

Luciano Moreira de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO E POLÍTICAS DE SAÚDE

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte – MG
Dezembro/2013

Luciano Moreira de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO E POLÍTICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Eli Iola Gurgel Andrade

Belo Horizonte – MG

Dezembro/2013

Oliveira, Luciano Moreira de.
O482m Ministério público e políticas de saúde [manuscrito]. / Luciano
Moreira de Oliveira. -- Belo Horizonte: 2013.

192f : il.

Orientador: Eli Iola Gurgel Andrade.

Área de concentração: Saúde Pública.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Direito à Saúde. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Ministério
Público. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II.
Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título

NLM : H 97

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof.a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora

Prof.a. Ada Ávila Assunção

Colegiado

Sandhi Maria Barreto

Ada Ávila Assunção

Eli Iola Gurgel Andrade

Carla Jorge Machado

Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa

Cibele Comini César

Francisco de Assis Acurcio

Mark Drew Crosland Guimarães

Representantes discentes

Maryane Oliveira Campos (representante discente titular)

Tiago Lopes Coelho (representante discente suplente)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar meus caminhos e guiar meus passos ao longo desta trajetória.

Aos meus pais, Vicente e Maria das Graças, pelos exemplos de vida e pelos incentivos constantes.

À professora Eli Iola Gurgel Andrade, pela orientação presente e valiosa convivência acadêmica durante o curso de mestrado.

Ao amigo Marcelo de Oliveira Milagres, professor e colega de Ministério Público, que se dispôs a partilhar sua ampla experiência acadêmica e profissional, contribuindo para esta pesquisa.

À Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais, nas pessoas dos Procuradores-Gerais Alceu José Torres Marques e Carlos André Mariani Bittencourt, que permitiram a realização da pesquisa e facilitaram o acesso aos dados necessários.

Aos amigos do Grupo Especial de Promotores de Justiça de Defesa do Patrimônio Público (GEPP), pelos incentivos e pelo constante aprendizado que a convivência profissional tem me proporcionado.

Aos servidores da Divisão de Documentação Jurídica e da Diretoria do Sistema de Registro Único do Ministério Público de Minas Gerais, pela presteza no atendimento das demandas apresentadas.

RESUMO

Introdução: A Constituição da República de 1988 assegurou a saúde como direito fundamental orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade, ao mesmo tempo em que atribuiu ao Estado, como contrapartida, o dever de promover políticas públicas para sua promoção, proteção e recuperação. Também de forma inovadora, a Constituição de 1988 consolidou um novo perfil institucional para o Ministério Público brasileiro, que foi consagrado como órgão responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Essas atribuições conferidas ao Ministério Público, assim como as funções institucionais descritas no texto da Constituição de 1988, permitem identificar uma relação estreita entre a instituição e o direito à saúde, cabendo àquele promover as medidas necessárias para assegurar a efetividade desse direito e velar por seu respeito pelo Poder Público e por particulares. Dessa forma, a atuação do Ministério Público tem, ao longo dos anos, influenciado o ambiente sanitário. Agindo em juízo ou fora dele, a instituição juridicizou relações sociais em um terreno no qual, tradicionalmente, predomina a atuação de gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde, usuários de serviços e acadêmicos. Na prática, contudo, é possível perceber modelos distintos de atuação do Ministério Público na medida em que se dá ênfase ao uso de instrumentos de atuação extrajudicial ou judicial, o que conforma, em linhas gerais, os modelos resolutivo e demandista, respectivamente. Pretende-se, neste trabalho, examinar os efeitos dessas diferentes estratégias de atuação para a efetividade do direito à saúde, assim como identificar as características de atuação do Ministério Público de Minas Gerais. **Objetivos:** Verificar qual dos modelos de atuação é o mais adequado para que o Ministério Público possa contribuir para a efetividade do direito à saúde e identificar o modelo de atuação do Ministério Público de Minas Gerais na defesa do direito à saúde. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa exploratória na qual se pretende desenvolver estudo interdisciplinar, envolvendo conteúdos das ciências da saúde, ciência política e direito. Inicialmente, promoveu-se revisão da literatura a partir de pesquisa às bases SciELO, BIREME e CAPES e de consulta a obras de referência. Para identificar a forma de atuação do Ministério Público de Minas Gerais, foram pesquisados os atos normativos da instituição que trataram sobre sua atuação em defesa da saúde publicados na imprensa oficial até 31.12.2012. Todos eles foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo. Além disso, foram examinados os dados constantes do Sistema de Registro Único sobre os procedimentos registrados pela instituição entre 1.º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2012. **Resultados:** Constatou-se que a atuação do Ministério Público segundo o modelo resolutivo mostra-se mais adequada para lidar com a complexidade do direito à saúde e das políticas de saúde no sistema brasileiro. Além disso, os atos normativos pesquisados (n=30) apontaram para uma ênfase na atuação resolutiva do Ministério Público de Minas Gerais, o que foi corroborado pelo estudo dos dados que indicaram que, a despeito de um grande registro de procedimentos no período pesquisado (n=13.224), a judicialização foi medida de exceção (n=1.567). **Conclusão:** O modelo de Ministério Público resolutivo confere à instituição maior possibilidade de lidar com a complexidade das políticas de saúde e contribuir melhor para a efetividade desse direito. Agindo de forma intersetorial, o Ministério Público contribui para a construção de soluções dialogadas e efetivadoras do direito à saúde. O Ministério Público de Minas Gerais tem-se organizado para dar prioridade à atuação resolutiva, o que se tem refletido na prática de seus membros.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos fundamentais. Direito à saúde. Políticas de saúde. Judicialização da saúde. Ministério Público.

ABSTRACT

Introduction: The 1988 Constitution ensured health as a fundamental right guided by the principles of universality, integrality, equity and the community's participation while delegating to the state, as consideration, the duty to promote public policies for health promotion, protection and recovery. Also innovatively, the 1988 Constitution consolidated a new institutional profile to the Prosecuting Attorneys' Office, put in charge of defending the rule of law, the democracy and the inalienable social and individual rights. These rights vested in the Prosecuting Attorneys' Office, as well as the institutional functions described in the constitutional text, enable us to identify a close relationship between that governmental institution and the right to health, it being incumbent on the institute to take the steps needed to safeguard that right and ensure that both government and private parties alike respect it. Thus, the work of the Prosecuting Attorneys' Office has over the years, influenced the sanitary environment. Acting both in and out of court, the institution has "juridicized" social relations in a realm which has traditionally so far relied on the work of managers, service providers, health professionals, service users and academics. In practice however, it is possible to perceive the Office's distinct working methods insofar as it emphasizes the use of extrajudicial or judicial instruments, which comprise, in general terms, the resolving and the litigating models, respectively. This paper examines the effects of these different strategies to ensure the right to health, in addition to identifying the *modus operandi* of the Minas Gerais State Prosecuting Attorneys' Office. **Aims:** Verify which of the operating models is the most adequate so that the Office can effectively contribute to ensure the right to health and identify its operating model as it safeguards the right to health. **Methodology:** This exploratory research purports to develop an interdisciplinary study, involving content from the health sciences, political sciences and law. At the outset, a review of the literature was done by researching the SCIELO, BIREME and CAPES databases and consulting reference works. To identify the Office's working methods, we have researched the institution's "normative acts" (regulations) addressing its work in the defense of health published in the state's official gazette until December 31, 2012. All of these acts were reviewed in accordance with content analysis technique. Additionally, we have examined the data in the Single Register System (Sistema de RegistroÚnico, in Portuguese) on the proceedings recorded by the institution between January 1st, 2008 and December 31st, 2012. **Results:** We have verified that the work of the State Prosecuting Attorneys' Office under the resolving model has proved to be the most adequate model to deal with the complexity of the right to health vis-à-vis the country's health policies. Furthermore, the normative acts researched (n=30) evince the Office's emphasis on the resolving method, as corroborated by the study of the data that have shown that, despite a large record of proceedings in the studied period (n=13,224), judicialization was the exception, rather than the norm (n=1,567). **Conclusion:** The resolving model endows the institution with greater possibilities to tackle the complexities of the health policies and contribute more effectively to safeguard that right. Acting in this intersectorial manner, the Office contributes to build dialogued and empowering solutions to the right to health. The State Prosecuting Attorneys' Office has organized itself in such a way as to prioritize the resolving method, which has reflected on the practice of its members.

KEY-WORDS: Fundamental rights. Right to health. Health policies. Judicialization of Health. State Prosecuting Attorneys' Office.

LISTA DE SIGLAS

AgR – Agravo Regimental

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BIREME – Biblioteca Regional de Medicina

CAO-Saúde – Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEAF – Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional

CGMP – Corregedoria-Geral do Ministério Público

CNPG – Conselho Nacional de Procuradores-Gerais

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

COPEDS – Comissão Permanente de Defesa da Saúde

CR/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

DETRANSME – Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais

GNDH – Grupo Nacional de Direitos Humanos

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

PBF – Programa Bolsa Família

PGJ – Procurador-Geral de Justiça

SciELO – Scientific Electronic Library Online

STA – Suspensão de Tutela Antecipada

STF – Supremo Tribunal Federal

SRU – Sistema de Registro Único

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Modelos de atuação do Ministério Público, segundo a utilização dos instrumentos de atuação disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro.....	66
Quadro 2. Distribuição dos atos normativos do Ministério Público de Minas Gerais relacionados à defesa da saúde subdivididos por assunto.....	82
Quadro 3. Atos normativos que dispõem sobre a estrutura de atuação do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição.....	83
Quadro 4. Atos normativos que dispõem sobre orientações de atuação do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição.....	84
Quadro 5. Atos normativos que dispõem sobre atividades finalísticas do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição.....	85
Quadro 6. Atos normativos que dispõem sobre divisão de atribuições dos membros do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Quantidade de procedimentos registrados no SRU por ano de instauração.....	87
Tabela 2. Distribuição dos procedimentos por tipo e sua variação no período, levando-se em consideração o ano de instauração.....	87
Tabela 3. Distribuição dos procedimentos classificados por área de atuação, ao longo do período pesquisado, levando em conta o ano de instauração.....	88
Tabela 4. Distribuição dos procedimentos da área de defesa da saúde por palavras-chave. Foram utilizadas como referência as 10 (dez) palavras-chave mais registradas no ano de 2012.....	89
Tabela 5. Número de procedimentos encerrados com ajuizamento de ação ou remessa para juntada em ações já ajuizadas.....	89
Tabela 6. Procedimentos encerrados sem ajuizamento de ação.....	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Variação do número de procedimentos registrados no SRU, encerrados com ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais e encerrados sem ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais.....	90
Gráfico 2. Variação do número de procedimentos da área de defesa da saúde encerrados com ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais e encerrados sem ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais.....	91
Gráfico 3. Variação do número de procedimentos da área de infância e juventude encerrados com ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais e encerrados sem ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais.....	91

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS, DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E ESTADO ...	17
2.1.1 Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana.....	17
2.1.2 Conteúdo dos direitos fundamentais e Estado.....	23
2.2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	26
2.2.1 Políticas públicas e o campo da análise de políticas públicas.....	26
2.2.2 O processo de implementação de políticas públicas.....	29
2.3 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL.....	34
2.3.1 Noção de saúde.....	34
2.3.2 A saúde como direito: o direito à saúde e sua positivação no Brasil.....	39
2.3.3 Conteúdo do direito à saúde.....	46
2.4 JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE.....	49
2.4.1 Mudanças no direito constitucional: a afirmação da imperatividade das normas constitucionais.....	49
2.4.2 Judicialização da saúde: panorama no Brasil e no exterior.....	50
2.5 MINISTÉRIO PÚBLICO E DIREITO À SAÚDE.....	62
2.5.1 Ministério Público: origens e perfil atual.....	62
2.5.2 Formas de atuação do Ministério Público.....	65
2.5.3 Ministério Público e direito à saúde.....	68
2.5.4 Ministério Público de Minas Gerais e direito à saúde.....	72
3 OBJETIVOS.....	74
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	74
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	74
4 METODOLOGIA.....	75
4.1 ASPECTOS GERAIS.....	75
4.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	75
4.3 DOS ATOS NORMATIVOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS SOBRE ATUAÇÃO EM DEFESA DA SAÚDE.....	76
4.4 DOS DADOS CONSTANTES DO SISTEMA DE REGISTROS ÚNICO.....	78
4.5 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	80
5 RESULTADOS.....	82
5.1 ATOS NORMATIVOS.....	82
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE ATUAÇÃO.....	86
6 DISCUSSÃO.....	92

6.1 A EFETIVIDADE DA CONSTITUIÇÃO COMO PREMISA PARA SE DEFINIR A ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO.....	92
6.2 EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE CONFORME A CONSTITUIÇÃO	94
6.3 EM BUSCA DA ATUAÇÃO TRANSFORMADORA.....	99
6.4 ÊNFASE NA ATUAÇÃO RESOLUTIVA: A ESTRATÉGIA ADOTADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS	103
6.4.1 Demanda crescente e aprimoramento da atuação.....	103
6.4.2 Intersetorialidade e participação	108
6.4.3 A judicialização como exceção	110
7 CONCLUSÃO.....	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS.....	130
ANEXO I: AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO SRU	130
ANEXO II: MAPA ESTRATÉGICO DO MPMG	131
ANEXO III: PESQUISA DE ATOS NORMATIVOS SOBRE ATUAÇÃO EM DEFESA DA SAÚDE.....	132
ANEXO IV: RESUMO DOS ATOS NORMATIVOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS SOBRE ATUAÇÃO EM DEFESA DA SAÚDE PUBLICADOS NO DIÁRIO OFICIAL DE MINAS GERAIS ATÉ 31/12/2012 ORDENADOS POR DATA DE PUBLICAÇÃO.....	135
ANEXO V: ATA DA DEFESA E FOLHA DE APROVAÇÃO	191

1 INTRODUÇÃO

O reconhecimento da saúde como direito fundamental no Ocidente – ou seja, bem jurídico que, por sua relevância para a vida com dignidade, passa a ser assegurado pelos ordenamentos jurídicos nacionais – remonta ao constitucionalismo do Estado Social (*welfare state*), que se desenvolveu, especialmente, após a Segunda Guerra mundial. Nesse período, as lutas pela consagração de direitos sociais, econômicos e culturais levaram à redefinição do papel do Estado, do qual se passou a demandar, para além da garantia das liberdades clássicas e dos direitos políticos, a prestação de diversos serviços para a população (FIGUEIREDO, 2007). Nesse contexto é que se passa a defender a existência de um direito à saúde positivamente reconhecido.

Acompanhando a tendência internacional (SARLET, 2002), a Constituição da República de 1988 (CR/88) foi pioneira em reconhecer, expressamente, a saúde como direito fundamental, condição imprescindível para a vida com dignidade, sendo definida como direito social (art. 6.º). Ademais, ao disciplinar o tema, a Constituição trouxe, nos artigos 196 a 200, normatização específica e pormenorizada. Como contrapartida ao direito já assegurado, estabeleceu-se para o Estado a obrigação de promover ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entre outros aspectos, esses dispositivos estabelecem os princípios da universalidade, igualdade – na acepção de equidade – e integralidade, fazendo com que a saúde contemple ações de promoção, proteção e recuperação (art. 196). Além disso, atribuem relevância pública às ações e aos serviços de saúde (públicos e privados), estabelecendo que ao Poder Público cabe dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (art. 197). Em seguida, o art. 198 da Constituição traz a previsão do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelas ações e pelos serviços públicos de saúde, sendo organizado como rede regionalizada e hierarquizada – segundo as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo –, oferecendo atendimento integral – com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais – e participação da comunidade. Finalmente, o art. 199 da Constituição estabelece normas para a exploração da saúde pela iniciativa privada, enquanto o art. 200 descreve, em rol exemplificativo, as atribuições do SUS.

A partir do exame das citadas normas constitucionais, é possível perceber que o constituinte disciplinou o direito à saúde de forma abrangente, incorporando as dimensões física, mental e social, assim como a promoção de ações individuais e coletivas de prevenção e cura de doenças e agravos à saúde.

A par disso, a Constituição de 1988 previu instrumentos e instituições necessários para garantir a efetividade de suas normas – em especial, aquelas que definem direitos e garantias fundamentais. Dessa forma, foi assegurado o acesso irrestrito ao Poder Judiciário (art. 5.º, XXXV), foram expandidos os mecanismos de controle de constitucionalidade das leis e dos atos normativos e definidas variadas ações constitucionais para a defesa de direitos.¹ Diante desses instrumentos voltados para a eficácia normativa da Constituição, viu-se crescer a intervenção do Poder Judiciário na seara da saúde, com decisões impondo o cumprimento de prestações pela Administração Pública (BARROSO, 2007b).

Além disso, a Constituição redefiniu o Ministério Público, concebendo-o 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” (art. 127, *caput*). Dentre outras atribuições, ao Ministério Público cabe “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” e “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”. Com isso, percebe-se a vocação da instituição para atuar em favor da efetividade do direito à saúde, já que se trata de direito indisponível e de interesse da coletividade, tendo relevância pública as ações e os serviços orientados para sua garantia (art. 197).

No cumprimento de suas atribuições, a atuação do Ministério Público tem impacto na política de saúde. Agindo em juízo (usando, por exemplo, a ação civil pública)² ou fora dele (como

¹*Habeas corpus* (art. 5.º, LXVIII), mandado de segurança (art. 5.º, LXIX), mandado de segurança coletivo (art. 5.º, LXX), mandado de injunção (art. 5.º, LXXI), *habeas data* (art. 5.º, LXXII), ação popular (art. 5.º, LXXIII) e ação civil pública (art. 129, III).

²A ação civil pública, além de ter previsão na Constituição, está regulada pela Lei n.º 7.347/85 e se trata de instrumento para a defesa do meio ambiente, do consumidor, de bens e direitos de valor artístico, estético,

firmando compromisso de ajustamento de conduta),³ a instituição interfere no ambiente sanitário, em que predomina a atuação de gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde, usuários de serviços e acadêmicos, juridicizando as relações sociais (ASENSI, 2010a).

A importância do Ministério Público para a implementação da política de saúde foi destacada pelos atores da cena sanitária no relatório da *X Conferência Nacional de Saúde*. No documento, propõe-se que gestores do SUS e Conselhos de Saúde cobrem do Ministério Público a defesa do Sistema e das demais políticas que promovam qualidade de vida para a população. Entre outras demandas, foi proposta a democratização do acesso à instituição, a cobrança de conclusão de procedimento em trâmite na Procuradoria-Geral da República sobre financiamento do SUS e a criação de curadorias da saúde pelo Ministério Público (BRASIL, 1998).

Em Minas Gerais, o Ministério Público tem tido crescente atuação na área da saúde: no final da década de 90, o Procurador-Geral de Justiça expediu a Resolução PGJ n.º 11, de 10 de abril de 1997, que disciplinou o exercício da função de fiscalização do SUS pela Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão e fixou diretrizes gerais para a atividade. Posteriormente, por meio da Resolução PGJ n.º 100, de 19 de outubro de 2002, criou-se o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-Saúde) como órgão auxiliar da atividade funcional do Ministério Público na defesa da saúde.⁴ Nos dias atuais, após o Ministério Público de Minas Gerais ter discutido seu planejamento estratégico até 2023,⁵ a defesa da saúde está definida como uma das áreas prioritárias de atuação da instituição, ratificando a dedicação voltada para a concretização do direito à saúde.

Nesse contexto, propõe-se aqui a realização de pesquisa que trata da relação entre o Ministério Público e as políticas de saúde. Com essa pesquisa, pretende-se verificar qual modelo de atuação – resolutivo ou demandista –, consideradas as ferramentas disponíveis em cada caso, mostra-se mais adequado para contribuir para a efetividade do direito à saúde por

histórico, turístico e paisagístico, da ordem urbanística, da ordem econômica e de outros interesses difusos ou coletivos.

³ Trata-se de compromisso colhido pelos órgãos públicos legitimados para a ação civil pública, após negociação, e tem por objetivo adequar condutas às exigências legais, mediante cominações, com eficácia de título executivo extrajudicial (art. 5.º, §6.º da Lei n.º 7.347/85).

⁴ Antes, como será detalhado a seguir, havia sido criado o Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (DETRANSME), com o objetivo de orientar a atuação do Ministério Público de Minas Gerais em relação às políticas de saúde mental.

⁵ Vide mapa estratégico anexo.

via da implementação da política definida na Constituição de 1988. Além disso, em um segundo momento, pretende-se aferir se o modelo identificado prevalece no Ministério Público de Minas Gerais.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 DIREITOS FUNDAMENTAIS, DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E ESTADO

2.1.1 Direitos fundamentais e dignidade da pessoa humana

Antes de adentrar o objeto desta pesquisa – relação entre o direito à saúde/políticas de saúde e a atuação do Ministério Público –, é necessário definir e caracterizar algumas categorias que estão direta ou indiretamente relacionadas, compondo, assim, a matriz teórica adotada.

Começa-se pelos direitos fundamentais. Com essa designação, em conformidade com a doutrina jurídica majoritária (SARLET, MARINONI, MITIDIERO, 2012a), pretende-se fazer referência aos direitos vigentes no ordenamento jurídico de um determinado Estado. Trata-se de direitos em vigor em um contexto geográfico e temporal definido. Assim, busca-se distingui-los dos direitos humanos ou direitos do homem, expressões usadas para designar “direitos da pessoa humana reconhecidos pela ordem jurídica internacional e com pretensão de validade universal” (SARLET, MARINONI, MITIDIERO, 2012a, p. 251).

A relação entre direitos humanos e direitos fundamentais pode ser assim resumida:

Assim, reafirma-se a possível distinção entre os direitos humanos considerados como aqueles assegurados no plano do direito internacional (portanto, assegurados a qualquer pessoa independentemente de seu vínculo com determinado Estado, além de oponíveis ao próprio Estado perante as instâncias supranacionais de tutela) e os direitos fundamentais como sendo aqueles consagrados no plano do direito constitucional de cada Estado. (SARLET, FIGUEIREDO, 2008, p. 13)

No entanto, dado o conteúdo abrangente e a intenção de acolhimento geral, os direitos humanos influenciam e inspiram os elencos de direitos fundamentais consagrados em diversos países.

A distinção acima estabelecida, no entanto, não contribui para a definição substancial de direitos fundamentais.

Quanto a esse aspecto, é comum a aproximação entre direitos fundamentais e a noção de dignidade da pessoa humana. Luís Roberto Barroso (2012), em obra destinada ao tema da dignidade da pessoa humana, chega a fazer a seguinte afirmação:

A dignidade humana e os direitos humanos (ou fundamentais) são intimamente relacionados, como as duas faces de uma mesma moeda ou, para usar uma imagem comum, as duas faces de Jano. Uma, voltada para a filosofia, expressa os valores morais que singularizam todas as pessoas, tornando-se merecedoras de igual respeito e consideração; a outra é voltada para o Direito, contemplando os direitos fundamentais. Esses últimos representam a moral sob a forma de Direito ou, como assinalado por Jürgen Habermas, “uma fusão do conteúdo moral com o poder de coerção do Direito”. (BARROSO, 2012, p. 75)

Mesmo mantendo relações próximas, será correto identificar o conteúdo dos direitos humanos com o princípio da dignidade da pessoa humana? Vejamos.

Costuma-se buscar as origens da noção de dignidade já nos textos da antiguidade clássica. Nesse sentido, ressalta-se que, na antiguidade, as referências à dignidade relacionam-se tanto ao *status* do indivíduo na sociedade quanto ao valor intrínseco da pessoa. Neste caso, os autores apontam, como origem do termo, a filosofia dos estoicos, na qual se encontraria a referência à igualdade dos homens em dignidade (SARLET, 2012b).

Em Roma, Marco Túlio Cícero, ao tratar do tema das leis, destaca que o traço comum entre os homens é a razão – desta deve provir a Lei, realizadora da Justiça:

Sua opinião nos leva a isto: que o animal que chamamos homem, dotado de presciência e inteligência rápida, complexo, perspicaz, dotado de memória, cheio de razão e prudência, recebeu certa condição distinta do Deus supremo que o criou; porque ele é o único entre tantas espécies e variedades diferentes de seres vivos que tem uma porção de razão e pensamento, ao passo que todo o restante é privado disso. Mas o que é mais divino, não direi apenas no homem, mas sim em todo céu e terra, do que a razão? E a razão, quando é madura e perfeita, é corretamente chamada de sabedoria. Por conseguinte, como não existe nada melhor do que a razão, e como ela existe tanto no homem como em Deus, a primeira posse comum do homem e de Deus é a razão. Mas aqueles que possuem razão em comum também devem ter a razão correta em comum. E como a razão correta é a Lei, devemos acreditar que os homens têm a Lei em comum com os deuses. (CÍCERO apud MORRIS, 2002, p. 37)

Assim, Ingo Sarlet identifica, na obra de Cícero, a “vinculação da noção de dignidade com a pretensão de respeito e consideração a que faz jus cada ser humano” (SARLET, 2012b, p. 35).

O cristianismo também é apontado como fonte de inspiração para a construção do conceito atual de dignidade da pessoa humana. Em consonância com a proposta cristã, a dignidade é decorrência do fato de que o ser humano foi criado à imagem e semelhança de Deus.

No período renascentista, na obra de Pico della Mirandola, identifica-se importante referência para a noção de dignidade da pessoa humana. Referido autor, “partindo da racionalidade

como qualidade peculiar inerente ao ser humano, advogou ser esta a qualidade que lhe possibilita construir de forma livre e independente sua própria existência e seu próprio destino” (SARLET, 2012b, p. 37).

Também é lembrada a contribuição do espanhol Francisco de Vitória, que, no Século XVI, posicionou-se contra o “processo de aniquilação, exploração e escravização dos índios” (SARLET, 2012b, p. 38). Baseando-se na doutrina estoica e cristã, afirmou que os indígenas eram livres e iguais, como decorrência de sua humanidade e do direito natural.

Não obstante as valiosas contribuições dos filósofos clássicos e modernos, a concepção contemporânea de dignidade da pessoa humana está fundada, essencialmente, na obra de Kant.

Em sua obra *Fundamentação da metafísica filosófica e outros escritos*, Kant (2011) destaca que os imperativos são as formas pelas quais os mandamentos das leis objetivas são exteriorizados. Os imperativos hipotéticos expressam a necessidade de realização de uma conduta como meio para se ter acesso a algo. De outro lado, o imperativo categórico descreve uma ação que vale por si mesma. Trata-se, neste caso, de um mandamento absoluto e pode ser resumido na expressão “age só segundo máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal”, ou, dito de outro modo, “age como se a máxima da tua ação devesse se tornar, pela tua vontade, lei universal da natureza” (KANT, 2011, p. 51-52).

Mais adiante, o filósofo, especulando sobre a existência de fundamento para um possível imperativo categórico, ressalta que tal fundamento só pode residir em algo cuja existência em si tenha valor absoluto (KANT, 2011). A partir daí é que Kant destaca o valor intrínseco de cada pessoa:

Agora eu afirmo: o homem – e, de uma maneira geral, todo o ser racional – existe como fim em si mesmo, e não apenas como meio para o uso arbitrário desta ou daquela vontade. Em todas as suas ações, pelo contrário, tanto nas direcionadas a ele mesmo como nas que o são a outros seres racionais, deve ser ele sempre considerado simultaneamente como fim. Todos os objetos das inclinações têm um valor apenas condicional, pois se não existissem as inclinações e as necessidades que nelas se fundamentam seria sem valor o seu objeto. [...] Os seres, cuja existência não assenta em nossa vontade, mas na natureza, têm, contudo, se são seres irracionais, um valor meramente relativo, como meios, e por isso denominam-se *coisas*, ao passo que os seres racionais denominam-se *pessoas*, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, ou seja, como algo que não pode ser empregado como simples meio e que, portanto, nessa medida, limita todo o arbítrio (e é um objeto de respeito). (KANT, 2011, p. 58-59)

Kant destaca que aquilo que é fim em si próprio não pode ter um valor relativo ou um preço, mas um valor intrínseco ou uma dignidade (KANT, 2011).

Prosseguindo no desenvolvimento da ideia de dignidade, Kant afirma que “a autonomia é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda natureza racional” (KANT, 2011, p. 66).

Luís Roberto Barroso (2012), em obra dedicada ao tema, aponta que a noção contemporânea de dignidade da pessoa humana tem, como marco filosófico, o Iluminismo e, como marco histórico, a reação da humanidade ao nazismo e ao fascismo, após a Segunda Guerra mundial. O autor credita a crescente incorporação da dignidade da pessoa humana ao discurso jurídico e sua afirmação como norma em diversos ordenamentos jurídicos à previsão em tratados internacionais e à afirmação do pós-positivismo jurídico,⁶ que promove uma aproximação entre direito, filosofia e moral. Após percorrer as principais correntes do pensamento jurídico desde a antiguidade clássica, Luis Roberto Barroso (2012), orientado pelos escritos de Pico della Mirandola e, sobretudo, de Kant, reconhece a dignidade como valor intrínseco de cada ser humano, que desfruta de uma condição especial no universo. Sintetizando sua concepção sobre o tema, identifica os seguintes elementos da dignidade da pessoa humana, a qual entende ser princípio jurídico: “1. O valor intrínseco de todos os seres humanos; assim como 2. A autonomia de cada indivíduo; e 3. Limitada por algumas restrições legítimas impostas a ela em nome de valores sociais ou interesses estatais (valor comunitário)” (BARROSO, 2012, p. 72).

Ingo Sarlet (2012b) reconhece a dignidade como valor intrínseco, que qualifica a pessoa humana, razão pela qual a ela não pode ser atribuída, nem dela destacada. Referido autor propõe um conceito que teria a máxima afinidade possível “com uma concepção multidimensional, aberta e inclusiva de dignidade da pessoa humana”, nos seguintes termos:

[...] qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em 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

⁶Segundo Gregório Assagra Almeida, “a doutrina que tem enfrentado o tema [pós-positivismo jurídico] faz a análise do assunto a partir da guinada do direito constitucional e da inserção dos seus princípios como diretrizes fundamentais da ordem jurídica democrática. O pós-positivismo abrangeria todas as concepções de pensamento que procuram valorizar os princípios como mandamentos de otimização de uma ordem jurídica democrática, pluralista e aberta de valores” (ALMEIDA, 2008, p. 210).

contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida. (SARLET, 2012b, p. 73)

Embora outros autores – como Luís Roberto Barroso – também defendam, como condição para a dignidade da pessoa humana, a fruição de prestações que configurem um mínimo existencial, Ingo Sarlet se refere expressamente à necessidade de serem assegurados direitos que permitam uma *vida saudável*.

Eros Roberto Grau destaca o fato de que a dignidade da pessoa humana está presente em dois dispositivos do texto da Constituição de 1988, quais sejam: art. 1.º, III, e art. 170, *caput*. O autor realça a importância do segundo momento, por “comprometer todo exercício da atividade econômica, em sentido amplo [...] com a promoção da existência digna”, o que vincula “tanto o setor público quanto o setor privado” (GRAU, 2012, p. 194).

Mariana Figueiredo, muito influenciada pelos trabalhos de Ingo Sarlet, em obra sobre o direito à saúde, assim expõe sua concepção sobre a dignidade humana:

[...] a dignidade da pessoa humana abrange a qualidade inerente a todo ser humano, no sentido de que não possa ser tratado como objeto, disso resultando o reconhecimento de direitos, a que correspondem deveres do Estado e da sociedade, quer de cunho defensivo, visando à proteção da dignidade contra atos de violação; quer por meio de prestações positivas, que viabilizem os meios e implementem as medidas de proteção e concretização da dignidade de todas as pessoas, visando ao desenvolvimento de cada uma. (FIGUEIREDO, 2007, p. 56)

Canotilho (2003), ao comentar o art. 2.º da Constituição da República Portuguesa, afirma que se trata do “princípio antrópico que acolhe a ideia pré-moderna e moderna da dignitas-hominis (Pico della Mirandola) ou seja, do indivíduo conformador de si próprio e da sua vida segundo o seu próprio projeto espiritual (*plastes et factor*)” (CANOTILHO, 2003, p. 225).

Em consonância com os estudos consultados, pode-se afirmar que a dignidade da pessoa humana foi acolhida pelo direito como norma jurídica, uma vez que está positivada no ordenamento jurídico e vincula as atividades estatal e privada (BARROSO, 2012; SARLET, 2012b; GRAU, 2012). No entanto, não se trata de um direito, já que é qualidade intrínseca de cada ser humano, não podendo, por exemplo, ser-lhe atribuída pelo Poder Judiciário como um bem, por exemplo.

Adotando-se a matriz kantiana, viu-se que a dignidade, a par de se configurar como valor intrínseco, relaciona-se ainda com a liberdade e a autonomia. Dessa forma, é perceptível que inspira as noções de direitos humanos e de fundamentais.

Contudo, aderindo à tese de Norberto Bobbio, a história mostra que os direitos humanos não são os mesmos ao longo dos tempos. Ao revés, variam conforme as transformações ocorridas nas diversas sociedades (BOBBIO, 2004).

Além disso, já se teve a oportunidade de se enfatizar que os direitos fundamentais são aqueles consagrados nas diversas ordens jurídicas. Assim, além de compartilharem da historicidade dos direitos humanos, os direitos fundamentais trazem a complexidade das variações das ordens jurídicas internas dos diversos países.

As variações temporal e espacial dos direitos fundamentais levam a uma não homogeneidade das declarações de direitos, cujo conteúdo pode ser mais ou menos extenso, consagrando direitos diversos em cada país.

Dessa forma, tomando por base o exemplo pátrio, da Constituição de 1988, é forçoso concluir – como, aliás, o faz Ingo Sarlet – que nem todos os direitos fundamentais têm um conteúdo em dignidade, muito embora esta possa ser usada para identificação de direitos não expressos no ordenamento jurídico, tendo em vista a abertura do catálogo de direitos fundamentais, nos termos do art. 5.º, §2.º, da Constituição (SARLET, 2012b).

O reconhecimento pelas ordens internas dos países e seu caráter fundante e orientador dos ordenamentos jurídicos levam-nos a acolher a concepção de Pérez Luño, que define direitos fundamentais da seguinte forma:

[...] conjunto de direitos e liberdades institucionalmente reconhecidos e garantidos pelo direito positivo de determinado Estado, tratando-se, portanto de direitos delimitados espacial e temporalmente, cuja denominação se deve ao seu caráter básico e fundamentador do sistema jurídico do Estado de Direito. (PEREZ LUÑO apud SARLET, MARINONI, MITIDIERO, 2012a, p. 250).⁷

⁷ A concepção tradicional de direitos humanos e de direitos fundamentais exposta no texto não é imune a críticas. Pelo contrário, os autores vinculados à teoria crítica dos direitos humanos afirmam que a proposta de direitos humanos como universais é autoritária e homogeneizadora, apresentando-se como resultante dos países de maior poder econômico. Tal proposta seria, ainda, fechada a contestações e revisões (ROJAS, 2012). Por sua clareza e contundência, vale registrar, de forma expressa, a posição de Rodrigo Cançado Anaya Rojas: “Assim, os direitos humanos não são direitos e sim produtos culturais, resultados de processos culturais de luta das

Com essa definição é que se pretende examinar o direito à saúde como direito fundamental.

2.1.2 Conteúdo dos direitos fundamentais e Estado

Tendo, como premissa, a historicidade dos direitos fundamentais e, como objetivo, a identificação dos contextos teórico e histórico do surgimento do direito à saúde e dos demais direitos sociais, pretende-se examinar as chamadas gerações ou dimensões de direitos fundamentais, como proposto por Karel Vasak,⁸ segundo noticia Paulo Bonavides (2008). É importante advertir que referida análise tem por objetivo relacionar o progressivo reconhecimento dos direitos fundamentais com os processos históricos e sociais, sem se admitir, contudo, a falsa noção de uma suposta superação de gerações de direitos por outras. Na verdade, a consagração de direitos fundamentais é um processo cumulativo, e não exclusivo.

A noção de direitos fundamentais como limites para a atuação do Estado e como prerrogativas oponíveis contra este está ligada ao movimento de organização do Estado de Direito, no qual se estabelece o ordenamento jurídico como limite de exercício de poder. Como consequência das revoluções liberais, ocorridas no Século XVIII, surgem as primeiras constituições modernas, ou seja, conjuntos de normas hierarquicamente superiores que estabelecem limitações para o poder soberano em suas variadas manifestações e consagram normas gerais de organização do Estado e direitos que podem ser opostos à atividade do Poder Público (CANOTILHO, 2003).

Naquele período, vivia-se sob a influência do liberalismo político e econômico. Por tal motivo, os direitos consagrados à época, conquistados após as revoluções liberais ou burguesas, têm a marca da liberdade. Propõe-se uma abstenção do Estado das relações particulares e da atividade econômica. Destarte, os direitos de que se trata, classificados pela doutrina como direitos de primeira dimensão (BONAVIDES, 2008), são conhecidos como direitos civis e políticos e pressupõem a noção de igualdade formal dos indivíduos, necessária às relações contratuais (FLEURY, OUVÉNEY, 2008).

peças pelos bens da vida sem que isso se dê de maneira hierarquizada. Assim ocorre porque os acessos aos bens – materiais ou imateriais – são desiguais na realidade” (ROJAS, 2012, p. 38).

⁸ VASAK, Karel. Pour les droits de l’homme de La troisième génération: les droits de solidarité. *Léçon Inaugurale no Instituto Internacional dos Direitos do Homem*. Estrasburgo, 1979.

Contudo, o absentéismo estatal fez com que o exercício desregrado da atividade econômica causasse sérias distorções e graves violações de direitos que, posteriormente, seriam reconhecidas. Com efeito, a ficção da igualdade formal não foi capaz de impedir que a desigualdade material limitasse o pleno gozo, pelas classes operárias, dos direitos anteriormente consagrados.

Assim, a partir do final do Século XIX, tiveram início as revoluções operárias, que denunciaram as contradições do sistema capitalista, a pobreza e a precariedade das condições de vida da classe operária (FLEURY, OUVÉREY, 2008). Sobre essas revoluções, eis o relato de Rodrigo Cançado Anaya Rojas:

Verificou-se, de qualquer forma, que um movimento histórico da classe trabalhadora europeia, no final do século XIX e início do século XX, passou a exigir a universalização dos direitos “burgueses” (civis e políticos) a todo o conjunto dos “cidadãos”, inspirados pelas doutrinas socialistas “reformistas”, no que se agregou os movimentos socialistas e social-democratas, que, além dos direitos de liberdade, reivindicavam outros direitos estranhos à doutrina liberal, como os econômicos e sociais (direitos de igualdade), em busca de uma democracia não apenas política, mas, também, social. (ROJAS, 2012, p. 16)

Em razão da mobilização de movimentos sociais, os Estados se viram forçados a abandonar a posição absentéista de outrora (Estado polícia) e a intervir nas relações sociais e atividades econômicas. Inicia-se aí o período do constitucionalismo social, que tem, como marcos, a Constituição do México de 1917⁹ e a Constituição de *Weimar* de 1919¹⁰ (BONAVIDES, 2008).

Grande parte dos novos direitos conquistados tem como marca a necessidade de atuação do Estado que permita ao indivíduo gozar de serviços e prestações. Dentre os direitos desta

⁹ A Constituição Mexicana de 1917, de forma pioneira, segundo conta a doutrina, previu direitos sociais. Examinando seu texto, verifica-se a previsão de variadas normas sobre trabalho (art. 123), conferindo diversos direitos aos trabalhadores. Relativamente à saúde, a par da previsão da competência legislativa sobre o tema (art. 73, XVI), cumpre destacar sua proteção no âmbito da relação de trabalho, pelo texto constitucional, ao vedar o exercício de atividades insalubres por mulheres e adolescentes com menos de 16 (dezesesseis) anos (art. 123, II), assim como prever o seguinte: art. 123, “XV - *El patrono estará obligado a observar en la instalación de sus establecimientos, los preceptos legales sobre higiene y salubridad, y adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizar de tal manera éste, que resulte para la salud y la vida de los trabajadores La mayor garantía compatible con La naturaleza de La negociación, bajo las penas que al efecto establezcan las leyes*” (MEXICO, 1917).

¹⁰ No que se refere ao direito à saúde, a Constituição de Weimar de 1919 disciplinou a competência legislativa sobre o tema (arts. 7, 8) e previu a disponibilidade de serviços de caráter contributivo (seguro) para a sua manutenção: “*Article 161 - In order to maintain health and the ability to work, in order to protect motherhood and to prevent economic consequences of age, weakness and to protect against the vicissitudes of life the Reich establishes a comprehensive system of insurances, based on the critical contribution of the insured*” (ALEMANHA, 1919).

segunda dimensão destacam-se os direitos sociais, culturais e econômicos, bem como os direitos coletivos ou de coletividades (BONAVIDES, 2008).

O constitucionalismo social é a expressão jurídica dos Estados de bem-estar social (*welfare states*), que se propõem a assegurar direitos necessários para o exercício da cidadania, provendo bens e serviços como saúde, educação e assistência por meio de políticas públicas (FLEURY, OUVÉRY, 2008).

