiça do Espírito Santo  
Marco Antonio Teixeira  
Procurador de Justiça do Paraná  
Maria Helena da Silva Guthier  
Procuradora do Trabalho em Minas Gerais  
Maria Ivana Botelho Vieira da Silva  
Promotora de Justiça de Pernambuco  
Maria Roseli de Almeida Pery  
Promotora de Justiça de Tocantins  
Maril da Helena dos Santos  
Promotora de Justiça de Goiás  
Nara Soares Dantas  
Procuradora Regional dos Direitos do Cidadão na Bahia  
Nelson Luiz Arruda Senra  
Subprocurador-Geral da Justiça Militar  
Ramiro Rockenbach da Silva  
Procurador Regional dos Direitos do Cidadão em Sergipe  
Sonia Maria Demeda Groisman Piardi  
Promotora de Justiça de Santa Catarina

## ANEXO B - NOTÍCIA DE FATO, Nº 9205/2012



MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA  
PROCURADORIA GERAL DE JUSTIÇA  
Protocolo de Atendimento

Promotoria de Justiça de Cajazeiras

02

**Dados do Atendimento**

Nº do auto: 9205/2012

Data do Atendimento: 13/11/2012

**Assuntos:**

DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO

**Reclamante:** Neirivani da Silva Santos**Logradouro:** Rua João Paulo Ferreira Farias, Nº s/n, Sol NascenteCAJAZEIRAS/PB. Tel1: 9808-2967.

SSP/CE:3529862

CPF:03785239378

**Reclamado:** Município de Cajazeiras**Endereço não cadastrado****Resumo dos fatos:**

Que o filho da reclamante, Jackson Yan da Silva Santos, de 03 anos de idade, foi diagnosticado com Hiperplasia Adenoideana, conforme laudo médico em anexo; que, em face da referida patologia, o filho da reclamante necessita ser submetido a um procedimento cirúrgico; que a reclamante providenciou a documentação necessária, mas a médica otorrinolaringologista não mais atende pelo município, estando apenas atendendo pelo CEMEC, cuja consulta custa em torno de R\$ 150,00; que a reclamada não quer dar encaminhamento a cirurgia sem que a documentação esteja toda preenchida pela médica; que a reclamante não tem condições de arcar com o valor da consulta e o seu filho necessita, urgentemente, da cirurgia; que, em face da situação apresentada, requer providências ao Ministério Público.

RECLAMANTE

ANTÔNIO BRAZ ROLIM FILHO  
PROMOTOR DE JUSTIÇA / SERVIDOR

**ANEXO C - TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA, PROCEDIMENTO Nº  
042/2012**

1/3



**MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA  
PROMOTORIA DE JUSTIÇA CUMULATIVA DE CAJAZEIRAS/PB  
CURADORIA DE CAJAZEIRAS**

**Procedimento nº 042/2012**

**Compromissado:** Ministério Público da Paraíba

**Compromissada:** Município de Cajazeiras (Secretaria de Saúde)

**Interessada:** Maria do Céu da Silva Lima

**TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA**

Aos 8 dias do mês de agosto do ano em curso (2012), na sala da Promotoria de Justiça desta Comarca de Cajazeiras, situada na Rua Comandante Vital Rolim, s/n, nesta Comarca de Cajazeiras/PB, presentes o Dr. **TÚLIO CÉSAR FERNANDES NEVES**, Promotor de Justiça Curador, o Dr. **CELSO NOBREGA DOS SANTOS**, Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras, e o Dr. **PEDRO BERNARDO DA SILVA NETO**, Procurador-Geral do Município de Cajazeiras, e

**CONSIDERANDO** que a vida e a saúde são os direitos mais fundamentais do ser humano, pressupostos de existência dos demais direitos, adequando-se na categoria de direitos individuais indisponíveis, pelos quais zela o Ministério Público e devem ser garantidos pelo Estado através de adequada prestação de serviços

**CONSIDERANDO** que a Constituição Federal, ampliando o campo de atuação do Ministério Público, em seu art. 127 prevê que "o Ministério Público é 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", ao mesmo em tempo que, de acordo com seu art. 129, inciso II, dita que uma das funções institucionais do Ministério Público é "zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, e de promover as medidas necessárias à sua garantia";

**CONSIDERANDO** que a Constituição, em seu art. 196, disciplina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

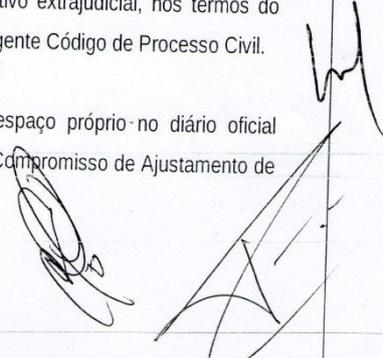
**RESOLVEM, NA FORMA DO ART. 5º, § 6º, DA LEI Nº 7.347/85 (LACP), COM A REDAÇÃO DADA PELO ART. 113 DA LEI 8078/90 (CDC), CELEBRAR O PRESENTE TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA, NO QUAL A PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS/PB, ATRAVÉS DA SECRETARIA DE SAÚDE E DA PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO, REPRESENTADAS PELAS AUTORIDADES ACIMA CITADAS, COMPROMETE-SE EM CUMPRIR AS SEGUINTE CLÁUSULAS:**

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** o Município de Cajazeiras, por meio da Secretaria de Saúde, compromete-se em continuar fornecendo toda medicação dispensada à f. 88 do procedimento preparatório nº 42/2012, que são de atribuições da edilidade, bem como outras medicações ou intervenções médicas que porventura sejam apresentadas à Secretaria de Saúde pela senhora **MARIA DO CÉU DA SILVA LIMA** com prescrição médica, no prazo de 10 (dez) dias, além da ajuda nos deslocamentos e na estadia da interessada no Município de João Pessoa/PB;

**CLÁUSULA SEGUNDA:** O não cumprimento pela compromissada (**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS/PB**) no prazo e obrigações constantes das cláusulas do presente Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta, acarretará contra a mesma, multa diária de R\$ 100 (cem reais), nos termos da Lei nº 7.347/85, a ser executada judicialmente, independente das sanções administrativas e penais cabíveis, sendo destinado ao **FUNDO DE DIREITO DIFUSOS - FDDI-B**, na conta bancária do Banco do Brasil 11.790-0, agência 1.618-7;

**CLÁUSULA TERCEIRA -** Este **TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA** produzirá efeitos legais a partir de sua celebração e terá eficácia de título executivo extrajudicial, nos termos do artigo 5º, § 6º, da Lei nº 7.347/85, c/c o artigo 585, inciso VII, do vigente Código de Processo Civil.

**CLÁUSULA QUARTA:** O Ministério Público fará publicar em espaço próprio no diário oficial eletrônico do Ministério Público da Paraíba, o presente Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta.



**CLÁUSULA QUINTA:** Para execução da presente multa será necessário tão somente, auto de constatação ou auto equivalente, em que se verifique o não cumprimento do avençado.