Contudo, com o objetivo de dar maior precisão ao conteúdo dos direitos sociais, Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo destacam que, a par de envolverem a fruição direta de prestações pelos indivíduos, eles não se esgotam nessa condição:

A partir disso, ao se empreender uma tentativa de definição dos direitos sociais, cumpre aceitar a vontade expressamente enunciada do Constituinte,¹¹ no sentido de que o qualificativo de social não está exclusivamente vinculado a uma atuação positiva do Estado na implementação e garantia da segurança social, como instrumento de compensação de desigualdades fáticas manifestas e modo de assegurar um patamar pelo menos mínimo de condições para uma vida digna (o que nos remete ao problema do conteúdo dos direitos sociais e de sua própria fundamentalidade). Tal consideração se justifica pelo fato de que também são sociais direitos que asseguram e protegem um espaço de liberdade e a proteção de determinados bens jurídicos para determinados segmentos da sociedade, em virtude justamente de sua maior vulnerabilidade em face do poder estatal, mas acima de tudo social e econômico, como demonstram justamente os direitos dos trabalhadores. (SARLET, FIGUEIREDO, 2008, p. 16)

Mais recentemente, a doutrina aponta novas dimensões de direitos. Nesse sentido, os direitos de terceira dimensão consagrariam a noção de solidariedade, tratando-se da tutela de interesses de titularidade indeterminada, como o direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado (BONAVIDES, 2008).

Convém reiterar que a classificação dos direitos em dimensões não significa superação de uns pelos outros; presta-se tão somente a demonstrar o caráter histórico dos direitos fundamentais e o processo de conquistas necessário à consagração e positivação deles. Todos, em abstrato, são igualmente importantes e relevantes para o indivíduo e a sociedade, compondo um conjunto único, indivisível, formado por bens jurídicos intimamente relacionados (FIGUEIREDO, 2007). Com efeito, a noção de dignidade humana, na perspectiva da plena autonomia do indivíduo, somente pode ser garantida na medida em que são satisfeitos os direitos fundamentais das diversas gerações ou dimensões.

¹¹ Aqui, os autores se referem ao constituinte do texto constitucional brasileiro de 1988.

O Brasil, ao afirmar-se como Estado Democrático de Direito – além de assegurar, em seu ordenamento jurídico, os direitos de primeira e de segunda dimensões, assim como interesses difusos e coletivos –, assume compromisso com a efetividade dos direitos fundamentais, com vistas a atingir a justiça material, por meio dos objetivos da República (art. 3.º da CR/88) (ALMEIDA, 2008).

2.2 DIREITOS FUNDAMENTAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

2.2.1 Políticas públicas e o campo da análise de políticas públicas

Como visto, a adoção do modelo de Estado de bem-estar social (*welfare states*) exigiu dos governos uma postura ativa de provisão de serviços para a população (saúde, educação, previdência social, entre outros). Além disso, em conformidade com as ideias políticas e econômicas da época, o Estado passou a intervir mais nas relações sociais e econômicas, a fim de regulá-las, invadindo ou afastando em parte a autonomia da vontade, em contraponto à doutrina liberal.¹² Assim, nesse contexto histórico (período entre-guerras e pós Segunda Guerra mundial), são reivindicados e declarados novos direitos – os chamados direitos sociais e econômicos –, que implicaram o crescimento da atividade estatal, levando à consagração da proposta de “Estado forte”.

O avanço das atividades do Estado foi acompanhado pelo desenvolvimento do campo teórico da análise de políticas públicas. Segundo Milena Pavan Serafim e Rafael de Brito Dias, “ao mesmo tempo em que o objeto de estudo – as políticas públicas – se torna cada vez mais complexo, passa também a ser cada vez mais influenciado pelas reflexões sobre ele” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 127).

Com efeito, para o desempenho de suas atividades, o Estado se organiza, elege prioridades, estabelece metas e propõe ações, o que desperta interesse acadêmico e converte-se em objeto de estudo visando à melhor compreensão daquilo que o Estado faz.

¹² Exemplo disso é a legislação trabalhista, que estabelece direitos e deveres em relação aos quais, mesmo diante da autonomia privada das partes contratantes (trabalhador e empregador), não é possível transigir.

Nesse sentido, relativamente ao direito à saúde, para pôr em prática as disposições constitucionais, o Estado organiza entidades, órgãos e instituições, prevê e aplica recursos financeiros e ainda estabelece normas para regular um conjunto de atividades. Dessa forma, mostra-se necessário recorrer ao campo da análise de políticas públicas para entender esse objeto, incluindo os processos que envolvem a definição das agendas¹³ governamentais até a implementação das políticas públicas.

O termo “políticas públicas” é objeto de debate nos estudos da ciência política. Christopher Ham e Michael Hill, entre outras definições, lembram que David Easton afirma que “uma política [...] consiste de uma teia de decisões e ações que alocam valores” (HAM, HILL, 2012, p. 26). Prosseguindo, adicionam que Jenkins vê política como “um conjunto de decisões interrelacionadas [...] concernindo a seleção de metas e os meios de alcançá-las dentro de uma situação especificada [...]” (HAM, HILL, 2012, p. 26). Apresentando seu ponto de vista, esses autores afirmam que “a política pode por vezes ser identificável em termos de uma decisão, mas muito frequentemente ela envolve ou grupos de decisões ou o que pode ser visto como pouco mais que uma orientação” (HAM, HILL, 2012, p. 27). Enveredando na discussão sobre decisões e ações que conformam as políticas públicas, esses autores destacam que “tanto as ações quanto as decisões constituem o enfoque apropriado da análise de políticas” (HAM, HILL, 2012, p. 28).

Por seu turno, Thomas R. Dye, problematizando definições sobre políticas públicas que enfatizam o planejamento e o estabelecimento de metas e objetivos explícitos, com regulação normativa específica, chama atenção para a necessidade de se ampliar o entendimento sobre as políticas públicas, abrangendo todas as ações de governo, o que abre possibilidades para o estudo das não decisões e dos fenômenos que envolvem a formação das agendas dos governos (DYE, 1972).

¹³ “A agenda pode ser entendida como ‘espaço problemático’ de uma sociedade. Um determinado tema é incorporado à agenda quando é identificado como problema passível de se converter em política pública. Esse processo não deve ser entendido como estritamente técnico: a identificação do problema e a construção da agenda envolvem valores e interesses, estão condicionadas a elementos ideológicos e a projetos políticos e refletem as relações de poder entre atores sociais envolvidos. As políticas públicas, por sua vez, seriam posicionamentos possíveis em relação a essa agenda, dadas as possibilidades teóricas, políticas e materiais apresentadas aos atores que participam do jogo político” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 123). Ainda sobre a formação das agendas governamentais, Milena Pavan Serafim e Rafael de Brito Dias destacam: “Barach e Baratz (1962) afirmam que existem duas faces associadas ao exercício do poder. A primeira delas é a face explícita, referente aos conflitos abertos envolvidos no processo de tomada de decisão; e a segunda é a encoberta, através da qual grupos políticos se articulam para suprimir os conflitos e impedir sua chegada à agenda, criando uma situação de ‘não tomada de decisão’ (*non decision-making*)” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 130).

Na mesma linha de Dye, Milena Pavan Serafim e Rafael de Brito Dias destacam que “políticas públicas não devem ser entendidas apenas como o que o Estado faz (sua dimensão mais facilmente percebida), mas também como aquilo que ele deixa de fazer. Suas ações – ou inações – refletiriam os comportamentos que nele atuam” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 124). Em resumo, esses autores afirmam que “as políticas públicas são o Estado em movimento” (SERAFIM, DIAS, 2012, p. 125).

Em se tratando da política de saúde, Sônia Fleury e Assis Mafort Ouverney (2008) afirmam que “o conceito mais difundido de política de saúde, e internacionalmente adotado, enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desempenhadas de acordo com normas legalmente construídas, tendo por objetivo maior a qualidade de vida da população” (FLEURY, OUVERNEY, 2008, p. 40).

Ana Luíza d'Ávila Viana e Tatiana Wargas de Faria Baptista, fortemente influenciadas pela literatura da ciência política, lembram que os primeiros estudos de análise de políticas de saúde surgem em conjunto com os estudos de análise das políticas públicas. Esses estudos estão associados “ao processo de construção dos sistemas de proteção social, especialmente depois da Segunda Guerra Mundial” (VIANA, BAPTISTA, 2008, p. 87).

Em trabalho do qual tratam da política de medicamentos, Augusto Afonso Guerra Júnior e Francisco de Assis Acúrcio destacam que as políticas públicas “estabelecem um conjunto de ações eleitas como prioridade, sem as quais não são atingidos os objetivos e planos traçados” (GUERRA JÚNIOR, ACÚRCIO, 2013, p.14). No caso dos medicamentos, assinalam que o Estado brasileiro tem o dever de assegurar acesso integral e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive à assistência farmacêutica. Para atingir esse fim, ressaltam a necessidade de desenvolvimento de ações e estratégias que promovam integração e articulação das instituições públicas e privadas voltadas para o acesso aos medicamentos (GUERRA JÚNIOR, ACÚRCIO, 2013).

É possível concluir que a análise de políticas públicas tem grande importância para o estudo de direitos fundamentais, já que sua garantia pelo Estado exige uma complexa articulação de instituições, sobretudo quando se trata dos direitos econômicos, sociais e culturais que,

geralmente, envolvem a fruição de alguma prestação pelos indivíduos. Essa realidade levou Fábio Konder Comparato a afirmar que “uma das grandes deficiências da Teoria dos Direitos Humanos é o fato de não se haver ainda percebido que o objeto dos direitos econômicos, sociais e culturais é sempre uma política pública” (COMPARATO, 2003, p. 249). Embora se entenda que os direitos sociais, econômicos e culturais, sobretudo no contexto da Constituição de 1988, criam direitos subjetivos para as pessoas (ainda que relativamente a um mínimo existencial),¹⁴ a afirmação de Fábio Konder Comparato tem a importância de lançar luzes sobre o tema das políticas públicas e trazer para o debate as dimensões institucional e coletiva dos direitos fundamentais de segunda dimensão.

2.2.2 O processo de implementação de políticas públicas

Os estudos sobre implementação de políticas públicas foram fortemente influenciados por uma compreensão de que estas se desenvolvem na forma de um ciclo composto de fases ou estágios. Trata-se de uma proposta de descrição das políticas públicas feita inicialmente por Laswell, como informa Peter de Leon (1999),¹⁵ segundo a qual seu desenvolvimento se daria de forma sequencial, com a sucessão de fases que têm características próprias, compondo um procedimento com início e fim.

Dado seu caráter formal e linear, o modelo de ciclos é bastante criticado, uma vez que estabelece uma cisão entre formulação e implementação de políticas, em que a primeira seria o momento de definição e tomada de decisões, ao passo que a segunda consistiria apenas num processo de colocação em prática das definições dos formuladores e decisores.

Assim, as propostas de análise da implementação de políticas públicas partiam da premissa de uma diferenciação clara entre formulação e implementação, que tem subjacente ainda uma visão *top-down* (de cima para baixo) desse processo. Pretende-se examinar os processos

¹⁴ Retoma-se aqui a noção de que a dignidade humana abrange o valor intrínseco de cada indivíduo e também a autonomia (KANT, 2011). Quanto à autonomia, modernamente, sua garantia não se limita à simples não ingerência do Estado, mas impõe ainda que este preste aos indivíduos um conjunto de prestações materiais necessárias para a vida saudável e em condições de participação na definição dos destinos de sua vida e da sua comunidade (SARLET, 2012b).

¹⁵ De acordo com Peter de Leon (1999), as fases propostas por Laswell seriam inteligência, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação. Uma análise sobre o tema das políticas públicas e de sua implementação foi publicada recentemente pelo autor desta pesquisa, podendo ser consultada pelo leitor. *Vide* OLIVEIRA, L. 2013b.

materiais que envolvem a efetivação de metas e objetivos estabelecidos pelos governos centrais no nível local (OLIVEIRA, L. 2013b).¹⁶

Os estudos de implementação de políticas públicas feitos sob perspectiva *top-down* concentram-se no entendimento dos problemas que levam à falta de efetividade dos programas gestados no nível central de governo. Trata-se de compreender as razões do *deficit* de implementação e propor medidas para se atingirem as metas previamente estabelecidas.

Os críticos da visão *top-down* do processo de implementação de políticas públicas destacam que a clara diferenciação entre formulação e implementação de políticas públicas raramente ocorre na prática. Na verdade, as políticas públicas integram um processo contínuo em que há muitas idas e vindas. Nesse sentido, os constrangimentos encontrados no curso das medidas para se porem em prática as políticas geram efeito de *feedback* e acabam levando à sua própria reformulação. Disso decorre uma interpenetração entre formulação e implementação, cabendo destacar, ademais, que os constrangimentos encontrados para se implementarem as políticas públicas acabam por levar o nível local a adotar diversas decisões, ultrapassando, assim, seu papel de pôr em prática políticas elaboradas *a priori*.

No entanto, outras abordagens reconhecem o caráter conflituoso do processo de implementação de políticas públicas, no qual diversas decisões precisam ser tomadas e a elaboração das políticas públicas ocorre mesmo quando estas já estão sendo implementadas. Trata-se de estudos sob a perspectiva *bottom-up*, sobre os quais Michael Hill afirma:

[...] levam à percepção de que o processo de elaboração de políticas, frequentemente, continua durante a fase de implementação. Pode envolver flexibilidade contínua, a concretização de políticas em curso, ou, ainda, um processo de vai-e-vem entre políticas e ações. Barrett e Fudge (181, p. 25) enfatizaram a necessidade de se “considerar implementação com um continuum de política/ação em que, com o tempo, ocorre um processo interativo e de negociações entre aqueles que buscam pôr em prática e aqueles de quem as ações dependem”. (HILL, 2006, p. 72)

A implementação das políticas públicas voltadas para a efetividade de direitos fundamentais exige a devida compreensão da complexidade desse fenômeno e do caráter conflituoso desse

¹⁶ Pressman e Wildavsky, citados por Michael Hill, afirmavam: “A implementação, para nós, significa exatamente (o que o dicionário estabelece) executar, efetuar, completar, levar a cabo. Mas, o que é que está sendo implementado? Uma política, naturalmente. Deve haver algo anterior à implementação; caso contrário, não haveria um objetivo a ser alcançado pelo processo da implementação. Para um verbo como ‘implementar’, há de haver um objeto como políticas. Porém, as políticas normalmente contêm metas e também os meios para alcançá-las. Como, então, distinguir entre uma política e sua implementação?” (HILL, 2006, p. 63)

processo que, longe de ser apenas procedimento técnico e burocrático que organiza condutas materiais de colocação em prática de programas, a fim de se atingirem objetivos e metas previamente traçados – perspectiva *top-down* –, envolve negociações e barganhas com diferentes agentes e constante tomada de decisões – abordagem *bottom-up* (HILL, 2006). As dificuldades encontradas durante a implementação levam a adaptações e até mesmo à revisão de conceitos e rotinas, do que resulta um importante efeito de *feedback* para as políticas públicas.

Segundo Marcus André Barreto de Melo e Pedro Luiz Barros Silva:

[...] o que é comum a essas contribuições [análises *bottom-up*] é a recusa à noção de implementação como uma etapa subsequente à formulação – esta última como uma instância racional e compreensiva. A implementação é entendida como processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas e não só “implementadas”. (MELO, SILVA, 2000, p. 10)

Há que se reconhecer, portanto, o caráter político do processo de implementação, que tem potencial para redefinir a própria política pública (MELO, SILVA, 2000).

Um estudo que ilustra essa complexidade da implementação de políticas públicas e que merece registro neste trabalho foi desenvolvido por Cláudia Roberta Bocca Santos e Rosana Magalhães e trata da implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família (PBF) na comunidade de Maguinhos, no Rio de Janeiro.

As autoras do estudo partiram da compreensão das finalidades do PBF, que busca “a articulação da transferência direta de renda ao cumprimento de condicionalidades pelas famílias beneficiárias e à oferta de programas complementares como geração de emprego e renda, cursos profissionalizantes, apoio às iniciativas de economia solidária entre outras” (SANTOS, MAGALHÃES, 2012, p. 1216). A importância dos programas complementares é realçada na pesquisa, pois “a perspectiva de autonomização das famílias beneficiárias se dará por meio do acesso destas aos serviços sociais básicos e aos programas complementares” (SANTOS, MAGALHÃES, 2012, p. 1216).

O funcionamento adequado do PBF, a fim de que este possa atingir seus objetivos e viabilizar a emancipação das famílias, requer atuação intersetorial entre saúde, educação e assistência social, sobretudo porque o cumprimento de condicionalidades pelas famílias envolve

atividades que estão sob gestão das duas primeiras áreas. Além disso, o ideal é a atuação integrada das três esferas de governo – União, Estado e Município –, em especial para implementação dos programas complementares (SANTOS, MAGALHÃES, 2012).

No entanto, estudando a implementação do PBF no cenário de Manguinhos, as pesquisadoras constataram que a intersetorialidade necessária não ocorre na prática. Embora haja uma aproximação, não existe uma integração entre os setores envolvidos para a promoção de iniciativas conjuntas.

De outro lado, verificou-se que os programas complementares foram implementados de forma *top-down*, desconhecendo as peculiaridades locais. Segundo as pesquisadoras, “muitos programas complementares oferecidos pelo Governo Federal não se adequam à realidade de Manguinhos” (SANTOS, MAGALHÃES, 2012, p. 1219). A pesquisa ainda ratificou outros achados da literatura, segundo os quais os atores locais, as famílias e os beneficiários do PBF desconheciam a oferta dos programas complementares, como os cursos de qualificação profissional (SANTOS, MAGALHÃES, 2012).

Em sua conclusão, o estudo apontou, como desafio para o PBF, “buscar maior aproximação com a realidade local, evitando ações verticalizadas e favorecendo o diálogo com ações da sociedade civil organizada” (SANTOS, MAGALHÃES, 2012, p. 1222).

O estudo de caso acima relatado mostrou como é complexa a implementação de políticas públicas. No exemplo citado, as dificuldades diagnosticadas, se levadas em consideração pelos órgãos gestores do PBF, poderão acarretar reformulação, ao menos em parte, da própria política pública, notadamente no que se refere à proposta dos programas complementares.

A complexidade identificada para a implementação dos programas complementares ao PBF está particularmente presente quando são estudadas as políticas de saúde brasileiras. Isso porque, entre outras peculiaridades, trata-se de políticas que envolvem a atuação dos entes dos três níveis da federação (art. 23, II, da CR/88), com exigência de efetiva participação da comunidade (art. 198, III, da CR/88). Quanto a esse aspecto, a Lei n.º 8.142/90, dispoendo sobre a participação da comunidade no SUS, previu a realização periódica de conferências de saúde nas três esferas de governo, com o objetivo de definir as prioridades do setor, bem

como o funcionamento regular de conselhos de saúde, com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes dos segmentos da gestão, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde, em paridade com representantes dos usuários dos serviços.

Cuida-se, ademais, de políticas públicas com forte conteúdo intersetorial, sobretudo porque não raramente necessitam da colaboração de outras pastas governamentais e também porque são fortemente impactadas por ações que não são da competência do setor de saúde e que incidem sobre importantes fatores determinantes¹⁷ (políticas de saneamento e de educação, por exemplo).

Assim sendo, em consonância com os estudos citados, percebe-se o caráter político da implementação da política de saúde, por envolver a atuação de diversos atores que compõem e intervêm no ambiente sanitário (gestores, usuários, profissionais, prestadores de serviço e, modernamente, profissionais do direito).

Um relevante estudo sobre a implementação da política de saúde decorrente da reforma sanitária no Brasil foi desenvolvido por Telma Maria Gonçalves Menicucci (2006). Nele, a autora ressalta:

[...] mais do que uma mera tradução prática de decisões, a implantação da reforma configurou-se, de fato, como um processo de formulação da política de saúde, cujo resultado seria a consolidação de um sistema híbrido – público e privado –, apesar da definição legal de um sistema único, público, universal e gratuito. Nessa perspectiva, a implementação envolve decisões que podem redirecionar a política definida formalmente, e nesse processo a questão da viabilidade política é crucial, pois a sustentação política e a legitimidade da política são variáveis fundamentais para a implementação. (MENICUCCI, 2006, p. 74)

Desse modo, convém assinalar que a atuação dos membros do Ministério Público que se proponha a contribuir para a efetividade do direito à saúde deve levar em conta as características das políticas públicas e as peculiaridades e complexidades que envolvem sua implementação. Esta, longe de se tratar de mera tradução das decisões adotadas por gestores, requer diálogo e negociação entre os diversos atores sociais e governamentais.

¹⁷ Fatores determinantes de saúde de uma população são circunstâncias que interferem na distribuição ou na ocorrência de doenças ou outros eventos relacionados à saúde.

2.3 DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL

2.3.1 Noção de saúde

As discussões sobre o que vem a ser saúde, longe de ficarem restritas aos meios acadêmicos das ciências da saúde, interessam a diversas áreas do conhecimento e despertam o debate pela sociedade como um todo. Com efeito, a definição do que se entende por saúde e, de outro lado, o que é doença, tem consequências para a formatação e organização do sistema de saúde dos países, pois são ideias que estão subjacentes às escolhas adotadas pelas sociedades. Dessa forma, com o objetivo de conferir precisão ao termo, mostra-se necessário recuperar o conceito de saúde desde suas origens até sua caracterização atual.

É interessante notar que, desde os tempos mais remotos, a noção de saúde está acompanhada da ideia de equilíbrio. Assim, na antiguidade, fora as concepções místicas e religiosas sobre as doenças, que as viam como provocadas por um elemento externo, para outra vertente de pensamentos, representada pela medicina hindu e chinesa, “a doença é vista como consequência do desequilíbrio entre os elementos, humores, que compõe o organismo humano” (BARATA, 1985, p. 14). Para essa vertente, a causa do desequilíbrio estaria no ambiente físico (BARATA, 1985).

Na Grécia, permanece a ligação entre saúde e equilíbrio ou isonomia, ao passo que a doença é vista como desequilíbrio ou disnomia (BARATA, 1985).

Nesse sentido, Sueli Gandolfi Dallari aponta para o fato de que, desde então, a saúde já está associada também à realização de dieta e de exercícios físicos. Ainda no período clássico, Platão soma à saúde o campo da alma. Com isso, segundo a autora, “o estado de equilíbrio interno do homem e dele com a organização social e a natureza é sinônimo de saúde para a antiguidade grega” (DALLARI, 2003, p. 39).

Rita de Cássia Barradas Barata (1985) destaca as contribuições de Hipócrates, que “enriqueceu as concepções gregas de saúde e doença, por meio da prática clínica e de cuidadosas observações da natureza” (BARATA, 1985, p. 15). A causalidade das doenças,

segundo os gregos, é complexa e elaborada, “envolvendo as reações do homem às agressões provenientes do seu ambiente natural” (BARATA, 1985, p. 16).

Como de resto ocorreu em outras áreas do conhecimento, a Idade Média não contribuiu para o desenvolvimento dos conceitos que envolvem a saúde. Na verdade, com a expansão do Cristianismo, há um abandono da prática clínica, e “a medicina volta a se revestir de uma prática religiosa” (BARATA, 1985, p. 16).

No entanto, o período Renascentista é próspero para as ciências em geral porque estas conseguem se afastar das interferências religiosas, o que viabiliza o desenvolvimento de seus sistemas teóricos.

No campo da saúde, a medicina retoma os experimentos e as observações anatômicas. Cogita-se sobre “a existência de partículas invisíveis, responsáveis pela produção das doenças e que atingem o homem de diferentes maneiras (contágio direto, por fômites ou outros veículos)” (BARATA, 1985, p. 17). Percebe-se, portanto, que a análise do processo saúde-doença permanece circunscrita ao estudo dos indivíduos, sendo ignorada a contribuição do ambiente, como ocorrera na Grécia antiga. Ainda assim, surgem novas concepções de saúde que, de um lado, “favorecem a limpeza e os exercícios corporais que evitam o uso de medicamentos, enquanto outras tendem a mecanizar o corpo, trabalhando com um conjunto de fatores que constituem a saúde” (DALLARI, 2003, p. 39).

A Revolução Industrial, assim como as demais revoluções liberais, permitiram a ascensão da burguesia ao poder e o desenvolvimento das atividades econômicas. Entretanto, esse desenvolvimento econômico foi também responsável pela deterioração das condições de vida dos trabalhadores, que passaram a viver nas periferias das cidades. Seja no exercício das atividades laborativas – pela ausência de regulamentação do trabalho –, seja em suas vidas pessoais, a classe trabalhadora passou a sofrer com graves problemas sociais, entre os quais os relacionados à saúde.

Registra-se que a crescente urbanização e as deterioradas condições de salubridade das cidades europeias fizeram-se acompanhar de grandes epidemias que atingiam as populações,

causando elevada mortalidade de pessoas e, conseqüentemente, atingindo a mão de obra da indústria incipiente.

Ainda no Século XVIII, ganha força a concepção de causação social das doenças, que leva a reconhecer o ambiente não apenas como ambiente natural, mas também social. Nesse sentido, passa-se a defender a interferência das condições de vida e de trabalho no desencadeamento das doenças e epidemias (BARATA, 1985).

No Século XIX, no campo de uma emergente saúde pública, desenvolve-se a teoria miasmática, segundo a qual os miasmas – emanações pútridas do solo, da água e do ar – seriam causadores de doenças (BARATA, 1985). Assim, caminhou-se para o entendimento de que o ambiente era potencialmente causador de doenças.

Nesse contexto, as principais ações de saúde pública envolveram intervenções sobre o ambiente, como a drenagem de pântanos, a implementação de sistemas de esgotos fechados e o tratamento de água.

Ainda no Século XIX, Virchow, na Alemanha, percebeu que “as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica” (PELLEGRINI FILHO, BUSS, 2007, p. 78).

Desde já, é possível inferir a complexidade que envolve a causação de doenças e, portanto, os próprios conceitos de saúde e de doença, já que estas se apresentam determinadas não apenas por fatores biológicos, mas também por circunstâncias sociais, como defendia Virchow.

O desenvolvimento da medicina no final do Século XIX permitiu a identificação de agentes causadores de doenças, sendo sempre lembradas, até mesmo no senso comum, as descobertas de Koch e Pasteur.

Em que pese a inegável importância dos avanços da medicina relacionados à descoberta e ao isolamento de vários agentes causadores de doenças infecciosas, permitindo o desenvolvimento de seus tratamentos, a partir do final do Século XIX, foi se assentando o paradigma biologista ou paradigma bacteriológico, responsável por uma abordagem

reducionista da saúde e das doenças agregada a uma concepção de unicausalidade. Assim, as doenças seriam desencadeadas unicamente em razão da presença do agente etiológico (BARATA, 1985). A influência do meio físico e social passou a um segundo plano.

Nesse momento, o estudo sobre a influência do ambiente nas condições de saúde perde força, consagrando-se um modelo de abordagem individual. As principais medidas voltadas para o controle das doenças são a aplicação de vacinas, o uso de antibióticos e a quarentena.

O desenvolvimento do Capitalismo e o crescimento dos grupos econômicos no Século XX favoreceram o desenvolvimento da medicina científica, que tem como marco o Relatório Flexner, emitido por Abraham Flexner em 1910 (SILVA JÚNIOR, 1997). Referido documento propunha medidas de organização do ensino médico nos Estados Unidos, entre as quais se destaca a “ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico” (SILVA JÚNIOR, 1997).

Ainda que inegáveis os avanços técnicos e sua importância no tratamento de diversos problemas de saúde, a consagração do modelo técnico-científico fez-se acompanhar de concepções que até hoje estão presentes nos meios acadêmicos e no imaginário popular, como a sobrevalorização das tecnologias e das especialidades para os sistemas de saúde, a consagração do hospital como local de assistência à saúde e mesmo de produção de conhecimento sobre o tema e o recurso ao uso de medicamentos muitas vezes de forma irracional.¹⁸ Dessa forma, a dimensão coletiva da saúde pública e a influência do ambiente social, assim como a complexidade do processo saúde-doença, são colocadas em segundo plano, quando não são ainda solenemente ignoradas.

Essa forma de pensar a saúde, desconsiderando os fatores sociais que interferem na causalidade das doenças, é duramente criticada por autores da área de saúde pública, como se depreende do trecho do trabalho de Jeni Vaitsman, abaixo colacionado:

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos, que se manifestam pelo bom ou mau funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São

¹⁸ O conceito de uso racional de medicamentos foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na conferência de Nairobi, em 1985, e ficou assentado como “pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade” (OLIVEIRA, L., 2009, p. 29).

fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletivas, e outras psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um (VAITSMAN, 1992, p. 158).

O modelo técnico-científico fez elevar crescentemente os custos dos sistemas de saúde. Com efeito, a ênfase na incorporação de tecnologias como estratégia de saúde mostra-se bastante adequada aos interesses econômicos das indústrias de medicamentos, insumos e equipamentos para a saúde, porquanto equipara a noção de saúde ao ato de consumo, o que traz consigo a crença de que um bom sistema de saúde é aquele que concentra seus investimentos nas mais modernas tecnologias de saúde. Com isso, indivíduos e coletividades ficam sujeitos às estratégias de *marketing* dos grupos econômicos que atuam no setor, interessados na criação de necessidades como forma de estímulo ao consumo (VAITSMAN, 1992).

Vem a calhar o esclarecimento de Aluísio Gomes da Silva Júnior:

A incorporação tecnológica em saúde, diferentemente de outros setores, não é substitutiva e nem poupadora de mão-de-obra. Cada novo equipamento lançado soma seus custos aos já existentes sem substituí-los ou baixar de preço pela disseminação de seu uso, como acontece com os demais aparelhos eletroeletrônicos. Cada novo lançamento cria a necessidade de um especialista, um técnico e um auxiliar para fazer sua operação, o que aumenta os custos com mão-de-obra especializada. Há também as especulações tecnológicas ou seja, produtos e medicamentos, muitas vezes sem utilidade claramente definida, que substituem medicamentos tradicionais, aumentando o custo dos tratamentos, sem vantagens adicionais. Não é à toa que a chamada inflação médica é cerca de quatro vezes maior que nos outros setores da economia. Isso não significa que devemos abandonar as tecnologias médicas, ao contrário, algumas tecnologias constituem importantes avanços para salvar e prolongar vidas, porém a racionalização de seu uso é imperativa. (SILVA JÚNIOR, ALVES, 2007, p. 30)

Essa concepção de que o consumo de procedimentos e de medicamentos proporciona saúde está impregnada no senso comum, sendo responsável pela determinação de comportamentos individuais. Nesse sentido, o consumo de produtos relacionados à saúde se torna diferencial do *status* social e ainda mascara os reais problemas que envolvem a sociedade, como relata Fernando Lefevre em relação ao uso de medicamentos:

De fato, vivemos hoje numa sociedade científica de consumo, isto é, numa sociedade regida por dois grandes princípios articulados: pelo princípio do consumo, que postula que o grande objetivo dos seres humanos é entrar na posse e fazer uso de produtos e serviços que poderão satisfazer suas necessidades e resolver todos seus problemas; e pelo princípio da C&T, que postula que o conhecimento científico materializado em tecnologia é a grande base da validade, eficiência e eficácia dos produtos e serviços que consumimos. (LEFEVRE, 2002, p. 37)

Mais adiante, pontua esse mesmo autor:

Hoje, a maior parte das pessoas fica doente porque vive em sociedades doentes, e é inútil tentar tratar sociedades doentes com drogas, lícitas ou ilícitas. A sociedade brasileira é uma dessas sociedades doentes, vítima da iniquidade social, da corrupção generalizada, do mercantilismo e do consumismo exacerbados, do corporativismo egoísta e de tantos outros males sociais para os quais a solução não se encontra na farmácia. (LEFEVRE, 2002, p. 39)

Assim, para se pensar a saúde como direito e buscar a efetivação desse último, faz-se necessário ter em conta sua complexidade e a compreensão de que envolve desde a abordagem individual até a influência do ambiente físico e social.

Dessa forma, ainda que criticada por muitos, sob a alegação de ser vaga, a concepção de saúde proposta pela OMS, que define 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”, tem o mérito de expressar a amplitude do conceito de saúde. Com isso, ultrapassa o enfoque centrado na doença, como ressaltam Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007).

2.3.2 A saúde como direito: o direito à saúde e sua positivação no Brasil

A afirmação da saúde como direito está relacionada ao contexto dos Estados de bem-estar social, os quais assumiram a responsabilidade por proverem serviços de proteção social para a população (FLEURY, OUVÉNEY, 2008). Verificou-se, assim, uma mudança de postura dos Estados, que deixaram o absenteísmo típico dos Estados liberais pós-revoluções burguesas para intervir nas relações sociais e também prestar serviços de interesse social, atendendo às reivindicações dos movimentos operários do final do Século XIX e início do Século XX.

Após a Segunda Guerra mundial, a criação da OMS reflete a preocupação com a garantia da saúde para promover o bem-estar das pessoas, sendo considerada o “primeiro princípio básico para a ‘felicidade, as relações harmoniosas e a segurança de todos os povos’” (DALLARI, 2003, p. 44). Conforme já se destacou, em sua Constituição, a OMS 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” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946). Além disso, afirma-se que é direito fundamental de todo ser humano “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946). Ainda em seus princípios fundamentais, a OMS ressalta que “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, dispõe que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar”. Assim, ainda que de forma indireta, é possível afirmar aqui, novamente, o reconhecimento de que a saúde constitui direito humano.

Ainda no plano internacional, no Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos,¹⁹ de 1966, não se constata uma expressa consagração da saúde como direito. Sua proteção apenas pode ser inferida a partir da tutela do direito à vida e da possibilidade de restrição de direitos individuais pelo Estado para proteção da saúde pública.²⁰ No entanto, no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, publicado no mesmo ano, é reconhecido “o direito de toda pessoa desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” (art. 12). Além disso, são propostas medidas concretas para os Estados no campo da saúde:

As medidas que os Estados partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

- a) a diminuição da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças;
- b) a melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente;
- c) a prevenção e tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças;
- d) a criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade.

Em 1978, a Conferência de Alma-Ata sobre cuidados primários em saúde, de forma audaciosa, propôs como meta a saúde como direito de todos no ano 2000, usando como estratégia a atenção primária em saúde (OLIVEIRA, L., 2010).

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária, a partir da década de 1970, influenciado pela teoria dos determinantes sociais, a par de questionar o modelo brasileiro de atenção à saúde, passou a defender a saúde como direito de todos, condição imprescindível para a cidadania (PAIM et al., 2011).

Isso porque, nesse período, vivia-se sob o regime militar e, além do cerceamento aos direitos civis e políticos, a atenção à saúde era garantida apenas aos trabalhadores formais, ou seja,

¹⁹ O Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos de 1966, foram ratificados pelo Brasil pelos Decretos n.ºs 591 e 592, de 06.07.1992.

²⁰ É o que acontece com os direitos à liberdade de circulação e residência nos territórios dos países (art. 12), direito de manifestar a própria religião ou crença (art. 18), liberdade de expressão (art. 19), direito de reunião (art. 21) e liberdade de associação (art. 22).

àqueles que contribuíaam e eram segurados do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mesmo para esse público, o sistema de saúde tinha resolutividade questionada por prestigiar a atenção médico-hospitalar. Assim, os custos cresciam, mas as ações tinham pouco impacto nos indicadores de saúde da população (ESCOREL, 2008).

Na *VIII Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida em 1986, o movimento de reforma sanitária, em debate com a sociedade, propôs as diretrizes gerais do modelo de saúde que se desejava para o Brasil. Tais propostas foram encampadas pela sociedade brasileira e resultaram em emenda popular que serviu de norte para a normativa constitucional sobre a saúde e que ainda hoje está presente na Constituição (ESCOREL, 2008).

Como resultado de toda a mobilização social, a saúde foi expressamente assegurada como direito no art. 6.º e disciplinada do art. 196 ao art. 200, todos da CR/88. Do ponto de vista formal, é imprescindível destacar que sua previsão, ao lado dos demais direitos sociais, incluiu a saúde entre os direitos fundamentais, por constar do Título II da Constituição, que trata dos direitos e das garantias fundamentais.

Ademais, não se têm dúvidas de que a saúde é condição imprescindível para a fruição de uma vida plena e com dignidade. Com efeito, a par de significar o caráter do ser humano como fim, a dignidade implica ainda a ideia de autonomia. Esta, por seu turno, somente pode ser atingida a partir do gozo do melhor estado de saúde possível de se atingir. Destarte, vê-se que a tutela do direito à saúde emerge ainda do princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1.º, III, da CR/88) e do direito à vida (art. 5.º, *caput*, da CR/88). Trata-se, portanto, de direito fundamental em sua acepção material (SARLET, 2002).

Não obstante, sua previsão expressa, independente da tutela da vida, não foi despropositada e revela determinação clara da Constituição no sentido de que o direito à saúde está assegurado – podendo, inclusive, ser objeto de defesa perante o Poder Judiciário, por força do art. 5.º, XXXV, da CR/88 – ainda que não haja ameaça direta ou iminente à vida de seu titular (OLIVEIRA, F., 2007).

Assim, razão assiste a Ingo Sarlet (2002) ao afirmar que o direito à saúde comunga da dupla fundamentalidade formal e material, porquanto, a par de positivado no texto constitucional

(caráter formal), é imprescindível para a fruição da vida com plenitude e dignidade. Desse modo, dispõe o direito à saúde de todas as prerrogativas decorrentes do regime jurídico dos demais direitos fundamentais, mesmo os direitos civis e políticos (BRASIL. Supremo..., 2010).

Nesse sentido, do ponto de vista formal, reconhece-se que o direito à saúde, por ser parte integrante da Constituição, possui *status* hierarquicamente superior no ordenamento jurídico, apresentando-se como requisito para validade de outras normas e projetando-se para a interpretação de outros dispositivos legais e infralegais. Ademais, por força do art. 60, §4.º, IV, da CR/88, aplicável aos direitos sociais, como propõe Paulo Bonavides (2008), constitui limite ao exercício do poder constituinte derivado, sendo impossível a promulgação de emenda constitucional que restrinja o direito à saúde e as garantias dele decorrentes. Finalmente, sua aplicação, nos termos do art. 5.º, §1.º, da CR/88, independe de intermediação legislativa (SARLET, 2002).

Não obstante a expressa garantia do direito à saúde entre os demais direitos fundamentais, o constituinte disciplinou a matéria ao tratar da ordem social, nos artigos 196 a 200 da Constituição.

Abrindo o título da ordem social, o art. 193 da Constituição dispõe que aquela tem como objetivos “o bem-estar e a justiça sociais”. Inserida na ordem social, encontra-se a seguridade social, que contempla o conjunto de ações e de serviços de previdência, saúde e assistência social cujo financiamento é atribuído a toda a sociedade (art. 195 da CR/88).

No capítulo dedicado à saúde, a Constituição reafirmou-a como direito de todos, com a correspondente determinação de dever do Estado (art. 196), aqui abrangendo todos os entes federados. Na verdade, ratifica-se o disposto no art. 23, II, da CR/88, que trata como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”. Além disso, nos termos do art. 30, VII, da CR/88, compete aos municípios “prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Em seguida, estabeleceu-se que as ações e os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. Sua execução deve ser feita diretamente ou por terceiros, mas pode também ser explorada por pessoa física ou jurídica de direito privado (art. 197).

De forma inovadora, a Constituição de 1988 definiu que as ações e os serviços públicos de saúde constituem um sistema único – SUS –, regido, entre outros, pelos princípios da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, oferecendo atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e participação da comunidade (art. 198). As atribuições do SUS foram discriminadas, de forma exemplificativa, no art. 200 da CR/88.

No nível infraconstitucional, coube ao legislador dispor sobre as ações e os serviços de saúde em conformidade com as balizas fixadas pelo constituinte, o que foi iniciado com a promulgação da Lei n.º 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS).

A par de conferir densidade aos citados princípios constitucionais, a lei em referência trata com particularidade do SUS, estabelecendo seus objetivos, atribuições, princípios, diretrizes, normas de organização e gestão, incluindo aquelas referentes à distribuição de competência entre os entes federados. Dispõe também sobre os serviços privados de saúde, os recursos humanos e o financiamento.

A Lei n.º 8.080/90 reforça a previsão da saúde como direito fundamental e reproduz parte do art. 196 da CR/88. É necessário destacar que o legislador lembra que, conquanto a saúde constitua direito de todos e dever do Estado, este não exclui o concernente às pessoas, à família, às empresas e à sociedade (art. 2.º).

Ao tratar do SUS, a Lei n.º 8.080/90, após traçar seus objetivos e atribuições, no art. 7.º, descreveu seus princípios e suas diretrizes e conferiu sentido a vários deles, inclusive universalidade e integralidade, que devem orientar as políticas de saúde.

Sobre o princípio da integralidade, é importante destacar que o art. 6.º, I, “d”, da Lei n.º 8.080/90 estabelece que está incluída, no campo de atuação do SUS, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Esse dispositivo tem sido fonte de tensões e de debates entre usuários do SUS, gestores, membros do Ministério Público, advogados e juízes, sobretudo com a judicialização de demandas por prestações relacionadas à saúde.