Pelo Promotor de Justiça abaixo subscrito, foi referendado o compromisso celebrado, com base no art. 5º, § 6º, da Lei nº 7.347/85, conferindo-lhe a natureza de título executivo extrajudicial. Nada mais havendo, lido e achado conforme, vai este instrumento devidamente assinado e datado por todos os presentes, sendo uma via, nesta ocasião, entregue ao Dr. **CELSO NOBREGA DOS SANTOS**, Secretário de Saúde do Município de Cajazeiras e ao Dr. **PEDRO BERNARDO DA SILVA NETO**, Procurador-Geral do Município de Cajazeiras.

Eu, **Túlio César Fernandes Neves**, Promotor de Justiça, em 8/08/2012, digitei e assinei o presente termo de ajustamento de conduta.

**Túlio César Fernandes Neves**  
Promotor de Justiça Curador

**Celso Nobrega dos Santos**  
Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras

**Pedro Bernardo da Silva Neto**  
Procurador-Geral do Município de Cajazeiras

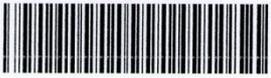
**TESTEMUNHAS:**

*Lucyria Raquel Vieira Silva*  
CPF: 049.258.964-50

**ANEXO D – AÇÃO CIVIL PÚBLICA, PROCESSO Nº 01320120013019**

11  
p. 14  
24/04/12  
013201  
J

01320120013019 1



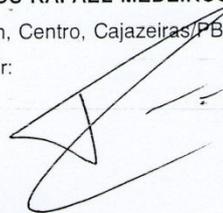
MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA  
PROMOTORIA DOS DIREITOS DIFUSOS, COLETIVOS E INDIVIDUAIS DE CAJAZEIRAS

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 4ª VARA DA  
COMARCA DE CAJAZEIRAS**

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA**, por seu representante Infra assinado, com fulcro no artigo 129, inciso II e III da Constituição da República Federativa do Brasil e no disposto na Lei nº 8.625 – Lei Orgânica Nacional do Ministério Público e Lei Complementar nº 19/94 - Lei Orgânica do Ministério Público, vem à presença de Vossa Excelência, propor a presente

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA PARA A DEFESA DE DIREITO INDISPONÍVEL COM PEDIDOS DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA E DE MULTA COMINATÓRIA**

em face do **MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS**, pessoa jurídica de direito público interno, representado pelo Prefeito Constitucional – **CARLOS RAFAEL MEDEIROS DE SOUZA**, com endereço funcional na Av. Juvêncio Carneiro, s/n, Centro, Cajazeiras/PB, CEP 58.900-000 pelas razões de fato e de direito que passa a expor:



---

**I - SINOPSE FÁTICA**

---

Em data de 26 de janeiro de 2012, foi instaurada nesta Promotoria de Justiça o Procedimento preparatório para o Inquérito Civil Público nº 023/2012, considerando o teor da reclamação protocolada nesta Curadoria em 18 de janeiro de 2012, pela senhora **JOSEFA QUERINO DE LIRA**, residente na Rua Av. Comandante Vital Rolim, nº1435, Bairro Santa Cecília, nesta cidade, noticiando a omissão/recusa do poder público em fornecer ao seu filho, **JONILSON QUERINO DE LIRA**, que é **TETRAPLÉGICO**, decorrente de uma lesão na medula, necessitando do uso das medicações **ANAFRANIL 2mg, BACLOFEN, SIRDALUD, OMEPRAZOL 20mg**, conforme laudo e prescrição médica em anexo, **bem como necessita fazer uso de outros produtos, como BIG FRAUDAS, COLETOR, SONDA URETRAL, XILOCAÍNA e DISPOSITIVO PARA URINA.**

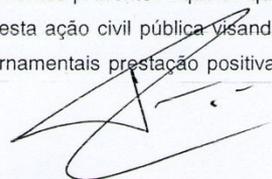
A reclamante em questão asseverou que não tem condições financeiras para o devido custeio do medicamento supramencionado que compõe o tratamento de seu filho, haja vista, os medicamentos e produtos em comento custarem o equivalente a **R\$738,95 (setecentos e trinta e oito reais e noventa e cinco centavos)**, conforme orçamento farmacêutico anexado aos autos.

Desta feita, procurou o auxílio do Poder Público visando tomar providências urgentes ao seu problema, no entanto, nada foi realizado pelo responsável no sentido de fornecer o medicamento ao enfermo.

Através de notificação, o Ministério Público solicitou que a Secretaria Municipal de Saúde tomasse conhecimento dos termos da reclamação protocolada nesta Curadoria, bem como para que, se possível fosse, em 15 (quinze) dias, fornecesse ao paciente o requerido, no entanto, até o presente momento o medicamento pleiteado não foi disponibilizado.

Depreende-se do exposto, que o Sistema Único de Saúde – SUS, em suas diversas esferas de atuação – Estadual e Municipal, tem negado o fornecimento de medicamentos, obrigando as pessoas a recorrerem ao Judiciário para que o Estado cumpra seu dever de prestar assistência integral à saúde.

Com efeito, somente obtêm os medicamentos prescritos aqueles que litigam em Juízo, tornando-se imprescindível a propositura desta ação civil pública visando obter provimento jurisdicional que determine aos entes governamentais prestação positiva,



consistente no fornecimento aos usuários do SUS de quaisquer medicamentos necessários a seu tratamento.

Importante, ressaltar, porém, Excelência, que, no momento, este é o único medicamento usado para o tratamento da enfermidade que acomete o paciente **JONILSON QUERINO DE LIRA**. Mas, tendo em conta a evolução da medicina ou a eventual necessidade de alternância de medicamentos para seu adequado tratamento, mister ressaltar que esta ação tem o cunho não só de que seja determinado ao Poder Público o fornecimento deste medicamento, mas sim todo aquele que for prescrito por médico, mediante apresentação de receituário.

---

## II - DA LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO

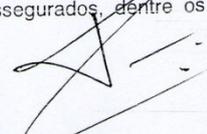
---

A vida e a saúde são os direitos mais fundamentais do ser humano, pressupostos de existência dos demais direitos, adequando-se na categoria de direitos individuais indisponíveis, pelos quais zela o Ministério Público e devem ser garantidos pelo Estado através de adequada prestação de serviços.

A Constituição Federal, ampliando o campo de atuação do Ministério Público, em seu art. 127 prevê que "*o Ministério Público é 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*", ao mesmo tempo que, de acordo com seu art. 129, inciso II, dita que uma das funções institucionais do Ministério Público é "*zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, e de promover as medidas necessárias à sua garantia*".

Ora, sendo a saúde um dos serviços de maior relevância pública prestados pelo Estado e, não estando os gestores públicos da saúde prestando tal serviço com respeito à população, o que é evidente no caso em tela, fica claro que o Ministério Público, ao pleitear o fornecimento gratuito do medicamento e consulta com os profissionais médicos necessários para os interessados, está cumprindo com sua função institucional e constitucional.

Dentro desse contexto, extrai-se que o *Parquet* através do manejo desta ação civil pública, está promovendo as medidas necessárias para restaurar o respeito dos poderes públicos aos direitos constitucionalmente assegurados, dentre os



quais o direito à vida e à saúde. E cabe ressaltar que a proteção à saúde, mais do que um interesse social ou coletivo *lato sensu*, é um interesse indisponível, pois sem saúde, não há vida.

A despeito de o direito à saúde estar assegurado na Constituição, como se pode observar na regra do artigo 196, segundo a qual, a saúde é direito de todos e dever do Estado, terá este cidadão que sofre acometido pela enfermidade, e que pode sofrer com o agravamento da doença por falta do medicamento adequado, ou por receber um medicamento meramente paliativo, condições de ser adequadamente atendido sem a intervenção do Ministério Público por meio desta reclamação? Não teve, não têm e não terão. Os fatos falam por si mesmos e contra fatos não há argumentos, já diz o velho e surrado brocardo popular. Daí o manejo desta ação ordinária como medida necessária à garantia do direito à saúde da interessada que sofre com a doença, e que necessita do tratamento mencionado, para garantir o seu direito fundamental e indisponível à saúde.

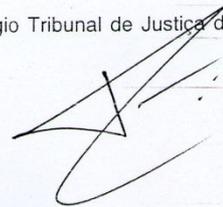
Como se percebe, com base exclusivamente nas regras constitucionais afetas ao Ministério Público, já se pode concluir que há legitimidade ativa *ad causam*, pois a pretensão é voltada à defesa de um direito que, a despeito de no caso em tela ser individual, mas, com amparo constitucional, é de natureza indisponível, visto que se tratam da vida e da saúde dos cidadãos interessados.

Portanto, o que se busca aqui é a tutela da saúde e consequentemente da vida da enferma, que está **TETRAPLÉGICO** e que necessita dos **medicamentos e produtos** postulados.

Logo, resta claro que o Ministério Público possui legitimidade para a defesa de direitos individuais indisponíveis por meio do manejo desta ação ordinária.

Utilizando-nos de um silogismo, onde se faz um processo lógico de conclusão (tendo como ponto de partida uma premissa maior, seguindo para uma premissa menor e finalizando com uma conclusão lógica) é possível perceber de forma clara, que há nesta ação legitimidade *ad causam* e que ela é o "instrumento" correto para a defesa dos direitos visados no caso em questão.

Em caso análogo, aliás, já decidiu o Egrégio Tribunal de Justiça de Minas Gerais:



EMENTA: AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. DIREITO INDIVIDUAL INDISPONÍVEL. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE ATIVA. - A saúde constitui direito público subjetivo do cidadão e "ipso facto" incumbe ao Poder Público nas três esferas de Governo o custeio do tratamento daquele que careça de cuidados médicos para preservação ou restauração de sua higidez física e mental.- O Ministério Público é parte legítima ativa para propor ação civil pública para realização de procedimento cirúrgico destinado ao cidadão necessitado como se infere da própria Constituição da República (art. 127 da CR/88)" (TJMG - Recurso Cível N° 1.0245.06.085649-0/001, 7ª CÂMARA CÍVEL. Rel. DES. BELIZÁRIO DE LACERDA).

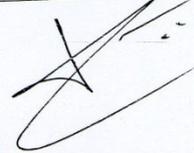
Do exposto, extrai-se que o Ministério Público possui indiscutivelmente, legitimação outorgada pela própria Constituição Federal para zelar pelas funções institucionais a ele atribuídas, inclusive no campo dos direitos individuais indisponíveis, como no presente caso.

### III – DO DIREITO

O direito à saúde configura-se desdobramento primeiro do direito à vida, encontrando no bojo da Carta Maior a sua completa e indispensável tutela. Com efeito, não poderia ser outra a orientação albergada pelo legislador pátrio, vez que cidadãos saudáveis e aptos ao labor é pressuposto básico de realização dos princípios pilares de um Estado de Direito, dentre eles, a dignidade da pessoa humana.

Os fundamentos básicos do direito à saúde no Brasil estão elencados nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal. Especificamente, o artigo 196 dispõe que:

*Art. 196. a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*



O direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988, configura-se direito fundamental de segunda geração. Nesta geração estão os direitos sociais, culturais e econômicos, que se caracterizam por exigirem prestações positivas do Estado. Não se trata mais, como nos direitos de primeira geração, de apenas impedir a intervenção do Estado em desfavor das liberdades individuais. Os direitos de segunda geração conferem ao indivíduo o direito de exigir do Estado prestações sociais nos campos da saúde, alimentação, educação, habitação, trabalho etc.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelece:

*Art. 2º A Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

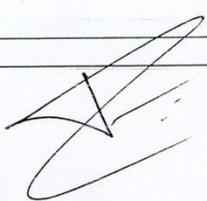
*§1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem **acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.***

Mais adiante, o art. 4º, dispõe:

*Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS. (grifos nossos).*

O artigo 7º da citada lei estabelece que as ações e serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo, ainda, aos seguintes princípios:

*Art. 7º (...)*



I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

(...)

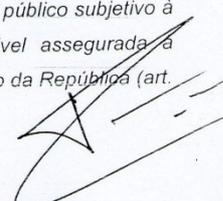
XI – conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

Verifica-se, destarte, que a própria norma disciplinadora do Sistema Único de Saúde elenca como princípio a **integralidade de assistência**, definindo-a como um **conjunto articulado e contínuo de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos**, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

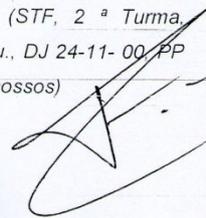
O Estado deve fornecer **todas as providências médicas necessárias ao tratamento dos pacientes, ainda que não constem em lista oficial**, posto que cada paciente é tratado conforme seu estado clínico, não podendo ficar restrito aos procedimentos convencionados pelo Ministério da Saúde.

Neste sentido a jurisprudência:

**PACIENTE COM HIV/AIDS – PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS - DIREITO À VIDA E À SAÚDE – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS - DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) – PRECEDENTES (STF) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.** - O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art.



196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. - O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. **O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.** A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE. - **O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado Brasileiro - não pode converter-se em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.** **DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE MEDICAMENTOS A PESSOAS CARENTES.** - O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes, inclusive àquelas portadoras do vírus HIV/AIDS, dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, caput, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. *Precedentes do STF.*" (STF, 2ª Turma, AGRRE-271286/RS, Rel. Min. Celso de Mello, v.u., DJ 24-11-00, PP 00101 EMENT VOL-02013-07 PP-01409) (grifos nossos)



Deste modo, resta claro que o dever do Estado de prover as condições indispensáveis ao **pleno exercício do direito à saúde, direito fundamental do ser humano**, implica na obrigação do Sistema Único de Saúde propiciar aos usuários desse Sistema todos os meios existentes para a garantia de suas vidas, fornecendo todos os meios necessários ao tratamento prescrito pelo médico.