Em razão disso, há que se destacar recente alteração na Lei n.º 8.080/90, promovida pela Lei n.º 12.401/11, que inseriu o Capítulo VIII, para dispor sobre a assistência terapêutica e os procedimentos de incorporação de tecnologia em saúde, nos artigos 19-M a 19-U. Em linhas gerais, o objetivo da alteração legislativa foi circunscrever a atenção integral dispensada pelo SUS aos medicamentos e insumos constantes de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas ou de elencos oficiais dos entes federados e às terapias previstas em tabelas do sistema. Além disso, a incorporação de tecnologias passou a ser atribuição exclusiva do Ministério da Saúde, desempenhada com a assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).²¹

Junto com a Lei n.º 8.080/90, a Lei n.º 8.142/90 é um dos principais diplomas legais que tratam do direito à saúde no Brasil, uma vez que versa sobre a participação popular na gestão do SUS, por meio das conferências e dos conselhos de saúde, e cuida das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, com previsão dos fundos de saúde.

Em se tratando de assistência farmacêutica, merece referência a Lei n.º 9.313/96, que assegura aos portadores de HIV e doentes de AIDS o recebimento gratuito, por parte do SUS, de

²¹ A Lei n.º 12.401/11 e o Decreto n.º 7.508/11 foram examinados e comentados em trabalho publicado em obra coletiva de membros do Ministério Público de Minas Gerais. Sobre a possível limitação da integralidade da assistência de forma abstrata, admitindo-se os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, assim como os elencos oficiais, como exaurientes do dever do Estado, deixou-se clara a posição deste autor sobre a necessidade de uma interpretação constitucionalmente adequada sobre o tema:

“Dessa forma, as normas trazidas pela Lei 12401/11 e pelo Decreto 7508/11, embora tenham elevado grau de importância para a organização do SUS para o fim de racionalizar a atuação dos gestores, no que tange à assistência terapêutica integral, não podem ser interpretadas gramaticalmente, sob pena de serem violados princípios constitucionais que norteiam o direito à saúde, bem como aniquilá-lo em situações específicas.

A prioridade *prima facie* das políticas públicas para contemplar as necessidades individuais e coletivas no âmbito da assistência terapêutica não pode se converter em barreira de acesso a procedimentos, medicamentos e outros produtos, quando evidenciada a necessidade e a eficácia dos mesmos, em conformidade com evidências científicas. Aqui, sobretudo quando se trata de demandas levadas ao Poder Judiciário, mostra-se necessário o prudente exame da causa, para o fim de serem compatibilizadas necessidades particulares com as políticas públicas existentes, evitando o sacrifício individual ou coletivo e garantindo a vida com dignidade” (OLIVEIRA, L., 2013a, p. 70).

medicamentos necessários ao tratamento. Referida lei prevê que “a padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado” (art. 1.º, §2.º).

A Lei n.º 10.216/01 foi promulgada com o objetivo de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Além de tratar dos direitos das pessoas com transtornos mentais, referida lei dispõe que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” e que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (art. 4.º, *caput* e §1.º). É a chamada “lei da reforma psiquiátrica”.

Por fim, convém destacar a Lei complementar n.º 141/12, que regulamentou o §3.º do art. 198 da Constituição para definir ações e serviços públicos de saúde e dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios nessa área. Referida lei traz ainda importantes mecanismos de transparência, como o relatório de gestão do SUS, os relatórios trimestrais e as audiências públicas para apresentação desses últimos, a serem realizadas no órgão legislativo da respectiva esfera da federação, assim como o Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).

Em termos infralegais, é necessário ressaltar que, passados mais de 20 anos desde a sanção da Lei n.º 8.080/90, esta foi objeto de regulamento, que constou do Decreto n.º 7.508/11. Ainda que se tenham críticas a esse Decreto e à Lei n.º 12.401/11, como já se informou anteriormente, há que se reconhecer que o regulamento da Lei n.º 8.080/90 teve os méritos de conceituar institutos necessários para a organização das ações e dos serviços de saúde;²² contribuir para a transparência da gestão, na medida em que definiu a elaboração de elencos de medicamentos e procedimentos custeados pelo SUS; enfatizar a necessidade de regionalização das ações e dos serviços de saúde e definir a centralidade da atenção primária em saúde para o modelo assistencial (porta de entrada e organizadora da atenção).

²² Região de saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS), portas de entrada, Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIB, CIT, CIR), mapa da saúde, rede de atenção à saúde, serviços especiais de acesso aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Afora todas as fontes normativas indicadas anteriormente, em se tratando do SUS, há ainda uma enorme produção normativa levada a cabo pelo Ministério da Saúde no âmbito da União, assim como pelos gestores estaduais e municipais, cuja análise, embora necessária por quem se dedica a operar a política de saúde, não cabe nesta pesquisa.

2.3.3 Conteúdo do direito à saúde

A garantia da igualdade formal (perante lei), obtida após as revoluções liberais do Século XVIII, e os demais direitos de primeira dimensão não permitiram a correção das desigualdades reais e materiais entre a massa de trabalhadores que migrou para as cidades e as elites burguesas, proprietárias dos meios de produção. Com efeito, as péssimas condições sociais e de trabalho contribuíram decisivamente para as revoluções ocorridas no Século XIX, que desencadearam os processos de progressiva consagração de direitos sociais.

Nesse contexto, concebido no movimento do constitucionalismo do estado social, o direito à saúde traz consigo a ideia de promoção da igualdade material – ou seja, busca-se assegurar para todos iguais possibilidades de fruição dos direitos fundamentais. Muitas vezes, para se atingir a igualdade material, pode ser necessária a produção de políticas públicas com o objetivo de compensar e corrigir as desigualdades sociais, dentro de um ideal de justiça distributiva.²³

Como visto, falar de saúde envolve aspectos individuais e coletivos, assim como as dimensões biológica, psicológica e social de pessoas e comunidades. Estado de saúde está relacionado ao equilíbrio entre essas dimensões. Por seu turno, as políticas públicas do setor devem ter em mente a complexidade do tema e os fatores determinantes de saúde.

Acolhida pelo direito, a saúde, no Estado social, implicou a organização de sistemas para prestação de serviços voltados para a população. Assim, mais que uma postura de não

²³ Aristóteles sintetiza a proposta de justiça distributiva: “Então, conclui-se que justiça inclui pelo menos quatro termos, a saber, duas pessoas para as quais ela é justa e duas partes que são justas. E haverá a mesma equanimidade tanto entre as partes como entre as pessoas, posto que a proporção entre as partes será igual à proporção entre as pessoas; pois, se as pessoas não são iguais, não terão partes iguais; as rixas e queixas surgem quando iguais possuem ou recebem partes desiguais, ou quando pessoas não iguais possuem ou recebem partes iguais.” (ARISTÓTELES apud MORRIS, 2002, p. 9)

ingerência, os Estados passam a ter o dever de prover ações e serviços voltados para a população.

No ordenamento jurídico brasileiro, encontra-se a previsão da saúde como direito fundamental (art. 6.º da CR/88). Além disso, do art. 196 ao art. 200 da CR/88 encontram-se dispositivos que discriminam, ainda que de forma genérica, o conteúdo do direito.

Diante dessa normatização, partindo da organização do país como Estado democrático de direito, cuja ordem jurídica deve estar centralizada na cidadania e no respeito à dignidade da pessoa humana (art. 1.º, II e III, da CR/88), assim como na defesa de direitos e garantias individuais, dentre os quais o direito à vida, à liberdade e à igualdade, não é difícil concluir que a saúde se expressa, primeiramente, como direito de defesa. Com essa afirmação, refere-se ao fato de que esse direito impõe ao Estado e aos particulares um dever de não ingerência ou de não causar agravos à saúde das pessoas. Além disso, ainda tratando da dimensão defensiva do direito à saúde, como destaca Ingo Sarlet (2002), há que se levar em conta o princípio da proibição do retrocesso social, que assegura o caráter vinculante do nível de implementação dos direitos fundamentais sociais que se tenha atingido e impede que o Estado venha a recuar e a reduzir conquistas da população.²⁴

No entanto, a forma mais complexa e conflituosa de manifestação do direito à saúde envolve sua manifestação como direito a prestações. Nesse caso, trata-se tanto da organização de instituições e de uma rede de prestação de serviços quanto da fruição de utilidades materiais pelas pessoas. É o que esclarecem Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo:

²⁴ J. J. Gomes Canotilho, tratando do princípio da democracia econômica e social presente na Constituição Portuguesa, esclarece o conteúdo do princípio do não retrocesso social: “A ideia aqui expressa também tem sido designada como proibição de contra-revolução social ou da evolução reacionária. Com isto quer dizer-se que os direitos sociais e económicos (ex.: direito dos trabalhadores, direito à assistência, direito à educação), uma vez obtido um determinado grau de realização, passam a constituir, simultaneamente, *uma garantia institucional* e um *direito subjectivo*. A ‘proibição de retrocesso social’ nada pode fazer contra as recessões e crises económicas (*reversibilidade fáctica*), mas o princípio em análise limita a reversibilidade dos *direitos adquiridos* (ex.: segurança social, subsídio de desemprego, prestações de saúde), em clara violação do *princípio da protecção da confiança e da segurança dos cidadãos no âmbito económico, social e cultural*, e do *núcleo essencial* da existência mínima inerente ao respeito pela dignidade da pessoa humana. O reconhecimento desta protecção de direitos prestacionais de propriedade, subjectivamente adquiridos, constitui um limite jurídico do legislador e, ao mesmo tempo, uma obrigação de prossecução de uma política congruente com os direitos concretos e as expectativas subjectivamente alicerçadas. A violação do núcleo essencial efectivado justificará a sanção de inconstitucionalidade relativamente a normas manifestamente aniquiladoras da chamada justiça social.” (CANOTILHO, 2003, p. 338-339).

Já como direito a prestações, o direito à saúde pressupõe a realização de atividades por parte do destinatário (o Estado ou mesmo particulares) que asseguram a fruição do direito. Em sentido amplo, abrange a consecução de medidas para salvaguarda do direito e da própria saúde dos indivíduos (deveres de proteção), bem como a organização de instituições, serviços, ações, procedimentos, enfim, sem os quais não seria possível o exercício desse direito fundamental (deveres de organização e procedimento). Em sentido estrito (acompanhando aqui a terminologia proposta por Robert Alexy) a dimensão prestacional traduz-se no fornecimento de serviços e bens materiais ao titular desse direito fundamental (atendimento médico e hospitalar, entrega de medicamentos, realização de exames de mais variada natureza, prestação de tratamentos, ou seja, toda uma gama de prestações que tenham por objeto assegurar a saúde de alguém). (SARLET, FIGUEIREDO, 2008, p. 41)

Examinando-se o texto da Constituição, verifica-se que, após definir a saúde como direito e dever fundamental, o art. 196 ressalta que ela é garantida “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”. Desde já, é possível perceber que a complexidade da noção de saúde restou reconhecida pelo constituinte e traduzida no texto constitucional, ao dispor da saúde como direito. Com efeito, não se restringe o direito à saúde à organização de uma rede de atenção voltada para ações curativas. Ao revés: o dever do Estado no setor da saúde envolve a concepção de políticas sociais e econômicas que atuem nos fatores determinantes da saúde, assim como, no que se refere às políticas setoriais, na previsão de ações voltadas para a geração de bem-estar e hábitos de vida saudáveis (promoção), no desempenho de medidas voltadas para o controle de fatores de risco e vetores de doenças (prevenção), assim como na organização do sistema de saúde para a prestação de serviços voltados para cura das pessoas (recuperação).

Aliás, a complexidade das políticas de saúde e sua amplitude estão presentes também no art. 200 da Constituição, em que se encontra um rol exemplificativo das competências do SUS, que envolvem, entre outras responsabilidades, controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, fiscalização e inspeção de alimentos, além de coadjuvar na proteção do meio ambiente, incluídas as condições de trabalho.

A disciplina da saúde como direito evidencia, portanto, que a tarefa de buscar sua implementação em consonância com a Constituição é deveras complexa. Dessa forma, a atuação do Ministério Público nesse setor – tema do presente trabalho – deve considerar que o direito à saúde ultrapassa em muito o aspecto individual de obtenção de prestações, sob pena de se adotar uma visão míope e reducionista do que vem a ser saúde e de se reproduzir a

proposta do modelo técnico-científico de saúde e de medicina, voltado para as ações de alta complexidade e para a incorporação tecnológica, ignorando-se os componentes ambiental e – sobretudo – social da saúde.

2.4 JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

2.4.1 Mudanças no direito constitucional: a afirmação da imperatividade das normas constitucionais

A previsão de direitos sociais nos textos das constituições a partir do modelo de Estado social exigiu dos governos a organização de ações e serviços voltados para as necessidades da população. Como se pode inferir, mesmo com empenho por parte dos gestores, as condições adequadas para a prestação dos serviços públicos são alcançadas progressivamente.

Por outro lado, a falta de correspondência entre os direitos assegurados no ordenamento jurídico e a realidade fática foi acompanhada da carência de imperatividade das normas que os consagravam, o que fazia das constituições mero documento político ou simples “carta de intenções”.

A esse respeito, Paulo Bonavides (2008) destaca que os direitos sociais passaram por um período em que sua eficácia como normas jurídicas imperativas e vinculantes era bastante mitigada:

[...] passaram por um primeiro ciclo de baixa normatividade ou tiveram eficácia duvidosa, em virtude de sua própria natureza de direitos que exigem do Estado determinadas prestações materiais nem sempre resgatáveis por sua exiguidade, carência ou limitação essencial de meios e recursos. (BONAVIDES, 2008, p. 564)

Entretanto, no período que se seguiu às duas guerras mundiais, o direito constitucional viu surgir um movimento de renovação dos estudos na área, baseado no pós-positivismo jurídico, que busca prestigiar o caráter normativo da constituição, enfatizando seu papel central no ordenamento jurídico. Esse novo direito constitucional (ou neoconstitucionalismo) enfatiza a normatividade das constituições, afirmando-as como um documento jurídico, dotado de imperatividade (BARROSO, 2007a), superando sua visão como carta política ou mero “protocolo de intenções”.

Na defesa da normatividade das constituições, cumpre destacar o trabalho de Konrad Hesse (1991), que ressalta a existência de uma força normativa própria do texto constitucional, capaz de impulsionar e deflagrar condutas para além das práticas sociais vigentes. Nesse sentido, com a advertência de que não se pode aderir à crença ingênua de que é possível “salvar o mundo com papel e tinta” (BARROSO, 2006, p. 290), cabe ao operador do direito garantir a máxima eficácia das normas constitucionais diante das circunstâncias fáticas e jurídicas (HESSE, 1991).

No Brasil, o novo direito constitucional surge a partir da promulgação da Constituição de 1988, momento em que o país encerra o processo de redemocratização e vê o crescente fortalecimento de suas instituições, em especial, o Poder Judiciário e o Ministério Público. Percebe-se, por parte dos operadores do direito, o deslocamento do interesse do Código Civil para o texto constitucional, movimento esse que acarreta a constitucionalização do direito infraconstitucional (BARROSO, 2007a).

Assim, fortalece-se, no Brasil, a doutrina da efetividade das normas constitucionais, ou seja, o pressuposto de que “todas as normas constitucionais são normas jurídicas dotadas de eficácia e veiculadoras de comandos imperativos” (BARROSO, 2006, p. 294). Ainda segundo Barroso, “a doutrina da efetividade consolidou-se no Brasil como um mecanismo eficiente de enfrentamento da insinceridade normativa e de superação da supremacia política exercida fora e acima da Constituição” (BARROSO, 2006, p. 284).

Para a efetividade de suas normas, a própria Constituição previu diversos instrumentos, como a garantia de acesso amplo e irrestrito à Justiça (art. 5.º, XXXV), a assistência jurídica gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos (art. 5.º, LXXIV), a consagração de diversas ações para garantia de direitos, bem como a previsão do Ministério Público como órgão fiscalizador dos demais poderes, responsável pela defesa de direitos sociais e individuais indisponíveis (art. 127).

2.4.2 Judicialização da saúde: panorama no Brasil e no exterior

Valendo-se dos instrumentos disponíveis para o acesso à Justiça, indivíduos e grupos têm levado ao Poder Judiciário demandas que exigem a efetividade de direitos fundamentais.

Muitas vezes orientadas pelas doutrinas do pós-positivismo jurídico e do neoconstitucionalismo, as decisões proferidas nessas ações têm repercutido nas atividades dos Poderes Executivo e Legislativo, gerando acirradas discussões acerca do fenômeno que se convencionou chamar de judicialização da política.

Acerca do tema, eis a definição de Luís Roberto Barroso:

Judicialização significa que questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral estão sendo decididas, em caráter final, pelo Poder Judiciário. Trata-se, como intuitivo, de uma transferência de poder para as instituições judiciais, em detrimento das instâncias políticas tradicionais, que são o Legislativo e o Executivo. (BARROSO, 2011, p. 130)

Essa crescente interseção das decisões do Poder Judiciário com as competências dos demais poderes, de um lado, é alvo de críticas, em especial, relacionadas à falta de legitimidade do Poder Judiciário – por não ser composto de membros eleitos –, à falta de capacidade institucional para tratar de temas complexos e analisar os efeitos sistêmicos de suas decisões (o juiz, em regra, está preparado para tomar decisões que envolvam a microjustiça), além da limitada abertura para o debate proporcionada pela estrutura do processo (BARROSO, 2011). Não obstante essas objeções, também se reconhece que o Poder Judiciário, por vezes, é utilizado por grupos organizados da sociedade civil que não têm acesso ao debate político como espaço de lutas para efetivação de direitos e solução de conflitos sociais, consagrando-se a chamada cidadania complexa, que ultrapassa o espaço das instâncias representativas (MACHADO, F., 2008).

Acerca da judicialização da política, interessante estudo produzido no Reino Unido traz importantes reflexões. Os efeitos das decisões judiciais nos serviços públicos na Inglaterra e no País de Gales foram alvo de um abrangente estudo publicado por Lucinda Platt, Maurice Sunkine e Kerman Calvo (2010), que avaliaram a existência de associação entre a judicialização e a qualidade dos serviços públicos, assim como os impactos das decisões judiciais para estes.

O estudo quantitativo conduzido pelos autores indicou que altos níveis de judicialização estão associados a uma menor qualidade na prestação de serviços. Por outro lado, verificou-se que

houve melhoria nos indicadores de qualidade dos serviços nos locais onde houve um incremento na judicialização²⁵ (PLATT, SUNKINE, CALVO, 2010).

Os autores identificaram, por outro lado, com base no estudo de decisões sobre o tema, que a judicialização serve para alertar as autoridades sobre falhas no desempenho de suas funções, constituindo, dessa forma, oportunidade para a condução de mudanças.

Além disso, conquanto a judicialização seja frequentemente vista pelos gestores como ameaça, ela oferece possibilidades para a realocação de recursos e adoção de medidas menos populares. Por meio da judicialização, indivíduos e grupos que não têm acesso às arenas políticas podem obter a atenção das autoridades para suas demandas.

Ao fim, a articulação dos achados quantitativos e qualitativos do estudo permite concluir que as decisões judiciais podem contribuir para a prestação de serviços públicos, uma vez que elas promovem os valores que devem constituir o *ethos* do serviço público – como a obediência às leis – e muitas vezes auxiliam na mediação entre os interesses coletivos e individuais (PLATT, SUNKINE, CALVO, 2010).

Ainda que, no plano teórico, seja discutida a conveniência e a adequação da judicialização da política para solução de demandas e conflitos sociais, fato é que se trata de realidade consolidada e que vem sendo estudada detidamente, sobretudo a partir dos efeitos das decisões no plano financeiro e na gestão das políticas públicas.

No que se refere ao direito à saúde, o crescimento das demandas – sobretudo daquelas relacionadas à dispensação de tratamentos, medicamentos e outros produtos – colocou o Poder Judiciário não apenas na condição de revisor de políticas públicas estatais, mas também na de indutor da formulação pelos demais poderes e de implementador. Trata-se de realidade não apenas brasileira, que tem sido vivenciada também em outros países, embora em diferentes proporções e com variadas características.

²⁵“This discussion of our quantitative study reveals associations between judicial review challenge and the quality of local authorities as measured by CPA. Significantly, it also indicates that increases in challenge appear to be connected to improvements in quality scores and are not simply the consequence of lawyers making work for themselves. The findings provide a quantitative basis for arguing that judicial review challenges may contribute to improvements in local services and therefore that the effect of judicial review is neither insignificant nor wholly negative.” (PLATT, SUNKINE, CALVO, 2010, p. 251)

Nesse sentido, é bastante representativa do movimento de judicialização das políticas de saúde a decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos da América acerca da reforma do sistema de saúde promovida pelo presidente Barack Obama. Para uma razoável compreensão do caso, é necessário destacar que esse país não conta com sistema de saúde de acesso universal, opção essa adotada pelo Canadá, pela Inglaterra e pelo Brasil, entre outros países. O Estado possui programas de assistência apenas para pessoas muito pobres (*medicaid*) e para idosos (*medicare*). Nesse cenário, estimava-se a existência de quarenta milhões de norte-americanos sem nenhuma cobertura médica em 2012 (BALIARDO, MELO, 2012).

Entre as medidas mais polêmicas e que foram objeto de apreciação pela Suprema Corte dos Estados Unidos está a obrigatoriedade (ressalvadas exceções) de contratação de plano de saúde privado por pessoas que não sejam cobertas pelos programas públicos, sob pena de pagamento de multas, a partir de 2014. Referida medida tinha por objetivo tornar mais acessíveis os planos de saúde na medida em que torna possível a divisão de custos entre pessoas com diferentes condições de saúde. No entanto, teve sua constitucionalidade questionada junto à Suprema Corte (BALIARDO, MELO, 2012).

A reforma do sistema de saúde, incluindo a norma que impõe a obrigatoriedade de contratação de plano de saúde, teve sua constitucionalidade admitida pela Suprema Corte dos Estados Unidos por apertada maioria (cinco votos contra quatro) em julgamento ocorrido em junho de 2012 (BALIARDO, MELO, 2012).

Percebe-se, assim, que a reforma do sistema de saúde estadunidense, além de passar pelo processo político e legislativo, teve sua efetividade dependente da apreciação pela Suprema Corte dos Estados Unidos.

Christopher P. Manfredi e Antonia Maioni (2002) examinaram a judicialização da política na área de saúde no Canadá. Segundo levantamento dos autores, entre 1982 e 1997, as cortes canadenses decidiram 24 (vinte e quatro) casos envolvendo políticas de saúde à luz da carta canadense de direitos e liberdades. Nesse universo, os temas debatidos foram gestão da atividade médica, regulação da prática médica, reestruturação de hospitais e dispensação de tratamentos e serviços específicos. A partir da análise de dois julgados, os autores

examinaram três proposições acerca do tema *judicial policymaking*: 1) o discurso baseado em direitos limita as alternativas políticas viáveis/disponíveis para a solução das demandas; 2) a estrutura adversarial do processo impede o acesso a informações completas e verdadeiramente exaurientes sobre o caso em julgamento; 3) a revisão judicial sistematicamente favorece normas e padrões nacionais em detrimento das políticas locais.

Várias críticas foram apontadas à promoção de políticas públicas pelo Poder Judiciário, entre as quais a insuficiência das técnicas judiciais para a solução de demandas quando aplicadas aos complexos problemas sociais.²⁶ Para os autores, a estrutura do processo o torna instrumento inadequado para tratar das questões que envolvem o direito à saúde. Ao fim, concluem que a judicialização leva a decisões fragmentadas, ao contrário das políticas públicas promovidas pelos demais poderes, as quais são elaboradas a partir da construção de alternativas negociadas com diversos grupos de interesse (MANFREDI, MAIONI, 2002).

Leonardo Cubillos e outros (2012), por sua vez, examinaram o fenômeno da judicialização da saúde em sete países da América Latina, quais sejam: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Peru e Uruguai. Nesse estudo, os autores destacaram o crescimento do número de demandas por acesso a produtos e serviços de saúde nos países da América Latina.

Tais autores destacaram que os sistemas de saúde dos países da América Latina assemelham-se pela desigualdade no acesso aos serviços, o que é corroborado por estudos que demonstram que as pessoas mais ricas usam mais os serviços de saúde que as pobres. Em razão das iniquidades desses sistemas, ainda que com características e estratégias próprias, na visão dos autores, vários países da América Latina promoveram reformas no curso da década de 1990 com o objetivo de atingir maior equidade (CUBILLOS et al., 2012).

Atualmente, a América Latina passa por um processo de rápido envelhecimento da população e transição epidemiológica, levando ao aumento das doenças crônicas nas populações, o que tem pressionado os sistemas de saúde a aumentar suas capacidades e investimentos no setor. Paralelamente, a população tem-se tornado mais esclarecida e demandado aos governos políticas públicas que tornem efetivos os direitos humanos. No entanto, a despeito das

²⁶ “[...] there is a tension between the type of analysis needed to solve complex and multifaceted social problems and techniques used in the judicial process to gather, process, and evaluate information” (MANFREDI, MAIONI, 2002, p. 216).

necessidades de investimento e das exigências da população, os gastos *per capita* dos países da região mostram-se inferiores aos de outros países (CUBILLOS et al., 2012).

Diante desse quadro de resposta insuficiente dos governos às demandas de suas populações, os autores afirmaram que o padrão de crescimento da judicialização no setor da saúde tende a se manter.²⁷

De acordo com os autores, nos países pesquisados, as ações têm por objeto, principalmente, pedidos de cuidados curativos e são promovidas por pessoas que vivem nas regiões socialmente menos vulneráveis. De forma menos frequente – mas que merece destaque, por sua importância –, foram identificadas decisões judiciais que apreciaram a estrutura e o funcionamento dos sistemas de saúde e contribuíram para o fortalecimento desse direito, casos esses que ocorreram no Chile, no Brasil e na Colômbia (CUBILLOS et al., 2012).

Examinando os impactos da judicialização da saúde nos países pesquisados, Cubillos e outros afirmaram, entre os pontos positivos, que o fenômeno tem tido o mérito de assegurar imperatividade ao direito à saúde e contribuir para a conscientização da sociedade para os direitos fundamentais e as responsabilidades dos governos. Além disso, a judicialização permite a apreciação da constitucionalidade das políticas de saúde e acarreta uma análise crítica das políticas governamentais. Por fim, em muitos casos, logra-se êxito na indução de políticas públicas e atualização daquelas existentes, sendo exemplo clássico da primeira hipótese o avanço das políticas públicas para pessoas com HIV e AIDS na região, como ocorreu no Brasil (CUBILLOS et al., 2012).

De outro lado, os impactos financeiros e a desigualdade no acesso à Justiça são as principais críticas direcionadas à judicialização da saúde. Segundo os autores, os estudos apontam um elevado gasto de recursos públicos com reduzido contingente de pessoas, em decorrência das decisões judiciais. Esse impacto financeiro, por vezes, não é percebido pelo Poder Judiciário, visto que decorre do efeito cumulativo das muitas decisões que, na sua maioria, são proferidas em ações individuais. Ainda, esse elevado dispêndio de recursos públicos tem coincidido com as áreas em que há maior interesse da indústria farmacêutica na obtenção de mercados consumidores, o que indica uma possível indução de consumo, sobretudo levando-se em

²⁷“If health systems are not able to adequately respond to these pressures, the trend of increase judicialization of health is not only likely to continue, but to increase.”(CUBILLOS et al., 2012, p. 393)

conta que, não raro, as decisões judiciais baseiam-se em prescrições de médicos assistentes, deixando de lado protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Nesse cenário, o gasto induzido pelo Poder Judiciário acaba por recriar e redefinir as prioridades dos sistemas de saúde, antes estabelecidas pelos gestores. Finalmente, os autores destacam também que a prevalência de ações individuais pode levar ao tratamento desigual de pessoas com a mesma condição de saúde e mesmo pedido, uma vez que as decisões proferidas geram efeitos apenas entre as partes (CUBILLOS et al., 2012).

No Brasil, muitos estudos têm sido publicados sobre o tema da judicialização do direito à saúde, seja na área jurídica, seja na das ciências da saúde, acirrando o debate acerca das razões, dos limites e das consequências do fenômeno.

Nas raízes da judicialização do direito à saúde, é comumente identificada a contradição entre a garantia em abstrato do direito à saúde e as dificuldades de acesso e baixa qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, busca-se no Poder Judiciário a efetividade do direito fundamental à saúde, como destaca Sônia Fleury, para quem “a judicialização das políticas diz respeito ao uso do recurso judicial como forma de exigibilidade do direito, denegado na prática das instituições responsáveis” (FLEURY, 2012, p. 159). A mesma opinião é compartilhada por Felipe Rangel de Souza Machado (2008) e por Felipe Dutra Asensi, para quem:

[...] a tensão inerente aos direitos sociais e, particularmente, ao direito à saúde, consiste na dicotomia existente entre os direitos garantidos formalmente e os conflitos implícitos à sua efetivação no cotidiano das práticas dos atores sociais. Isso permite a inserção das instituições jurídicas nesse processo, seja na judicialização, seja na juridicização das relações sociais. (ASENSI, 2010a, p. 183)

De seu turno, tratando da assistência farmacêutica, Fabíola Sulpino Vieira e outros (2010) apontam ainda outros motivos para o crescimento acelerado das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos, além das fragilidades da gestão:

[...] existe, por vezes, uma interpretação equivocada sobre o que venha a ser assistência farmacêutica integral e, nesse caso, o esforço dos gestores da saúde acaba sendo pouco considerado, pois as diretrizes das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica não são consideradas em sua totalidade, sobretudo no que tange a seleção de fármacos, mesmo que baseada no estabelecimento de eficácia e segurança comprovadas. (VIEIRA et al., 2010, p. 80)

Como visto, a Constituição de 1988 previu instrumentos e instituições destinados a assegurar a imperatividade de suas normas. Assim, é assegurado o direito de petição aos poderes

públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder (art. 5.º, XXXIV, “a”), assim como o acesso à Justiça em casos de lesão ou ameaça a direito (art. 5.º, XXXV). Ao Poder Judiciário incumbe, como regra, a revisão dos atos dos poderes Executivo e Legislativo.

O uso de referidos instrumentos, acompanhado do desenvolvimento do novo direito constitucional e da discrepância entre os direitos assegurados na Constituição e a realidade social, deflagrou um movimento de judicialização de demandas por direitos fundamentais e atuação do Poder Judiciário no sentido de buscar o cumprimento do texto constitucional. Essa judicialização tem sido potencializada no que se refere ao direito à saúde, levando-se a afirmar que houve um movimento pendular da falta de efetividade para a judicialização excessiva, capaz, para alguns, de comprometer “a própria continuidade das políticas de saúde pública, desorganizando a atividade administrativa e impedindo a alocação racional dos escassos recursos públicos” (BARROSO, 2007b, p. 34).

As consequências da judicialização da saúde têm sido objeto de estudos no âmbito da saúde pública que problematizam sua real contribuição para a efetividade do direito em comento na medida em que, não raramente, as decisões judiciais, sobretudo no que se refere à assistência farmacêutica, impõem o fornecimento de produtos não contemplados nas políticas de saúde, alguns cuja eficácia não é comprovada, e ainda insumos que, por vezes, contam com alternativas terapêuticas no SUS (MACHADO, M., 2011). Além disso, ressalta-se que esse movimento reflete a alta medicalização do cuidado e o protagonismo dos profissionais de medicina, que acabam, por meio dos pacientes, utilizando-se do Poder Judiciário como instância para impulsionar a incorporação de tecnologias pelo Poder Público, sobrepondo a lógica capitalista da demanda à exigência de gestão baseada nas necessidades da população (ANDRADE et al., 2008). Nesse contexto, Daniel Faleiros e outros (2008), em estudo feito com base em ações promovidas em face da União, voltadas para a assistência farmacêutica, destacam a existência de decisões capazes de colocar em risco a saúde do próprio autor da ação (FALEIROS et al., 2008). De sua vez, Orozimbo Henriques Campos Neto (2012), em dissertação de mestrado que analisou as ações judiciais por anticorpos monoclonais em Minas Gerais entre 1999 e 2009, identificou indícios de uma possível articulação entre médicos prescritores e advogados com o objetivo de obter decisões judiciais que determinem o

fornecimento de medicamentos em benefício de seus fabricantes, hipótese que também foi levantada por Marina Amaral de Ávila Machado (2011).

Ana Luiza Chieffi e Rita de Cássia Barradas Barata (2009) afirmam que a judicialização tem efeitos contrários à distribuição equitativa dos cuidados de saúde. Em estudo realizado sobre as ações judiciais promovidas em face do Estado de São Paulo em trâmite na comarca da capital, as autoras concluíram que as demandas judiciais privilegiam pessoas com menor vulnerabilidade social. Para elas, muitas ordens judiciais garantem “a poucos indivíduos determinados serviços que não são oferecidos pelo SUS, beneficiando-os. Tais decisões interferem de forma negativa na organização do SUS” (CHIEFFI, BARATA, 2009, p. 1840). Essa posição é compartilhada por Cesar Victora e outros (2011), para os quais “interferências por parte do judiciário violam o princípio básico de equidade no SUS, ao privilegiar indivíduos com maior poder aquisitivo e maior acesso a informações, boicotar práticas racionais de prescrição e subtrair recursos das áreas prioritárias” (VICTORA et al., 2011, p. 99).

Em contrapartida, Sônia Fleury (2012) defende que a judicialização pode produzir efeitos benéficos para o SUS. Segundo ela, o Poder Judiciário tem sido acionado em ações coletivas que visam contribuir para a estruturação do sistema de saúde, reafirmando seus fundamentos. Assim, torna-se necessário evitar que a judicialização do direito à saúde seja fonte de iniquidades; porém, “está na hora de apoiar a judicialização que garanta a tutela coletiva do direito à saúde, ainda mais quando este se encontra ameaçado com as constantes investidas privadas no interior do sistema público” (FLEURY, 2012, p. 161).

Esse cenário polêmico e conflituoso gerou no direito discussões sobre os limites da atuação do Poder Judiciário na implementação do direito à saúde. Muitos parâmetros já foram propostos, sendo ponto comum que o direito à saúde não é absoluto e que o acesso à assistência terapêutica integral não consiste na disponibilidade de todo e qualquer procedimento ou produto. Assim, já se propôs que as decisões judiciais se limitassem à dispensação de fármacos constantes de protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e elencos oficiais (BARROSO, 2007b; WEICHERT, 2010). Tem sido recorrente a proposta de que os procedimentos ou produtos pleiteados, para serem dispensados, exigem prova de sua eficácia, sendo indevida a condenação do Estado a fornecer tratamentos experimentais (FIGUEIREDO,

2007; BARROSO, 2007b; LIMA, 2008; SARLET, FIGUEIREDO, 2008). Alguns entendem que o Poder Judiciário deveria ter como parâmetro a imprescindibilidade da prestação pleiteada para a manutenção da vida (BARROSO, 2007b), ganhando maior relevância, sobretudo, nos casos em que se mostra urgente (SARLET, 2002). Também é comum a defesa de que somente se poderia condenar o Estado a dispensar prestações relacionadas ao direito à saúde para as pessoas carentes ou hipossuficientes (OLIVEIRA, F., 2007; FIGUEIREDO, 2007; RAMOS, 2005; SARLET, FIGUEIREDO, 2008; LIMA, 2008). Finalmente, defende-se que a efetividade do direito à saúde, como de resto de outros direitos fundamentais sociais, deve levar em conta a capacidade financeira e orçamentária do Estado (reserva do possível), muito embora se entenda que o ônus de prova desse argumento fica a cargo do Poder Público e que essa objeção não pode comprometer o acesso das pessoas a um mínimo existencial, representativo das prestações imprescindíveis para a vida com dignidade (SARLET, FIGUEIREDO, 2008).

Diante das controvérsias envolvendo as decisões judiciais relativas ao direito à saúde, o Ministro Gilmar Mendes, então presidente do Supremo Tribunal Federal (STF), convocou audiência pública no ano de 2009 com o objetivo de colher informações de gestores, acadêmicos do direito e das ciências da saúde, instituições jurídicas e organizações da sociedade civil sobre o tema. Com essas informações, Gilmar Mendes, que era o relator do agravo regimental na suspensão de tutela antecipada 175 (STA 175-AgR), elaborou voto que foi seguido por seus pares e que consolida a jurisprudência do STF sobre o direito à saúde, servindo ainda de orientação para os julgamentos de outros magistrados.

Em síntese, Gilmar Mendes ressaltou que os debates relativos à efetividade do direito à saúde envolvem sua natureza prestacional e a necessidade de compatibilizá-lo com as noções de mínimo existencial e reserva do possível. Ainda que se trate de tema intrincado, destacou, contudo, que, no Brasil, os direitos fundamentais sociais não enfrentam desafios que são encontrados no direito comparado, já que há constituições que não os preveem de forma expressa ou não lhes asseguram eficácia plena. No Brasil, ao contrário, os direitos sociais estão sujeitos ao mesmo regime jurídico dos demais direitos fundamentais, como já se destacou neste trabalho (BRASIL. Supremo..., 2010).

Examinando o direito à saúde, Gilmar Mendes ratificou tratar-se de direito de todos, o que implica admitir dimensões individual e coletiva. Quanto a seu caráter individual, lembrou que a jurisprudência do STF já assentou que a interpretação de norma programática não pode torná-la promessa constitucional inconsequente, incumbindo ao Poder Judiciário o deferimento de prestações no caso de descumprimento dos deveres constitucionais pela administração pública. Todavia, destacou que esse direito fundamental não é independente de políticas públicas e não é absoluto, de forma que não pode comprometer o SUS (BRASIL. Supremo..., 2010).

Para o Ministro Gilmar Mendes, o tema da judicialização deve ser melhor colocado em termos de falta de implementação de políticas já concebidas:

Esse foi um dos primeiros entendimentos que sobressaiu nos debates ocorridos na Audiência Pública Saúde: no Brasil, o problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial do efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes. (BRASIL. Supremo..., 2010)

Assim, partindo para a propositura de parâmetros para as decisões judiciais, afirmou que o primeiro dado a ser considerado é a existência ou não de política pública. Caso exista política pública, o Poder Judiciário, julgando procedente o pedido, está apenas determinando seu cumprimento, e não criando política pública, razão pela qual não há que se falar em indevida ingerência nas competências dos outros poderes. Nesses casos, há que se reconhecer a existência de um direito subjetivo à prestação prevista na política pública (BRASIL. Supremo..., 2010).

Com relação a pedidos não contemplados pelas políticas de saúde, destacou a existência de vedação para a administração pública fornecer medicamento que não tenha registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), impedimento que pode, contudo, ser afastado em casos excepcionais. Afirmou ainda que se deve considerar a existência de tratamento alternativo disponível pelo SUS, já que não há, para o Estado, o dever de fornecer todo e qualquer tratamento ou produto, sob pena de comprometimento da universalidade do direito à saúde (BRASIL. Supremo..., 2010). Todavia, admitiu a possibilidade de revisão dos protocolos clínicos e elencos oficiais para contemplar necessidades individuais específicas:

Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a

determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso. (BRASIL. Supremo..., 2010)

Mesmo em se tratando de prestação que não conte com alternativa terapêutica no SUS, o Estado não pode ser condenado ao fornecimento de tratamentos experimentais. No entanto, destacou o Ministro que a falta de protocolo clínico que discipline o tratamento para determinada patologia não significa que o Estado está dispensado de fornecer tratamentos que venham a se mostrar eficazes:

Parece certo que a inexistência de Protocolo Clínico no SUS não pode significar violação ao princípio da integralidade do sistema, nem justificar a diferença entre as opções acessíveis aos usuários da rede pública e as disponíveis aos usuários da rede privada. Nesses casos, a omissão administrativa no tratamento de determinada patologia poderá ser objeto de impugnação judicial, tanto por ações individuais como coletivas. No entanto, é imprescindível que haja instrução processual, com ampla produção de provas, o que poderá configurar-se um obstáculo à concessão de medida cautelar. (BRASIL. Supremo..., 2010)

Verifica-se, pois, que essa decisão tenta compatibilizar as objeções feitas à judicialização do direito à saúde com os direitos e as garantias fundamentais de indivíduos e grupos, decorrentes do texto constitucional e da organização do Estado brasileiro.

Ainda assim, é visível que a judicialização tem grande reação dos gestores do SUS. Nesse sentido, mesmo após o voto proferido pelo Ministro Gilmar Mendes, que assentou o caráter não exauriente, mas meramente orientador de protocolos clínicos e de diretrizes terapêuticas, foi promulgada a Lei n.º 12.401/11 e expedido o Decreto n.º 7.508/11, os quais tratam da regulação da integralidade da atenção e, em ambos os casos, busca-se limitá-la ao conteúdo dos protocolos clínicos, das diretrizes terapêuticas e dos elencos do SUS, medida essa que pode implicar graves transgressões à Constituição.²⁸

É perceptível, pois, o conflituoso cenário, que confronta a necessidade de implementar a política de saúde e assegurar a efetividade das normas constitucionais com a complexidade do ambiente sanitário e da gestão do sistema de saúde.