Vale citar as doulas palavras de José Afonso da Silva, no que tange ao direito à saúde:

*"E há de informar-se pelo princípio de que o direito igual à vida de todos os seres humanos significa também que, nos casos de doença, cada um tem direito a um tratamento condigno de acordo com o estado atual da ciência médica, independentemente de sua situação econômica, sob pena de não ter muito valor sua consignação em normas constitucionais"*  
(grifos nossos).

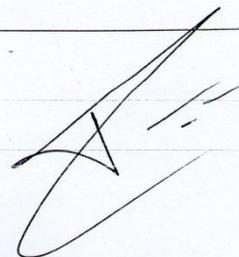
Os recursos destinados à **serviços de saúde preventivos e curativos** a serem fornecidos às pessoas, são provenientes do Sistema Único de Saúde, de cujo financiamento, participam, dentre outras fontes, a União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, consoante dispõe a Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes".

A Lei 8.080/90 estabeleceu, também, que:



Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

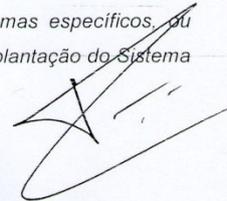
I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Sobre o dever constitucionalmente imposto a cada um dos entes federativos de garantir e promover a saúde, já se manifestou, inclusive, o Supremo Tribunal Federal, nos seguintes termos:

*"(...) O preceito do artigo 196 da Carta da República, de eficácia imediata, revela que 'a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação'. **A referência, contida no preceito, a 'Estado' mostra-se abrangente, a alcançar a União Federal, os Estados propriamente ditos, o Distrito Federal e os Municípios. Tanto é assim que, relativamente ao Sistema Único de Saúde, diz-se do financiamento, nos termos do artigo nº 195, com recursos do orçamento, da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.** Já o caput do artigo informa, como diretriz, a descentralização das ações e serviços públicos de saúde que devem integrar rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo. Não bastasse o parâmetro constitucional de eficácia imediata, considerada a natureza, em si, da atividade, afigurasse-me como fato incontroverso, porquanto registrada, no acórdão recorrido, a existência de lei no sentido da obrigatoriedade de fornecer-se os medicamentos excepcionais, como são os concernentes à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), às pessoas carentes. O município de Porto Alegre surge com responsabilidade prevista em diplomas específicos, ou seja, os convênios celebrados no sentido da implantação do Sistema*



Único de Saúde, devendo receber, para tanto, verbas do Estado. Por outro lado, como bem assinalado no acórdão, a falta de regulamentação municipal para o custeio da distribuição não impede fique assentada a responsabilidade do Município. Decreto visando-a não poderá reduzir, em si, o direito assegurado em lei. **Reclamam-se do Estado (gênero) as atividades que lhe são precípua, nos campos da educação, da saúde e da segurança pública, cobertos, em si, em termos de receita, pelos próprios impostos pagos pelos cidadãos. É hora de atentar-se para o objetivo maior do próprio Estado, ou seja, proporcionar vida gregária segura e com o mínimo de conforto suficiente para atender ao valor maior atinente à preservação da dignidade do homem.(...)" (RE 247900/RS, rel. Min. Marco Aurélio, DJ 27-10-99, p. 00028). (grifos nossos).**

Desta feita, não há como o Ente Público se eximir de seus deveres, pois tal responsabilidade cabe a todos, ou seja, deve ser prestada de forma integral pelo Poder Público, em qualquer de suas esferas, visto que o art. 1º da CF dispõe que a República Federativa do Brasil é formada pela união indissolúvel dos Estados, Municípios e do Distrito Federal.

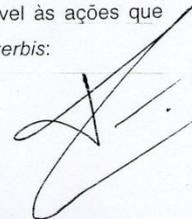
Assim, do caso em comento depreende-se que faz-se urgente o fornecimento, pelo acionado ente Governamental representado por seu Gestor Público, do(s) medicamento(s) acima indicado(s), pela gravidade do quadro em que se encontra o paciente, **TETRAPLÉGICO**, conforme demonstra o laudo em anexo, sendo inconteste a obrigação atribuída ao Município de Cajazeiras de fornecer os medicamentos e produtos requeridos, porque, além de ser de alto custo, mostra-se imprescindível ao controle da doença em testilha, consoante a prescrição médica anexada.

---

#### IV - A TUTELA ANTECIPADA.

---

No tocante à antecipação de tutela, encontram-se presentes os requisitos indispensáveis à sua concessão, quais sejam o *fumus boni juris* e o *periculum in mora*. Convém ressaltar, desde logo, que, em ação civil pública, dito instrumento processual rege-se pela dicção do art. 461, §3º do CPC, norma aplicável às ações que tenham por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, *in verbis*:



Art. 461. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação, ou, se procedente o pedido, determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao do adimplemento.

§3º. Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio da ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou mediante justificação prévia, citado o réu. A medida liminar poderá ser revogada ou modificada, a qualquer tempo, em decisão fundamentada.”

De passagem, frise-se que a Lei nº 7.347/85, a qual regra a ação civil pública, somente confirma a concessão de liminar pelo julgador, como segue abaixo:

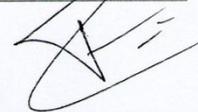
Art. 12. Poderá o juiz conceder mandado liminar, com ou sem justificação prévia, em decisão sujeita a agravo.

Com efeito, o relevante fundamento da demanda resta notório, em razão do suporte fático e do sustentáculo constitucional invocado no caso vertente. É dizer, o menoscabo do cidadão, em seu magno direito à saúde, tanto no texto constitucional, como na demonstrada legislação específica, salta aos olhos.

De outra parte, o justificado receio de ineficácia do provimento final cristaliza-se pelo fato de que a conhecida demora porque passam os feitos no Poder Judiciário acarretará consequência totalmente irreversível e irreparável ao filho da reclamante, isto é, o agravamento do quadro. Esperar-se até que se alcance a prestação jurisdicional última (sentença), significa deixar em completo desamparo a reclamante que pugna, mais do que nunca, pela tutela estatal e, portanto, por efetividade jurídico-processual.

Urge destacar que a jurisprudência pátria vem dando seu beneplácito à concessão de tutela *inaudita altera pars*, ao enfrentar situações de extrema relevância como a o caso em testilha, onde se encontra em jogo o valor saúde, *in verbis*:

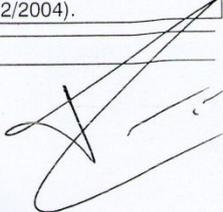
EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO – ANTECIPAÇÃO DE TUTELA INAUDITA ALTERA PARS – FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS – PRESENÇA DOS REQUISITOS



AUTORIZADORES – SITUAÇÃO DE RISCO EXCEPCIONAL – LEI Nº 9.313/96. Em relação à concessão da tutela antecipada inaudita altera pars, melhor doutrina e jurisprudência posicionam-se pelo cabimento da mesma em situações excepcionais como a presente; II - O fumus boni juris e o periculum in mora apresentam-se de forma inconteste no caso em tela. O primeiro configura-se nos documentos acostados aos autos, bem como no fato de o pedido se basear em direito garantido na Constituição Federal de 1988 e em legislação ordinária (Lei 9.313/96) O segundo está caracterizado diante do notório risco de vida que a enfermidade exposta traz ao seu portador, tornando indispensável o fornecimento dos medicamentos pleiteados; III – Agravo de Instrumento desprovido (TRF 2ª Região, AG-87292/RJ, Dês. Fed. Valmir Peçanha, 4ª Turma, Unânime, DJ 07/08/2002).

EMENTA: AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO PARA A DEFESA DOS INTERESSES INDIVIDUAIS RELATIVOS À INFÂNCIA - INTELIGENCIA DO ART. 201, V, DA LEI 8.069/90 - MEDICAMENTO NECESSÁRIO AO TRATAMENTO DE MENOR - RISCO DE DANO IRREPARÁVEL - CONCESSÃO DE LIMINAR SEM A PRÉVIA MANIFESTAÇÃO DO PODER PÚBLICO - POSSIBILIDADE - DEVER DO ESTADO DE GARANTIR A SAÚDE E A VIDA DOS INDIVÍDUOS - RECURSO NÃO PROVIDO - DECISÃO UNÂNIME. É possível a concessão de medida liminar inaudita altera pars em face do poder público, nos casos em que houver risco iminente de grave lesão à saúde. - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são solidariamente responsáveis pela saúde pública, sendo perfeitamente possível exigir-se do Estado do Paraná a concessão de medicamentos aos cidadãos necessitados. - Por se tratar de dever do Estado, o tratamento de paciente carente não caracteriza lesão aos cofres públicos. (TJPR, AI - 143371000, Rel. Dês. Antonio Lopes de Noronha, 2ª Câmara Cível, Unânime, DJ 18/02/2004).

V – DOS PEDIDOS:



*EX POSITIS*, requer digne-se Vossa Excelência, em conceder o seguinte:

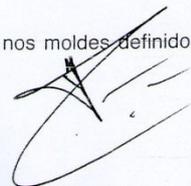
Seja a presente ação recebida, autuada e processada na forma e no rito previsto para a Ação Civil Pública, nos termos da Lei nº 7.347/ 85;

Que a comunicação pessoal dos atos processuais se proceda, nos termos do art. 236, § 2º, do Código de Processo Civil, e do art. 41, inciso IV, da Lei nº 8.625/93;

**LIMINARMENTE, que Vossa Excelência acolha o pedido de Antecipação dos efeitos da Tutela determinando que o demandado, no prazo de 05 (cinco) dias, disponibilize, os medicamentos usados, ou seja, à prestação continuada de fornecimento gratuito dos medicamentos ANAFRANIL 2mg, BACLOFEN, SIRDALUD, OMEPRAZOL 20mg, bem como o fornecimento dos produtos, BIG FRAUDAS, COLETOR, SONDA URETRAL, XILOCAÍNA e DISPOSITIVO PARA URINA ao senhor JONILSON QUERINO DE LIRA, na forma e apresentação prescritas por médico, independentemente de ser importado ou não constar na lista oficial dos produtos disponibilizados, sendo o medicamento encaminhado mensalmente para a FARMÁCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB e/ou a FARMÁCIA DA NONA REGIONAL DE SAÚDE; e, ainda, por prescrição médica, sejam entregues outros medicamentos que forem indicados para o tratamento, mediante apresentação de receita médica, independentemente de nova autorização judicial; bem como que seja disponibilizado ao enfermo consultas com médicos especializados ou numerário suficiente para isso, tanto para acompanhamento, quanto para que possa haver análise da eventual necessidade de alteração de quantidade ou do medicamento, bem como sua retirada, se for o caso, sob pena de pagamento de multa diária ao demandado e pessoal ao Prefeito Municipal de Cajazeiras, Sr. CARLOS RAFAEL MEDEIROS DE SOUZA no valor de R\$ 1.000,00 ( um mil reais), para cada um, cujos valores deverão ser revertidos ao FUNDO DE DIREITO DIFUSOS – FDD/-B, na conta bancária do Banco do Brasil 11.790-0, agência 1.618-7;**

A citação do Município de Cajazeiras, representado pelo Prefeito Constitucional, Carlos Rafael Medeiros de Souza para, no prazo e sob as cominações legais, querendo, apresentar resposta;

Promover a comunicação dos atos processuais nos moldes definidos no art. 236, § 2º, do Código de Processo Civil;



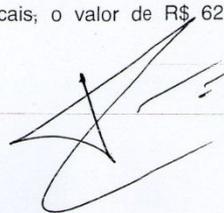
Determinar a faculdade da gratuidade processual ao autor, nos termos do art. 18 da Lei nº 7.347/85;

Julgar procedente a presente Ação Civil Pública, para:

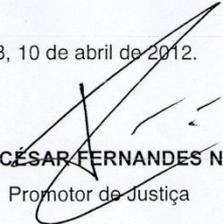
a) Determinar ao demandado que, disponibilize, em definitivo, o medicamento usado, ou seja, à prestação continuada de fornecimento gratuito dos **medicamentos ANAFRANIL 2mg, BACLOFEN, SIRDALUD, OMEPRAZOL 20mg, bem como o fornecimento dos produtos, BIG FRAUDAS, COLETOR, SONDA URETRAL, XILOCAÍNA e DISPOSITIVO PARA URINA** ao senhor **JONILSON QUERINO DE LIRA**, na forma e apresentação prescritas por médico, independentemente de ser importado ou não constar na lista oficial dos produtos disponibilizados, sendo o medicamento encaminhado mensalmente para a **FARMÁCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS/PB e/ou a FARMÁCIA DA NONA REGIONAL DE SAÚDE**; e, ainda, por prescrição médica, sejam entregues outros medicamentos que forem indicados para o tratamento, mediante apresentação de receita médica, independentemente de nova autorização judicial; bem como que seja disponibilizado ao enfermo consultas com médicos especializados ou numerário suficiente para isso, tanto para acompanhamento, quanto para que possa haver análise da eventual necessidade de alteração de quantidade ou do medicamento, bem como sua retirada, se for o caso, sob pena de pagamento de **multa diária** ao **demandado e pessoal** ao **Prefeito Municipal de Cajazeiras, Sr. CARLOS RAFAEL MEDEIROS DE SOUZA** no valor de **R\$ 1.000,00 (um mil reais)**, para cada um, cujos valores deverão ser revertidos ao **FUNDO DE DIREITO DIFUSOS – FDD/-B**, na conta bancária do Banco do Brasil 11.790-0, agência 1.618-7.

Conquanto o procedimento administrativo acima epigrafado contenha as provas pré-constituídas referentes ao alegado, o Ministério Público protesta provar por todos os meios de prova em direito admitidos, notadamente, depoimento pessoal, juntada de novos documentos, laudos periciais e tudo o mais que se fizer necessário ao completo esclarecimento da verdade sobre os fatos aqui versados.

Dá-se à causa, tão-só para efeitos fiscais, o valor de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais).