²⁸ A Lei n.º 12.401/11 e o Decreto n.º 7.508/11 foram analisados em trabalho de autoria deste autor, especialmente dedicado ao tema, no qual se marcou posição pela necessidade de se admitir o caráter meramente orientador, e não limitador, dos protocolos clínicos, das diretrizes terapêuticas e dos elencos oficiais. Confira-se OLIVEIRA, L., 2013a.

2.5 MINISTÉRIO PÚBLICO E DIREITO À SAÚDE

2.5.1 Ministério Público: origens e perfil atual

As origens do Ministério Público são bastante discutidas pela doutrina jurídica especializada. Segundo Hugo Mazzilli (2007) e Marcelo Pedroso Goulart (1998), há estudiosos que identificam o exercício de funções similares às do Ministério Público na civilização egípcia, há mais de 4 mil anos, bem como na antiguidade clássica, ao examinarem a atividade de funcionários designados por reis para a defesa de seus interesses e o desempenho da acusação criminal (GOULART, 1998; MAZZILI, 2007). Nada obstante, para muitos, o Ministério Público nasceu no Século XIV, na França, por meio da Ordenança de 25 de março de 1302, do rei Felipe IV. Naquele período, os soberanos começaram a instituir tribunais regulares para declarar a Justiça em seu nome, fazendo-se necessária uma instituição que pudesse promover os interesses da Coroa e, posteriormente, exercer a acusação criminal (GOULART, 1998; MAZZILI, 2007). A partir dessas raízes é que foi sendo definida a instituição do Ministério Público.

Da representação dos interesses da Coroa, o Ministério Público evoluiu para a defesa dos interesses do Estado e, modernamente, do interesse público, resguardado ainda, no campo penal, o exercício da acusação criminal (GOULART, 1998). Tratando da atuação do Ministério Público no processo civil – seara que interessa a este trabalho –, José Marcelo Menezes Vigliar (1999), em estudo que trata da instituição em países da Europa continental (Espanha, Portugal, Alemanha, Itália e França), América Latina (Uruguai, Paraguai, Argentina, México, Bolívia, Venezuela, Chile, Colômbia), incluindo a análise do anteprojeto de código de processo civil modelo para a iberoamérica, e Estados Unidos, destaca, como traço comum, a atuação, seja como órgão agente, seja como interveniente, quando presente e em defesa de um interesse público (VIGLIAR, 1999). Luís Roberto Proença (1999), de seu turno, examinando o Ministério Público dos Estados Unidos, ressalta que a instituição estadunidense tem características bastante peculiares em relação à brasileira, tendo aquela ativa atuação como parte e menor como interveniente, dedicando-se, em especial, às demandas de interesse coletivo/social (PROENÇA, 1999).

O Ministério Público brasileiro passou por grandes transformações até se consolidar como instituição de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos da Constituição de 1988. Nesse sentido, a instituição partiu da função exercida por seus membros de representantes do Executivo, ainda no Império, para a defesa dos interesses sociais e dos valores democráticos, nos tempos atuais. Essa evolução fez-se a partir das novas demandas sociais e da progressiva conquista de autonomia e independência em relação aos demais poderes do Estado (GOULART, 1998).

As transformações pelas quais passou o Ministério Público brasileiro foram sendo promovidas paulatinamente, a partir de alterações na legislação infraconstitucional, até se consolidarem no texto da Constituição de 1988 e de outras leis que regularam seus dispositivos. Assim, o caminho do Ministério Público para a defesa dos interesses da sociedade tem início com o Código de Processo Civil (CPC), de 1973, no qual se exige a intervenção do Ministério Público de forma ampla em todas as ações em que houver interesse público evidenciado pela natureza da lide ou qualidade da parte (art. 82, III, do CPC).

Relativamente à defesa dos interesses transindividuais – dentre os quais se pode incluir o direito à saúde –, a atuação do Ministério Público começa a ser definida a partir da Lei n.º 6.938/81, que dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente e prevê a legitimidade do Ministério Público para promover ações para responsabilidade civil e penal por danos causados ao meio ambiente. Seguindo a mesma direção, a Lei Complementar n.º 40/81 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público)²⁹ assegurou à instituição a propositura da ação civil pública nos termos da lei, muito embora o instrumento ainda não tivesse seus contornos definidos (ARANTES, 1999).

Coube à Lei n.º 7.347/85 dispor sobre a ação civil pública. Referida lei trata da 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, por infração da ordem econômica e à ordem urbanística, como, de resto, para tutela de outros interesses difusos e coletivos. A ação civil pública fez ingressar no ordenamento jurídico brasileiro um instrumento para tutela de direitos cuja titularidade ultrapassa a esfera individual e permitiu

²⁹ Atualmente, a Lei complementar n.º 40/81 está revogada. A Lei Orgânica Nacional do Ministério Público em vigor é a Lei n.º 8.625/93. O Ministério Público da União ainda dispõe da Lei complementar n.º 75/93 e, em cada Estado da federação, os Ministérios Públicos são regidos por uma diferente lei orgânica estadual.

sua utilização, naquela época, por entes estatais, pelo Ministério Público e por associações legalmente constituídas há pelo menos um ano e que tenham por objeto a tutela dos interesses coletivos. O largo uso desse instrumento, posteriormente previsto em outros importantes textos legislativos, como o Código de Defesa do Consumidor, o Estatuto da Criança e do Adolescente e o Estatuto do Idoso, consolidou o perfil do Ministério Público de defensor dos interesses sociais e fez com que a instituição se tornasse ator relevante no processo político, desencadeando “um processo mais amplo de judicialização de conflitos políticos e, no sentido inverso, de politização do sistema judicial” (ARANTES, 1999, p. 83).

A consolidação das transformações pelas quais o Ministério Público passou teve lugar na Constituição de 1988. Inicialmente, destaca-se que o Ministério Público ganhou configuração institucional de função essencial à Justiça, sendo dotado de autonomia administrativa e financeira, além de independência funcional (art. 127 da CR/88). Seus membros dispõem das mesmas garantias atribuídas aos membros do Poder Judiciário, em razão do que exercem suas atribuições com autonomia, inclusive em relação aos órgãos internos, já que a hierarquia existente se limita aos aspectos administrativos, deixando de envolver a atividade finalística.

A instituição recebeu a incumbência de defender a ordem jurídica, o regime democrático e os interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, *caput*, da CR/88). Entre outras, o Ministério Público tem as funções institucionais de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia” e “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” (art. 129, II e III, da CR/88). No exercício dessas funções, o Ministério Público toma medidas voltadas para a efetividade de direitos fundamentais em face de particulares e do Poder Público. A importância dessa atuação, sobretudo quando envolvidos direitos coletivos e difusos, é destacada por Marcelo Goulart, para quem “a defesa de interesses coletivos e difusos implica, em regra, interferência em relações estruturais, portanto, nas relações de produção, de poder e de saber” (GOULART, 1998, p. 104), devendo ser prestigiada pela instituição.

Em razão da evolução institucional do Ministério Público brasileiro, Maria Tereza Sadek afirma sua singularidade em relação a similares de outros países (SADEK, 2009), opinião essa

compartilhada por Rogério Bastos Arantes, que destaca, como traços distintivos, o amplo conjunto de atribuições na defesa de interesses coletivos e a independência institucional existente para a atuação na área cível (ARANTES, 2012).

Atualmente, portanto, o Ministério Público brasileiro consolidou-se como instituição de defesa dos interesses sociais e de fiscalização dos demais poderes. A autonomia funcional, administrativa e financeira faz com que a instituição, mesmo se inserindo no aparato estatal, possa agir com independência no exercício de suas atribuições constitucionais.

2.5.2 Formas de atuação do Ministério Público

Os membros do Ministério Público dispõem de diversos instrumentos para o exercício de suas atribuições, o que permite a atuação em juízo ou fora dele. Desde o texto da Constituição, passando pela Lei n.º 7.347/85, pela Lei n.º 8.625/93, pela Lei complementar n.º 75/93 e pelas leis estaduais, como a Lei complementar estadual n.º 34/94, de Minas Gerais, constata-se a disponibilidade de medidas que podem levar à solução negociada de demandas, assim como buscar a observância de normas e direitos por meio dos mecanismos que garantam sua imperatividade, valendo-se dos instrumentos de coerção estatal. Conforme a prevalência de uma ou outra estratégia de atuação, Marcelo Pedroso Goulart (1998) classificou dois modelos: Ministério Público demandista e Ministério Público resolutivo.³⁰

Tradicionalmente, a atuação do Ministério Público usa o Estado como marco de referência, vale-se do Poder Judiciário como espaço exclusivo de atuação e o direito posto pelo Estado como única fonte normativa (GOULART, 1998). Como decorrência, tem-se o modelo de Ministério Público demandista, o qual adota, como horizonte, a atuação perante o Poder Judiciário, seus membros orientam-se como meros agentes processuais e transferem para o Poder Judiciário as questões que lhe são postas pela sociedade e dele se torna dependente (GOULART, 1998).

De outro lado, Marcelo Pedroso Goulart enxerga as possibilidades de uma nova forma de atuação, qual seja, o modelo de Ministério Público resolutivo. Para tanto, a instituição “deve atuar levando em conta o mundo globalizado” (GOULART, 1998, p. 111) e “aprender a lidar

³⁰ Também adotam essa classificação em estudos sobre o Ministério Público Gregório Assagra Almeida (2012) e João Gaspar Rodrigues (2012).

com a complexa realidade normativa, reconhecendo-a e articulando-a com o direito positivo, no sentido de afirmar, política e juridicamente, em novos espaços de negociação, os interesses da cidadania e buscar sua efetividade” (GOULART, 1998, p. 111). No modelo resolutivo, o Ministério Público busca a solução direta das questões afetas aos interesses sociais, esgotando as possibilidades políticas e administrativas, e atua de forma integrada e em rede. Assim, prestigiando a atuação desjurisdicionalizada, o Ministério Público busca a solução judicial apenas quando esgotadas as possibilidades (GOULART, 1998).

Examinando os instrumentos disponíveis para utilização pelo membro do Ministério Público, mostra-se possível classificar o modelo de atuação conforme prevalecer o uso da estratégia judicial ou extrajudicial, cujas medidas estão distribuídas no quadro abaixo.

Quadro 1 – Modelos de atuação do Ministério Público, segundo a utilização dos instrumentos de atuação disponíveis no ordenamento jurídico brasileiro

<i>Ministério Público demandista</i>	<i>Ministério Público resolutivo</i>
Ação penal pública	Acordo referendado pelo Ministério Público
Ação civil pública	Atendimento ao público
Ação de inconstitucionalidade	Audiências públicas
Ação para fins de intervenção do Estado nos municípios	Recomendações
Manifestações em processos	Medidas administrativas para a garantia de direitos fundamentais
Mandado de segurança	Compromissos de ajuste de conduta
Interposição de recursos	

Elaboração própria

Analisando as possibilidades de atuação do Ministério Público e aproximando-se dessa classificação, Cátia Aida Silva (2001), em estudo sobre o Ministério Público do Estado de São Paulo, logrou êxito em identificar dois tipos ideais de promotores de justiça na defesa de direitos e interesses coletivos e sociais: promotores de fatos e promotores de gabinete. Segundo a autora:

As novas atribuições constitucionais do Ministério Público na defesa de interesses metaindividuais resultam, conforme o grupo estudado, em distintas formas de atuação, devido à abrangência da legislação recente e à independência funcional – que garante,

como vimos no cotidiano dos promotores, uma considerável autonomia dos membros do Ministério Público. O tipo promotor de fatos indica a tendência do alargamento das funções dos promotores para muito além da esfera jurídica, tornando-os verdadeiros articuladores políticos nas comunidades em que trabalham. O tipo promotor de gabinete indica a leitura das novas atribuições do promotor dentro das fronteiras da esfera jurídica, definindo-o como agente judiciário cuja prioridade é o trabalho “processual” – propor e acompanhar medidas judiciais – e cuja ação na defesa dos interesses metaindividuais se dá, sobretudo, pela via judicial. (SILVA, 2001, p. 140)

É possível perceber certa correspondência entre os modelos de atuação classificados por Marcelo Goulart e os tipos ideais de promotores de justiça identificados por Cátia Aida Silva. Nesse sentido, há uma correlação entre as atividades do promotor de gabinete e o modelo de Ministério Público demandista, assim como entre o promotor de fatos e o modelo de Ministério Público resolutivo.

À luz da teoria crítica dos direitos humanos, Rodrigo Cançado Anaya Rojas (2012) discute como o Ministério Público deve se conduzir para promover a efetividade dos direitos metaindividuais – dentre os quais se inclui o direito à saúde – e agir com legitimidade social. Para ele, os direitos humanos e os direitos fundamentais são produtos culturais, decorrentes de processos culturais, construídos a partir de práticas sociais que pressupõem espaços para a participação popular. Dessa forma, não compõem elencos fechados nem têm conteúdo homogêneo e definitivo. Sendo assim, para torná-los efetivos, o Ministério Público deve levar em conta não apenas as condições para eficácia jurídica estatal, mas também a normatividade não estatal e os contextos culturais.

Incumbe ao Ministério Público atuar como agente transformador da realidade social. Para isso, “firmará compromisso permanente, crescente e irreversível com a construção de processos culturais empoderadores e emancipadores de todo o corpo social, de maneira plural, aberta e em completa participação” (ROJAS, 2012, p. 145).

Na prática, propõe-se que a judicialização não seja a única via a ser utilizada pelo membro do Ministério Público em relação às demandas que lhe forem apresentadas, mas apenas uma das muitas possibilidades. É necessário considerar outras estratégias que permitam efetivar os direitos coletivos a partir de uma prática participativa, estabelecendo-se entre as pessoas uma relação sujeito-sujeito, sendo certo que “o campo mais fértil de atuação com potencial transformador é o espaço extrajudicial, onde as soluções podem ser melhor construídas coletivamente” (ROJAS, 2012, p. 165). É necessário agir com sensibilidade para tratar as

demandas, uma vez que “as soluções não estão previamente colocadas e devem ser costuradas, em processos dialógicos e abertos” (ROJAS, 2012, p. 165).

A defesa de uma atuação do Ministério Público segundo um modelo resolutivo é fortemente enfatizada por João Gaspar Rodrigues (2012). Para o autor, o Ministério Público tem sua atuação fortalecida quando atende, com eficiência, aos interesses da sociedade. Para tanto, a instituição tem o desafio de, a um só tempo, agir com independência em relação aos demais poderes do Estado e desenvolver trabalho cooperativo com outras instituições do Estado e da sociedade civil.³¹ No trato das matérias que lhe são afetas, o Ministério Público deve ser proativo e resolutivo. Assim, cabe ao membro da instituição abandonar o modelo burocratizado e processual de atuação e prestigiar os mecanismos extrajudiciais de atuação (RODRIGUES, 2012).

Resta perceptível, portanto, que a utilização de um ou outro modelo de atuação pelo Ministério Público poderá gerar diferentes resultados para a efetivação do direito à saúde.

2.5.3 Ministério Público e direito à saúde

O texto da Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que reformulou o sistema de saúde brasileiro e deu novo perfil ao Ministério Público, criou entre ambos uma vinculação essencial, o que levou a instituição a ter, ao longo do tempo, crescente atuação na cena sanitária. Com efeito, a formatação do Ministério Público para a defesa dos interesses da sociedade impõe que a instituição esteja atenta para a efetividade do direito à saúde em conformidade com o texto constitucional, visto tratar-se de direito social de altíssima relevância e diretamente conectado ao direito à vida. Para não deixar nenhuma dúvida, ressalta-se que foi atribuído ao Ministério Público o papel de fiscal dos serviços de relevância pública, qualificação essa atribuída expressamente às ações e aos serviços de saúde, sejam eles públicos, sejam eles privados (art. 197 da CR/88). Na verdade, sendo o Ministério Público instituição prevista na Constituição para assegurar a imperatividade de suas normas,

³¹ A intersetorialidade mostra-se de fundamental importância para que o Ministério Público possa atingir seus objetivos, visto tratar-se de uma exigência prática para se lidar com os complexos problemas da pós-modernidade. Segundo o autor: “A necessidade de coordenação do Ministério Público com outros órgãos e entidades, funda-se também na perspectiva moderna do relativo descrédito do conhecimento cartesiano e setorial que já não consegue trabalhar com a multiplicidade de variáveis que tornam os problemas sociais impossíveis de uma leitura pela visão unilateral ou escoteira de uma instituição especializada.” (RODRIGUES, 2012, p. 22)

deve ter especial atenção no que se refere à efetividade dos direitos fundamentais, dentre os quais o direito à saúde.

Muitos estudos sobre a atuação do Ministério Público brasileiro voltada para a efetividade do direito à saúde têm sido publicados. De início, destacam-se as análises que tratam da aproximação da instituição dos Conselhos de Saúde e de sua atuação na mediação dos conflitos e tensões entre os atores sociais do setor da saúde: usuários, gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço, entidades da sociedade civil organizada, entre outros.

Felipe Rangel de Souza Machado (2005) destaca o amadurecimento da instituição, que reconhece a limitação dos conhecimentos jurídicos e da atuação ordinária das instituições jurídicas como insuficientes e inadequadas para se lidar com as demandas de saúde, sobretudo quando se tem o objetivo de diminuir a distância entre os direitos legislados e seu exercício na prática. Diante dessas limitações, o Ministério Público busca atuar de forma alinhada com a sociedade civil, em especial participando das reuniões e apoiando Conselhos de Saúde. Essa forma de atuar, que não dissocia a instituição da sociedade, gera frutos para ambos os lados. Para a sociedade civil e os Conselhos de Saúde, há benefícios decorrentes do aprendizado das demandas jurídicas e fortalecimento de sua autoridade junto aos gestores por meio de uma atuação mais consistente. De outro lado, a associação do Ministério Público à sociedade civil e, em especial, aos Conselhos de Saúde, que são os órgãos formais de controle social no SUS, agrega à instituição uma maior legitimidade para sua atuação (MACHADO, F., PINHEIRO, GUIZARDI, 2005).

Para o autor, essa atuação do Ministério Público como mediador de demandas sociais mostra-se particularmente adequada em se tratando dos debates em torno da implementação das políticas de saúde:

O direito à saúde escapa aos conceitos tradicionais inerentes ao direito liberal, e para sua materialização são exigidas soluções que extrapolam a ordem jurídica, pois se relacionam a questões políticas, uma vez que constituem interesses de natureza coletiva e pública. O MP tem o potencial de representar o estabelecimento de um tipo diferenciado de *interlocução* no plano da formulação de políticas públicas. O papel principal desempenhado por essa instituição tem sido a mediação dos conflitos existentes entre a sociedade civil (principalmente a partir dos conselhos de saúde) e a própria gestão dos serviços, tornando-se, desta maneira, um *canal de diálogo*. (MACHADO, F., PINHEIRO, GUIZARDI, 2005, p. 59)

Em estudo sobre as estratégias das instituições jurídicas na área da saúde, Felipe Dutra Asensi (2010b) identificou estratégias de trabalho para além do fenómeno da judicialização da saúde, atualmente na pauta dos gestores e sanitaristas. Ressalta o pesquisador a utilização pelo Ministério Público de mecanismos que, a par de contribuírem para a efetividade do direito à saúde, criam espaços para uma construção dialogada, com participação social:

No contexto brasileiro, o Ministério Público recebeu destaque enquanto instituição jurídica envolvida no processo de efetivação da saúde enquanto direito. De uma maneira geral, o MP desenvolve a capacidade institucional de criar um espaço de diálogos ao possibilitar a comunicação entre os principais atores que compõem o processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas públicas em saúde. A atitude ativa e dialógica que alguns membros do MP adotam permitiu resultados positivos na horizontalização da relação entre Estado e sociedade, sobretudo porque permite pensar em novos arranjos institucionais que não necessariamente conduzem à judicialização das demandas em saúde. Isso tem permitido ao MP superar uma lógica de efetivação centrada no juiz e propor outras alternativas de atuação calcadas na ideia de juridicização das relações sociais. (ASENSI, 2010b, p. 50)

A intersetorialidade tem sido outra característica destacada do Ministério Público quando atua na defesa do direito à saúde. Tratando de medidas para o controle de infecções hospitalares, Paulo de Tarso Puccini põe em destaque o papel das instituições jurídicas para a efetividade do direito à saúde e realça a atuação do Ministério Público a partir do perfil que foi consolidado pela instituição. Assim, por meio da utilização dos instrumentos de atuação judicial e extrajudicial para a defesa dos direitos coletivos, abre-se a possibilidade de uma verdadeira ação política de carácter singular por meio da “construção de compromissos de ajustamento de conduta, o que tem permitido que o MP atue de forma original e produtiva na defesa desses direitos transindividuais instituídos por lei” (PUCCINI, 2011, p. 3047).

Há que se destacarem, ademais, os trabalhos que versam sobre a atuação do Ministério Público em defesa da saúde do trabalhador, que ratificam a proposta de atuação intersetorial. Nesses estudos, são abordadas as contribuições do Ministério Público do Trabalho na cena sanitária.

Carlos Minayo-Gomez (2011) descreve as contribuições do trabalho intersetorial de diversos atores sociais em benefício das condições de vida e saúde do trabalhador do setor sucroalcooleiro. Trata-se de grupo de pessoas sujeito a uma espécie de trabalho estafante, em que são comuns graves acidentes de trabalho. Além disso, trata-se de mão de obra migrante, que se desloca para as áreas de cultivo da cana-de-açúcar nos períodos de safra, submetendo-se, assim, a condições de vida degradantes.

Nesse contexto, foi destacada a atuação do Ministério Público do Trabalho visando ao enfrentamento dos problemas vivenciados pelos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. No desempenho de suas atribuições, os membros do Ministério Público valeram-se da estratégia de articulação com outras instituições, assim como da utilização da audiência pública como forma de diagnóstico das demandas e instrumento para se permitir a participação dos interessados. Além disso, a partir de conhecimentos científicos produzidos por outros atores, a instituição se valeu da celebração de compromissos de ajuste de conduta com as empresas para, entre outras medidas, assegurar remuneração diária mínima para os trabalhadores, que são pressionados pela remuneração por produção. Ainda com o uso do compromisso de ajuste de conduta, os municípios da região de Piracicaba assumiram as obrigações de mapear as moradias irregulares dos trabalhadores e fiscalizar periodicamente, segundo diretrizes propostas, condições sanitárias e cumprimento de direitos trabalhistas. No plano judicial, também foram propostas ações civis públicas contra as empresas para se assegurarem direitos trabalhistas (MINAYO-GOMES, 2011).

Ada Ávila Assunção e outros (2006) relatam a importância da atuação intersetorial entre o Ministério Público do Trabalho, a Universidade Federal de Minas Gerais e o Ministério do Trabalho e Emprego na defesa dos direitos da categoria dos teleatendentes em Minas Gerais. Essa articulação foi construída no curso de procedimento prévio investigatório conduzido pelo Ministério Público do Trabalho. A realização de estudo ergonômico, que descreveu a associação entre morbidades e as condições de trabalho, constituiu peça fundamental para a atuação do Ministério Público e do Ministério do Trabalho e Emprego. Os autores reconhecem, inclusive, que “dificilmente o setor saúde isoladamente poderia reunir empresas visando à transformação das condições de trabalho que fossem orientadas por um estudo acadêmico e apoiadas por ações de fiscalização” (ASSUNÇÃO et al., 2006, p. 600).

Merece destaque também a atuação do Ministério Público do Trabalho no combate à precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, o que acabou por induzir a formulação de política pública para o setor, que culminou com a promulgação de emenda constitucional e lei federal dispendo sobre as regras para o acesso e exercício dessa função, assim como da função de agente de combate às endemias (MOROSINI, 2007).

2.5.4 Ministério Público de Minas Gerais e direito à saúde

Em Minas Gerais, o Ministério Público estadual, há longa data, vem se organizando para atuar em defesa do direito à saúde. Nesse sentido, a Resolução PGJ n.º 11/1997 dispôs sobre a atuação dos membros do Ministério Público de Minas Gerais na fiscalização do SUS. Esse ato normativo teve o mérito de seu pioneirismo e de realçar a necessidade de atuação institucional em defesa da saúde, destacando o dever de fiscalizar o cumprimento da Lei n.º 8.080/90, a existência e o funcionamento de Conselho Municipal de Saúde e de fundo municipal de saúde, bem como a aplicação de recursos financeiros no programa saúde da família, no sistema de referência e contrarreferência e em consórcios de saúde.

Em 2002, o Ministério Público de Minas Gerais previu estruturas de apoio aos promotores de justiça capazes de traçar orientações institucionais para a atuação na cena sanitária, permitindo o relacionamento formalizado com os diversos atores sociais.

É interessante constatar que a primeira dessas estruturas, o Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais (DETRANSME), voltava-se para a atuação relacionada às políticas de saúde mental. Assim, antes mesmo de criar seu órgão representativo e de apoio na defesa da saúde pública em geral, o Ministério Público de Minas Gerais organizou-se para atuar em favor da implementação das políticas de saúde mental. Atualmente, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-Saúde) é o órgão responsável por tratar das questões afetas à área da saúde mental.

Assim, meses após a criação do DETRANSME, o Ministério Público de Minas Gerais criou o CAO-Saúde, órgão de apoio aos promotores de justiça com atuação nessa área, responsável pela articulação institucional com os atores sociais do setor da saúde. A Resolução PGJ n.º 100/2002, que criou o CAO-Saúde, previu, para o órgão, atribuições voltadas para o apoio aos promotores de justiça e para a articulação e integração internas.

No que se refere ao objeto desta pesquisa, foi possível constatar a proposta de interação e colaboração com outros atores do setor da saúde. Nesse sentido, ressalta-se a previsão de competência do órgão para “prestar atendimento e orientação às entidades com atuação na sua área”; “estabelecer intercâmbio permanente com entidades públicas ou privadas que, direta ou

indiretamente, dediquem-se ao estudo, prevenção e melhorias dos serviços e ações de saúde”; “acompanhar a política nacional e estadual referente à sua área de atuação, realizando estudos e oferecendo sugestões às entidades públicas e privadas com atribuição no setor”; “manter permanentemente contato com o Ministério da Saúde e Poder Legislativo, federal e estadual, inclusive acompanhando o trabalho das comissões técnicas encarregadas do exame de atos administrativos e projetos de lei na área de sua atuação”.

Atualmente, o Ministério Público de Minas Gerais, além de ter definida, como uma de suas atuações especializadas em defesa do cidadão, a defesa da saúde, dispõe do CAO-Saúde como órgão de apoio, tendo criado ainda as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, com previsão de 13 unidades, acompanhando o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (Resolução PGJ n.º 77/2012). Essas Coordenadorias Regionais (das quais três já foram instaladas) visam promover a integração entre os membros do Ministério Público que atuam na região sanitária, permitindo, assim, a adoção de medidas de âmbito regional com articulação com outros atores sociais.

Além disso, os membros do Ministério Público de Minas Gerais que atuam em defesa da saúde, assim como as Coordenadorias Regionais e o CAO-Saúde, organizam-se em uma Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (REDE-Saúde), voltada para o debate e a organização da atuação no setor (Resolução PGJ n.º 77/2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

Verificar qual dos modelos de atuação é o mais adequado para que o Ministério Público possa contribuir para a efetividade do direito à saúde.

Identificar o modelo de atuação do Ministério Público de Minas Gerais na defesa do direito à saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar direito à saúde e políticas de saúde no ordenamento jurídico brasileiro;
- Caracterizar as categorias Ministério Público demandista e Ministério Público resolutivo;
- Identificar as possibilidades de atuação do Ministério Público brasileiro em prol da efetividade do direito à saúde;
- Identificar as características da atuação do Ministério Público de Minas Gerais em defesa da saúde, a partir do exame do Sistema de Registro Único (SRU) e dos atos normativos de seus órgãos de cúpula.

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS GERAIS

Trata-se de pesquisa exploratória na qual se pretende desenvolver estudo interdisciplinar, envolvendo conteúdos das ciências da saúde, da ciência política e do direito.

A pesquisa insere-se na vertente teórico-metodológica jurídico-sociológica porque se destina a compreender como o Ministério Público pode contribuir para a efetividade do direito à saúde e como essa contribuição se dá na prática. Com essa proposta metodológica, como afirma Miracy Gustin, o pesquisador, “a partir do sentido de eficácia, estuda a realização concreta de objetivos propostos pela lei, por regulamentos de todas as ordens e de políticas públicas ou sociais” (GUSTIN, DIAS, 2006, p. 22).

Para atingir os objetivos, promove-se revisão bibliográfica sobre os temas que orientam a pesquisa, além de análise dos atos normativos do Ministério Público de Minas Gerais acerca de sua atuação em defesa da saúde e dos dados sobre o trabalho da instituição registrados no SRU. Os procedimentos para realização dessas atividades estão descritos a seguir.

4.2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O primeiro passo para a condução da pesquisa realizada foi promover a revisão bibliográfica sobre os temas *direitos fundamentais, políticas públicas, direito à saúde, judicialização do direito à saúde e Ministério Público*. Foram consultados estudos promovidos por outros pesquisadores, cujo acesso foi realizado por meio de pesquisa às bases ScIELO,³² BIREME³³ e CAPES³⁴ para localização de textos de interesse, através da utilização das palavras-chave “Ministério Público” e “saúde”. Sem prejuízo dessa pesquisa, ainda foram examinadas as

³² Scientific Electronic Library Online.

³³ Conforme informação disponível na página virtual http://new.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=55&lang=pt, “o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), é um centro especializado da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), orientado à cooperação técnica em informação científica em saúde. A sede da BIREME está localizada no Brasil, no *campus* central da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desde a sua criação, em 1967, conforme acordo entre a OPAS e o Governo do Brasil”.

³⁴ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

obras e os textos de referência das áreas de saúde pública, análise de políticas públicas (ciência política) e direito.

Com a revisão bibliográfica, pretende-se identificar o “estado da arte” em relação aos temas expostos nos capítulos anteriores. Além disso, busca-se definir as categorias “Ministério Público demandista” e “Ministério Público resolutivo”, conforme o órgão faça uso de instrumentos judiciais ou extrajudiciais em sua atuação, bem como identificar relatos acerca do uso dessas estratégias pelo Ministério Público em diferentes atividades.

Desse modo, os objetivos específicos relacionados ao direito à saúde e às políticas de saúde no ordenamento jurídico brasileiro, bem como a fundamentação teórica das categorias de atuação do Ministério Público, estão apresentados no conjunto da revisão bibliográfica.

4.3 DOS ATOS NORMATIVOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS SOBRE ATUAÇÃO EM DEFESA DA SAÚDE

Para identificar as características da atuação do Ministério Público de Minas Gerais em defesa da saúde e aferir quais as estratégias que predominam foram examinados os atos normativos³⁵ publicados no órgão oficial *Minas Gerais* até 31.12.2012 que tratam desse assunto.

Essa coleta de dados teve por objetivo identificar documentos (resoluções, avisos, atos, comunicados ou outros) que contenham normas que disciplinem a atuação do Ministério Público de Minas Gerais em defesa da saúde. Tais documentos trazem informações sobre a forma de organização da instituição para atuação nessa área, razão pela qual sua análise tem relevância para se aferir o perfil de atuação proposto por seus órgãos.

A busca pelos atos normativos foi feita em sete etapas com o objetivo de abranger toda a produção normativa do Ministério Público sobre sua atuação em defesa da saúde. Conforme se descreve no Anexo III, a primeira busca foi realizada com utilização do indexador “defesa da saúde” e permitiu a identificação de 16 atos normativos. A segunda busca utilizou o argumento “CAOSAÚDE” e permitiu identificar seis outros atos normativos não recuperados

³⁵ Com essa expressão pretende-se abranger todos os instrumentos de exposição de normas jurídicas internas, assim como recomendações e orientações, produzidos pelos diversos órgãos do Ministério Público de Minas Gerais sob as mais diversas formas, como portarias, resoluções, recomendações, avisos, entre outros.

na primeira busca. Em seguida, foi realizada uma terceira busca com o termo “sistema único de saúde”, que resultou na recuperação de atos normativos já identificados. A quarta busca utilizou o argumento “saúde” e levou à obtenção de seis documentos novos. A quinta busca usou o termo “saúde mental” e permitiu identificar mais um ato normativo, o mesmo ocorrendo com a sexta busca, que usou o termo “doente mental” e levou à identificação de um ato normativo. A sétima busca, com o termo “rede saúde”, não recuperou documento novo. Portanto, foram obtidos trinta documentos com as buscas realizadas.

O exame dos documentos coletados segundo o procedimento descrito acima baseou-se na técnica de análise de conteúdo, que se mostra adequada para pesquisa em documentos, conforme propõe Miracy Gustin (2006). Com efeito, as análises de conteúdo constituem “técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (MINAYO, 2010). Em síntese, “trata-se de um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento” (CAMPOS, 2004).

Seguindo a proposta de Claudiney José Gomes Campos (2004), após a coleta dos dados, os documentos foram submetidos a leituras flutuantes, com o objetivo de obter uma primeira aproximação do material. Depois disso, foram relacionados em quadro por ordem cronológica. No Anexo IV, estão presentes a data, a identificação do ato, o assunto e uma síntese dos dispositivos que dele constam e que estão relacionados à atividade do Ministério Público de Minas Gerais de defesa da saúde.

Após a elaboração do quadro, foram feitas análises de frequência simples com o objetivo de relacionar as prescrições constantes dos atos normativos com os instrumentos de atuação judicial e extrajudicial à disposição do Ministério Público, conforme as categorias “Ministério Público demandista” e “Ministério Público resolutivo”, definidas aprioristicamente. Com isso, foi possível identificar as principais características da atuação do Ministério Público de Minas Gerais, segundo seus atos normativos, e observar sua tendência em relação aos modelos demandista e resolutivo.

4.4 DOS DADOS CONSTANTES DO SISTEMA DE REGISTROS ÚNICO

Para compreender como o Ministério Público de Minas Gerais tem atuado na prática, foram extraídos dados do SRU sobre procedimentos instaurados e encerrados entre 1.º de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2012. A utilização dessas informações, que não são sigilosas, foi autorizada pelo Procurador-Geral de Justiça de Minas Gerais, conforme documento anexo.

O SRU é um *software* que permite gerenciar processos e procedimentos relativos à atuação extrajudicial e judicial (neste caso, em fase de implementação) do Ministério Público de Minas Gerais. Entre outras funcionalidades, relativamente à atuação extrajudicial, o SRU possibilita o cadastro e acompanhamento de inquérito civil,³⁶ inquérito civil eleitoral, investigação preliminar – PROCON,³⁷ notícia de fato,³⁸ procedimento administrativo de controle de constitucionalidade,³⁹ procedimento investigatório criminal,⁴⁰ procedimento preparatório,⁴¹ procedimento preparatório eleitoral, procedimento de apoio à atividade fim,⁴² procedimento de projeto social⁴³ e procedimento administrativo – PROCON.⁴⁴ Além de

³⁶ O inquérito civil é o procedimento “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”, conforme art. 1.º da Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 03/2009.

³⁷ Trata-se de procedimento preparatório para investigação na área de defesa do consumidor. Não é objeto desta pesquisa.

³⁸ A notícia de fato é a forma de registro de representações, reclamações ou outras manifestações de pessoas ou instituições para o Ministério Público. Tem caráter pré-procedimental, ou seja, antecede a instauração de inquérito civil ou procedimento preparatório; porém, como estes são dispensáveis, a partir da notícia de fato o membro do Ministério Público pode, inclusive, promover ação judicial. A notícia de fato deverá ter sua apreciação concluída pelo membro do Ministério Público em 30 dias, nos termos do art. 7.º da Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 03/2009.

³⁹ Procedimento instaurado para exame da constitucionalidade em abstrato de normas locais ou estaduais. Não é objeto da presente pesquisa.

⁴⁰ O procedimento investigatório criminal é “instrumento de natureza administrativa e inquisitória, instaurado e presidido pelo Ministério Público, e terá por fim a obtenção dos esclarecimentos necessários à apuração de infrações penais [crimes e contravenções penais] de ação penal pública”, conforme art. 1.º da Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 02/2009.

⁴¹ Trata-se de procedimento destinado à complementação de informações recebidas pelos membros do Ministério Público em representações, antes da instauração de inquérito civil, “visando apurar elementos para identificação dos investigados ou do objeto”, conforme art. 2.º, §4.º, da Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 03/2009.

⁴² Procedimento instaurado pelos órgãos de apoio do Ministério Público de Minas Gerais para atividades de orientação dos membros do Ministério Público e planejamento em suas áreas de atuação.

⁴³ “O Projeto Social objetiva, por meio de um conjunto integrado de atividades e da articulação interinstitucional, transformar uma parcela da realidade, reduzindo, eliminando ou solucionando um problema e/ou promovendo a tutela dos direitos ou interesses tuteláveis pelo Ministério Público, nos termos da Constituição da República Federativa do Brasil e da legislação aplicável”, conforme art. 1.º da Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 03/2011.

⁴⁴ Destinado à formalização das atividades administrativas do Ministério Público de Minas Gerais na defesa do consumidor. Não é objeto desta pesquisa.

contribuir para a gestão de atividades do Ministério Público de Minas Gerais, o SRU possibilita a geração de relatórios sobre os dados mantidos no sistema.

O SRU teve sua primeira regulamentação na Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 03/2007, que estabeleceu o dever de registro dos atos de instauração de inquérito civil ou de procedimento preparatório no sistema, dispensando o lançamento manual em livros da Promotoria ou Procuradoria de Justiça (art. 5.º).

Posteriormente, houve nova regulamentação do SRU na Resolução Conjunta PGJ/CGMP n.º 03/2009. Foram mantidos os mesmos contornos normativos e o dever de registro dos procedimentos e principais atos no sistema.

Convém ressaltar que o SRU permite o registro das movimentações correspondentes aos atos praticados pelos membros do Ministério Público e das soluções jurídicas que são adotadas. Com isso, é possível identificar a orientação que tem sido adotada por Promotores e Procuradores de Justiça em suas investigações, correlacionando-a às categorias “Ministério Público demandista” e “Ministério Público resolutivo”.

Como o SRU contempla o registro das atividades do Ministério Público nas diversas áreas de atuação,⁴⁵ os dados foram colhidos em relação àquelas áreas em que os procedimentos adotados pelos membros do Ministério Público têm repercussão no direito à saúde, excluída a área de direito do consumidor.⁴⁶ A seleção foi feita levando em conta referência a uma palavra-chave para registro do procedimento que diga respeito a tema de interesse da saúde pública. Dessa forma, foram utilizados dados dos procedimentos das áreas de atuação assim

⁴⁵ O SRU disponibiliza a classificação dos procedimentos para as seguintes áreas de atuação: agentes municipais (criminal), campanha contra a PEC 37, competência originária, conflitos agrários, consumidor, controle da constitucionalidade, controle externo da atividade policial (criminal), controle externo da atividade policial (cível), crime cibernético, crime organizado, criminal, cível, direitos humanos (criminal), direitos humanos (cível), educação, eleitoral, execução penal, família, fauna, fundações/terceiro setor, habitação e urbanismo, idoso, improbidade administrativa, infância e juventude, meio ambiente, ordem econômica e tributária, outros, patrimônio histórico e cultural, patrimônio público, pessoa com deficiência (criminal), pessoa com deficiência (cível), processual, PROCON – alimentos, PROCON – combustíveis, PROCON – criminal, PROCON – Finanças, PROCON – habitação, PROCON – produtos, PROCON – publicidade, PROCON – saúde, PROCON – serviço de atendimento ao consumidor, PROCON – serviços públicos e privados, PROCON – serviços regulamentados pela ANATEL, registro público, saúde, violência doméstica.

⁴⁶ A pesquisa contempla a política de saúde pública, não enveredando sobre os sistemas de saúde privado e suplementar, que têm disciplina normativa autônoma.

classificadas pelo SRU: idoso,⁴⁷ infância e juventude,⁴⁸ pessoa com deficiência (cível)⁴⁹ e saúde.⁵⁰

Com os dados coletados, pretende-se identificar o número de procedimentos do Ministério Público relacionados ao direito à saúde registrados no SRU nos anos pesquisados;⁵¹ o número de ações decorrentes da atuação na área de saúde registradas no SRU e sua evolução no período objeto da pesquisa; o número de procedimentos encerrados com e sem ajuizamento de ações desde a implantação do SRU.

As informações extraídas do SRU foram organizadas com a utilização do programa Microsoft Excel 2007[®].

4.5 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo das formas de atuação do Ministério Público para a promoção do direito à saúde permite identificar estratégias utilizadas pela instituição para além da judicialização de demandas. Com isso, é possível conhecer o fenômeno da juridicização da saúde, já identificado e estudado por ASENSI (2010a).

⁴⁷ Palavras-chave: órteses e próteses; medicamentos.

⁴⁸ Palavra-chave: saúde.

⁴⁹ Palavras-chave: órteses e próteses.

⁵⁰ Palavras-chave: agente comunitário de saúde ou de endemias-ACS/ACE; auditoria; carga horária profissionais da saúde; cartão nacional de saúde; centro de especialidades odontológicas (CEO); cirurgia eletiva – cardiologia; cirurgia eletiva – diversos; cirurgia eletiva – oftalmologia; cirurgia eletiva – oncologia; cirurgia eletiva – ortopedia; cirurgia eletiva – otorrinolaringologia; coeficiente de adequação de preço – CAP; combate à dengue; combate à influenza (gripe); comunidades terapêuticas; concurso público - profissionais da saúde; conselhos de saúde; saúde - consórcio intermunicipal de saúde; consulta especializada; descumprimento contrato de metas/SES/MG; erro médico; exames (ressonância nuclear); exames – diversos; hemodiálise; hiperdia/centro viva vida; hospital; igualdade racial; improbidade administrativa; internação/procedimento (urgência ou emergência); irregularidades no CNES/suspensão de recursos; medicamento alto custo (SES/MG); medicamento atenção básica (SMS); medicamento estratégico (União); medicamento não padronizado; ministério da saúde; mortalidade infantil; nefrologia; oftalmologia; oncologia; outros; oxigenoterapia domiciliar; prestação de contas EC nº 29/2000; prestadores de serviços; PRO-HOSP; PRO-URGE; programa academia da saúde; programa farmácia de minas; programa saúde do idoso; programa saúde em casa; programa saúde na escola (PSE); prontuários; residência terapêutica; SAMU; saúde bucal/CEO's; saúde da família (PSF); saúde mental; TFD; transplante; transporte de pacientes/SETS; urgência e emergência; UTI/CTI estruturação/ausência; vigilância sanitária estadual; vigilância sanitária municipal.

⁵¹ Consideram-se os registros de procedimentos classificados com as palavras-chave indicadas.

Os dados coletados permitem caracterizar o perfil de atuação do Ministério Público de Minas Gerais, que está presente em todas as 296 (duzentas e noventa e seis) comarcas,⁵² cobrindo, assim, todos os 853 (oitocentos e cinquenta e três) municípios do Estado.

As informações coletadas indicam, de um lado, a proposta de atuação do Ministério Público de Minas Gerais na defesa da saúde, descrita nos atos normativos analisados. De outro lado, os dados registrados no SRU revelam como essa atuação se concretiza na prática.

Quanto aos dados do SRU, é preciso esclarecer, no entanto, que as informações obtidas dependem dos registros realizados nas promotorias de justiça, que ficam a cargo de inúmeros membros e servidores do Ministério Público de Minas Gerais. A inserção das informações não é feita para fins de pesquisa, podendo haver imprecisões.

Outrossim, o sistema apenas permite informar dados padronizados pelo Ministério Público de Minas Gerais no *layout* do SRU. Esses dados refletem a realização de atos formais da atividade ministerial. Assim, estratégias mais informais de solução de demandas não podem ser identificadas a partir dos dados coletados.

Nesse sentido, a revisão da literatura demonstrou que, por vezes, os membros do Ministério Público se valem de formas simples para buscar a solução das demandas apresentadas. Conforme a abertura do canal de negociação com o gestor e outros atores da cena sanitária, demandas individuais ou coletivas podem ser resolvidas por meio de telefonema, expedição de ofício ou reunião informal com o secretário municipal de saúde e outros atores.

⁵² Para fins de administração da Justiça estadual em primeira instância, o território é dividido em comarcas, que são compostas de um ou mais municípios. A comarca define os limites da competência territorial na primeira instância. No caso de Minas Gerais, a relação das comarcas se encontra no anexo da Lei complementar estadual n.º 59/2001, cujo texto foi alterado pela Lei complementar estadual n.º 85/2005 e pela Lei complementar estadual n.º 105/2008. O número de 296 refere-se às comarcas instaladas. Para outras informações, *vide* <http://www.tjmg.jus.br/portal/conheca-o-tjmg/estrutura-organizacional/comarcas/>.

5 RESULTADOS

5.1 ATOS NORMATIVOS

O exame dos atos normativos do Ministério Público de Minas Gerais relativos à área de atuação de defesa da saúde levou a identificar atos expedidos pelo Procurador-Geral de Justiça (PGJ), pela Corregedoria-Geral do Ministério Público (CGMP), pelo Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-Saúde) e pelo Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional (CEAF).

Após a leitura e análise dos documentos, segundo os métodos indicados no item anterior, verificou-se que, muitas vezes, as matérias tratadas apresentaram características similares e afinidades. Dessa forma, ainda que trabalhando com as categorias apriorísticas “Ministério Público resolutivo” e “Ministério Público demandista”, com o objetivo de sistematizar o estudo dos documentos e de apontar as características de cada grupo de atos normativos, foi realizada a classificação por assunto, o que resultou na sua divisão em quatro espécies, conforme quadro a seguir:

Quadro 2 – Distribuição dos atos normativos do Ministério Público de Minas Gerais relacionados à defesa da saúde subdivididos por assunto

Assunto	Número de atos
Estrutura de atuação do Ministério Público de Minas Gerais em defesa da Saúde	10
Orientação aos órgãos de execução	8
Atividades finalísticas	8
Divisão de atribuições	4
Total	30

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. DIDOC. Elaboração própria

A primeira espécie identificada reúne todos os atos normativos destinados à estruturação dos órgãos de apoio e de execução do Ministério Público de Minas Gerais. Tais atos normativos dispõem sobre as atribuições desses órgãos, seus objetivos, suas diretrizes e forma de atuação. Entre os 10 atos normativos identificados, todos foram expedidos pelo PGJ:

Quadro 3 – Atos normativos que dispõem sobre a estrutura de atuação do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição

Data	Ato	Ementa
01.04.1997	Res. PGJ n.º 11	Dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público de Minas Gerais na fiscalização do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 129, II, e 197 da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/90.
05.02.2002	Res. PGJ n.º 9	Dispõe sobre a criação e define as atribuições do Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental.
18.10.2002	Res. PGJ n.º 100	Cria o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - CAO SAÚDE, definindo-lhe estrutura e o âmbito de atuação.
14.05.2005	Ato PGJ	Revoga o artigo 5º da Resolução nº 100/2002.
17.03.2006	Res. PGJ n.º 17	Dispõe sobre a criação da Coordenadoria de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental, definindo-lhe a estrutura e o âmbito de atuação.
09.08.2006	Res. PGJ n.º 53	Cria a Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - Rede-Saúde - no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.
18.10.2006	Res. PGJ n.º 72	Dá nova disciplina às Promotorias de Justiça Especializadas, também denominadas de Promotorias de Justiça do Cidadão, e estabelece outras disposições relativas às suas atribuições.
18.09.2012	Res. PGJ n.º 77	Cria as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde e modifica as atribuições da Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (REDE SAÚDE-MG).
18.09.2012	Res. PGJ n.º 78	Dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE).
18.09.2012	Res. PGJ n.º 79	Modifica as atribuições do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE).

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. DIDOC. Elaboração própria

Passando à segunda das quatro espécies acima identificadas, têm-se os atos de orientação aos órgãos de execução, que são aqueles que trazem entendimentos jurídicos sobre temas de direito sanitário e de saúde pública, bem como diretrizes e linhas de atuação para o

enfrentamento de demandas nessa área. A pesquisa realizada identificou atos expedidos pelo CAO-Saúde, pelo CEAF e pela CGMP.

Quadro 4 – Atos normativos que dispõem sobre orientações de atuação do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição

Data	Ato	Ementa
20.08.2005	Com. CAO-Saúde	Dispõe sobre informações a respeito do local destinado ao tratamento de fissuras lábio-palatais e dá outras providências.
06.07.2006	Av. CEAF	Exigência de cheque-caução de usuário de serviço médico-hospitalar – ilicitude - /vedação pela ordem jurídica da cobrança de depósito prévio ou de garantia para prestação de serviço médico-hospitalar.
11.10.2011	Com. CAO-Saúde 2011	Dispõe sobre as providências adotadas, no âmbito nacional, que visem a regularização da grave ocorrência da falta do produto IMUNOGLOBULINA ANTI-RH nos estabelecimentos de saúde públicos e privados.
27.10.2011	Com. CAO-Saúde 2011	Dispõe sobre Enunciados, versando sobre Terceirização das Ações e Serviços de Saúde, aprovados pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPGE), por ocasião de sua II Reunião Ordinária, ocorrida em Vitória/ES, no dia 09/06/2011.
26.04.2012	Ato CGMP N° 1	Aprova a revisão e a atualização da Consolidação dos Atos Normativos e Orientadores expedidos pela Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.
19.01.2012	Com. CAO-Saúde n° 1	Dispõe sobre Enunciados, aprovados na área da Saúde, sem caráter vinculativo, pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde - COPEDS, do Grupo Nacional de Direitos Humanos - GNDH.
19.01.2012	Com. CAO-Saúde n° 2	Dispõe sobre Enunciados, aprovados na área da Saúde, sem caráter vinculativo, pelo Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais.
07.02.2012	Com. CAO-Saúde n° 3	Dispõe sobre sugestões de membros do Ministério Público, com atuação na Defesa da Saúde, de temas que possam ser incluídos na futura pauta de debates em telediscussões.

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. DIDOC. Elaboração própria

De forma prevalente, esses atos versam sobre temas de direito material e divulgam, na forma de enunciados, entendimentos jurídicos sobre assuntos controversos. Diversos desses enunciados foram firmados pela Comissão Permanente de Direito Sanitário (COPEDES) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais (CNPJ), bem como pelo Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais, articulação mantida entre o Ministério Público de Minas Gerais, o Tribunal de Justiça de Minas Gerais e a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para estudo de temas de saúde pública e direito sanitário.

A pesquisa permitiu identificar atos que dispõem sobre atividades finalísticas, práticas e concretas, relacionadas à defesa da saúde. Nessa espécie de atos, foram incluídos avisos que publicaram regulamentos de audiências públicas, comunicados do CAO-Saúde noticiando a realização de eventos de mediação sanitária, tendo sido encontrada ainda uma resolução conjunta entre Procurador-Geral de Justiça, Secretário de Estado da Saúde e Secretário de Estado de Defesa Social, com o objetivo de instituir comissão interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando à assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais.

Quadro 5– Atos normativos que dispõem sobre atividades finalísticas do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição

Data	Ato	Ementa
12.05.2007	Av. PGJ 2007	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Uberaba.
25.08.2007	Av. PGJ 2007	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Governador Valadares.
20.02.2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Pouso Alegre.
15.03.2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Muriaé.
16.05.2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Uberlândia.
11.06.2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Formiga.
29.12.2008	Res. Conj. SES/SEDES/PGJ nº 56	Institui Comissão interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando a assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais.
21.04.2012	Com. CAO-Saúde nº 5	Comunica sobre realização da III Reunião de

Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania –
na Macrorregião Oeste de Minas.

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. DIDOC. Elaboração própria

Finalmente, os atos que dispõem sobre divisão de atribuições tratam apenas da distribuição interna de serviço nas Promotorias de Justiça.

Quadro 6 – Atos normativos que dispõem sobre divisão de atribuições dos membros do Ministério Público de Minas Gerais, ordenados por data de expedição

Data	Ato	Ementa
15.03.2001	Av. PGJ	Avisa aos Promotores de Justiça da necessidade de promoverem, por consenso, a atribuição da matéria relativa à fiscalização do SUS – Sistema Único de Saúde.
31.08.2004	Res. PGJ Adj. Jur. nº 60	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça Especializadas na Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.
30.06.2006	Res. PGJ Adj. Jur. nº 44	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.
04.02.2010	Res. PGJ Adj. Jur. nº 9	Modifica as atribuições da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Belo Horizonte.

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. DIDOC. Elaboração própria

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE ATUAÇÃO

No período da pesquisa (01.01.2008 a 31.12.2012), os membros do Ministério Público de Minas Gerais registraram 100.670 (cem mil, seiscentos e setenta) procedimentos classificados com alguma das palavras-chave disponíveis no Sistema de Registro Único (SRU).

A consulta realizada no SRU conduziu ao levantamento de 13.224 (treze mil, duzentos e vinte e quatro) procedimentos do Ministério Público de Minas Gerais relacionados ao direito à saúde no período pesquisado (01.01.2008 a 31.12.2012), segundo o parâmetro adotado na pesquisa, que leva em consideração a classificação com palavra-chave relacionada ao tema, independentemente da área de atuação.

A discriminação por ano mostra a crescente atuação da instituição nessa área. Vejamos:

Tabela 1 – Quantidade de procedimentos registrados no SRU por ano de instauração

Ano	Quantidade	
	n	%
2008	77	0,58
2009	1.003	7,58
2010	3.108	23,50
2011	3.738	28,27
2012	5.298	40,06
Total	13.224	100

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. SRU. Elaboração própria

Os dados relativos ao ano de 2008, não só no que se refere ao número absoluto de procedimentos, mas também aos demais quantitativos, indicam um possível sub-registro. Com efeito, trata-se do primeiro ano de vigência do SRU, e a distorção das informações – quando comparadas com os demais anos – é bastante elevada.

Uma classificação desses dados levando em conta o tipo de procedimento instaurado revela que a notícia de fato é a formalização mais comum:

Tabela 2 – Distribuição dos procedimentos por tipo e sua variação no período, levando-se em consideração o ano de instauração

Tipo de procedimento ⁵³	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Notícia de fato	33	0,36	460	4,99	1.944	21,10	2.724	29,56	4.054	43,99	9.215	100
Proced. preparatório	21	1,68	231	18,45	355	28,35	344	27,48	301	24,04	1.252	100
Inquérito civil	22	0,86	311	12,20	808	31,70	567	22,24	841	32,99	2.549	100
Investigatório criminal	-	-	1	33,33	1	33,33	1	33,33	-	-	3	100
Apoio à atividade fim	1	0,49	-	-	-	-	102	49,76	102	49,76	205	100

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. SRU. Elaboração própria

⁵³ A *notícia de fato* corresponde a uma simples formalização de uma representação, de documentos ou de informações endereçadas ao Ministério Público sobre fatos, a princípio, relativos às suas atribuições. O *procedimento preparatório* destina-se às investigações cíveis do Ministério Público, com caráter menos formal e com prazo de conclusão mais curto que o inquérito civil, o qual costuma anteceder. O *inquérito civil* é um procedimento de investigação previsto na Lei n.º 7347/85, que permite ao Ministério Público coletar provas necessárias para exercício da tutela judicial ou extrajudicial dos direitos e interesses que tem o dever de velar. O *procedimento investigatório criminal* destina-se à coleta de indícios de autoria e prova da materialidade de infrações penais (crimes e contravenções). Por fim, o *procedimento de apoio à atividade fim* é formalizado pelos órgãos auxiliares do Ministério Público (centros de apoio operacional) para organização das demandas de orientação e apoio aos membros da instituição. Outras informações podem ser identificadas nas notas 36 a 44.

A próxima tabela demonstra a distribuição dos procedimentos por área de atuação, segundo a divisão de atribuições do Ministério Público de Minas Gerais. Embora os procedimentos da área de saúde sejam em maior quantidade, os números relativos às áreas de atuação “idoso” e “infância e juventude” demonstram que os membros do Ministério Público com essas atribuições também têm importante atuação relacionada à defesa da saúde, embora se trate de demandas desses grupos específicos:

Tabela 3 – Distribuição dos procedimentos classificados por área de atuação, ao longo do período pesquisado, levando em conta o ano de instauração⁵⁴

Área de atuação	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde	46	0,38	905	7,40	2.932	23,97	3.512	28,72	4.835	39,53	12.230	100
Infância e juventude	30	3,55	98	11,61	155	18,36	196	23,22	365	43,25	844	100
Idoso	1	0,34	5	1,69	66	22,30	86	29,05	138	46,62	296	100
Pessoa com deficiência	-	-	-	-	3	50,00	3	50,00	-	-	6	100

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. SRU. Elaboração própria

A distribuição dos procedimentos da área de saúde pelas diversas palavras-chave disponíveis permite indicar as políticas de saúde mais juridicizadas pela atuação do Ministério Público.

Vejamos:

⁵⁴ Tendo em vista a possibilidade de cadastramento de mais de uma área de atuação, o total não corresponderá aos números identificados nas duas primeiras tabelas.

Tabela 4 – Distribuição dos procedimentos da área de defesa da saúde por palavras-chave. Foram utilizadas como referência as 10 palavras-chave mais registradas no ano de 2012⁵⁵

Palavras-chaves	2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde mental	1	2	5	0,52	146	4,60	294	7,77	681	13
Internação/procedimento (urgência ou emergência)	5	10	116	12,16	366	11,53	472	12,47	525	10,02
Exames – diversos	7	14	90	9,43	274	8,63	207	5,47	313	5,97
Medicamento não padronizado	1	2	92	9,64	285	8,98	284	7,51	308	5,88
Consulta especializada	-	-	-	-	96	3,02	127	3,36	255	4,87
Cirurgia eletiva – diversos	3	6	36	3,77	154	4,85	170	4,49	239	4,56
Urgência e emergência	1	2	-	-	1	0,03	52	1,37	219	4,18
Medicamento alto custo (SES/MG)	2	4	49	5,14	174	5,48	156	4,12	190	3,63
Cirurgia eletiva – ortopedia	-	-	28	2,94	85	2,68	104	2,75	175	3,34
Medicamento atenção básica (SMS)	3	6	53	5,56	83	2,61	177	4,68	156	2,98
Outros ⁵⁶	27	54	485	50,84	1.511	47,59	1.741	46,01	2.179	41,58
Total	50	100	954	100	3.175	100	3.784	100	5.240	100

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. SRU. Elaboração própria

A tabela a seguir demonstra a atuação demandista do Ministério Público entre 2008 e 2012.

Tabela 5 – Número de procedimentos encerrados com ajuizamento de ação ou remessa para juntada em ações já ajuizadas

Área de atuação	2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde	-	-	149	85,14	306	85,96	359	86,51	494	80,06
Infância e juventude	4	100	25	14,29	29	8,15	33	7,95	56	9,08
Idoso	-	-	1	0,57	20	5,62	23	5,54	67	10,86
Pessoa com deficiência	-	-	-	-	1	0,28	-	-	-	-
Total	4	100	175	100	356	100	415	100	617	100

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. SRU. Elaboração própria

Ainda em relação à atuação demandista, um dado bastante relevante é o número de ações ajuizadas com base em notícias de fato nos anos de 2011 e 2012. Em 2011, foram 291 e, em 2012, atingiu-se o número de 432. Em termos percentuais, esses montantes correspondem a 70,12% e 70,02% das ações ajuizadas em cada um desses anos.

⁵⁵ Tendo em vista a possibilidade de cadastramento de mais de uma palavra-chave, os números totais não corresponderão aos identificados nas tabelas anteriores.

⁵⁶ Não se refere à palavra-chave “outros”, disponível no SRU, mas à soma de todas as demais palavras-chave, excluídas as referidas na tabela.

Indicador relevante acerca da atuação resolutiva do Ministério Público é a quantidade de procedimentos encerrados sem ajuizamento de ações após a conclusão das investigações.⁵⁷

Tabela 6 – Procedimentos encerrados sem ajuizamento de ação

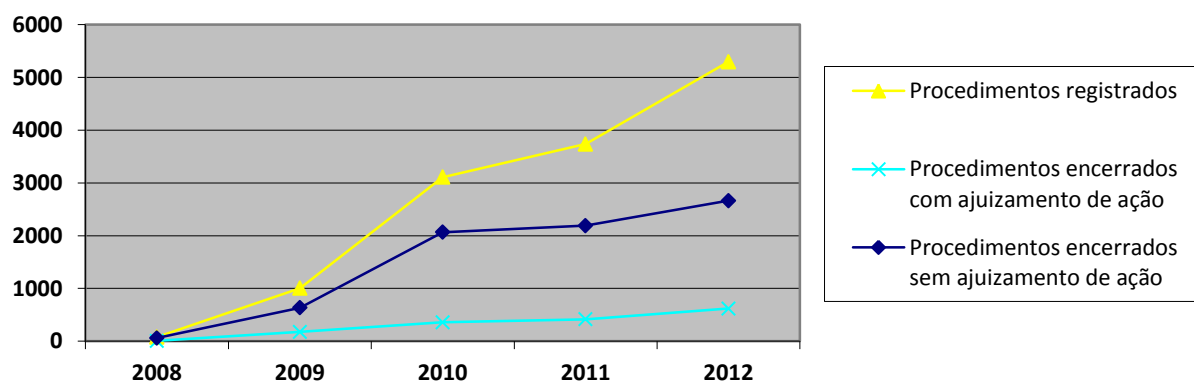
Área de atuação	2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde	35	58,33	557	88,13	1.907	92,30	2.005	91,59	2.422	90,98
Infância e juventude	24	40	71	11,23	116	5,61	126	5,76	200	7,51
Idoso	1	1,67	4	0,63	43	2,08	56	2,56	40	1,5
Pessoa com deficiência	-	-	-	-	-	-	2	0,09	-	-
Total	60	100	632	100	2.066	100	2.189	100	2.662	100

Fonte: Procuradoria-Geral de Justiça de Minas Gerais. SRU. Elaboração própria

É necessário esclarecer que o somatório dos procedimentos encerrados com e sem ajuizamento de ações pelo Ministério Público de Minas Gerais (tabelas 5 e 6) não coincide com o universo dos procedimentos registrados no período que estão relacionados ao direito à saúde (13.224). Isso porque há procedimentos em trâmite ou não encerrados pelos membros da instituição que os presidem.

A comparação entre os procedimentos registrados, encerrados extrajudicialmente e com ajuizamento de ação pode ser visualizada no gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Variação do número de procedimentos registrados no SRU, encerrados com ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais e encerrados sem ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais



⁵⁷ O Promotor de Justiça, quando encerra um procedimento e não ajuíza ação, deve promover seu arquivamento. Esse arquivamento é submetido ao Conselho Superior do Ministério Público, órgão colegiado composto por Procuradores de Justiça, que reexamina a investigação, podendo homologar a promoção de arquivamento ou designar outro membro do Ministério Público para prosseguir com as investigações ou ajuizar a ação cabível.

A seguir, buscou-se comparar o volume de procedimentos encerrados com e sem ajuizamento de ação, considerando as áreas de atuação “saúde” e “infância e juventude”:

Gráfico 2 – Variação do número de procedimentos da área de defesa da saúde encerrados com ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais e encerrados sem ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais.

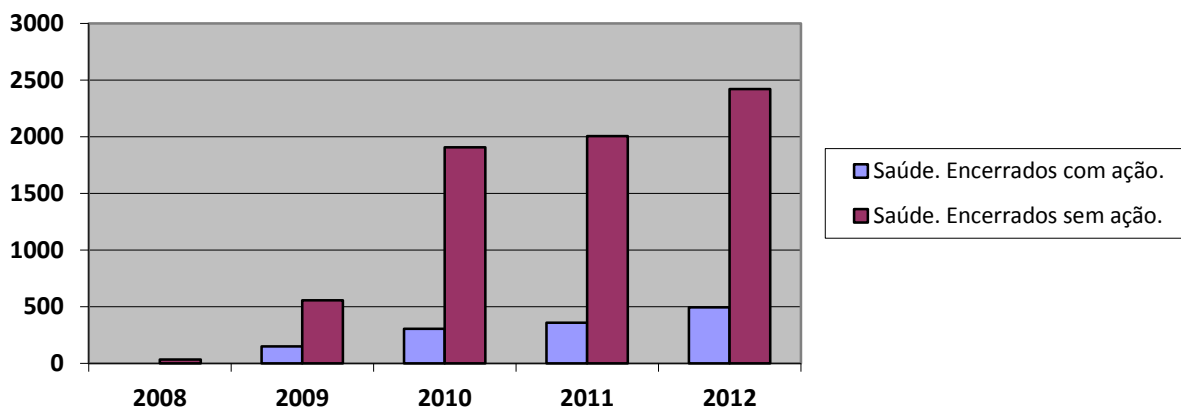
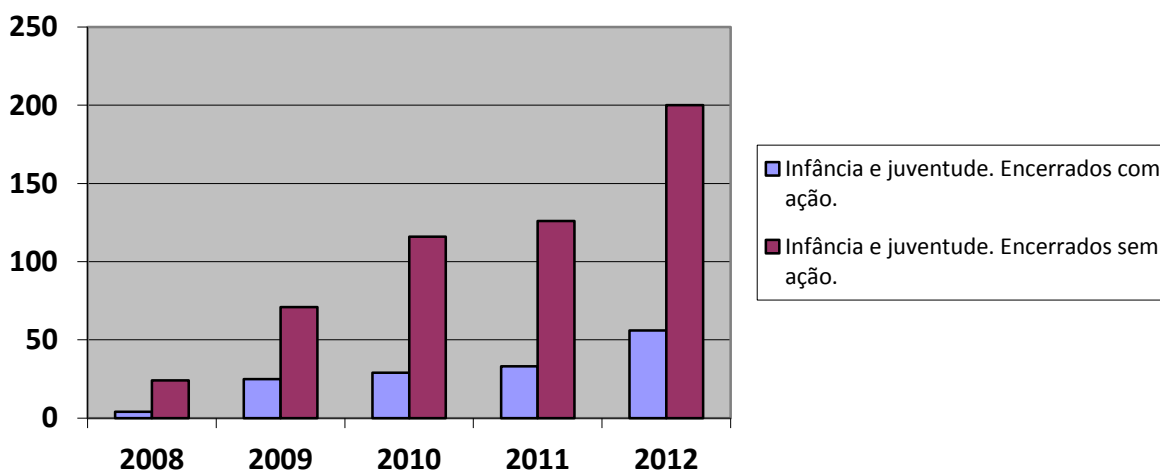


Gráfico 3 – Variação do número de procedimentos da área de infância e juventude encerrados com ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais e encerrados sem ajuizamento de ação pelo Ministério Público de Minas Gerais



Em ambas as áreas, é possível perceber que, ao longo dos anos, o encerramento de procedimentos sem ajuizamento de ações sempre foi muito superior à finalização com a distribuição de ações judiciais.

6 DISCUSSÃO

6.1 A EFETIVIDADE DA CONSTITUIÇÃO COMO PREMISA PARA SE DEFINIR A ESTRATÉGIA DE ATUAÇÃO

A definição da forma de atuação do Ministério Público diante de uma demanda relacionada ao direito à saúde não é trivial e comporta variadas possibilidades. Como visto, de um lado, o ordenamento jurídico põe à disposição dos membros da instituição diversos instrumentos de atuação. De outro, esses agentes públicos dispõem de variadas garantias, que lhes asseguram independência e liberdade para eleger a medida que se apresenta como a mais adequada ao caso concreto.

A adequada definição das estratégias de atuação é de elevada relevância para a sociedade, na medida em que, como visto, o Ministério Público teve seu perfil institucional redefinido pela Constituição de 1988, que o consagrou como órgão de fiscalização dos poderes do Estado, responsável pela efetividade das normas constitucionais, em especial daquelas que dispõem sobre direitos fundamentais.

Ainda que disponha de margem de liberdade na eleição das estratégias de atuação, o membro do Ministério Público, no caso concreto, deve ter em vista o papel consagrado à instituição no Estado brasileiro. Com efeito, incumbe-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, como estabelece o art. 127, *caput*, da Constituição. Guiado por esses objetivos é que deve o Ministério Público desempenhar suas funções institucionais e eleger a forma adequada de atuação perante o caso concreto.

É necessário destacar que a Constituição de 1988 foi promulgada no desfecho da transição brasileira do período de ditadura militar para o exercício democrático. Dessa forma, edifica um novo ordenamento jurídico, que tem como marca, em diversos setores, a desconstrução de modelos e doutrinas e a consolidação de novos sistemas e instituições destinados a viabilizar a participação popular, o acesso a bens e direitos necessários para a vida com dignidade e a redução das desigualdades sociais. Em resumo, a implementação das diversas políticas constitucionais tem por objetivos “construir uma sociedade livre, justa e solidária”; “garantir o desenvolvimento nacional”; “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as

desigualdades sociais e regionais”; “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3.º, incisos I a IV, da CR/88).

Dessa forma, o membro do Ministério Público, como integra instituição voltada para a defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, tem o dever de operar o direito de forma a garantir a máxima eficácia das normas constitucionais diante das circunstâncias fáticas e jurídicas (HESSE, 1991). É necessário, portanto, assegurar o caráter imperativo da Constituição perante administradores públicos e particulares como forma de atingir os objetivos traçados, que são voltados para a transformação da realidade social.

Essa defesa intransigente da imperatividade da Constituição, conquanto se trate de uma tarefa atribuída ao Ministério Público, não raramente desencadeia tensões entre a instituição e os poderes do Estado, assim como com particulares. Embora a supremacia das normas constitucionais seja um dado e um pressuposto do Estado de direito, por vezes esbarra no exercício das atividades dos administradores públicos e agentes políticos, conflitando o desempenho de mandatos com as balizas estabelecidas pela Constituição. Nesse contexto, é preciso ter em mente que o espaço de atuação de todos os agentes públicos, ainda que se trate dos agentes políticos eleitos pelo voto popular, é conformado por normas que disciplinam o exercício do poder soberano e asseguram direitos aos cidadãos, seja na qualidade de defesa em face do poder estatal, seja como tarefas estabelecidas para os poderes públicos.

Acerca do tema, é particularmente esclarecedora a advertência de Ingo Sarlet e Mariana Figueiredo:

Importa, portanto, que se tenha sempre em mente que quem “governa” – pelo menos num Estado Democrático de Direito – é a Constituição, de tal sorte que aos poderes constituídos impõe-se o dever de fidelidade às opções do Constituinte, pelo menos no que diz com seus elementos essenciais, que sempre serão limites da liberdade de conformação do legislador e da discricionariedade do administrador e dos órgãos jurisdicionais. (SARLET, FIGUEIREDO, 2008, p. 35)

Curiosamente, ao mesmo tempo em que se configura como finalidade última de todas as atividades desempenhadas pelo Ministério Público, a afirmação da efetividade das normas constitucionais deve servir como parâmetro de análise da medida a ser adotada no caso concreto. Em síntese, o que se afirma é que a ampla margem de liberdade de que dispõe o membro do Ministério Público em sua atuação e o vasto conjunto de medidas que o

ordenamento jurídico lhe oferece para o exercício de seus trabalhos ficam, em concreto, por demais reduzidos, porquanto surge como dever a utilização do instrumento que se revele mais apto para assegurar o caráter imperativo da Constituição.

É necessário que se deixe claro que essa busca pela efetividade das normas constitucionais, tarefa consagrada ao Ministério Público, não significa que se atribuiu aos membros da instituição a tarefa mesquinha e formalista da aferição casuística de perfeita subsunção das atividades estatal e particular aos dispositivos normativos. Na verdade, a defesa intransigente que restou atribuída ao órgão e a seus membros está relacionada à efetividade dos direitos fundamentais e dos valores que estão subjacentes ao texto constitucional nas diversas áreas que são normatizadas como forma de se atingirem os objetivos definidos no art. 3.º da CR/88. Em última análise, o Ministério Público deve orientar sua atuação da maneira mais eficiente para assegurar a imperatividade da Constituição, garantindo a observância dos valores fundamentais ajustados pela sociedade brasileira.

Assim sendo, não pode o Ministério Público contentar-se com a aparente suficiência de um trabalho burocratizado, já que se trata de instituição cujo acesso é assegurado aos cidadãos para defesa de seus direitos (art. 5.º, XXXIV, “a”, da CR/88). Ao revés: é necessário um olhar finalístico, preocupado com os efeitos práticos do trabalho desenvolvido.

A evolução pela qual passou o Ministério Público brasileiro revela que a instituição transitou da defesa dos interesses da Coroa para a tutela dos interesses do Estado, chegando, atualmente, à posição de defensora da sociedade. Dessa forma, o momento pelo qual passa o Ministério Público é de otimizar sua atuação para a efetividade da Constituição, em sintonia com os interesses sociais. É necessário, portanto, que o trabalho tenha resolutividade, traga resultados práticos, seja transparente e dotado de legitimidade social (RODRIGUES, 2012). É com esse olhar que a instituição deve eleger suas estratégias e escolher os instrumentos adequados nas diversas áreas de atuação, incluindo a defesa do direito à saúde.

6.2 EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE CONFORME A CONSTITUIÇÃO

Dentro das funções institucionais do Ministério Público, emerge, com particular relevância, o dever de contribuir para a efetividade dos direitos fundamentais. Nesse campo, é possível

identificar a relação próxima entre a atuação do Ministério Público brasileiro e a defesa do direito à saúde, o que permite afirmar que a instituição tem vocação constitucional para a tutela desse direito.

A consolidação de um sistema nacional de saúde de acesso universal foi resultado de um movimento mais amplo de reforma sanitária, iniciado na década de 1970, que se organizou em conjunto com os demais movimentos de luta pela redemocratização do país. Àquele tempo, a saúde era assegurada apenas aos trabalhadores formais, ou seja, segurados do sistema de previdência social. O Estado se consolidou como financiador da construção de hospitais pela iniciativa privada e, ao mesmo tempo, como comprador de serviços por ela prestados.

Ressalta-se, ademais, que as políticas de saúde pública ficavam a cargo do Ministério da Saúde, com orçamento reduzido, ao passo que a prestação de serviços estava sob a responsabilidade da previdência social, executados pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Perceptível, de imediato, a fragmentação das políticas e a dissociação entre a assistência e as medidas de prevenção e de promoção da saúde.

Esse modelo, embora consumisse vultosos recursos públicos, não gerava impactos positivos nos indicadores de saúde da população, que permanecia à margem do sistema de saúde.

Exatamente por isso, o movimento de reforma sanitária propunha a reformulação do modelo de saúde pública brasileiro, tendo como principal bandeira a saúde como direito de todos. Influenciado pelas teorias que apontavam a importância dos determinantes sociais no processo saúde-doença, o movimento de reforma sanitária era crítico do modelo de medicina científica, centrado em hospitais, nas incorporações tecnológicas e na especialização do conhecimento.

Dessa forma, o modelo assistencial de saúde proposto na constituinte e consagrado na Constituição de 1988 surge no bojo do ideário do movimento de reforma sanitária. Além de reivindicar a saúde como direito de todos, o movimento de reforma sanitária a reconhecia como expressão da cidadania, em razão do que sua gestão deve se converter em um espaço político aberto à participação popular.

Assim sendo, o operador do direito, ao lidar com o direito à saúde, precisa reconhecer os alicerces da construção do modelo de saúde brasileiro, bem como seus valores e princípios orientadores. Do contrário, a suposta afirmação do direito à saúde pode se converter, na verdade, em uma violação indelével da Constituição.

O Ministério Público, portanto, ao desempenhar suas atribuições na defesa do direito à saúde, deve ter em mira as características desse direito e o modelo de saúde pública consagrado para o país. Nesse sentido, há que se ressaltar que o próprio texto da Constituição deixa claro quais são os caminhos – como a consagração da saúde como direito fundamental, individual e coletivo, a afirmação da universalidade, integralidade, equidade, igualdade de tratamento dos usuários dos serviços públicos e participação da comunidade como princípios orientadores do direito à saúde, assim como o dever do Estado de promover políticas públicas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Falar de direito à saúde – ainda que reconhecida, sem nenhuma dúvida, a dimensão individual desse direito e a importância da assistência à saúde, inclusive farmacêutica – supera os debates míopes em torno da dispensação de medicamentos e outros produtos para a saúde, assim como a judicialização de demandas dessa natureza para realização de interesses individuais. Nesse sentido, o exame do art. 200 da Constituição, assim como da Lei n.º 8.080/90, demonstra que as ações e os serviços de saúde de responsabilidade do Poder Público envolvem os diferentes níveis de atenção, o controle e a fiscalização dos procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, alimentos e bebidas para consumo humano, a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de saúde do trabalhador, além da orientação da política de recursos humanos e desenvolvimento científico e tecnológico relacionada ao setor, entre outras.

Desempenhando suas atribuições constitucionais de velar pela integridade do sistema de saúde e pela efetividade do direito à saúde, o Ministério Público precisa reconhecer a insuficiência do conhecimento jurídico para lidar na área, assim como suas limitações como instituição do Estado. Com efeito, a gestão da saúde é feita com o concurso dos três entes da federação e participação da sociedade, assim como de diversos outros atores sociais, como

profissionais de saúde, gestores, usuários, prestadores de serviço, entidades do terceiro setor, entre outros segmentos.

Assim, a concretização do direito à saúde e a implementação das políticas públicas para o setor requerem negociação intensa com o objetivo de se traduzir em concreto, a partir de práticas democráticas, o conteúdo do direito em cada contexto histórico e cultural.

Para realizar o direito à saúde em conformidade com a Constituição, é necessário que o Ministério Público tenha especial atenção para sua dimensão coletiva, com o objetivo de permitir a concretização das políticas públicas em favor de todos os potenciais interessados e atendendo ao princípio da equidade. Refere-se aqui à concepção aristotélica de justiça distributiva, o que impõe tratamento igual para as pessoas ou grupos com semelhantes necessidades de saúde e tratamento desigual quando as necessidades de saúde forem diversas. Com isso, é necessário reconhecer que a definição de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática devem se orientar por indicadores epidemiológicos (art. 7.º, VII, da Lei n.º 8.080/90), observado, sempre, o controle social, que é assegurado dos interesses da sociedade.

Há que se ter em conta ainda que a saúde é um segmento econômico muito importante e que movimenta vultosos recursos financeiros. Dessa forma, os grupos econômicos que atuam na produção e comercialização de medicamentos e de outros insumos para a saúde orientam-se sob a lógica capitalista, que busca a criação e o desenvolvimento de produtos para o consumo. Nessa linha, desenvolvem poderosas estratégias de *marketing* com o objetivo de influenciar os prescritores e induzir o consumo dos seus produtos pelos usuários dos serviços de saúde. Nesse sentido, mesmo reconhecendo a importância das inovações tecnológicas, é preciso estar atento para o fato de que nem sempre elas trazem benefícios substanciais para os cuidados de saúde, em razão do que sua incorporação pelo sistema de saúde deve ser racional e fundada em indicadores que demonstrem a efetividade, sua segurança e qualidade. Não pode o Ministério Público, por ignorância ou negligência, converter-se em instrumento a serviço dos grupos econômicos do setor da saúde e agente do modelo técnico-científico, afastando-se do reconhecimento da saúde como realidade dependente de componentes biológicos, psíquicos e, sobretudo, sociais.

É preciso, portanto, que o membro do Ministério Público tenha consciência do real conteúdo do princípio da integralidade. Essa norma, longe de assegurar o acesso a todo e qualquer produto ou procedimento de interesse à saúde, sem a orientação de procedimentos e linhas de conduta, visa garantir que todas as pessoas tenham acesso às medidas eficazes para o atendimento de suas necessidades. No entanto, isso não significa aceitar passivamente todas as alegações do Poder Público de falta de recursos ou de ausência de previsão de determinado procedimento ou insumo em protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas ou outros elencos oficiais, para justificar negativas de acesso. Não é raro identificar situações em que protocolos e diretrizes terapêuticas não estão atualizados, assim como a ausência de políticas públicas para contemplar o atendimento de usuários de doenças raras, sobretudo aquelas com baixa prevalência e incidência na população (doenças órfãs). O compromisso da instituição é com a garantia dos direitos fundamentais à vida e à saúde e com a concretização da dignidade da pessoa humana.

O Ministério Público tem um grande potencial para contribuir para a consolidação do sistema de saúde e para a consequente efetividade desse direito, na medida em que perceber a importância da atenção primária para os indicadores de saúde, uma vez que constitui nível de atenção que dispensa os cuidados necessários para a maioria das doenças da população, garante atenção multidisciplinar e assenta-se na proposta de cuidado longitudinal de pessoas, com a responsabilização de equipes pela saúde de uma população adscrita. Nessa área, o Ministério Público tem um campo aberto para exigir a ampliação da cobertura de atenção primária, a disponibilidade efetiva de profissionais que tenham vínculo regular com o Poder Público, assim como a fiscalização dos indicadores de qualidade dessas ações estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Em outro campo, a verificação da forma de organização das ações e dos serviços públicos de saúde é tarefa de elevada importância para a atuação do Ministério Público. Nessa área, a instituição tem o dever de aferir o desempenho dos serviços de saúde segundo o regime jurídico de direito administrativo e, ainda quando se trate de serviços contratados, com observância dos princípios orientadores do SUS (art. 199, §1.º, da CR/88).

Agindo no setor de saúde mental, o Ministério Público precisa se colocar no contexto do movimento de reforma psiquiátrica, desempenhando suas atribuições com respeito à condição

da pessoa com transtornos mentais como sujeito de direitos e titular da dignidade intrínseca a todo ser humano. As intervenções precisam ser dialogadas com equipe multidisciplinar e ter em vista a prioridade para o uso de recursos extra-hospitalares e a utilização da internação como último recurso e medida de caráter temporário, voltada para a reinserção social do paciente em seu meio, como preconiza a Lei n.º 10.216/01.

A atuação do Ministério Público na efetivação do direito à saúde não pode, portanto, ser resultado das idiossincrasias e dos preconceitos de seus membros. Ao contrário: a atuação da instituição no setor está vinculada aos princípios e valores expressos e imanentes ao texto constitucional.