Cajazeiras-PB, 10 de abril de 2012.

  
**TÚLIO CÉSAR FERNANDES NEVES**  
Promotor de Justiça

  
**DAYSE STEWART C. CAVALCANTI**  
Estagiária do Ministério Público

## ANEXO E – MANDADO DE SEGURANÇA, PROCESSO Nº 01320120031177

L. E

1



MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA  
 PROMOTORIA DOS DIREITOS DIFUSOS, COLETIVOS E INDIVIDUAIS DE CAJAZEIRAS

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 4ª VARA DA  
 COMARCA DE CAJAZEIRAS

01320120031177



O MINISTÉRIO PÚBLICO DA PARAÍBA, por seu Representante legal, que a esta subscrive, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, agindo na defesa dos direitos indisponíveis do(a) cidadão(ã) **EDINALDO DOS SANTOS**, brasileiro, nascido em 06/06/1970, residente na Rua Projetada, s/n, Bairro Remédios, nesta cidade, impetrar o presente

**MANDADO DE SEGURANÇA COM PEDIDO DE LIMINAR**

contra ato do Senhor SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS/PB, GESTOR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, Sr. CELSO NÓBREGA, ora acoimada de autoridade coatora, e, na qualidade de LITISCONSORTE, o MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, pessoa jurídica de direito público interno, representado pelo Prefeito Constitucional – CARLOS RAFAEL MEDEIROS DE SOUZA, com endereço funcional na Av. Juvêncio Carneiro, s/n, Centro, Cajazeiras/PB, CEP 58.900-000 pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

*[Handwritten signature and date]*  
 13/06/2012  
 às 10:45

---

**I - SINOPSE FÁTICA**

---

Em data de 09 de janeiro de 2012 compareceu nesta Promotoria o Sr. EDINALDO DOS SANTOS, para noticiar a omissão/recusa do poder público em fornecer adequada assistência médica, uma vez que é portador de **DEPRESSÃO COM INSÔNIA**, necessitando de tratamento ininterrupto com a medicação **CLORPROMAZINA 25 mg/dia e DIAZEPAM 10 mg/dia**, bem como pleiteando que os postos de saúde locais disponibilizem talonário de RECEITA AZUL, conforme laudo médico e receituários em anexo.

O paciente em questão necessita urgentemente da completa assistência médica ora pleiteada dado o caráter ininterrupto de seu tratamento médico em virtude da natureza de sua patologia (DEPRESSÃO COM INSÔNIA), sendo, pois, essencial para inibir as consequências da enfermidade e assim manter ao menos uma razoável qualidade de vida.

Saliente-se que o descaso do Poder Público com as questões de saúde acaba por obstar completamente o tratamento médico do paciente em questão, uma vez que não possui condições financeiras para o devido custeio da assistência necessitada, o que pode culminar em gradativo comprometimento da sua saúde e até mesmo da sua própria vida.

Depreende-se do exposto, que a direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), tem negado o fornecimento não só de medicamentos, mas também de insumos e equipamentos para a saúde, conforme teor do art. 18, V, da Lei 8.080/90, obrigando as pessoas a recorrerem ao Judiciário para que o Poder Público cumpra seu dever de prestar assistência integral à saúde.

Com efeito, na grande maioria dos casos, somente obtêm a integralidade da assistência à saúde aqueles que litigam em Juízo, tornando-se imprescindível a propositura deste mandado de segurança visando obter provimento jurisdicional que determine ao ente governamental prestação positiva, consistente no fornecimento aos usuários do SUS de quaisquer produtos (medicamentos, materiais médicos, exames) necessários ao pleno exercício do direito fundamental à saúde, e, sobretudo à vida.

Importante, ressaltar, porém, Excelência, que no momento, estes são os únicos medicamentos usados para o devido controle da enfermidade que acometem o



paciente **EDINALDO DOS SANTOS**. Mas, tendo em conta a evolução da medicina ou a eventual necessidade de alternância de medicamentos para seu adequado tratamento, mister ressaltar que esta ação tem o cunho não só de que seja determinado ao poder público o fornecimento destes medicamentos, mas sim todo aquele que for prescrito por médico, mediante apresentação de receituário.

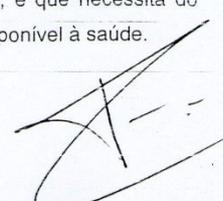
## II) DO DIREITO LÍQUIDO E CERTO

A vida e a saúde são os direitos mais fundamentais do ser humano, pressupostos de existência dos demais direitos, adequando-se na categoria de direitos individuais indisponíveis, pelos quais zela o Ministério Público e devem ser garantidos pelo Estado através de adequada prestação de serviços.

A Constituição Federal, ampliando o campo de atuação do Ministério Público, em seu art. 127 prevê que *"o Ministério Público é 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"*, ao mesmo em tempo que, de acordo com seu art. 129, inciso II, dita que uma das funções institucionais do Ministério Público é *"zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, e de promover as medidas necessárias à sua garantia"*.

Ora, sendo a saúde um dos serviços de maior relevância pública prestados pelo Estado e, não estando os gestores públicos da saúde prestando tal serviço com respeito à população, o que é evidente no caso em tela, fica claro que o Ministério Público, ao pleitear o fornecimento gratuito do medicamento e consulta com os profissionais médicos necessários para os interessados, está cumprindo com sua função institucional e constitucional. E cabe ressaltar, ainda, que a proteção à saúde, mais do que um interesse social ou coletivo *lato sensu*, é um interesse indisponível, pois sem saúde, não há vida.

O artigo 196 da Carta Magna preceitua que a saúde é direito de todos e dever do Estado e o artigo 197 reza que as ações e serviços de saúde são de relevância pública. Daí a extrema necessidade do manejo desta ação ordinária como medida necessária à garantia do direito à saúde do interessado que sofre com a doença, e que necessita do tratamento mencionado, para garantir o seu direito fundamental e indisponível à saúde.



O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Carta Cidadã de 1988 e regulamentado, basicamente, pela Lei nº 8.080/90 (alterada pelas Leis nº 9.836/99 e 10.424/02) e Lei nº 8.142/90, cujos princípios e diretrizes se consubstanciam na universalidade, integralidade de assistência, intersetorialidade, autonomia e informação, equidade, programação e conjugação de recursos, descentralização, resolutividade e controle social, dentre outros.

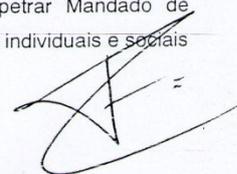
Assim sendo, todos os cidadãos devem ter acesso a assistência à saúde, desconsiderando a origem econômica, social, o local de residência, se possuem ou não planos de saúde, etc. A pessoa humana há que ser atendida em todas as suas necessidades, com a integração das ações e serviços por parte dos entes federados que compõem o SUS, de sorte a promover a saúde, competindo ao SUS adotar as medidas preventivas de doença ou a dispensa do tratamento necessário com vistas a cura ou o controle e a reabilitação.