6.3 EM BUSCA DA ATUAÇÃO TRANSFORMADORA

Como bem observa Marcelo Goulart (1998), a atuação do Ministério Público na concretização de direitos fundamentais, sobretudo quando envolve direitos coletivos, tem potencial transformador da realidade social e contribui para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Para ele, a “defesa de interesses coletivos e difusos implica, em regra, interferência em relações estruturais, portanto, nas relações de produção, de poder e de saber” (GOULART, 1998, p. 104).

Por esse motivo, mostra-se necessário potencializar a atuação da instituição quando se trata de lidar com direitos coletivos, aumentando, assim, sua contribuição para a transformação da sociedade por meio da realização dos objetivos previstos na Constituição de 1988 (art. 3.º da CR/88).

Na área da saúde, as políticas públicas são resultado da articulação de normas e da atuação coordenada dos entes dos três níveis da federação, assim como dos consórcios públicos e das entidades privadas prestadoras de serviços. Em todo o processo, é garantida a participação da comunidade por meio de conferências de saúde, conselhos de saúde e audiências públicas, cuja realização deve ser promovida pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Além disso, os modelos de gestão das ações e, sobretudo, dos serviços prestados variam desde a forma pública e estatal até a administração de serviços por Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Diante desse

verdadeiro mosaico formado por normas e por instituições estatais e não estatais que atuam no setor da saúde, o Ministério Público não pode agir de forma açodada ou simplista.

Assim, é necessário reconhecer a complexidade do sistema de saúde brasileiro e perceber a miríade de interesses que giram em torno das políticas de saúde, envolvendo, entre outros atores, usuários, gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde e indústrias de medicamentos e de outros insumos para a saúde. Destarte, dada a complexidade das estruturas normativa e de prestação de serviços de saúde, há que se concluir, valendo-se das contribuições da ciência política, que a tarefa de implementar políticas de saúde e efetivar esse direito não pode ser vista como mera tradução de opções previamente decididas pelos formuladores das políticas públicas. Na verdade, a implementação deve ser vista como um processo político que envolve novos debates e diálogos com os atores sociais.

Com efeito, a busca pela efetividade do direito à saúde e a implementação de políticas públicas do setor devem levar em conta a participação da comunidade, a quem cabe dar significado ao direito à saúde em cada contexto cultural e histórico. Além disso, mostra-se necessária a mediação dos diversos interesses envolvidos, com vistas a conciliá-los e ordená-los em favor do interesse público.

Dessa forma, percebe-se que a realização do direito à saúde e a formulação e a implementação de políticas de saúde não são compatíveis, no sistema brasileiro, com a adoção de medidas impostas e uma perspectiva *top-down*. Ao revés: mostra-se necessária a articulação interfederativa e intersetorial, sempre com participação da comunidade.

Para agir nesse contexto, o Ministério Público precisa participar do ambiente sanitário e ter interlocução com os demais atores sociais. A insuficiência do conhecimento jurídico para a atuação na defesa da saúde exige do membro do Ministério Público contato constante com outros atores para compreender as características da sociedade em que atua e a complexidade das políticas de saúde. Esse trabalho de interlocução com outros atores da cena sanitária permite que o Ministério Público, por meio dos instrumentos de atuação de que dispõe e de sua capacidade de articulação, abra um canal de diálogos para o debate das questões afetas ao direito à saúde. Com a abertura proporcionada pela atuação da instituição, esta acaba favorecendo a participação da sociedade civil, sobretudo dos conselhos de saúde. Como

referido por Asensi (2010a), o Ministério Público contribui para tornar mais horizontais as relações entre Estado e sociedade, ao mesmo tempo em que seu trabalho passa a ter maior legitimidade, por se fundar no diálogo e na construção de alternativas.

A complexidade das políticas de saúde faz com que o processo judicial deixe de ser o meio mais apropriado para a solução dos conflitos de interesses, uma vez que, entre outras características e limitações, está organizado sob uma lógica adversarial e se desenvolve de forma a permitir que um terceiro venha a impor uma decisão para as partes. Nessa linha, Ana Luiza Chieffi e Rita Barradas Barata afirmam que “o processo judicial é um espaço limitado e inadequado para considerar decisões a respeito dos direitos sociais, pois elas são complexas e abordam questões coletivas e não individuais como a maioria das demandas judiciais” (CHIEFFI, BARATA, 2009, p. 1847).

Para o Ministério Público, a judicialização de demandas faz com que a instituição deixe de ser a condutora de um processo voltado para a realização direta e imediata de direitos para atribuir a outro ator a função de determinar a efetividade do direito por meio da imposição da imperatividade das normas jurídicas. Todavia, o resultado positivo é futuro e incerto, sobretudo quando se refere a demandas coletivas, visto que, como ressalta a doutrina, o Poder Judiciário não tem reagido bem e dado respostas efetivas às demandas por direitos coletivos (MACHADO, F., 2008).

Dessa forma, mostra-se necessário que o Ministério Público assuma seu papel de ator político concretizador do direito à saúde. Com isso, deve agir diretamente, com o uso dos instrumentos de atuação extrajudicial que lhe foram conferidos pelo ordenamento jurídico brasileiro. Em contato com a sociedade, incumbe ao Ministério Público assegurar o caráter deliberativo da participação popular, conferindo-lhe maior institucionalidade.

É preciso, portanto, assumir o papel de promotor, como impõe o texto constitucional:

Não foi por acaso que o constituinte originário traçou para o Ministério Público o nítido perfil de órgão agente, promotor de medidas, empregando nos quatro primeiros incisos do art. 129 da CF (que estabelece as funções institucionais) o verbo promover. Neste parâmetro, é fundamental que o membro ministerial tenha em mente que o Judiciário é a última, porém não a única via para a solução e prevenção de conflitos. As soluções podem e devem ser pensadas pelo Ministério Público num engajamento produtivo e intersetorial com a comunidade e outros órgãos públicos. (RODRIGUES, 2012, p. 32)

Assim sendo, percebe-se que, seja pela complexidade normativa e estrutural do setor, seja por orientação constitucional, o Ministério Público deve priorizar o uso de instrumentos extrajudiciais – como a realização de reuniões e audiências públicas, a expedição de recomendações e a celebração do compromisso de ajuste de conduta, entre outras medidas – para atuar na cena sanitária em busca da efetividade do direito à saúde. Mostra-se apropriado, portanto, o alinhamento ao modelo de Ministério Público resolutivo, de forma a concretizar diretamente o direito à saúde em um processo de articulação com os demais atores sociais e com participação popular.

A atuação extrajudicial, além de contribuir para a concretização do direito à saúde em sintonia com a Constituição de 1988, reafirma o Ministério Público como instituição de defesa do regime democrático, na medida em que assegura a participação popular na gestão da coisa pública (instrumentos de democracia participativa). Assim, assiste razão a Rodrigo Cançado Anaya Rojas, para quem “o campo mais fértil de atuação com potencial transformador é o espaço extrajudicial, onde as soluções podem ser melhor construídas coletivamente” (ROJAS, 2012, p. 165).

O modelo de Ministério Público resolutivo, portanto, consiste em forma de trabalho que potencializa a atuação transformadora do Ministério Público na medida em que reafirma o direito à saúde como componente da cidadania brasileira.

É necessário advertir, contudo, que a prioridade para a atuação resolutiva não significa o desprezo pela promoção de medidas judiciais necessárias para a afirmação do direito à saúde. Com efeito, embora o processo judicial não seja a via mais adequada para a realização do direito à saúde, pelas limitações que lhe são inerentes, pode ser, contudo, imprescindível para o êxito em determinados momentos.

O recurso ao uso das ferramentas de atuação extrajudicial envolve negociações e barganhas para a construção de soluções coletivas que venham a ajustar a conduta do setor público ou de particular e promover o direito à saúde. Com isso, é evidente, de imediato, que há limites para essa estratégia de atuação, uma vez que, por vezes, o Ministério Público pode não ter êxito no convencimento e na conciliação dos interesses envolvidos. Nesses casos, a utilização das medidas judiciais, em especial a ação civil pública, converte-se em alternativa necessária e

imprescindível para a concretização do direito à saúde e afirmação da imperatividade dessa norma.

Como já se destacou neste trabalho, o paradigma do neoconstitucionalismo e a doutrina da efetividade das normas constitucionais, ambos difundidos no Brasil a partir da promulgação da Constituição de 1988, não deixam admitir a falta de imperatividade das normas constitucionais, especialmente daquelas que consagram direitos e garantias fundamentais. Entre outros mecanismos para assegurar a imperatividade dos direitos fundamentais, a Constituição resguardou o acesso ao Poder Judiciário em todos os casos de lesão ou ameaça a direitos (art. 5.º, XXXV, da CR/88). Dessa forma, esgotadas as possibilidades de atuação extrajudicial, incumbe ao Ministério Público valer-se da promoção de ações necessárias para a garantia do direito à saúde, desincumbindo-se, assim, de seus deveres constitucionais.

O que deve resultar claro é que a atuação segundo o modelo de Ministério Público resolutivo proposto por Marcelo Goulart (1998) – com ênfase na utilização dos mecanismos de atuação extrajudicial, articulação com outros setores da sociedade e participação popular – mostra-se mais adequada para a efetividade do direito à saúde, em contraposição ao modelo demandista. Atuar segundo a proposta de Ministério Público resolutivo exige que a instituição assuma seu papel de ator político de transformação da realidade social, o que não significa, entretanto, que a atuação judicial deva ser desprezada. O que se propõe é que essa alternativa seja utilizada como última medida para se afirmar a imperatividade do direito à saúde.

6.4 ÊNFASE NA ATUAÇÃO RESOLUTIVA: A ESTRATÉGIA ADOTADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS

6.4.1 Demanda crescente e aprimoramento da atuação

O estudo sobre a atuação do Ministério Público de Minas Gerais em defesa da saúde revela um grande crescimento do número de registros de procedimentos no SRU. Ao lado disso, verifica-se também o aprimoramento de suas estruturas de atuação voltadas para a defesa do direito à saúde.

No período pesquisado – entre 2008 e 2012 –, foram registrados 13.224 procedimentos. Se é possível inferir que, no primeiro ano de disponibilidade do sistema, os registros foram subestimados, pode-se concluir, quanto aos demais anos, que o crescimento da quantidade de procedimentos é devido à maior procura da instituição pela sociedade. Considerando os dados mais recentes, verifica-se que, entre 2010 e 2012, os registros cresceram mais de 70%.

Constata-se ainda que a notícia de fato é a espécie mais comum de procedimento, correspondendo a 69,68% do total instaurado no período. Trata-se, na verdade, de uma formalização simples, pré-procedimental e que deve ser concluída em 30 dias (art. 7.º, *caput*, da Resolução Conjunta PGJ CGMP n.º 3/09). A prevalência dessa forma de registro permite inferir que os membros do Ministério Público de Minas Gerais têm conferido um tratamento célere para as demandas de saúde.

A grande maioria dos procedimentos foi cadastrada para a área de atuação específica de defesa da saúde. Do total de classificações, 91,49% foram relativas à defesa da saúde. No entanto, as áreas de defesa da infância e da juventude e do idoso não deixam de corresponder a percentual significativo dos procedimentos pesquisados (8,46%), o que aponta para o fato de que a saúde é um tema transversal também no Ministério Público de Minas Gerais e que merece ser tratado de forma integrada por seus órgãos.

A tabela 4, que trata da distribuição dos procedimentos por palavras-chave, demonstra que, em geral, as demandas mais juridicizadas estão relacionadas ao acesso a procedimentos e insumos, e não à organização das ações e dos serviços de saúde. A maior frequência de procedimentos para as áreas de saúde mental, internação (urgência ou emergência), medicamentos, consultas especializadas e cirurgias demonstra que o Ministério Público de Minas Gerais tem dado ênfase à tutela do direito à saúde como direito de acesso a prestações materiais. Além disso, esses dados podem indicar problemas de acesso e falhas nas políticas de saúde dos municípios e do Estado de Minas Gerais. Contudo, é necessário que o Ministério Público de Minas Gerais enfrente também as questões estruturantes do SUS e dos serviços de saúde, áreas para as quais pode contribuir, gerando benefícios para o sistema de saúde, de forma difusa para as pessoas.

Embora os dados do SRU estejam disponíveis para os anos de 2008 a 2012, é possível inferir que a crescente demanda por atuação do Ministério Público de Minas Gerais em relação ao setor da saúde levou a instituição a organizar e a aprimorar suas estruturas voltadas para essa atividade. Esse aprimoramento foi constatado a partir dos atos normativos que dispõem sobre as estruturas de atuação nessa área.

Nesse sentido, a Resolução PGJ n.º 11/1997, que dispôs sobre a atuação dos membros do Ministério Público de Minas Gerais na fiscalização do SUS, teve o mérito de ser pioneira e de realçar a necessidade de atuação institucional em defesa da saúde, destacando o dever de fiscalizar o cumprimento da Lei n.º 8.080/90, a existência e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e do fundo municipal de saúde, bem como a aplicação de recursos financeiros no programa saúde da família, no sistema de referência e contrarreferência e em consórcios de saúde. Porém, nesse momento, não houve uma disciplina minudente e orientadora dos promotores de justiça sobre a forma de exercer a fiscalização do SUS nem contava a instituição com órgãos de apoio para o exercício dessa atividade.

Em 2002, no entanto, o Ministério Público de Minas Gerais previu estruturas de apoio aos promotores de justiça, capazes de traçar orientações institucionais para a atuação na cena sanitária, permitindo o relacionamento formalizado com os diversos atores sociais.

É interessante realçar que a primeira dessas estruturas, o DETRANSME, voltava-se para a atuação em prol das pessoas com transtornos mentais. Assim, antes mesmo de criar seu órgão representativo e de apoio na defesa da saúde pública em geral, o Ministério Público de Minas Gerais organizou-se para atuar em favor da implementação das políticas de saúde mental.

Previu-se a atuação do DETRANSME para além da seara jurídica na medida em que a Resolução PGJ n.º 09/2002 dispôs que o órgão deveria “promover a proteção, a assistência e a integração social das pessoas portadoras de doença mental”; “atuar, de forma preventiva, na área das Instituições Psiquiátricas, de modo a evitar a necessidade do leito psiquiátrico da rede de internação”; “estabelecer convênios técnicos com entidades públicas e privadas visando a socialização do paciente psiquiátrico”. Verifica-se ainda a proposta de articulação do Ministério Público com outros órgãos e instituições que atuam no setor, como varas de execuções penais, entidades voltadas para a reintegração e socialização do paciente

psiquiátrico e do paciente judiciário,⁵⁸ bem como a suas famílias, promotorias de justiça da infância e da juventude, Ministério Público Federal, Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.

Meses após a criação do DETRANSME, o Ministério Público de Minas Gerais criou o CAO-Saúde, órgão de apoio aos promotores de justiça com atuação nessa área, também responsável pela articulação institucional com os atores sociais do setor da saúde. A Resolução PGJ n.º 100/2002, que criou o CAO-Saúde, previu, para o órgão, atribuições voltadas para o apoio aos promotores de justiça e para a articulação e integração internas.

No que se refere ao objeto de pesquisa, foi possível constatar a proposta de interação e colaboração com outros atores do setor da saúde. Nesse sentido, ressalta-se a previsão de competência do órgão para “prestar atendimento e orientação às entidades com atuação na sua área”; “estabelecer intercâmbio permanente com entidades públicas ou privadas que, direta ou indiretamente, dediquem-se ao estudo, prevenção e melhorias dos serviços e ações de saúde”; “acompanhar a política nacional e estadual referente à sua área de atuação, realizando estudos e oferecendo sugestões às entidades públicas e privadas com atribuição no setor”; “manter permanentemente contato com o Ministério da Saúde e Poder Legislativo, federal e estadual, inclusive acompanhando o trabalho das comissões técnicas encarregadas do exame de atos administrativos e projetos de lei na área de sua atuação”.

Os demais atos normativos que foram classificados no grupo daqueles que dispõem sobre a estrutura de atuação do Ministério Público de Minas Gerais em defesa da saúde mantêm a proposta de diálogo e interação do Ministério Público com outros órgãos e entidades públicos e privados que atuam na implementação das políticas de saúde ou em seu estudo e discussão.

Essa proposta de atuação cooperativa está clara na Resolução PGJ n.º 17/2006, que dispõe sobre a criação da Coordenadoria de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental;⁵⁹ na Resolução PGJ n.º 77/2012, que cria as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde e modifica as atribuições da Rede de

⁵⁸ Com essa expressão pretende-se referir-se às pessoas em cumprimento de medidas de segurança, isto é, pessoas que praticaram atos previstos em lei como crimes e que, por não terem conhecimento da ilicitude de suas condutas ou não poderem se autodeterminar diante desse conhecimento, sofreram a aplicação de medida de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou tratamento ambulatorial (art. 96, I e II, do CP).

⁵⁹ Substituiu o DETRANSME.

Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (REDE-Saúde); na Resolução PGJ n.º 78/2012, que dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do CAO-Saúde; e na Resolução PGJ n.º 79/2012, que modifica as atribuições do CAO-Saúde.

Corroborando a proposta de atuação cooperativa com outros órgãos e entidades estatais e da sociedade, verifica-se, por exemplo, que as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde devem:

[...] fomentar a articulação e a integração com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, com atuação na área da saúde, no âmbito municipal e regional, visando desenvolver estudos, discussões, estratégias e ações que promovam o acesso universal e qualificado das pessoas às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

A nova resolução que trata do CAO-Saúde dispõe que ao órgão compete:

[...] promover permanente intercâmbio com órgãos públicos ou privados, no âmbito estadual ou federal com atuação nas ações e serviços de saúde, com vistas a fomentar a criação e participação em fóruns permanentes e a realização de encontros, seminários ou outros semelhantes, voltados para a discussão de temas relacionados ao direito à saúde;

[...] articular junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB-MG) de forma a contribuir na elaboração do planejamento estadual da saúde, em face do planejamento estratégico do Ministério Público do Estado de Minas Gerais; [...]

A proposta de aprimoramento da atuação pode ser constatada ainda pela leitura dos atos normativos que contêm orientações para os membros do Ministério Público. Esses documentos expõem entendimentos e sugerem formas de atuação, esclarecendo ainda o teor das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, o Comunicado CAO-Saúde de 27.10.2011 relaciona diversos enunciados sobre terceirizações no SUS. O documento orienta que “a saúde pública deve ser exercida diretamente pela Administração Direta, devendo o Ministério Público promover medidas para garantir esta diretriz constitucional, inclusive o ajuizamento de ações civis públicas”. Além disso, propõe-se:

Não é possível a transferência integral da gestão e da execução das ações e serviços de saúde do Primeiro Setor (Estado) para pessoas jurídicas de direito privado, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ou qualquer outra entidade do Terceiro Setor, pois a saúde é dever do Estado necessitando ser promovida mediante políticas públicas, devendo a iniciativa privada participar do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em caráter complementar.

De seu turno, o Ato CGMP n.º 1, de 26.04.2012, contém várias orientações sobre a forma de desempenho das atividades pelos poderes públicos e também sobre diversas políticas de

saúde. Assim, encontram-se orientações sobre a política de urgência e emergência, distribuição de competências, forma de acessos aos serviços e procedimentos, orçamento e aplicação de recursos mínimos em saúde e política de saúde mental.

Resta claro, portanto, que o incremento na atuação do Ministério Público de Minas Gerais se fez acompanhar da organização de suas estruturas de apoio, revelando ainda uma melhor compreensão sobre o SUS e seus mecanismos de gestão. Desde a previsão da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, em 1997, até os dias atuais, vê-se que o Ministério Público criou diversas estruturas de apoio para uma atuação mais integrada internamente e com interação com os demais órgãos e instituições que atuam no setor da saúde.

6.4.2 Intersetorialidade e participação

As ações e os serviços públicos de saúde estão organizados em um sistema único, do qual participam todos os entes da federação. Além disso, o SUS tem como princípios orientadores a descentralização, a regionalização e a participação da comunidade (art. 198 da CR/88). Atualmente, está prevista ainda a organização das ações e dos serviços públicos de saúde em redes de atenção (art. 2.º, VI, do Decreto n.º 7.508/11), incumbindo à atenção primária em saúde o papel de ordenadora do acesso (art. 11 do Decreto n.º 7.508/11). Essa complexa forma de organização deve ser levada em conta na medida em que o Ministério Público pretende colaborar para a implementação das políticas de saúde e para a efetividade do direito à saúde.

No caso do Ministério Público de Minas Gerais, a descrição dos atos normativos que dispõem sobre suas estruturas de atuação voltadas para a defesa da saúde demonstra a proposta clara de interação com os atores da cena sanitária, sobretudo gestores e entidades do Terceiro Setor.

Essa forma de atuação intersetorial, mais que uma estratégia, é uma necessidade posta para o Ministério Público para a solução das demandas atuais, sobretudo aquelas que versam sobre direitos difusos e coletivos, que envolvem diversas áreas do conhecimento e competências. Como bem destaca João Gaspar Rodrigues (2012), o desempenho das funções do Ministério Público na atualidade é incompatível com uma postura isolacionista da instituição.

De outro lado, como visto, os relatos de outros pesquisadores⁶⁰ apontam como diferencial da atuação do Ministério Público exatamente sua capacidade de articulação com diversos atores sociais para mediar conflitos e, a partir de então, contribuir para a efetividade de direitos fundamentais.

De forma concreta, o Ministério Público de Minas Gerais organizou, como mecanismo de ação institucional, a mediação sanitária, consistente na prática de realização de reuniões envolvendo os atores sociais da área da saúde e visando construir soluções dialogadas e consensuais para as complexas demandas apresentadas. Trata-se de ação promovida pelo CAO-Saúde, em apoio aos promotores de justiça com atuação em todo o Estado, e que permite uma resposta mais qualificada do Ministério Público, tanto do ponto de vista técnico quanto de sua legitimação perante aos demais atores.

A pesquisa permitiu identificar atos normativos que dispõem sobre atividades finalísticas, práticas e concretas, relacionadas à defesa da saúde. O exame desses documentos revelou, a par da já enfatizada atuação intersetorial, a abertura de canais para a participação da sociedade nos trabalhos desempenhados pelo Ministério Público de Minas Gerais.

Assim, conforme a pesquisa realizada,⁶¹ entre 2007 e 2008, foram realizadas seis audiências públicas pelo Ministério Público de Minas Gerais com o objetivo de ouvir da sociedade, em diversas regiões do Estado de Minas Gerais, suas demandas e traçar as diretrizes de atuação da instituição em diversas áreas, incluindo a defesa da saúde.

Além disso, foi recuperada uma resolução conjunta entre Procurador-Geral de Justiça, Secretário de Estado da Saúde e Secretário de Estado de Defesa Social, com o objetivo de instituir comissão interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando à assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais.

⁶⁰ É o caso de ASENSI (2010a), ASSUNÇÃO et al (2006); MACHADO, F., PINHEIRO, GUIZARDI (2005); MINAYO-GOMES (2011); MOROSINI, CORBO, GUIMARÃES (2007); PUCCINI (2011). Todos esses estudos foram referidos nos tópicos anteriores.

⁶¹ Vide quadro 5.

Percebe-se, pois, a articulação do Ministério Público de Minas Gerais para o diálogo e a colaboração com órgãos públicos e entidades privadas, bem como com a população em geral. Com efeito, além da proposta de mediação sanitária e de criação de um grupo de trabalho interinstitucional, a realização de diversas audiências públicas teve por objetivo obter informações para orientar a ação do Ministério Público de Minas Gerais na defesa dos interesses que lhe são confiados. Referidas audiências públicas constituíram espaço de manifestação de qualquer cidadão, mediante prévia inscrição.

Essa forma de atuação, calcada na mediação das demandas e na participação popular, com o intuito de resolver os problemas apresentados de forma independente do acionamento do Poder Judiciário, reflete o ideal de Ministério Público resolutivo, como propõem Marcelo Pedroso Goulart (1998) e João Gaspar Rodrigues (2012).

6.4.3 A judicialização como exceção

A atuação resolutiva do Ministério Público exige, além da articulação com outros atores sociais e da participação da sociedade, o uso da judicialização como estratégia excepcional. Nesse sentido, o membro do Ministério Público deve atuar como verdadeiro agente político, aglutinando as forças sociais em favor da realização dos direitos fundamentais de imediato, independentemente da atuação do Poder Judiciário. O espaço judicial e o uso do processo como forma de solução de conflitos de interesses devem ser recursos excepcionais para situações nas quais forem esgotadas as possibilidades de negociação.

No caso do Ministério Público de Minas Gerais, a utilização de instrumentos de atuação extrajudicial e as medidas resolutivas são práticas orientadas e fomentadas pela instituição.

Nesse sentido, verifica-se que incumbe ao CAO-Saúde “fomentar a atuação resolutiva dos órgãos de execução do Ministério Público” (art. 2.º, III, da Resolução PGJ n.º 78/12).

Por outro lado, a instituição tem como premissa a judicialização como último recurso para condução das demandas apresentadas. Dessa forma, a ação institucional de mediação sanitária busca, entre outros objetivos, “propor soluções, por consenso de seus executores, para

resolução de complexas demandas da saúde, com repercussão coletiva, visando evitar a judicialização da política de saúde” (Resolução PGJ n.º 78/12).

Igualmente, os atos normativos que dispõem sobre as Promotorias de Justiça do Cidadão, entre as quais está a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, bem como sobre a Rede-Saúde, fomentam a atuação articulada e com o uso das ferramentas de atuação extrajudicial, por meio do inquérito civil, como requisições, notificações e atendimento ao público.⁶² Nesse sentido, propõe-se, por exemplo, que cabe aos promotores de justiça das Promotorias de Justiça de Defesa do Cidadão “promover a articulação do Ministério Público com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive de cunho associativo, objetivando a integração de esforços e o desenvolvimento de ações conjuntas” (art. 5.º, X, da Resolução PGJ n.º 72/06).

Essa cultura institucional voltada para a atuação resolutiva, com ênfase na utilização de instrumentos de atuação extrajudicial e na construção de soluções para as demandas apresentadas sem a atuação do Poder Judiciário, reflete-se nos dados que foram levantados a partir do exame do SRU.

⁶² A disciplina da Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão deve buscar “atuação preventiva para combater diretamente o ilícito como forma de evitar ou diminuir o dano” (art. 3º, III, da Resolução PGJ n.º 72/2006). Em relação à Rede-Saúde, a Resolução PGJ 56/2006, enfatizava o uso dos instrumentos de atuação extrajudicial pelo Grupo Executivo:

“Art. 9º. São atribuições do Grupo Executivo:

[...]

II - atender a qualquer do povo, tomando as providências cabíveis e cientificando o interessado das medidas tomadas;

III - promover o inquérito civil e a ação civil pública;

IV - expedir notificações e requisições;

V - promover audiências públicas;

VI - emitir recomendações dirigidas aos órgãos e entidades encarregados da fiscalização e da prestação de ações e serviços de saúde;

VII - inspecionar e fiscalizar estabelecimentos de saúde públicos e privados;

VIII - solicitar o auxílio de serviços médicos, educacionais e assistenciais públicos ou conveniados;

IX - requisitar a instauração de inquérito policial e diligências investigatórias para apuração de crime de ação penal pública;”

Por sua vez, a Resolução PGJ n.º 77/2012 discrimina como atribuições da Rede-Saúde:

“Art. 12. Compete a REDE SAÚDE-MG:

[...]

X - recomendar à Comissão de Farmácia e Terapêutica da SES/MG ou outro órgão congênere, bem assim à Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica (CONITEC) do Ministério da Saúde (MS), com espeque em estudos baseados em evidência, incorporação, alteração ou exclusão de procedimentos e insumos, respectivamente, pelo Gestor SUS estadual e nacional;

XI - emitir recomendações dirigidas aos órgãos e entidades encarregados da elaboração, execução e fiscalização de ações e serviços de saúde; [...]”

Como já se adiantou, o levantamento realizado junto ao SRU apontou uma crescente atuação do Ministério Público de Minas Gerais relacionada às políticas de saúde.

Porém, as informações coletadas apontam para o uso da judicialização como medida de exceção, ou seja, uma parcela pequena dos procedimentos instaurados gera ações judiciais.

Entre 01.01.2008 e 31.12.2012, foram registrados pelos membros do Ministério Público de Minas Gerais 100.670 procedimentos classificados com alguma das palavras-chave disponíveis no SRU.

Foram identificados 13.224 procedimentos relacionados ao direito à saúde. Todavia, deste total, apenas 1.567 foram encerrados com ajuizamento de ação ou sua juntada em processo judicial, o que corresponde ao percentual de 11,85%.

Essa proporção se manteve constante ao longo dos anos pesquisados, conforme evidenciou o gráfico 1, apresentado no item sobre os resultados. Além disso, atualmente, a tendência de crescimento é superior para o registro de procedimentos e seu encerramento sem propositura de ação, quando comparada com o encerramento de procedimentos pelo ajuizamento de ações.

A comparação dos dados por área de atuação, feita nos gráficos 2 e 3, não indica distorção na proporção entre procedimentos encerrados com e sem ajuizamento de ação. Feitas as análises levando em conta procedimentos das áreas de saúde e de infância e juventude, verifica-se que, nos dois casos, a quantidade de procedimentos encerrados com ajuizamento de ação é reduzida em relação à de procedimentos encerrados sem ação proposta. Além disso, em ambos os casos, essa proporção se mantém constante ao longo do período pesquisado. Dessa forma, novamente, resta evidenciado o uso da ação e do processo como medidas excepcionais.

As informações coletadas durante a pesquisa permitem afirmar que o Ministério Público de Minas Gerais possui uma cultura institucional voltada para o modelo resolutivo quando atua em defesa do direito à saúde. Com efeito, os atos normativos da instituição indicam que ela se organizou e fomenta a atuação de forma resolutiva. Assim, de um lado recomenda aos seus

membros a prioridade para o uso dos instrumentos de atuação extrajudicial e, por outro, sugere o recurso à judicialização como última medida. O resultado dessa política institucional se reflete nos dados obtidos no SRU, que revelam que, a despeito da crescente juridicização de demandas, o Ministério Público de Minas Gerais, de fato, tem-se valido apenas excepcionalmente da atuação perante o Poder Judiciário, o que é demonstrado pela reduzida proporção de ações frente aos registros de procedimentos.

7 CONCLUSÃO

A promulgação da Constituição de 1988 trouxe grandes conquistas para o sistema de saúde brasileiro. Com efeito, a nova ordem constitucional afirmou a saúde como direito fundamental, parte integrante da cidadania brasileira e dever imposto ao Estado brasileiro, que deve promover políticas públicas necessárias para a promoção, proteção e recuperação.

Nesse mesmo cenário, o Ministério Público teve consolidado seu novo perfil institucional e foi afirmado como instituição permanente e responsável pela defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. O conjunto de atribuições e de instrumentos conferidos ao Ministério Público na Constituição de 1988 e em diversas leis criou entre o órgão e o sistema de saúde uma relação próxima, incumbindo ao primeiro velar pela efetividade do direito à saúde.

Passados os anos de organização institucional do SUS e do Ministério Público, o momento atual exige da instituição o aprimoramento de suas formas de atuação com o objetivo de potencializar os resultados alcançados. No que se refere à defesa da saúde, as dificuldades ainda enfrentadas para a garantia do acesso universal e integral demonstram que a instituição tem uma longa tarefa a exercer.

Por tais razões, pensar a atuação do Ministério Público voltada para a defesa do direito à saúde é uma necessidade premente, sob pena de se considerar a instituição co-responsável pelas violações do direito à saúde praticadas pelo Estado, por sua ineficiência e negligência. Afinal, incumbe ao Ministério Público defender os interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127, *caput*, da CR/88), assim como zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia, além de promover o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos interesses difusos e coletivos (art. 129, II e III, da CR/88). É, portanto, instituição responsável por buscar a máxima efetividade das normas constitucionais (HESSE, 1991).

Dessa forma, partindo das categorias propostas por Marcelo Goulart (1998), sem deixar de considerar as importantes contribuições de João Gaspar Rodrigues (2012) e Rodrigo Cançado

Anaya Rojas (2012), é possível concluir que o desempenho da função conferida pela Constituição de 1988 de trabalhar pela efetividade do direito à saúde e contribuir para a implementação de políticas públicas exige da instituição sua participação efetiva na cena sanitária, buscando a garantia imediata do direito à saúde por meio da articulação intersetorial, do diálogo e da participação da comunidade. Com efeito, a complexidade do direito fundamental à saúde e das políticas públicas do setor – para as quais concorrem diversos atores sociais e há o concurso de normas e de instituições das três esferas do governo – exige que o Ministério Público assuma seu papel de agente político, no exercício do qual contribui para a construção de soluções obtidas após intenso processo de negociações e de barganhas.

Dessa forma, é visível que o modelo de Ministério Público resolutivo e o uso preferencial dos instrumentos de atuação extrajudicial conferem à instituição maior possibilidade de lidar com a complexidade do setor da saúde. Essa conclusão está referendada tanto pelos estudos que apontam as limitações do processo judicial para lidar com as políticas de saúde quanto por outros que demonstram o êxito da atuação intersetorial do Ministério Público na construção de soluções dialogadas e efetivadoras do direito à saúde.

Assim, a utilização do processo judicial para a solução de demandas apresentadas para a instituição, embora não deva ser desprezada, deve ser considerada apenas quando esgotadas as possibilidades de se resolverem imediatamente os problemas com os quais lida. Não obtendo êxito na atuação extrajudicial, a judicialização emerge como alternativa disponibilizada pela Constituição para assegurar a efetividade de suas normas diante da ação ou omissão do Poder Público ou de particulares, mormente quando violados direitos fundamentais, como é o caso do direito à saúde.

Essa forma de atuação, que permite potencializar o conteúdo transformador da atuação da instituição, é estimulada pelo Ministério Público de Minas Gerais para a defesa da saúde. Os atos normativos da instituição revelam que esta propõe a utilização preferencial dos instrumentos de atuação extrajudicial quando se atua em defesa da saúde. Mais que isso: desde 1997, quando publicou a resolução que dispôs sobre a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, até o fim de 2012, é perceptível que a instituição acumulou conhecimento sobre a organização do SUS e enfatizou o uso das ferramentas extrajudiciais para lidar com o sistema.

Nesse sentido, por exemplo, institucionalizou a mediação sanitária com instrumento para a construção dialogada de soluções para as demandas relacionadas ao direito à saúde.

Outrossim, os dados extraídos do Sistema de Registro Único (SRU) demonstraram que, em que pese a crescente juridicização decorrente do aumento do número de registros de procedimentos voltados para a defesa do direito à saúde, o recurso à via judicial tem sido adotado como medida de exceção pelo Ministério Público de Minas Gerais. Prova disso é que, mesmo sendo registrados 13.224 procedimentos classificados com palavra-chave relacionada à defesa da saúde entre 2008 e 2012, foram ajuizadas 1.567 ações, o que corresponde ao percentual de 11,85%.

Conclui-se, pois, que o Ministério Público, no exercício de suas funções constitucionais, muito pode contribuir para a efetividade do direito à saúde, sobretudo se adotar o modelo resolutivo de atuação, assumindo o papel de agente político de defesa da sociedade. Em Minas Gerais, foi possível concluir que há uma consolidada cultura institucional nesse sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMANHA. Constituição. 11 de agosto de 1919. Disponível em: <http://www.zum.de/psm/weimar/weimar_vve.php>. Acesso em: 8 jul. 2013.

ALMEIDA, Gregório Assagra. *Direito material coletivo: superação da *summadivisio** Direito Público e Direito Privado por uma *summadivisio* constitucionalizada. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

ALMEIDA, Gregório Assagra. O Ministério Público no neoconstitucionalismo: perfil constitucional e alguns fatores de ampliação de sua legitimação social. In.: FARIAS, Cristiano Chaves; ALVES, Leonardo Barreto Moreira; ROSENVALD, Nelson (Org.). *Temas atuais do Ministério Público*. 3. ed. Salvador: Juspodium, 2012, p. 41-91.

ANDRADE, Eli Iola Gurgel et al. A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v.18, n. 4, s. 4, p. 46-50, 2008.

ARANTES, Rogério Bastos. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 14, n. 39, p. 83-102, fev. 1999.

ARANTES, Rogério Bastos. Ministério Público na fronteira entre Justiça e política. *Justitia*. São Paulo, v. 64, n. 197, p. 325-335, jul./dez. 2007.

ARANTES, Rogério Bastos. Ministério Público à Brasileira. *Le Monde Diplomatique Brasil*. São Paulo, p. 24-25, 1 jun. 2012.

ASENSI, Felipe Dutra. *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2010a.

ASENSI, Felipe Dutra. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 1, p. 33-55, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 jul. 2012.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila et al. Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teleatendentes no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, v.31, n.114, p. 47-62, jul./dez. 2006.

BALIARDO, Rafael; MELO, João Ozorio de. *Obamacare é constitucional, diz Suprema Corte dos EUA. Consultor Jurídico*. jun.2012. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-jun-28/suprema-corte-eua-mantem-lei-reforma-sistema-saude#autores>>. Acesso em: 4 ago. 2013.

BARATA, Rita de Cássia Barradas. A historicidade do conceito de causa. In.: *Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Escola Nacional de Saúde Pública. Textos de apoio: epidemiologia*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1985, p. 13-27.

BARROSO, Luís Roberto. *Direito Constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição brasileira*. 8.ed. São Paulo: Renovar, 2006.

BARROSO, Luís Roberto. Neoconstitucionalismo e constitucionalização do direito: o triunfo tardio do Direito Constitucional. *Revista de Direito Constitucional e Internacional*. São Paulo, ano 15, n. 58, p. 129-173, jan./mar. 2007a.

BARROSO, Luís Roberto. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Revista Interesse Público*. Belo Horizonte, n. 46, p. 31-62, 2007b. Disponível em: <<http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf>>. Acesso em: 1 maio 2009.

BARROSO, Luís Roberto. Constituição, democracia e supremacia judicial: direito e política no Brasil contemporâneo. *Jus*. Belo Horizonte, ano 42, n. 25, p. 127-163, jul./dez. 2011.

BARROSO, Luís Roberto. *A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo*. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*. 22.ed. São Paulo: Malheiros, 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 2 set. 2012.

BRASIL. Decreto n.º 591, de 6 de julho de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Decreto n.º 592, de 6 de julho de 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0592.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei complementar n.º 40, de 14 de dezembro de 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp40.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei complementar n.º 75, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp75.htm>. Acesso em: 2 set. 2012.

BRASIL. Lei n.º 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15869.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei n.º 6.938, de 31 de agosto de 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16938.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei n.º 7.345, de 24 de julho de 1985. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17347orig.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18625.htm>. Acesso em: 2 set. 2012.

BRASIL. Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Lei complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 10.^a Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 8 set. 2012.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Agravo Regimental em Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175. Relator: Min. Gilmar Mendes. *Diário de Justiça Eletrônico*, Brasília, 24 mar. 2010.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

CAMPOS NETO, Orozimbo Henriques. *As ações judiciais por anticorpos monoclonais em Minas Gerais, 1999-2009: médicos, advogados e indústria farmacêutica*. 2012. 80 f. Dissertação (mestrado em saúde pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 7.ed. Coimbra: Almedina, 2003.

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

COMPARATO, Fábio Konder. O Ministério Público na defesa dos direitos sociais, econômicos e culturais. In.: GRAU, Eros Roberto; CUNHA, Sérgio Sérvulo da (Coord.) *Estudos de Direito Constitucional em homenagem a José Afonso da Silva*. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 244-260.

CUBILLOS, Leonardo et al. Universal health coverage and litigation in Latin America. *Journal of health organization and management*. Bingley, v. 26, n. 3, p. 390-406, 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Direito Sanitário. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, v. 1, p. 39-61.

DELEON, Peter. The stages approach to the policy process. In.: SABATIER, Paul A. *Theories of the policy process*. USA e UK: Westview Press, 1999.

DYE, Thomas R. *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In.: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-434.

FALEIROS, Daniel Resende; GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; SZUSTER, Daniele Araújo Campos. A questão das demandas judiciais por medicamentos no SUS. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. *Prêmio Sergio Arouca de gestão participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 129-131.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

FLEURY, Sônia. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In.: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 23-64.

GOULART, Marcelo Pedroso. *Ministério Público e democracia: teoria e práxis*. Leme: LED – Editora de Direito, 1998.

GRAU, Eros Roberto. *A ordem econômica na Constituição de 1988*. 15.ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

GUERRA JÚNIOR, Augusto Afonso; ACÚRCIO, Francisco de Assis. Política de medicamentos e assistência farmacêutica. In.: ACÚRCIO, Francisco de Assis (Org.). *Medicamentos: políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoconomia*. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca. *(Re)pensando a pesquisa jurídica*. 2.ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2006.

HAM, Christopher; HILL, Michael. *O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno*. Trad. Renato Amorim e Renato Dagnino. Disponível em: <http://www.ige.unicamp.br/gapi/HAM_HILL_PROCESSO_DE_ELABORACAO_DE_POLITICAS.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

HESSE, Konrad. *A força normativa da Constituição*. Trad. Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: SAFE, 1991.

HILL, M. Implementação: uma visão geral. In.: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.). *Políticas públicas*. Brasília: ENAP, 2006, v. 2, p. 61-89.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes e outros escritos*. Trad. Leopoldo Holzbach. São Paulo: Martin Claret, 2011.

LEFEVRE, Fernando. Medicamento, lógica de mercado e interesse público. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo, v. 3, n. 3, p. 36-40, nov. 2002.

LIMA, Ricardo Seibel de Freitas. Direito à saúde e critérios de aplicação. In.: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 265-283.

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

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini Lube. Direito à saúde e integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In.: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2005, p. 47-63.

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 590-598, abr. 2011.

MANFREDI, Christopher P.; MAIONI, Antonia. Courts and health policy: judicial policy making and publicly funded health care in Canada. *Journal of health politics, policy and law*. Durham, v. 27, n. 2, p. 213-240, abr. 2002.

MAZZILLI, Hugo Nigro. *Regime jurídico do Ministério Público*. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

MELO, Marcus André Barreto de; SILVA, Pedro Luiz Barros. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. NEPP/UNICAMP, Caderno n.º 48, 2000. Disponível em: <<http://www.nepp.unicamp.br/d.php?f=42>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 5, n. 2, p. 72-87, maio/ago. 2006.

MÉXICO. Constituição. 5 de fevereiro de 1917. Disponível em: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum/CPEUM_orig_05feb1917.pdf> Acesso em: 8 jul. 2013.

MINAS GERAIS. Lei complementar estadual n.º 34, de 12 de setembro de 1994. Disponível em: <www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/26621>. Acesso em: 2 set. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. Produção do conhecimento e intersectorialidade em prol das condições de vida e de saúde dos trabalhadores do setor sucroalcooleiro. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n.8, p. 3361-33368, ago. 2011.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, educação e saúde*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 261-280, jul. 2007.

MORRIS, Clarence (Org.). *Os grandes filósofos do direito: leituras escolhidas em direito*. Trad. Reinaldo Guarany. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

OLIVEIRA, Fábio César dos Santos. Direito de proteção à saúde: efetividade e limites à intervenção do Poder Judiciário. *Revista dos Tribunais*. São Paulo, v. 96, n. 865, p. 54-84, nov. 2007.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. *Direito fundamental à assistência farmacêutica: parâmetros para conciliação entre integralidade e universalidade*. 2009. 72 f. Monografia (Especialização em Direito Sanitário. Área de Concentração: Saúde, Democracia e Direitos Humanos) – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Princípio da universalidade do acesso à saúde e a indevida exigência de comprovação de hipossuficiência em juízo. *Boletim do Instituto de Saúde*. São Paulo, v. 12, n. 3, p. 234-239, dez. 2010.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. Assistência terapêutica integral: comentários à lei 12.401/2011 e ao Decreto 7.508/2011. In.: *Saúde – Coleção Ministério Público e direitos fundamentais*. Belo Horizonte: Del Rey, 2013a, p. 43-72.

OLIVEIRA, Luciano Moreira de. O Ministério Público brasileiro e a implementação de políticas públicas. *Revista de Informação Legislativa*. Brasília, ano 50, n. 198, p. 223-238, abr./jun. 2013b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. Constituição da OMS, de 22 de julho de 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 10 set. 2012.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 1.º ago. 2012.

PELLEGRINI FILHO, Alberto; BUSS, Paulo Marchiori. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

PLATT, Lucinda; SUNKINE, Maurice; CALVO, Kerman. Judicial review litigation as an incentive to change in local authority public services in England and Wales. *The Journal of Public Administration Research and Theory*. Oxford, v. 20, fasc. sup.2, p. i243-i260, 2010.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Ato do Procurador-Geral de Justiça, de 14 de maio de 2005. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 14 maio 2005.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 15 de março de 2001. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 15mar. 2001.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 12 de maio de 2007. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 12maio 2007.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 25 de agosto de 2007. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 25 ago. 2007.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 15 de março de 2008. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 15mar. 2008.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 20 de fevereiro de 2008. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 20 fev. 2008.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 16 de maio de 2008. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 16 maio 2008.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Aviso do Procurador-Geral de Justiça, de 11 de junho de 2008. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 11 jun. 2008.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 11, de 10 de abril de 1997. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_11_1997_repub.htm>. Acesso em: 2 set. 2012.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 9, de 5 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_09_2002.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 100, de 19 de outubro de 2002. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_100_2002.htm>. Acesso em: 2 set. 2012.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 17, de 17 de março de 2006. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJAdjJur_17_2006.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 53, de 9 de agosto de 2006. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_53_2006.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 72, de 18 de outubro de 2006. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_72_2006.htm>. Acesso em: 16 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 77, de 18 de setembro de 2012. Disponível em: <<http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/informa/210917784.htm>>. Acesso em: 16 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 78, de 18 de setembro de 2012. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_78_2012.htm>. Acesso em: 16out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ n.º 79, de 18 de setembro de 2012. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJ_79_2012.htm>. Acesso em: 16out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ Adjunto Jurídico n.º 60, de 31 de agosto de 2004. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJAdjJur_60_2004.htm>. Acesso em: 18out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ Adjunto Jurídico n.º 44, de 30 de junho de 2006. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJAdjJur_44_2006.htm>. Acesso em: 18out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. Resolução PGJ Adjunto Jurídico n.º 9, de 4 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Res_PGJAdjJur_09_2010.htm>. Acesso em: 18out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE. Comunicado, de 20 de agosto de 2005. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 20 ago. 2005.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE ESTUDOS E APERFEIÇOAMENTO FUNCIONAL. Aviso do Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional, de 6 de julho de 2006. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 6 jul. 2006.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE. Comunicado do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, de 11 de outubro de 2011. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 11 out. 2011.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE. Comunicado do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, de 27 de outubro de 2011. *Minas Gerais*. Belo Horizonte, 27 out. 2011.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE. Comunicado n.º 1, de 19 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Comunicado_CAOSaude_01_2012.htm>. Acesso em: 18 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE. Comunicado n.º3, de 7 de fevereiro de 2012. Disponível em: <<http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/informa/100216902.htm>>. Acesso em: 18 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CENTRO DE APOIO OPERACIONAL DAS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE. Comunicado n.º 5, de 21 de abril de 2012. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Comunicado_CAOSaude_05_2012.htm>. Acesso em: 18 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Ato n.º 1, de 26 de abril de 2012. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/Ato_CGMP_01_2012.htm> Acesso em: 18 out. 2013.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Resolução Conjunta n.º 3, de 14 de dezembro de 2007. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/ResConj_PGJ_CGMP_03_2007_atual.htm> Acesso em: 2 set. 2012.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. CORREGEDORIA-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS. Resolução Conjunta n.º 3, de 20 de agosto de 2009. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/ResConj_PGJ_CGMP_03_2009_atual.htm> Acesso em: 2 set. 2012.

PROCURADORIA-GERAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Resolução Conjunta n.º 56, de 29 de dezembro de 2008. Disponível em: <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/normajur/normas/ResConj_PGJ_SES_SEDES_56_2008.htm> Acesso em: 18 out. 2013.

PROENÇA, Luis Roberto. Participação do Ministério Público no Processo Civil nos Estados Unidos da América. In.: FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo (Org.). *Ministério Público: Instituição e Processo*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 211-228.

PUCCINI, Paulo de Tarso. Perspectivas do controle da infecção hospitalar e as novas forças sociais em defesa da saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n.7, p. 3043-3049, jul. 2011.

RAMOS, Marcelene Carvalho da Silva. O direito fundamental à saúde na perspectiva da Constituição Federal. *Revista de Direito Administrativo*. Belo Horizonte, v. 22, p. 147-165, out./dez. 2005.

RODRIGUES, João Gaspar. *Ministério Público resolutivo: um novo perfil institucional*. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2012.

ROJAS, Rodrigo Cançado Anaya. *Participação popular e Ministério Público no Brasil: defesa do regime democrático e dos interesses metaindividuais no marco de uma teoria crítica dos direitos humanos*. Belo Horizonte: Arraes, 2012.

SADEK, Maria Tereza. A construção de um novo Ministério Público resolutivo. *De Jure: Revista Jurídica do Ministério Público de Minas Gerais*. Belo Horizonte, n. 12, p. 130-139, jan./jul. 2009.

SANTOS, Cláudia Roberta Bocca; MAGALHÃES; Rosana. Pobreza e Política Social: a implementação de programas complementares do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1215-1224, maio 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Diálogo Jurídico*. Salvador, n. 10, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.direitopublico.com.br>>. Acesso em: 10 dez. 2007.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In.: SARLET, Ingo Wolfgang; TIMM, Luciano Benetti (Org.). *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008, p. 11-53.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. *Curso de direito constitucional*. São Paulo: RT, 2012a.

SARLET, Ingo Wolfgang. Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988. 9.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012b.

SERAFIM, Milena Pavan; DIAS, Rafael de Brito. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cadernos Gestão Social: Revista do Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social - CIAGS & Rede de Pesquisadores em Gestão Social – RGS*, Salvador, v. 3, n. 1, p.121-134, jan./jun. 2012.

SILVA, Cátia Aida. Promotores de Justiça e novas formas de atuação em defesa de interesses sociais e coletivos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 45, p. 127-144, fev. 2001.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In.: MOROSINI, Márcia Valéria G. C; CORBO, Anamaria D'Andrea. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007, p. 27-41.

VAITSMAN, Jeni. Saúde, cultura e necessidades. In.: FLEURY, Sônia. *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 157-1.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de políticas de saúde. In.: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 65-105.

VICTORA, Cesar G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*. maio 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

VIEIRA, Fabíola Sulpino et al. Assistência farmacêutica e ações judiciais: propostas para melhorar o acesso e o uso de medicamentos. *Revista de administração em saúde*. São Paulo, v. 12, n. 47, p. 79-86, abr./jun. 2010.

VIGLIAR, José Marcelo Menezes. A participação do Ministério Público no Processo Civil. In.: FERRAZ, Antônio Augusto Mello de Camargo (Org.). *Ministério Público: Instituição e Processo*. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1999, p. 162-210.

WEICHERT, Marlon Alberto. O direito à saúde e o princípio da integralidade. In.: SANTOS, Lenir (Org.) *Direito à saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 101-142.

ANEXOS

ANEXO I: AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO SRU

Página 1 de 1

MPMG - SGDP
ID: 2040902
DATA: 12-09-12

Roberto Heleno

De: "Luciano Moreira de Oliveira" <lucianooliveira@mp.mg.gov.br>
Para: "Roberto Heleno" <castrojr@mp.mg.gov.br>; "Secretario-Geral" <secretario@mp.mg.gov.br>
Enviada em: terça-feira, 11 de setembro de 2012 14:08
Anexar: projeto.qualificação.versão de entrega.doc
Assunto: Pesquisa - Dados do SRU

Prezado Roberto,

Pelo presente, reitero solicitação já formulada por e-mail para que seja autorizado o acesso a dados do SRU para fins de utilização na pesquisa: O Ministério Público e a política de saúde.

A pesquisa será realizada durante o meu curso de mestrado em saúde pública, do programa de saúde pública da Faculdade de Medicina da UFMG, sob orientação da Profa. Dra. Eli Iola Gurgel de Andrade, que é economista e tem uma linha de pesquisa sobre judicialização da saúde.

Pretendo realizar um estudo sobre o MP e sua atuação em prol da efetividade do direito à saúde, correlacionando os modelos MP demandista e MP resolutivo com a eficácia do trabalho da instituição, a fim de verificar qual a melhor forma de atuarmos.

Em um segundo momento, farei um estudo sobre o MPMG para diagnosticar o perfil da atuação na área da saúde. Examinarei atos normativos e os dados do SRU.

Além do interesse acadêmico, ressalto o interesse institucional, já que a pesquisa está em consonância com temática do planejamento estratégico traçado pela instituição e poderá auxiliar na orientação institucional.

Comprometo-me a apresentar os resultados para o MPMG, quando finalizada a pesquisa, caso seja do interesse da instituição.

Caso possível, solicito, ainda, que seja indicado servidor que possa me orientar sobre as ferramentas e informações do SRU.

Anexo, segue o projeto de pesquisa em sua versão final.

Cordialmente,



Luciano Moreira de Oliveira
 Promotor de Justiça
 Grupo Especial de Promotores de Justiça de Defesa do Patrimônio Público - GEPP

Luciano Moreira de Oliveira
José Torres Marques
 Procurador-Geral de Justiça

Missão do MPMG: *Promover a justiça, servir à sociedade e defender a democracia.*

12/09/2012

ANEXO II: MAPA ESTRATÉGICO DO MPMG

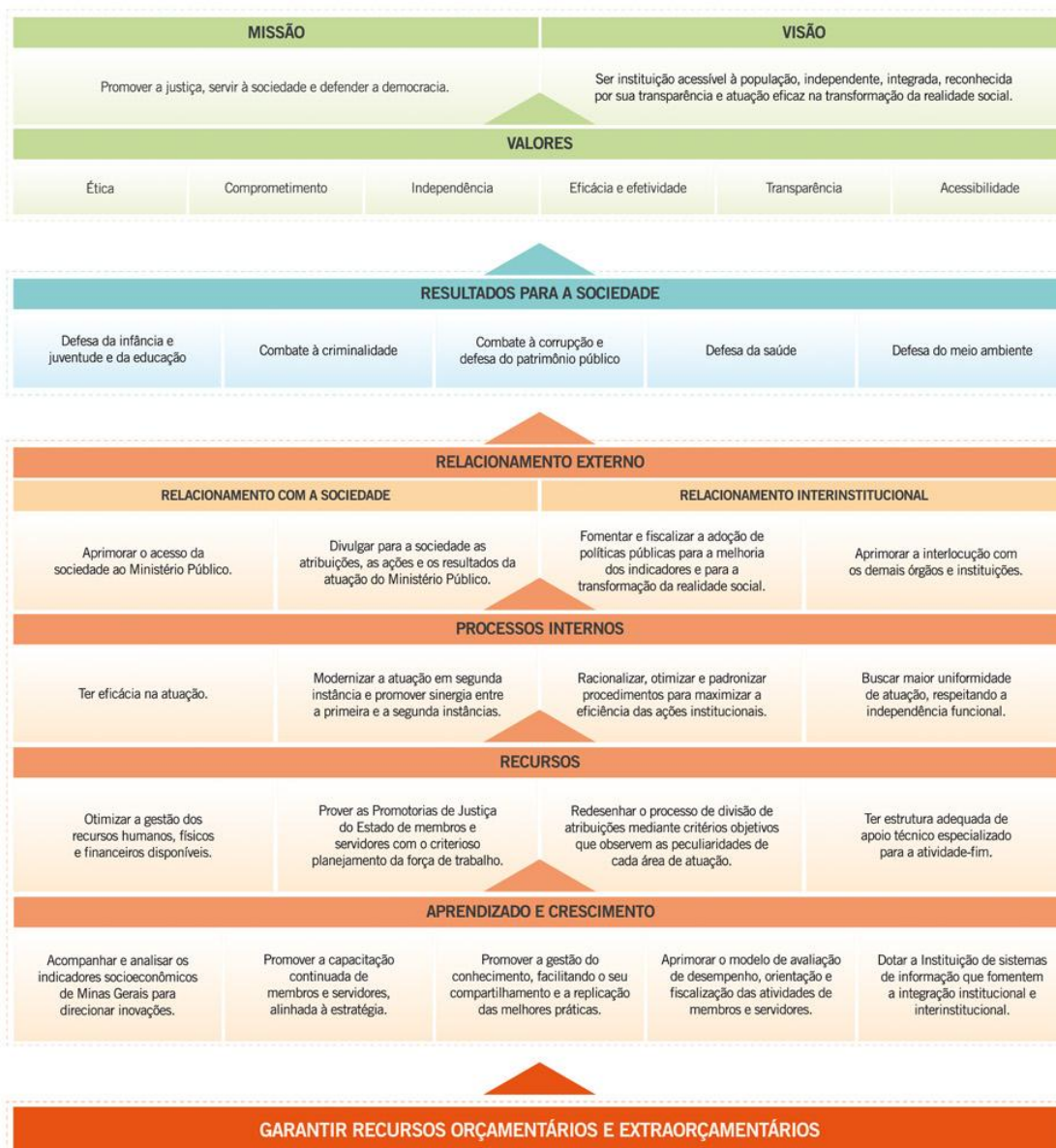


PLANEJAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA
2010 - 2023

MAPA ESTRATÉGICO
MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

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.
Art. 127 da Constituição Federal



ANEXO III: PESQUISA DE ATOS NORMATIVOS SOBRE ATUAÇÃO EM DEFESA DA SAÚDE

ATO NORMATIVO	CONTEÚDO
Primeira busca/Termo da indexação: “Defesa da Saúde”	
RESOLUÇÃO PGJ Nº 11, DE 10.04.1997	Dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público de Minas Gerais na fiscalização do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 129, II. e 197 da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/90.
AVISO PGJ, DE 15.03.2001	[Avisa aos Promotores de Justiça da necessidade de promoverem, por consenso, a atribuição da matéria relativa à fiscalização do SUS – Sistema Único de Saúde.]
RESOLUÇÃO PGJ Nº 100, DE 18.10.2002 (Revogada)	Cria o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - CAO SAÚDE, definindo-lhe estrutura e o âmbito de atuação.
RESOLUÇÃO PGJ ADJ JUR Nº 60, DE 31.08.2004 (Revogada tacitamente)	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça Especializadas na Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.
COMUNICADO CAO SAUDE, DE 20.08.2005	[Dispõe sobre informações a respeito do local destinado ao tratamento de fissuras lábio-palatais e dá outras providências.]
RESOLUÇÃO PGJ ADJ JUR Nº 44, DE 30.06.2006 (Revogada tacitamente)	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.
AVISO CEAF, DE 06.07.2006	Exigência de cheque-caução de usuário de serviço médico-hospitalar – ilicitude - /vedação pela ordem jurídica da cobrança de depósito prévio ou de garantia para prestação de serviço médico-hospitalar.
RESOLUÇÃO PGJ Nº 72, DE 18.10.2006	Dá nova disciplina às Promotorias de Justiça Especializadas, também denominadas de Promotorias de Justiça do Cidadão, e estabelece outras disposições relativas às suas atribuições.
RESOLUÇÃO PGJ ADJ JUR Nº 9, DE 04.02.2010	Modifica as atribuições da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Belo Horizonte.
COMUNICADO CAO SAÚDE, DE 11.10.2011	[Dispõe sobre as providências adotadas, no âmbito nacional, que visem a regularização da grave ocorrência da falta do produto IMUNOGLOBULINA ANTI-RH nos estabelecimentos de saúde públicos e privados].

COMUNICADO CAO SAÚDE, DE 27.10.2011	Dispõe sobre Enunciados, versando sobre Terceirização das Ações e Serviços de Saúde, aprovados pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPJ), por ocasião de sua II Reunião Ordinária, ocorrida em Vitória/ES, no dia 09/06/2011.
COMUNICADO CAO SAÚDE Nº 1, DE 19.01.2012	Dispõe sobre Enunciados, aprovados na área da Saúde, sem caráter vinculativo, pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde - COPEDS, do Grupo Nacional de Direitos Humanos - GNDH.
COMUNICADO CAO SAÚDE Nº 2, DE 19.01.2012	Dispõe sobre Enunciados, aprovados na área da Saúde, sem caráter vinculativo, pelo Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais.
COMUNICADO CAO SAÚDE Nº 3, DE 07.02.2012	Dispõe sobre sugestões de membros do Ministério Público, com atuação na Defesa da Saúde, de temas que possam ser incluídos na futura pauta de debates em telediscussões.
COMUNICADO CAO SAÚDE Nº 5, DE 21.04.2012	Comunica sobre realização da III Reunião de Mediação Sanitária - Direito, Saúde e Cidadania.
ATO CGMP Nº 1, DE 26.04.2012	Aprova a revisão e a atualização da Consolidação dos Atos Normativos e Orientadores expedidos pela Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.
<p>Segunda buca/Termo da indexação: “CAOSAÚDE” Só foram inseridos atos não recuperados na primeira busca</p>	
ATO PGJ, DE 14.05.2005	[Revoga o artigo 5º da Resolução nº 100/2002.]
RESOLUÇÃO PGJ Nº 17, DE 17.03.2006	Dispõe sobre a criação da Coordenadoria de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental, definindo-lhe a estrutura e o âmbito de atuação.
RESOLUÇÃO PGJ Nº 53, DE 09.08.2006 (Revogada)	Cria a Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - Rede-Saúde - no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.
RESOLUÇÃO PGJ Nº 77, DE 18.09.2012	Cria as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde e modifica as atribuições da Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (REDE SAÚDE-MG).
RESOLUÇÃO PGJ Nº 78, DE 18.09.2012	Dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE).
RESOLUÇÃO PGJ Nº 79, DE 18.09.2012	Modifica as atribuições do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE).

<p>Terceira busca/Termo da indexação: “SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE” Todos os atos já foram anteriormente recuperados</p>	
<p>Quarta busca/Termo da indexação: “SAÚDE” Só foram inseridos atos não recuperados na primeira busca</p>	
AVISO PGJ, DE 12.05.2007	[Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público.]
AVISO PGJ, DE 25.08.2007	[Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público.]
AVISO PGJ, DE 20.02.2008	[Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público.]
AVISO PGJ, DE 15.03.2008	[Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público.]
AVISO PGJ, DE 16.05.2008	[Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público.]
AVISO PGJ, DE 11.06.2008	[Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público.]
<p>Quinta busca/Termo da indexação: “SAÚDE MENTAL” Só foram inseridos atos não recuperados na primeira busca</p>	
RESOLUÇÃO CONJUNTA PGJ SES SEDES Nº 56, DE 29.12.2008	Institui Comissão interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando a assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais.
<p>Sexta busca/Termo da indexação: “DOENTE MENTAL” Só foram inseridos atos não recuperados na primeira busca</p>	
RESOLUÇÃO PGJ Nº 9, DE 05.02.2002 (Revogada)	Dispõe sobre a criação e define as atribuições do Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental.
<p>Sétima busca/Termo da indexação: “REDE SAÚDE” Todos os atos já foram anteriormente recuperados</p>	

ANEXO IV: RESUMO DOS ATOS NORMATIVOS DO MINISTÉRIO PÚBLICO DE MINAS GERAIS SOBRE ATUAÇÃO EM DEFESA DA SAÚDE PUBLICADOS NO DIÁRIO OFICIAL DE MINAS GERAIS ATÉ 31/12/2012 ORDENADOS POR DATA DE PUBLICAÇÃO

Data	Ato	Assunto	Síntese das determinações
01/04/1997	Res. PGJ nº 11	Dispõe sobre a atuação dos membros do Ministério Público de Minas Gerais na fiscalização do Sistema Único de Saúde, nos termos do art. 129, II, e 197 da Constituição Federal e da Lei nº 8.080/90.	Fiscalizar, em cada município da comarca: I - o cumprimento da Lei 8.080/90; II - a existência e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (art. 4º, da Lei nº 8.142/90); III - a existência e o funcionamento do Fundo Municipal de Saúde (art. 4º, da Lei nº 8.142/90). Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros recebidos da União e do Estado de Minas Gerais aplicados nos seguintes programas: I - programa de saúde da família; II - implantação de sistema de referência e contra-referência; III - racionalização dos recursos via consórcio de saúde.
15/03/2001	Av. PGJ nº 15	Avisa aos Promotores de Justiça da necessidade de promoverem, por consenso, a atribuição da matéria relativa à fiscalização do SUS – Sistema Único de Saúde.	Divisão de atribuições por consenso.
05/02/2002	Res. PGJ nº 9	Dispõe sobre a criação e define as atribuições do Grupo de Defesa das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental.	I - promover a proteção, a assistência e a integração social das pessoas portadoras de doença mental. II - realizar junto às Varas de Execução Penal da capital e interior levantamento estatístico dos pacientes judiciários submetidos à Medida de Segurança. III - proceder à identificação dos pacientes psiquiátricos

			<p>sem documentos de registro civil e registro geral, da capital e do interior.</p> <p>IV - interagir com a Vara de Execução Criminal das Comarcas da capital e do interior, visando implantar os trabalhos referentes à proteção aos pacientes judiciários e assistência às suas famílias.</p> <p>V - atuar, de forma preventiva, na área das Instituições Psiquiátricas, de modo a evitar a necessidade do leito psiquiátrico da rede de internação.</p> <p>VI - estabelecer convênios técnicos com entidades públicas e privadas visando a socialização do paciente psiquiátrico.</p> <p>VII - manter permanente contato e intercâmbio com entidades públicas ou privadas que possam contribuir para a socialização do paciente judiciário e sua reintegração na sociedade.</p> <p>VIII - fiscalizar e inspecionar os gastos públicos nos tratamentos psiquiátricos através do órgão próprio da Procuradoria de Justiça do Ministério Público.</p> <p>IX - contribuir para a criação, acompanhamento e fiscalização dos serviços voluntários de assistência ao portador de transtorno mental e respectivas famílias.</p> <p>X - atuar para fiscalização das Entidades responsáveis pelo tratamento e reinserção social do paciente psiquiátrico.</p> <p>XI - interagir com o Juizado da Infância e Juventude e Coordenadorias Promotorias de Justiça especializadas na Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, no sentido de integrar os trabalhos referentes ao menor infrator e portador de distúrbio mental.</p> <p>XII - atuar em conjunto com o Ministério Público Federal,</p>
--	--	--	---

			<p>integrando-se nos trabalhos referentes às políticas sociais interligadas pelo Sistema Único de Saúde, visando sua aplicação mais célere e concreta, em favor do paciente e suas famílias.</p> <p>XIII - interagir com o Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde do Estado e de todos os municípios, no sentido de efetivar a assistência direta ao paciente judiciário e/ou a sua família.</p> <p>XIV - participar dos encaminhamentos e triagens de pacientes psiquiátricos, quando do cometimento de condutas delituosas, dentro de Minas Gerais.</p> <p>XV - participar das Auditorias, visando a criação, efetivação e encerramento dos trabalhos ligados às políticas sociais destinadas a assistir o paciente psiquiátrico e /ou suas famílias, até a anual ou final prestação de contas.</p>
18/10/2002	Res. PGJ nº 100	Cria o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - CAO SAÚDE, definindo-lhe estrutura e o âmbito de atuação.	<p>I - promover a articulação, a integração e o intercâmbio entre os órgãos de execução, inclusive para efeito de atuação conjunta ou simultânea, quando cabível;</p> <p>II - propor, em conjunto com órgãos locais de execução, por solicitação destes e quando entender conveniente, as medidas judiciais pertinentes e, para tanto, requisitar laudos, certidões, informações, exames e quaisquer documentos diretamente dos órgãos públicos ou privados;</p> <p>III - prestar auxílio aos órgãos de execução do Ministério Público na instrução de procedimentos administrativos, no acompanhamento de inquéritos policiais ou no desenvolvimento de medidas processuais;</p> <p>IV - requisitar inquéritos, laudos, certidões, informações, exames e quaisquer documentos diretamente de órgãos públicos ou privados, bem como expedir notificações e,</p>

			<p>quando for o caso, requisitar condução coercitiva nos procedimentos de sua atribuição;</p> <p>V - receber representações e expedientes e encaminhá-los aos órgãos de execução para as medidas adequadas;</p> <p>VI - solicitar informações dos órgãos de execução sobre o andamento de representações, expedientes e procedimentos administrativos;</p> <p>VII - obter suporte probatório necessário aos procedimentos, medidas e ações, judiciais e extrajudiciais, no âmbito de sua atribuição;</p> <p>VIII - fazer intercâmbio e colaborar com órgãos policiais civis, federais ou militares e com os de polícia administrativa, nos procedimentos de sua atribuição;</p> <p>IX - remeter informações técnico-jurídicas aos órgãos de execução;</p> <p>X - manter arquivo informatizado e atualizado de denúncias, de requerimentos de medidas assecuratórias e de portarias inaugurais de procedimentos administrativos, ajuizados ou baixados pelos órgãos de execução, acompanhando-os até o final de sua tramitação;</p> <p>XI - prestar atendimento e orientação às entidades com atuação na sua área;</p> <p>XII - sugerir a realização de convênios e zelar pelo cumprimento das obrigações deles decorrentes;</p> <p>XIII - estabelecer intercâmbio permanente com entidades públicas ou privadas que, direta ou indiretamente, dediquem-se ao estudo, prevenção e melhorias dos serviços e ações de saúde;</p> <p>XIV - responder pela implementação dos planos e programas de sua área, em conformidade com as diretrizes fixadas;</p>
--	--	--	--

			<p>(...)</p> <p>XVI - acompanhar a política nacional e estadual referente à sua área de atuação, realizando estudos e oferecendo sugestões às entidades públicas e privadas com atribuição no setor;</p> <p>XVII - manter permanentemente contato com o Ministério da Saúde e Poder Legislativo, federal e estadual, inclusive acompanhando o trabalho das comissões técnicas encarregadas do exame de atos administrativos e projetos de lei na área de sua atuação;</p> <p>XVIII - expedir atos normativos, de caráter não vinculativo, relacionados à respectiva área de atuação;</p> <p>XIX - desenvolver estudos e pesquisas, criando ou sugerindo a criação de grupos e comissões de trabalho;</p> <p>XX - sugerir a realização de cursos, palestras e outros eventos;</p> <p>XXI - sugerir ao Procurador-Geral de Justiça a formação de Grupos de Promotorias de Justiça para efeito de atuação conjunta e simultânea.</p>
31/08/2004	Res. PGJ Adj. Jur. nº 60	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça Especializadas na Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.	Divisão de atribuições por consenso.
14/05/2005	Ato PGJ	Revoga o artigo 5º da Resolução nº 100/2002.	Extingue o DETRANSME.
20/08/2005	Com. CAO-Saúde	Dispõe sobre informações a respeito do local destinado ao tratamento de fissuras lábio-palatais e dá outras providências.	
17/03/2006	Res. PGJ nº 17	Dispõe sobre a criação da Coordenadoria de Defesa dos Direitos	I - promover a articulação, a integração e o intercâmbio entre os órgãos de execução, inclusive para efeito de

		<p>das Pessoas Portadoras de Transtorno Mental, definindo-lhe a estrutura e o âmbito de atuação.</p>	<p>atuação conjunta ou simultânea, quando cabível, sempre visando à proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais;</p> <p>II - prestar auxílio aos órgãos de execução do Ministério Público na instrução de procedimentos administrativos, no acompanhamento de inquéritos policiais ou no desenvolvimento de medidas processuais;</p> <p>III - receber representações e expedientes e encaminhá-los aos órgãos de execução para efetivação das medidas adequadas;</p> <p>IV - remeter informações técnico-jurídicas, sem caráter vinculativo, aos órgãos de execução ligados à sua atividade;</p> <p>V - prestar atendimento e orientação às entidades com atuação na sua área;</p> <p>VI - sugerir a realização de convênios e zelar pelo cumprimento das obrigações deles decorrentes;</p> <p>VII - responder pela implementação dos planos e programas de sua área, em conformidade com as diretrizes fixadas;</p> <p>(...)</p> <p>IX - acompanhar a política nacional e estadual referente à sua área de atuação, realizando estudos e oferecendo sugestões às entidades públicas e privadas com atribuição no setor;</p> <p>X - sugerir a realização de cursos, palestras e outros eventos;</p> <p>XI - realizar junto às Varas de Execução Penal da Capital e interior levantamento estatístico dos pacientes judiciários submetidos a Medida de Segurança;</p> <p>XII - estabelecer convênios técnicos com entidades</p>
--	--	--	---

			<p>públicas e privadas visando à socialização do paciente psiquiátrico;</p> <p>XIII - manter permanente contato e intercâmbio com entidades públicas ou privadas que possam contribuir para a socialização do paciente judiciário e sua reintegração na sociedade;</p> <p>XIV - contribuir para a criação, acompanhamento e fiscalização dos serviços voluntários de assistência ao portador de transtorno mental e respectivas famílias;</p> <p>XV - interagir com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde do Estado e de todos os municípios no sentido de efetivar a assistência direta ao paciente judiciário e/ou à sua família.</p>
30/06/2006	Res. PGJ Adj. Jur. nº 44	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.	Divisão de atribuições por consenso.
09/08/2006	Res. PGJ nº 53	Cria a Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde - Rede-Saúde - no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.	<p>Art. 2º. A Rede-Saúde tem por finalidade a articulação solidária e integrada das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, visando ao intercâmbio de conhecimento e à formação de grupos executivos.</p> <p>(...)</p> <p>Art. 6º. Atribuições da Câmara de Promotores de Justiça:</p> <p>I - coordenar o funcionamento da Rede-Saúde;</p> <p>II - identificar as prioridades específicas da ação institucional do Ministério Público no zelo pela implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde;</p> <p>III - facilitar o fluxo de informações entre os órgãos do Ministério Público e os órgãos públicos e privados que executam ações e serviços da saúde, os Conselhos de Saúde e a comunidade;</p>

			<p>IV - mobilizar os órgãos do Ministério Público em ações integradas;</p> <p>V - instituir comissões temáticas permanentes ou temporárias;</p> <p>VI - sugerir a formação de grupos executivos;</p> <p>VII - sugerir a elaboração de convênios com entidades e instituições públicas ou privadas, visando à obtenção de subsídios técnicos aos órgãos de execução;</p> <p>VIII - reunir ordinariamente uma vez a cada bimestre e extraordinariamente por convocação do Procurador-Geral de Justiça;</p> <p>IX - elaborar e aprovar seu regimento interno.</p> <p>(...)</p> <p>Art. 9º. São atribuições do Grupo Executivo:</p> <p>(...)</p> <p>II - atender a qualquer do povo, tomando as providências cabíveis e cientificando o interessado das medidas tomadas;</p> <p>III - promover o inquérito civil e a ação civil pública;</p> <p>IV - expedir notificações e requisições;</p> <p>V - promover audiências públicas;</p> <p>VI - emitir recomendações dirigidas aos órgãos e entidades encarregados da fiscalização e da prestação de ações e serviços de saúde;</p> <p>VII - inspecionar e fiscalizar estabelecimentos de saúde públicos e privados;</p> <p>VIII - solicitar o auxílio de serviços médicos, educacionais e assistenciais públicos ou conveniados;</p> <p>IX - requisitar a instauração de inquérito policial e diligências investigatórias para apuração de crime de ação penal pública;</p>
--	--	--	--

			<p>(...)</p> <p>Art. 12. São atribuições das Comissões Temáticas da Rede-Saúde:</p> <p>(...)</p> <p>II - realizar estudos e pesquisas e manter dossiê atualizado sobre o tema colocado sob sua responsabilidade;</p> <p>III - sugerir a formação de grupo executivo para o enfrentamento de problemas regionais e nacionais;</p> <p>IV - elaborar roteiros de investigação, sem caráter vinculativo;</p> <p>V - estimular a formação de grupos de estudos e apoiar seu funcionamento;</p> <p>VI - manter fórum virtual na web page do CAO-Saúde;</p> <p>VII - acompanhar a elaboração e a implementação das políticas de saúde relacionadas ao tema colocado sob sua responsabilidade;</p> <p>VIII - sugerir a realização de cursos, palestras e outros eventos;</p>
18/10/2006	Res. PGJ nº 72	Dá nova disciplina às Promotorias de Justiça Especializadas, também denominadas de Promotorias de Justiça do Cidadão, e estabelece outras disposições relativas às suas atribuições.	<p>Art. 1º. As Promotorias de Justiça Especializadas, também denominadas Promotorias de Justiça do Cidadão, subdividem-se em:</p> <p>(...)</p> <p>VI - Promotoria de Justiça do Cidadão Especializada na Defesa da Saúde;</p> <p>(...)</p> <p>§ 1º. As Promotorias de Justiça de Defesa do Cidadão Especializadas exercerão a titularidade das ações cíveis e penais nos casos afetos à sua área de atuação, excluindo-se a atuação perante os Juizados Especiais.</p> <p>(...)</p> <p>§ 4º. No caso do parágrafo anterior, o órgão de execução</p>

			<p>atuante da Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde deverá comunicar, por ofício, ao órgão de execução da Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos da Infância e Juventude, ou da Promotoria de Justiça Especializada na Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência e Idosos, para ciência e análise do interesse na atuação conjunta, extrajurisdicional e jurisdicional.</p> <p>(...)</p> <p>§ 10. A Promotoria de Justiça Especializada na Defesa da Saúde exercerá a titularidade da ação penal apenas em relação àqueles delitos verificados no âmbito de suas investigações e, no caso da Promotoria de Justiça de Defesa do Patrimônio Público, quando envolverem a participação de agentes públicos.</p> <p>(...)</p> <p>Art. 3º. A Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão será coordenada administrativamente por Promotor de Justiça, designado pelo Procurador-Geral de Justiça, competindo-lhe, sem prejuízo de suas atribuições normais, e com o concurso dos demais integrantes:</p> <p>(...)</p> <p>III - fomentar a atuação preventiva para combater diretamente o ilícito como forma de evitar ou diminuir o dano;</p> <p>(...)</p> <p>Art. 5º. São atribuições dos órgãos de execução das Promotorias de Justiça Especializadas, sem prejuízo de outras definidas em lei ou ato administrativo:</p> <p>I - promover a ação penal pública;</p> <p>II - instaurar inquérito civil ou outro procedimento</p>
--	--	--	---

			<p>administrativo;</p> <p>III - requisitar inquéritos, laudos, perícias, exames, informações e quaisquer outros dados necessários ao exercício das atribuições;</p> <p>IV - expedir notificações e requisições nos procedimentos administrativos, observado o disposto no art. 26, § 1º, da Lei nº 8.625, de 12/02/93;</p> <p>V - propor as medidas judiciais necessárias à tutela dos interesses e direitos difusos, coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos;</p> <p>VI - atender a qualquer do povo, tomando as providências cabíveis, cientificando o interessado das medidas efetivadas;</p> <p>VII - expedir cartas precatórias para outros órgãos de execução;</p> <p>VIII - representar aos órgãos competentes, quando cabível a aplicação de sanções administrativas;</p> <p>IX - processar as representações ou quaisquer expedientes distribuídos pelo Coordenador da Promotoria de Justiça de Defesa do Cidadão, dando-lhes o encaminhamento devido;</p> <p>X - promover a articulação do Ministério Público com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive de cunho associativo, objetivando a integração de esforços e o desenvolvimento de ações conjuntas;</p> <p>(...)</p> <p>XII - auxiliar, quando necessário, os órgãos de execução do Ministério Público das comarcas onde não houver promotorias de justiça especializadas, quanto à instauração, instrução e conclusão do inquérito civil e outros procedimentos administrativos, e na propositura</p>
--	--	--	---

			<p>das medidas judiciais;</p> <p>(...)</p> <p>XV - desenvolver, em parceria com o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional, estudos e pesquisas, promover palestras, cursos de atualização e grupos de estudo para a promoção do aperfeiçoamento técnico e funcional;</p> <p>XVI - propor ao Procurador-geral de Justiça alterações legislativas ou a edição de atos normativos, inclusive no âmbito interno;</p> <p>XVII - subsidiar o Procurador-Geral de Justiça na definição das políticas e programas específicos.</p>
30/06/2006	Res. PGJ Adj. Jur. nº 44	Modifica as atribuições das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde da comarca de Belo Horizonte.	Divisão de atribuições por consenso.
12/05/2007	Av. PGJ 2007	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Uberaba.	Saúde é um dos temas da audiência pública.
25/08/2007	Av. PGJ 2007	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Governador Valadares.	Saúde é um dos temas da audiência pública.
20/02/2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Pouso Alegre.	Saúde é um dos temas da audiência pública.
15/03/2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Muriaé.	Saúde é um dos temas da audiência pública.
16/05/2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência Pública do Ministério Público – Uberlândia.	Saúde é um dos temas da audiência pública.
11/06/2008	Av. PGJ 2008	Publica regulamento da Audiência	Saúde é um dos temas da audiência pública.