Certo é que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios possuem atribuições definidas no âmbito normativo relativo ao SUS, ou seja, todos os entes compõem o sistema, devendo atuar sob comando único, sistemático e planejado. Entretanto, devido ao princípio da descentralização, as ações e serviços devem ser cumpridas pelos municípios, pois o cidadão mora no município, sendo que suas necessidades são identificadas e solucionadas com maior eficácia. O SUS deve ser capaz de resolver efetivamente os direitos de saúde da população.

O financiamento da saúde advém do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, além de outras origens discriminadas na Lei nº 8.080/90. A partir da vigência da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, os entes federados são obrigados a destinarem recursos financeiros específicos, cujo descumprimento acarreta severas sanções.

Por seu turno, a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (Lei nº 8.625/93), em seu artigo 32, inciso I, reza que compete aos Promotores de Justiça, no âmbito de suas atribuições, impetrar Mandado de Segurança.

Já a Lei Complementar Estadual nº 19/94 (Lei Orgânica do Ministério Público do Estado da Paraíba) reza competir ao Promotor de Justiça impetrar Mandado de Segurança e atuar como substituto processual na defesa dos interesses individuais e sociais



indisponíveis, bem como aos hipossuficientes nos casos previstos em lei (como no caso em apreço).

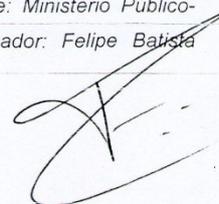
Assim sendo, o Ministério Público está legitimado para encampar a defesa de interesses individuais homogêneos que tenham relevância social, como os relacionados à saúde.

Tendo em mira que a saúde é direito individual, indisponível e homogêneo, assegurado constitucionalmente e que constitui serviço de relevância pública, competindo ao Estado, por meio do SUS, assegurá-la a todos os cidadãos, quando tal direito é obstado, negligenciado, negado ou postergado, atinge a sociedade como um todo e o cidadão, em particular, na medida em que seu direito líquido e certo à saúde foi lesionado por ação de autoridade pública, a quem compete o ônus de garantir referido direito, seja por meio de assistência médica, tratamento ambulatorial ou pelo fornecimento de medicamentos necessários para a recuperação do paciente, cuja saúde necessita de assistência e prioridade.

No caso epigrafado, o Ministério Público, agindo em defesa de serviço público relevante, de quadrante constitucional, que é o direito à saúde, possui legitimação processual extraordinária para garantir o direito individual homogêneo do substituído **EDINALDO DOS SANTOS**, pessoa carente de recursos econômicos, sem condições de trabalho devido a gravidade de sua moléstia, vez se encontrar lesado por omissão e negligência do Município, por meio de ato do Gestor Municipal de Saúde.

Nesta esteira, a jurisprudência pátria:

**"APELAÇÃO CÍVEL EM MANDADO DE SEGURANÇA. LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO, SUBSTITUIÇÃO PROCESSUAL AO HIPOSSUFICIENTE. Compete ao MP a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Sendo a saúde um dos direitos indisponíveis expressos na CF, não há de ser óbice ao Parquet atuar como substituto processual de pessoa hipossuficiente, menor e doente mental. Recurso conhecido e provido." (Apelação Cível em Mandado de Segurança nº 59.111-0/189- Comarca de Goiânia- 200100878053- Apelante: Ministério Público- Apelado: Município de Goiânia- Relator Desembargador: Felipe Batista Cordeiro).**

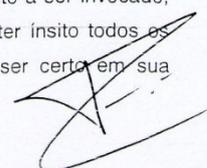


**"MANDADO DE SEGURANÇA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. RESISTÊNCIA AO MEDICAMENTO FORNECIDO PELO SUS COMPROVADA. SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO. LEGITIMIDADE PASSIVA RECONHECIDA. OBRIGAÇÃO CONSTITUCIONAL DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. DIREITO INDISPONÍVEL À VIDA E SAÚDE. SEGURANÇA CONCEDIDA.** Constando do relatório que acompanha o receituário que o medicamento insulina Glargina é necessário para realização do tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2, com caráter de gravidade e urgência, com comprovação de resistência a outros tratamentos terapêuticos já fornecidos pelo Serviço Público, deve a segurança ser concedida para compelir a Administração a fornecer o medicamento. **A saúde constitui direito de todos e dever do Estado Constitucionalmente assegurado (art. 196 da CF/88), de modo que a negativa de fornecimento do remédio necessário à saúde e/ou sobrevivência do cidadão que dele necessita pelo Poder Público configura ato ilegal e abusivo, passível de mandado de segurança, por afrontar direito líquido e certo, indo à contramão de direção de todos os princípios fundamentais que a constituição assegura, dos quais sobressaem a inviolabilidade do direito a vida (com saúde) e à dignidade da pessoa humana (art. 5º, CF/88)."** (TJMG - Ap. n. 1060707036655-6/001 – Rel. Des. Vanessa Verdolím Hudson Andrade – DJ 30/01/2009).

O(A) Secretário(a) Municipal de Saúde é indubitavelmente responsável, na condição de gestor(a) do sistema, pelo fornecimento de tratamento médico no âmbito de sua circunscrição, restando patente a sua competência para atuar na causa como autoridade coatora, diante da conduta omissiva praticada.

A Constituição da República do Brasil (artigo 5º, inciso LXIX) determina a concessão de Mandado de Segurança em favor de quem sofra violação a direito líquido e certo por ato ilegal ou abusivo de autoridade pública ou agente público no desempenho de atribuições afetas ao Poder Público e conforme já explicitado em linhas pretéritas, possui o órgão ministerial legitimidade para a sua propositura.

Como cediço, para fins de mandado de segurança, o direito a ser invocado, há que ser líquido e certo, ou seja, vir expresso em norma legal e conter ínsito todos os requisitos e condições de sua aplicação, devendo o direito invocado ser certo em sua



existência, preciso em sua extensão e exequível, sendo que o direito líquido e certo em ação mandamental há que vir com prova pré-constituída, requisitos estes comprovados com saciedade, no caso em testilha, haja vista o conjunto normativo que regulamenta a matéria e os documentos em anexo à presente Ação, cujo teor demonstra que o direito à saúde do substituído encontra-se lesado e obstruído por ato omissivo do Gestor Municipal de Saúde.

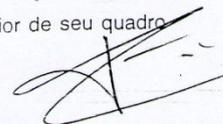
Consoante reverberado em linhas pretéritas, o direito à saúde constitui serviço de relevância pública e encontra amparo constitucional e nas demais normas legais já referidas, repisando-se que incumbe ao Estado, por meio do Sistema Único de Saúde, em cada ente federado, assegurá-lo, sendo que no âmbito municipal, o Gestor do SUS é o Secretário Municipal de Saúde, sendo dever deste e, por consequência, do Município, a promoção, proteção e recuperação da saúde do paciente. Frise-se que o acesso à saúde há que ser universal e gratuito e compreende ações e serviços para ela direcionadas, inclusive a prestação de assistência integral na área farmacêutica, aos usuários do SUS, exsurgindo, portanto, o *fumus boni iuris*.

No que pertine à questão da saúde, preconiza o artigo 9º, inciso III, da Lei nº 8.080/90, que a direção do Sistema Único de Saúde é única, sendo exercida na esfera do governo municipal pela Secretaria de Saúde. Assim sendo, o Gestor do SUS em nosso Município, é o Sr. Secretário de Saúde.

Ora, na medida em que a autoridade responsável (Secretário Municipal de Saúde) em preservar a saúde dos munícipes se omite em seu mister e/ou não o desempenha com a eficácia necessária, enquanto Gestor Municipal da Saúde, pratica ato ilegal, que deve ser reparado via Mandamus.

Possui, portanto, o Sr. **EDINALDO DOS SANTOS** o direito incontestado de receber integralmente e gratuitamente o tratamento prescrito pelo médico, constituindo dever do Município de Cajazeiras (SUS - Secretaria Municipal de Saúde) promover, proteger e recuperar a saúde de sua pessoa, custeando o tratamento farmacêutico necessário, de forma eficiente, integral e de conformidade com os receituários médicos.

O paciente é portador da moléstia já descrita, de extrema gravidade e com perspectivas progressivas, as quais comprometem a cada dia a sua frágil saúde e conforme assegurado pelas Constituições Federal e Estadual e demais legislações específicas, faz-se necessário, que lhe seja assegurado o tratamento prescrito, conforme indicações médicas, com a urgência que o caso requer, sob pena de agravamento ainda maior de seu quadro



clínico, vez que o fornecimento, por parte do SUS, de forma irregular e descontínua, pode comprometer de forma irremediável sua saúde, daí o *periculum in mora*.

Comprovado que o paciente possui o direito líquido e certo de ter acesso ao tratamento integral para a garantia de sua saúde, e que o exercício deste direito constitucional está sendo postergado por ato omissivo da autoridade coatora, a qual descumpra seu dever funcional de assegurar-lhe o direito constitucional à saúde, sendo de balde as tentativas de solução para o caso, outra alternativa não resta senão a impetração do presente Mandado de Segurança, como único instrumento possível para o resguardo do comando constitucional de garantia da vida por meio das ações e serviços de saúde.

### III) DA NECESSIDADE DE CONCESSÃO DO WRIT LIMINARMENTE

O inciso III do artigo 7º da Lei nº 12.016/09 prevê a concessão de liminar quando for relevante o fundamento do pedido e do ato impugnado puder resultar a ineficácia da medida, caso seja deferida.

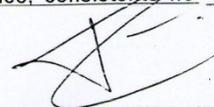
O caso epigrafado exige a concessão liminar, eis a comprovação dos requisitos legais acima expostos exigíveis à espécie na medida em que se busca o tratamento constante das receitas e relatórios prescritos pelos médicos, e que a demora em conceder a ordem ora pleiteada pode causar sérias consequências para a saúde do mesmo.

A persistir a negligência do Gestor Municipal de Saúde em não fornecer ao paciente todo o tratamento prescrito pelos médicos, ocasionará fatalmente ao doente prejuízos irrecuperáveis, irreversíveis, vez que seus males são progressivos e de grande gravidade, podendo inclusive vir a ocasionar seu óbito.

### IV) DOS PEDIDOS

Ao teor do exposto, REQUER o Ministério Público a Vossa Excelência:

1) O DEFERIMENTO da medida liminar, consoante explicitado, determinando que a autoridade coatora (Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras), no prazo improrrogável de 48 (quarenta e oito) horas, forneça ao substituído/impetrante o integral tratamento prescrito pelo médico, consistente no



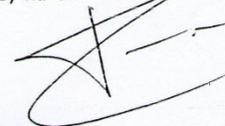
uso dos medicamentos CLORPROMAZINA 25 mg/dia e DIAZEPAM 10 mg/dia, bem como, pleiteando que os postos de saúde locais disponibilizem talonário de RECEITA AZUL, com a ressalva estatuída no artigo 330 do Código Penal, no caso de descumprimento da ordem concedida;

2) A notificação do Secretário Municipal de Saúde (Gestor Municipal do SUS), Sr. CELSO NÓBREGA, para prestar as informações que julgar necessárias e juntar os documentos pertinentes, no prazo de 10 (dez) dias, de conformidade com o traçado no artigo 7º, inciso I, da Lei nº 12.016/09;

3) Na hipótese da omissão da autoridade coatora e antevedendo a possibilidade de descumprimento da ordem judicial concessiva do mandamus in limine, requer-se, nos moldes do artigo 330 do Código Penal, a responsabilização do Gestor Municipal de Saúde por CRIME DE DESOBEDIÊNCIA, bem como, que seja aplicada de forma subsidiária MULTA DIÁRIA EM DESFAVOR DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, com espeque no artigo 461, §§4º e 5º, do CPC.

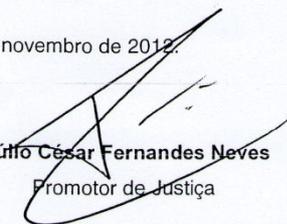
4) A CITAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, ATRAVÉS DE SEU REPRESENTANTE LEGAL, PREFEITO MUNICIPAL, SR. CARLOS RAFAEL MEDEIROS DE SOUZA, vez figurar na presente Ação Mandamental na qualidade de litisconsorte passivo necessário;

5) A CONFIRMAÇÃO DEFINITIVA DA CONCESSÃO LIMINAR DA SEGURANÇA RECLAMADA E O DEFERIMENTO DA SEGURANÇA DEFINITIVA, COM A DETERMINAÇÃO DE QUE O GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE, ORA ACOIMADO DE AUTORIDADE COATORA, PROMOVA E ACOMPANHE O TRATAMENTO DE SAÚDE AO IMPETRANTE/SUBSTITUÍDO, DE FORMA EFICAZ E ADEQUADA, CONSOANTE PRESCRIÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS, DISPENSANDO-LHE DE FORMA CONTÍNUA A COMPLETA E INTEGRAL MEDICAÇÃO DE QUE NECESSITA, QUAL SEJA, TRATAMENTO MÉDICO ATRAVÉS DO USO DE MEDICAMENTOS E EXAMES QUE SE FIZEREM NECESSÁRIOS AO REESTABELECIMENTO DE SUA SAÚDE, sob pena de pagamento **de multa diária aos demandados e pessoal ao Gestor do Sistema Único de Saúde - SUS, Sr CELSO NÓBREGA e ao Prefeito Municipal de Cajazeiras, Sr. CARLOS RAFAEL MEDEIROS DE SOUZA no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais)**, para cada um, cujos valores deverão ser revertidos ao **FUNDO DE DIREITO DIFUSOS – FDD/-B**, na conta bancária do Banco do Brasil 11.790-0, agência 1.618-7;



Nestes termos, dá-se à causa o valor de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais).

Cajazeiras, 13 de novembro de 2012.



**Túlio César Fernandes Neves**  
Promotor de Justiça

**Filipe Porfírio Furtado Marcos**  
Estagiário