		Pública do Ministério Público – Formiga.	
29/12/2008	Res. Conj. SES/SEDES/PGJ nº 56	Institui Comissão interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando a assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais.	Motivos: - a necessidade de compatibilizar a legislação penal que prevê a aplicabilidade de medidas de segurança a portadores de sofrimento mental que hajam incidido na prática de crime, com a legislação que institui a Reforma psiquiátrica e reduziu as vagas disponíveis nos manicômios; - o grande número de portadores de sofrimento mental com decisão judicial que determina a sua internação para cumprimento de medida de segurança e que esta no aguardo de vagas em manicômios judiciais; Fica instituída a Comissão Interinstitucional para diagnóstico e elaboração de plano de ação visando a assistência em saúde mental para os sentenciados com medidas de segurança no Estado de Minas Gerais.
04/02/2010	Res. PGJ Adj. Jur. nº 9, Modifica as atribuições da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Belo Horizonte.	Modifica as atribuições da 19ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde da Comarca de Belo Horizonte.	Divisão de atribuições por consenso.
11/10/2011	Com. CAO-Saúde 2011	Dispõe sobre as providências adotadas, no âmbito nacional, que visem a regularização da grave ocorrência da falta do produto IMUNOGLOBULINA ANTI-RH nos estabelecimentos de saúde públicos e privados.	Informa que: vêm sendo adotadas providências, no âmbito nacional, que visem a regularização da grave ocorrência da falta do produto IMUNOGLOBULINA ANTI-RH nos estabelecimentos de saúde públicos e privados. Há falta da matéria prima no cenário mundial. Referido medicamento é indispensável para se evitar a doença

			hemolítica do recém-nascido em mães Rh negativas, utilizado quando há evidências ou riscos de aloimunização. Nesse sentido, expediu-se ofício nº 003/2011 para prestação de informações pelo Ministro da Saúde. Conforme deliberação plenária COPEDS, ocorrida nos dias 15 e 16 de setembro do corrente, em Gramado/RS, essa temática ficou sob responsabilidade do Ministério Público Federal.
27/10/2011	Com. CAO-Saúde 2011	Dispõe sobre Enunciados, versando sobre Terceirização das Ações e Serviços de Saúde, aprovados pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPGE), por ocasião de sua II Reunião Ordinária, ocorrida em Vitória/ES, no dia 09/06/2011.	<p>Enunciado nº 1. “A saúde pública deve ser exercida diretamente pela Administração Direta, devendo o Ministério Público promover medidas para garantir esta diretriz constitucional, inclusive o ajuizamento de ações civis públicas”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 2. “Não é possível a transferência integral da gestão e da execução das ações e serviços de saúde do Primeiro Setor (Estado) para pessoas jurídicas de direito privado, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ou qualquer outra entidade do Terceiro Setor, pois a saúde é dever do Estado necessitando ser promovida mediante políticas públicas, devendo a iniciativa privada participar do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em caráter complementar”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 3. “A complementaridade que possibilita a participação de entidades do Terceiro Setor no Sistema Único de Saúde (SUS), por expressa determinação constitucional e de acordo com a lei de regência (Lei Orgânica da Saúde), exige que o gestor demonstre a impossibilidade fática do Estado garantir diretamente a</p>

			<p>cobertura assistencial à população de determinada área, com justificativa técnica e epidemiológica, não podendo jamais significar a não responsabilização do Estado, bem como, a mera substituição dos serviços públicos pela iniciativa privada”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 4. “Os planos operativos estabelecidos em decorrência dos Termos de Compromisso de Gestão (TGE) dos Pactos pela Saúde (Portaria MS nº 399/2006) são instrumentos úteis para eventual averiguação das situações de suficiência ou não dos serviços públicos na área da saúde”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 5. “A participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) não pode compreender atos de gestão e administração de unidades públicas ou quaisquer estabelecimentos de saúde com equipamentos, funcionários e recursos públicos, mas apenas a execução de determinadas ações e serviços públicos onde tais unidades não forem suficientes para a cobertura assistencial”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 6. “Compete ao Município assumir diretamente, por sua rede pública, a execução das ações e serviços de saúde de atenção básica (atenção primária), estando vedada a terceirização dos Agentes Comunitários da Saúde e dos Agentes de Combate à Endemia”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 7. “Constatando uma situação fática consolidada, por vezes com o reconhecimento da legalidade pelo Poder Judiciário, o Ministério Público</p>
--	--	--	---

			<p>deve se voltar para a fiscalização das atividades da Administração Indireta ou da iniciativa privada que prestam o serviço de saúde à população que, independentemente do instrumento jurídico utilizado para legitimar a parceria (auxílios, subvenções e contribuições, convênio, termo de parceria, contrato de gestão), devem observar as normas técnicas e administrativas e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, os princípios constitucionais da Administração Pública”. (II Reunião Ordinária COPEDES – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 8. “As situações de fato consolidadas, em razão de segurança jurídica e especificidades regionais, deverão ser respeitadas, sem prejuízo de o Poder Público instaurar, ao final dos contratos de gestão ou outros instrumentos jurídicos vigentes, processo público e objetivo, nos termos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, para as novas avenças”. (II Reunião Ordinária COPEDES – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 9. “Na fiscalização da relação estabelecida entre o Poder Público e os entes sociais no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério Público deve atentar para quatro diferentes etapas importantes: a fiscalização prévia do modelo de participação complementar, que exige lei local e compatibilidade com o sistema constitucional; a outorga da qualificação da entidade social, que deve respeitar os requisitos legais, princípios constitucionais como a isonomia e imparcialidade, e destinar-se a pessoas jurídicas com comprovada experiência na área de saúde; a formalização do ajuste, que deve conter o programa proposto e as metas a serem atingidas em determinados</p>
--	--	--	--

			<p>prazos de execução, salários e benefícios dos empregados da entidade, bem como a forma da fiscalização da Administração Direta; e a execução do contrato ou parceria, com a análise da qualidade dos serviços prestados e a comparação entre as metas propostas e os resultados alcançados”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 10. “Os indicadores do Pacto pela Vida (Portaria MS nº 399/2006) devem ser incorporados nos termos de parceria, nos contratos de gestão e em quaisquer outros instrumentos jurídicos cujo objeto seja a prestação de serviços públicos de saúde”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 11. “Como responsável pela supervisão dos termos de parceria e dos contratos de gestão, o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) deve fiscalizar rigorosamente o programa de trabalho proposto pela entidade, com as metas e os prazos estabelecidos, exigir a expedição de regulamento para a contratação de obras, serviços e compras pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e pelas Organizações Sociais (OS) com o emprego de recursos públicos, bem como, acompanhar com atenção os processos seletivos dos serviços continuados e as aquisições realizadas, a fim de garantir a proposta mais vantajosa”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 12. “As atividades a serem desenvolvidas pelas Organizações Sociais (OS), pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e por outras entidades do Terceiro Setor devem ser distintas daquelas do Poder Público, devendo o Ministério Público cuidar</p>
--	--	--	--

			<p>para que haja efetiva separação entre os bens, os equipamentos e os funcionários públicos e o patrimônio da entidade privada”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 13. “Os responsáveis pelas ilegalidades perpetradas envolvendo repasses públicos ao Terceiro Setor estão sujeitos às sanções da Lei de Improbidade Administrativa (Lei nº 8.429/92), nos termos do disposto nos seus arts. 2º e 3º”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 14. “A atuação eficiente dos Conselhos de Saúde contribui para o êxito no controle da terceirização das ações e serviços de saúde, seja na averiguação do respeito aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na fiscalização dos convênios, termos de parceria e contratos de gestão, além de configurar legítima forma de controle social, razão pela qual o Ministério Público deve promover medidas para seu fortalecimento e capacitação técnica”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 15. “O aumento vertiginoso das terceirizações no setor da saúde, sob a retórica da eficiência, demonstra que o Ministério Público deve eleger como assuntos prioritários a busca de uma fonte estável para o financiamento das ações e serviços da saúde, o respeito aos parâmetros constitucionais dos recursos que devem constar nos orçamentos sanitários da União, dos Estados e dos Municípios (Emenda Constitucional nº 29, de 13 de dezembro de 2000), e a efetivação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (II Reunião Ordinária</p>
--	--	--	---

26/04/2012	Ato CGMP Nº 1	Aprova a revisão e a atualização da Consolidação dos Atos Normativos e Orientadores expedidos pela Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado de Minas Gerais.	<p>COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Defesa da Saúde. Urgência e Emergência. Internação hospitalar. Regulação. Compra de leitos. Vaga zero.</p> <p>Art. 172. Recomenda-se aos órgãos de execução se atentarem para o fato de que compete ao Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado da Saúde (Gestor SUS Estadual), a responsabilidade pela regulação dos serviços de urgência e emergência médicas, de média e alta complexidades, atenção hospitalar, devendo garantir o efetivo acesso dos usuários àqueles leitos. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 17, de 27.07.2011, Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais – TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Art. 173. Recomenda-se aos órgãos de execução se atentarem para o fato de que compete ao Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado de Saúde (Gestor SUS Estadual), nas situações de urgência e emergência médicas, no nível hospitalar, de média e alta complexidades, garantir a compra de leitos privados para os usuários, regularmente cadastrados no sistema oficial do SUS, sempre que constatada a insuficiência de seus leitos na rede pública ou privada contratada, na forma da Lei Estadual n.º 15.474, de 2005, e Nota Técnica SES/MG n.º 026/2010. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 18, de 07.12.2011, de 27.07.2011, do Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Art. 174. Recomenda-se aos órgãos de execução se atentarem para o fato de que as unidades de atendimentos pré-hospitalares (UPA, PAM e outras) destinadas às situações de urgência e emergência médicas, atenção</p>
------------	---------------	--	--

			<p>ambulatorial, não têm natureza de unidade hospitalar, sendo, portanto, inadequada a “internação” de pacientes em seus complexos, quando for caso de remoção para regular internação (leito) hospitalar. Nesse caso, constatada a irregularidade técnica, com violação do direito de acesso dos usuários aos serviços de saúde, no nível hospitalar, deverá o órgão de execução adotar as providências judiciais ou extrajudiciais cabíveis. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 20, de 27.07.2011, do Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Defesa da Saúde. Ministério Público. Atuação funcional. Priorização. Enunciado n.º 16, de 07.12.2011. Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPGE).</p> <p>Art. 175. O Ministério Público deve priorizar sua atuação coletiva nas questões de saúde pública, sem prejuízo de sua atribuição para as demandas individuais, com fundamento no art. 127, caput, da Constituição Federal.</p> <p>Defesa da Saúde. Ministério Público. Atuação funcional. Divisão de competência entre os entes.</p> <p>Art. 176. Recomenda-se aos órgãos de execução que, em ajuizamentos de ações envolvendo a Saúde Pública, observem a divisão de competências dos entes no Sistema Único de Saúde (SUS), desde que tal observância não constitua óbice para a garantia do direito à saúde. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 17, de 07.12.2011, Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos</p>
--	--	--	---

			<p>(GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Art. 177. Para garantia do planejamento e do orçamento, assegurar-se-á ao ente gestor, quando da realização de despesas de saúde para outra esfera governamental, não previstas no seu orçamento ou no plano de saúde, o ressarcimento por esse atendimento, na forma do artigo 35, VII, da Lei Federal n.º 8.080/90. (Enunciado n.º 10, de 18.11.2010, Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais – TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Defesa da Saúde. Ministério Público. Atuação funcional. Garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde.</p> <p>Art. 178. Sempre que possível, dar-se-á preferência aos medicamentos disponibilizados pelo ente público, ressalvada sua ineficácia no tratamento de doença específica, mediante comprovação técnica, inclusive pericial, apontando-se, concretamente, a eficácia do fármaco indicado. (Enunciado n.º 05, de 09.08.2010, do Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais – TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Art. 179. Em razão da necessidade de eficiência da Administração Pública, devem ser preservadas as políticas públicas de saúde, com a utilização de medidas excepcionais não padronizadas apenas no caso de ineficiência ou ausência daquelas. (Enunciado n.º 13, de 18.11.2010, Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais – TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Art. 180. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária, devendo se iniciar, preferencialmente, pelo SUS e se</p>
--	--	--	---

			<p>completar na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. (Enunciado n.º 25, de 28.11.2011, Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais – TJMG, MPMG e SES/MG)</p> <p>Art. 181. Deve o Ministério Público observar, como referência, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, a Relação Nacional das Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), atento à BEM - Medicina Baseada em Evidências –, devendo observar ainda que a Lei Federal n.º 8.080, de 1990, e o Decreto n.º 7.508, de 2011, organizam ações e serviços no âmbito do SUS, mas não restringem direitos, segundo a diretriz da integralidade do direito à saúde, estabelecida no art. 198, II, da Constituição Federal, cujo conteúdo foi explicado pelo Supremo Tribunal Federal na Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175. (Enunciado n.º 18, de 07.12.2011, da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS, do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Art. 182. Recomenda-se aos órgãos de execução que, em casos de solicitação de medicamentos e procedimentos não relacionados nas padronizações do Ministério da Saúde, do Estado ou do Município, requisitem que o médico prescritor justifique, fundamentadamente, as prescrições não constantes das listas oficiais (através de laudo com história clínica do paciente, anexando exames de diagnósticos e cópias de estudos baseados em evidências, por exemplo), devendo eles, ainda, justificar a prescrição como primeira escolha, em detrimento dos</p>
--	--	--	---

			<p>medicamentos padronizados. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 19, de 07.12.2011, da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Art. 183. O Ministério Público exigirá da Secretaria Municipal de Saúde a elaboração e atualização da Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica (REMUME). (Enunciado n.º 20, de 07.12.2011, da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Defesa da Saúde. Ministério Público. Atuação funcional. Acervo mínimo da Promotoria de Justiça.</p> <p>Art. 184. Recomenda-se aos órgãos de execução com atuação na esfera da Saúde Pública possuírem como acervo mínimo da Promotoria de Justiça:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lei local atualizada de criação do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde; b) regimento interno atualizado do Conselho de Saúde; c) plano de saúde local em vigor; d) programação anual de saúde local em vigor; e) relatório anual de gestão local do ano anterior, aprovado pelo Conselho de Saúde local; f) Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica (REMUME) em vigor; g) relação estadual de medicamentos do componente especializado; h) Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
--	--	--	---

			<p>(COAPS), se houver;</p> <p>i) relatório resumido do primeiro semestre e anual do Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde (SIOPS), verificando o percentual investido em saúde pública e o valor, em moeda nacional, por habitante;</p> <p>j) lei orçamentária anual do Município, de forma a destacar a aplicação em saúde pública. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 23, de 07.12.2011, da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Defesa da Saúde. Ministério Público. Atuação funcional. Orçamento e aplicação de recursos nas ações e serviços de saúde. Prestação de contas.</p> <p>Art. 185. Prevendo a Lei Orçamentária Anual (LOA) percentual inferior ao previsto na Emenda Constitucional n.º 29, de 2000, regulamentada pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, o Ministério Público ajuizará Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) na instância competente. (Enunciado n.º 24, de 07.12.2011, da Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Art. 186. Recomenda-se aos órgãos de execução a adoção de providências nos casos em que o ente público investir em Saúde Pública percentual inferior ao que fora previsto na respectiva lei orçamentária anual, para a devida compensação nos exercícios subsequentes. (Interpretação que se extrai do Enunciado n.º 25, de 07.12.2011, da</p>
--	--	--	--

			<p>Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais do Ministério Público dos Estados e da União - CNPG)</p> <p>Art. 187. Recomenda-se aos órgãos de execução fiscalizar a exigência de o gestor do SUS, em cada esfera de governo, apresentar, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e, respectivamente, em audiência pública, às câmaras de vereadores e às assembleias legislativas relatório circunstanciado referente a sua atuação naquele período. O relatório deverá destacar, entre outras, informações sobre montante e fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período e oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. (Interpretação que se extrai do artigo 12 da Lei Federal n.º 8.689, de 27.07.1993, alterada pela Lei Federal n.º 12.438, de 2011)</p> <p>Defesa da Saúde. Ministério Público. Atuação funcional. Saúde Mental.</p> <p>Art. 188. Constitui atribuição do Gestor Municipal a organização, o acesso e o controle da porta de entrada da atenção psicossocial em seu território. O fato de inexistirem, no município, os serviços, organizados em rede de saúde mental, não afasta sua responsabilidade no atendimento territorial àquele serviço, notadamente no nível da atenção primária à saúde. (Enunciado n.º 27, de 28.11.2011, Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais – TJMG, MPMG e SES/MG).</p> <p>Art. 189. Recomenda-se aos órgãos de execução se atentarem para o fato de que a internação psiquiátrica é</p>
--	--	--	---

			<p>exceção legal, devendo, em qualquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória), ser indicada somente quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, uma vez que o tratamento tem como finalidade permanente a reinserção social do paciente. (Interpretação que se extrai da Lei Federal n.º 10.216, de 2001, e da Lei Estadual n.º 12.684, de 1997).</p> <p>§ 1.ºA internação psiquiátrica será utilizada após a exclusão das demais possibilidades terapêuticas e sua duração máxima corresponderá ao período necessário para que possa ser iniciado, em ambiente extra-hospitalar, o processo de reinserção social da pessoa portadora de transtorno mental.</p> <p>§ 2.ºA internação em leitos públicos ou conveniados com o poder público terá encaminhamento exclusivo dos centros de referência de saúde mental públicos ou dos serviços públicos de emergência psiquiátrica e ocorrerá, preferencialmente, em estabelecimento escolhido pelo paciente.</p> <p>§ 3.ºInexistindo serviço psiquiátrico na localidade em que tiver sido atendido, o paciente será encaminhado pelo médico responsável pelo atendimento para o Centro de Referência de Saúde Mental ou para o serviço de urgência psiquiátrica mais próximo, às expensas do SUS.</p> <p>Art. 190. Recomenda-se aos órgãos de execução adotarem as providências necessárias que visem à implantação do Serviço Hospitalar de Referência para Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, junto ao Gestor SUS, nos municípios ou Regiões de Saúde, com existência de ações de saúde mental na</p>
--	--	--	---

			<p>Atenção Básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência. (Interpretação extraída da Portaria MS n.º 148, de 31.01.2012)</p> <p>Parágrafo único. O Serviço Hospitalar de Referência deve ser implantado em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica.</p>
19/01/2012	Com. CAO-Saúde n.º 1	Dispõe sobre Enunciados, aprovados na área da Saúde, sem caráter vinculativo, pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde - COPEDS, do Grupo Nacional de Direitos Humanos - GNDH.	<p>Enunciado n.º 1. “A saúde pública deve ser exercida diretamente pela Administração Direta, devendo o Ministério Público promover medidas para garantir esta diretriz constitucional, inclusive o ajuizamento de ações civis públicas”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado n.º2. “Não é possível a transferência integral da gestão e da execução das ações e serviços de saúde do Primeiro Setor (Estado) para pessoas jurídicas de direito privado, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), ou qualquer outra entidade do Terceiro Setor, pois a saúde é dever do Estado necessitando ser promovida mediante políticas públicas, devendo a iniciativa privada participar do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em caráter complementar”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado n.º 3. “A complementaridade que possibilita a participação de entidades do Terceiro Setor no Sistema Único de Saúde (SUS), por expressa determinação constitucional e de acordo com a lei de regência (Lei Orgânica da Saúde), exige que o gestor demonstre a impossibilidade fática do Estado garantir diretamente a cobertura assistencial à população de determinada área, com justificativa técnica e epidemiológica, não podendo</p>

			<p>jamais significar a não responsabilização do Estado, bem como, a mera substituição dos serviços públicos pela iniciativa privada”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 4. “Os planos operativos estabelecidos em decorrência dos Termos de Compromisso de Gestão (TGE) dos Pactos pela Saúde (Portaria MS nº 399/2006) são instrumentos úteis para eventual averiguação das situações de suficiência ou não dos serviços públicos na área da saúde”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 5. “A participação complementar da iniciativa privada no Sistema Único de Saúde (SUS) não pode compreender atos de gestão e administração de unidades públicas ou quaisquer estabelecimentos de saúde com equipamentos, funcionários e recursos públicos, mas apenas a execução de determinadas ações e serviços públicos onde tais unidades não forem suficientes para a cobertura assistencial”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 6. “Compete ao Município assumir diretamente, por sua rede pública, a execução das ações e serviços de saúde de atenção básica (atenção primária), estando vedada a terceirização dos Agentes Comunitários da Saúde e dos Agentes de Combate à Endemia”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 7. “Constatando uma situação fática consolidada, por vezes com o reconhecimento da legalidade pelo Poder Judiciário, o Ministério Público deve se voltar para a fiscalização das atividades da Administração Indireta ou da iniciativa privada que</p>
--	--	--	--

			<p>prestam o serviço de saúde à população que, independentemente do instrumento jurídico utilizado para legitimar a parceria (auxílios, subvenções e contribuições, convênio, termo de parceria, contrato de gestão), devem observar as normas técnicas e administrativas e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como, os princípios constitucionais da Administração Pública”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 8. “As situações de fato consolidadas, em razão de segurança jurídica e especificidades regionais, deverão ser respeitadas, sem prejuízo de o Poder Público instaurar, ao final dos contratos de gestão ou outros instrumentos jurídicos vigentes, processo público e objetivo, nos termos da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, para as novas avenças”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 9. “Na fiscalização da relação estabelecida entre o Poder Público e os entes sociais no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério Público deve atentar para quatro diferentes etapas importantes: a fiscalização prévia do modelo de participação complementar, que exige lei local e compatibilidade com o sistema constitucional; a outorga da qualificação da entidade social, que deve respeitar os requisitos legais, princípios constitucionais como a isonomia e imparcialidade, e destinar-se a pessoas jurídicas com comprovada experiência na área de saúde; a formalização do ajuste, que deve conter o programa proposto e as metas a serem atingidas em determinados prazos de execução, salários e benefícios dos empregados da entidade, bem como a forma da fiscalização da</p>
--	--	--	---

			<p>Administração Direta; e a execução do contrato ou parceria, com a análise da qualidade dos serviços prestados e a comparação entre as metas propostas e os resultados alcançados”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 10. “Os indicadores do Pacto pela Vida (Portaria MS nº 399/2006) devem ser incorporados nos termos de parceria, nos contratos de gestão e em quaisquer outros instrumentos jurídicos cujo objeto seja a prestação de serviços públicos de saúde”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 11. “Como responsável pela supervisão dos termos de parceria e dos contratos de gestão, o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) deve fiscalizar rigorosamente o programa de trabalho proposto pela entidade, com as metas e os prazos estabelecidos, exigir a expedição de regulamento para a contratação de obras, serviços e compras pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e pelas Organizações Sociais (OS) com o emprego de recursos públicos, bem como, acompanhar com atenção os processos seletivos dos serviços continuados e as aquisições realizadas, a fim de garantir a proposta mais vantajosa”. (II Reunião Ordinária COPEDS – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 12. “As atividades a serem desenvolvidas pelas Organizações Sociais (OS), pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e por outras entidades do Terceiro Setor devem ser distintas daquelas do Poder Público, devendo o Ministério Público cuidar para que haja efetiva separação entre os bens, os equipamentos e os funcionários públicos e o patrimônio</p>
--	--	--	---

			<p>da entidade privada”. (II Reunião Ordinária COPEDES – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 13. “Os responsáveis pelas ilegalidades perpetradas envolvendo repasses públicos ao Terceiro Setor estão sujeitos às sanções da Lei de Improbidade Administrativa (Lei nº 8.429/92), nos termos do disposto nos seus arts. 2º e 3º”. (II Reunião Ordinária COPEDES – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 14. “A atuação eficiente dos Conselhos de Saúde contribui para o êxito no controle da terceirização das ações e serviços de saúde, seja na averiguação do respeito aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), seja na fiscalização dos convênios, termos de parceria e contratos de gestão, além de configurar legítima forma de controle social, razão pela qual o Ministério Público deve promover medidas para seu fortalecimento e capacitação técnica”. (II Reunião Ordinária COPEDES – 09/06/2011 – Vitória/ES)</p> <p>Enunciado nº 15. “O aumento vertiginoso das terceirizações no setor da saúde, sob a retórica da eficiência, demonstra que o Ministério Público deve eleger como assuntos prioritários a busca de uma fonte estável para o financiamento das ações e serviços da saúde, o respeito aos parâmetros constitucionais dos recursos que devem constar nos orçamentos sanitários da União, dos Estados e dos Municípios (Emenda Constitucional nº 29, de 13 de dezembro de 2000), e a efetivação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (II Reunião Ordinária COPEDES – 09/06/2011 – Vitória/ES).</p> <p>Enunciado nº 16. "O Ministério Público deve priorizar sua</p>
--	--	--	--

			<p>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." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 17. "Observará o Ministério Público, nos ajuizamentos de ações envolvendo a Saúde Pública, a divisão de competências no SUS, desde que não constitua óbice para a garantia do direito à saúde." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 18. "Deve o Ministério Público observar, como referência, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, RENASES-Relação Nacional das ações e Serviços de Saúde e a RENAME-Relação Nacional de Medicamentos, atentos à MBE-Medicina Baseada em Evidências, e de que a Lei n. 8080 e o Decreto nº 7508/11 organizam ações e serviços no âmbito do SUS, mas não restringem direitos, segundo a diretriz da integralidade do direito à saúde, estabelecida no art. 198, II da Constituição Federal, cujo conteúdo foi explicado pelo STF na STA nº 17." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 19. "Nos casos de solicitação de medicamentos e procedimentos não relacionados nas padronizações do Ministério da Saúde, do Estado ou do Município, deve o membro do Ministério Público requisitar que o médico prescritor justifique, fundamentadamente, as prescrições não constantes das listas oficiais (através de laudo com história clínica do paciente, anexando exames de diagnósticos e cópias de estudos baseados em evidências, por exemplo); que</p>
--	--	--	--

			<p>justifiquem a prescrição como 1ª escolha, em detrimento dos medicamentos padronizados." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 20. "O Ministério Público exigirá da Secretaria Municipal de Saúde a elaboração e atualização da relação municipal de medicamentos da atenção básica – REMUME e o seu índice mensal de cobertura (de abastecimento)." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 21. "Não devem ser aceitas pelo Ministério Público demandas de saúde que pleiteiem procedimentos e medicamentos experimentais." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 22. "O Ministério Público cobrará da Secretaria Estadual de Saúde o índice mensal de cobertura (abastecimento) do componente especializado da assistência farmacêutica." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 23. "Deve constituir o acervo mínimo da Promotoria de Justiça com atribuição na esfera da Saúde Pública – SUS: a) lei local atualizada de criação do Conselho de Saúde e do Fundo de Saúde; b) regimento interno atualizado do Conselho de Saúde; c) plano de saúde local em vigor; d) programação anual de saúde local em vigor; d) relatório anual de gestão local do ano anterior, aprovado pelo Conselho de Saúde local; e) REMUME – Relação Municipal de Medicamentos da Atenção Básica em vigor; f) índice mensal de abertura (de abastecimento) da REMUME; g) Relação Estadual de Medicamentos do componente especializado; h) índice mensal de cobertura (de abastecimento) da relação</p>
--	--	--	--

			<p>estadual de medicamentos do componente especializado; i) contrato organizativo de ação pública de saúde – COAPS; j) relatório resumido do 1º semestre e anual do SIOPS – Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde, verificando o percentual investido em saúde pública e o valor, em moeda nacional, por habitante; k) plano de carreiras, cargos e vencimentos do SUS, local; l) lei orçamentária anual de Estado e Município; m) o PDRI - Plano Diretor de Regionalização e Investimento." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 24. "Prevendo a Lei Orçamentária Anual – LOA percentual inferior ao previsto na EC 29/2000, o Ministério Público ajuizará ADIn – Ação Direta de Inconstitucionalidade na instância competente." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p> <p>Enunciado nº 25. "Caso o ente público invista, em saúde pública, percentual inferior ao previsto na lei orçamentária anual, o Ministério Público adotará providências para a devida compensação nos exercícios subsequentes." (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).</p>
19/01/2012	Com. CAO-Saúde nº 2	Dispõe sobre Enunciados, aprovados na área da Saúde, sem caráter vinculativo, pelo Fórum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais.	ENUNCIADO 01- O dispositivo contido no art. 196 da Constituição da República submete o direito à saúde à observância das políticas públicas, de modo a prevalecer o direito coletivo sobre o direito individual que o possa prejudicar. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG)

			<p>ENUNCIADO 02 - O inciso II do art. 23 da Constituição da República deve ser interpretado no sentido de que a responsabilidade solidária entre os diversos entes públicos, no que se refere à saúde, limita-se às políticas públicas, previstas no art. 196, inclusive à disponibilização de verbas/previsão orçamentária para a sua concretização. Entretanto, tal responsabilidade é subsidiária, quando da sua efetivação concreta e localizada, em obediência à divisão de competência dos serviços e para evitar a duplicidade de meios para fins idênticos. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 03 - O ente público tem o dever de permanente atualização dos instrumentos normativos que estabelecem as listas de medicamentos disponíveis, de modo a acompanhar a evolução da ciência médica-farmacêutica. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 04 - O ente público, por seu departamento de saúde, deve disponibilizar, para consulta dos membros do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e OAB, os dados técnicos acerca da responsabilidade de fornecimento dos medicamentos, sua indicação e eficácia específicas. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 05 - Sempre que possível, dar-se-á preferência aos medicamentos disponibilizados pelo ente público, ressalvada sua ineficácia no tratamento de</p>
--	--	--	--

			<p>doença específica, mediante comprovação técnica, inclusive pericial, apontando-se, concretamente, a eficácia do fármaco indicado. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 06 - Não se recomenda o deferimento de pedido de medicamentos não aprovados e testados na ANVISA. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 07 - Devem ser evitadas as “liminares genéricas”, como fornecimento aleatório de medicamento não especificado, para uma ou várias doenças, à população em geral, evitando-se, também, a inviabilização do sistema de aquisição e de distribuição de medicamentos pelo ente público aos seus usuários. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010, Belo Horizonte/MG) (FORUM PERMANENTE DA SAÚDE – MINAS GERAIS - 1º Curso de Direito à Saúde, 09/08/2010)</p> <p>ENUNCIADO 08 - As políticas públicas são o instrumento utilizado para se alcançar a assistência mais ampla e aperfeiçoada à saúde pública, devendo ser, na medida do possível, observadas nas decisões judiciais, desde que não sejam consideradas de modo absoluto e nem transformadas em meio de prejudicar a atenção a esse valor maior protegido constitucionalmente. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG)</p>
--	--	--	---

			<p>ENUNCIADO 09 - Em caso de ineficiência das ações e serviços oncológicos, credenciados ao SUS, inclusive de seus protocolos assistenciais, o ente federado, responsável pela regulação, poderá ser compelido a garantir o tratamento, seja diretamente, seja por outro serviço oncológico, desde que comprovada a evidencia científica do procedimento. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 10 - Para garantia do planejamento e do orçamento, assegurar-se-á ao ente gestor, quando da realização de despesas de saúde para outra esfera governamental, não previstas no seu orçamento ou no plano de saúde, o ressarcimento por esse atendimento, na forma do artigo 35, inc. VII da lei federal nº 8.080/90. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 11 - Em razão da garantia de acesso universal à saúde, bem como da responsabilidade comum na gestão do SUS, assim definidos, respectivamente na Constituição Federal e nos Pactos pela Saúde, compete aos Municípios além dos cuidados de atenção primária, o acolhimento e encaminhamento dos pacientes para a Rede de Atenção Oncológica, a fim de que recebam diagnóstico e tratamento oncológico integral, inclusive farmacêutico. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 12 - Recomendar ao Ministério da Saúde (INCA) a instituição de protocolos clínicos de diretrizes</p>
--	--	--	---

			<p>terapêuticas para todo o tratamento médico-hospitalar oncológico, visando a padronização (uniformização) da atuação das unidades oncológicas prestadoras de serviços. Contudo, em razão das especificidades dos tratamentos oncológicos, não poderão influenciar no sentido de impedir a melhor decisão do tratamento médico oncológico pela equipe multidisciplinar. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 13 - Em razão da necessidade de eficiência da administração pública devem ser preservadas as políticas públicas de saúde, com a utilização de medidas excepcionais não padronizadas apenas no caso de ineficiência ou ausência daquelas. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG)</p> <p>ENUNCIADO 14 - A responsabilidade solidária entre União, Estados e Municípios existe para a implementação das políticas públicas de saúde, reconhecendo-se divisão de competências entre os entes. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 2º Curso de Direito à Saúde, 18/11/2010, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 15 - A ordem judicial para atendimento médico/farmacêutico de evidente urgência ou em caso de emergência não se submete obrigatoriamente à observância das políticas públicas, podendo o julgador escolher a solução mais rápida e eficaz que melhor atenda ao caso concreto. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p>
--	--	--	---

			<p>ENUNCIADO 16 - As políticas públicas obrigam ao ente público integrante do SUS, e não ao usuário do serviço público de saúde, cujo direito fundamental à saúde pode buscar o atendimento de acordo com a sua necessidade, mormente em caso de urgência e emergência e de ausência do serviço ou produto necessitado. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 17 - Compete ao Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado da Saúde - Gestor SUS Estadual, a responsabilidade pela regulação dos serviços de urgências e emergências médicas, da média e alta complexidades, devendo garantir o efetivo acesso dos usuários aos leitos hospitalares. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 18 - Compete ao Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado da Saúde - Gestor SUS Estadual, nas situações de urgências e emergências médicas, média e alta complexidades, garantir a compra de leitos privados para os usuários com risco de morte, na forma da legislação estadual, sempre que constatada a insuficiência de seus leitos na rede pública ou privada contratada, como dispõe a Lei Estadual n. 15.474-2005. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 19 - Compete aos Municípios de Minas Gerais, através da Secretaria Municipal de Saúde - Gestor SUS Municipal, a regulação e a garantia de acesso</p>
--	--	--	---

			<p>asações e serviços de saúde, urgências e emergências médicas, no âmbito do pronto atendimento médico pré-hospitalar fixo (UPA, PAM, etc), com estruturação adequada de equipamentos e recursos humanos, inseridos em uma lógica de rede que vise a garantia da integralidade em todos os níveis de assistência. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 20 - As unidades de atendimentos pré-hospitalar (UPA, PAM, etc), destinadas às situações de urgências e emergências médicas, de natureza ambulatorial, não possuem natureza de unidade hospitalar, sendo, portanto, inadequada a manutenção de “internações” de pacientes em seus complexos, quando for caso de remoção para leito hospitalar adequado. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 21 - O gestor estadual e os gestores municipais, nos limites de sua competência, são responsáveis pelo controle da efetiva presença dos recursos humanos no atendimento das urgências e emergências médicas. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 22 - Para possibilitar ao gestor a análise da existência de medicamento ou tratamento similar, as ordens judiciais devem ser instruídas com toda a documentação médica do paciente. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 3º Curso de Direito à</p>
--	--	--	---

			<p>Saúde, 27/07/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 23 - O gestor municipal que não pactuar as ações e serviços de saúde torna-se responsável pela atenção básica. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 4º Curso de Direito à Saúde, 28/11/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 24 – Ao realizar o atendimento na Rede de Atenção Básica - RAB e verificando que se trata de ação ou serviço de saúde de média e alta complexidade, o município habilitado na Gestão Plena tem o dever de encaminhar o paciente para a Rede Regional para a integralidade do tratamento. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 4º Curso de Direito à Saúde, 28/11/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 25 – O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde será ordenado pela atenção primária, devendo se iniciar de preferência pelas portas de entrada do SUS e se completar na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 4º Curso de Direito à Saúde, 28/11/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 26 – Os incisos I, II e IV do artigo 28 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, devem ser interpretados com ponderação e respeito ao princípio da universalidade e integralidade, de forma que a prescrição de medicamentos, por profissional de saúde que não esteja credenciado ao SUS, poderá ser admitida, observando preferencialmente os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 4º Curso de Direito à Saúde, 28/11/2011,</p>
--	--	--	--

			<p>Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 27 – Constitui atribuição do Gestor Municipal a organização, acesso e controle da porta de entrada da atenção psicossocial em seu território. O fato de inexistirem, no município, os serviços organizados em rede de saúde mental não afasta sua responsabilidade no atendimento territorial em saúde mental, notadamente no nível da atenção primária à saúde. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 4º Curso de Direito à Saúde, 28/11/2011, Belo Horizonte/MG).</p> <p>ENUNCIADO 28 – Integrando a saúde bucal e os serviços de enfermagem o conceito de saúde pública, os seus cuidados, as suas ações e seus serviços de saúde estão incorporados na idéia de universalidade e integralidade, contemplados constitucionalmente. (Forum Permanente de Direito à Saúde de Minas Gerais - 4º Curso de Direito à Saúde, 28/11/2011, Belo Horizonte/MG).</p>
07/02/2012	Com. CAO-Saúde nº 3	Dispõe sobre sugestões de membros do Ministério Público, com atuação na Defesa da Saúde, de temas que possam ser incluídos na futura pauta de debates em telediscussões.	<p>Informa a realização de debates via teleconferências entre a Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), sob sua coordenação, a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).</p> <p>Faculta aos membros do MPMG a sugestão de temas para as discussões.</p>
21/04/2012	Com. CAO-Saúde nº 5	Comunica sobre realização da III Reunião de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania – na Macrorregião Oeste de Minas.	Discussão de temas de saúde pública de interesse da região com diversos atores.
18/09/2012	Res. PGJ nº 77	Cria as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da	Art. 1º. Ficam criadas, na estrutura do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da

		<p>Saúde e modifica as atribuições da Rede de Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (REDE SAÚDE-MG).</p>	<p>Saúde (CAOSAÚDE), as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, órgãos auxiliares da atividade funcional do Ministério Público, com a finalidade de propiciar, em dada Região de Saúde, a articulação, operacional e institucional, solidária e integrada, dos Promotores de Justiça com atuação na defesa da saúde com vistas à implementação e efetividade das ações e serviços públicos de saúde.</p> <p>(...)</p> <p>Art. 3º Compete às Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, em sua área de abrangência:</p> <p>I - atuar de forma regionalizada e integrada com os Órgãos de Execução do Ministério Público, com atribuições na defesa da saúde, proporcionando-lhes, no que couber, suporte técnico, jurídico e administrativo, podendo adotar, em cooperação, medidas legais, judiciais e extrajudiciais, por solicitação escrita do Promotor Natural, que visem a efetiva proteção e defesa da saúde, em face das diretrizes e princípios constitucionais;</p> <p>II - atuar de forma integrada com as demais Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, especialmente para observância da integralidade da assistência à saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores;</p> <p>III - providenciar, no âmbito de sua regionalização, diagnóstico de informações em saúde, compartilhando-o com os Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde e com</p>
--	--	--	---

			<p>as demais Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, visando subsidiar a implementação dos planos, programas, projetos, estratégias, metas e diretrizes em saúde, oriundas da área estadual ou federal, objetivando uma atuação coletiva qualificada e uniforme dos Órgãos de Execução na efetivação do direito à saúde;</p> <p>IV - fomentar a articulação e a integração com órgãos e entidades governamentais e não governamentais, com atuação na área da saúde, no âmbito municipal e regional, visando desenvolver estudos, discussões, estratégias e ações que promovam o acesso universal e qualificado das pessoas às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;</p> <p>V - promover a existência e funcionamento eficaz, em cada região de saúde, no mínimo, de ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde, assim definidos na Rede de Atenção à Saúde;</p> <p>VI - fomentar o acesso qualificado dos usuários às ações e serviços de saúde não existentes na região, de forma a promover sua integralidade em todos os níveis de complexidade crescente;</p> <p>VII - fomentar, em cooperação e por solicitação dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, a habilitação dos municípios sede de Regiões de Saúde na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), podendo, no que couber, estender essa medida aos municípios sedes de macro e microrregião de saúde,</p>
--	--	--	--

			<p>de forma a garantir a governança dos prestadores e garantia dos repasses financeiros do teto MAC (média e alta complexidade), pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, diretamente, fundo a fundo;</p> <p>VIII - promover, em conjunto e por solicitação dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, a exigência e fiscalização do obrigatório planejamento em saúde pelos gestores, de acordo com as características epidemiológicas, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros;</p> <p>XIX - promover a fiscalização e o acompanhamento, em cada região de saúde, com adoção, se for o caso, em conjunto e por solicitação dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, de providências judiciais ou extrajudiciais, no tocante à construção das Redes de Atenção, Planos Regionais de Saúde, Mapas de Saúde e dos Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde (COAPS), que visem garantir a organização das ações e serviços de saúde, na perspectiva de um acesso universal e igualitário, em níveis de complexidade crescente;</p> <p>X - fomentar a construção, pelos responsáveis, das Redes de Atenção à Saúde, em cada região, adotando, se for o caso, em conjunto e por solicitação dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, de providências judiciais ou extrajudiciais, exigindo-se, dentre outras, definições em relação aos seguintes elementos:</p> <p>a) seus limites geográficos;</p>
--	--	--	---

			<p>b) população usuária das ações e serviços;</p> <p>c) rol de ações e serviços que serão ofertados;</p> <p>d) respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.</p> <p>XI - fiscalizar a elaboração dos instrumentos obrigatórios de gestão, tais como:</p> <p>a) as diretrizes, metas e eixos da saúde no plano plurianual;</p> <p>b) as receitas e despesas com saúde na Lei orçamentária anual (LOA);</p> <p>c) a programação anual de saúde;</p> <p>d) plano de saúde;</p> <p>e) relatório anual de gestão (RAG) e, ainda, da programação pactuada integrada (PPI).</p> <p>XII - fiscalizar, em conjunto e por solicitação dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, a elaboração, pelo Gestor SUS, da política adequada de assistência farmacêutica, inclusive de sua Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), na forma da lei;</p> <p>XIII - participar, sempre que possível, das reuniões operacionais da Comissão Intergestores Regional (CIR) e dos Colegiados Microrregionais de Conselhos Municipais de Saúde;</p> <p>XIV - promover, conjuntamente com os Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, visitas técnicas, apoiadas por órgãos de auditorias, federal ou estadual, nas unidades de saúde da região, particularmente as de natureza hospitalar, pública ou privada contratada, de forma a fiscalizar, dentre outras, equipamentos disponibilizados pelo SUS, repasses</p>
--	--	--	---

			<p>financeiros, percentual mínimo de oferta de serviços ao SUS, cumprimento de metas quantificadas em contratos ou convênios de gestão, carga horária de profissionais de saúde, mapa de leitos e vagas de leitos hospitalares efetivamente dispensados para os usuários;</p> <p>XV - articular, com priorização, juntamente com os Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, ações integradas que visem à formação de espaços democráticos de discussões e resoluções de problemas em saúde, de forma compartilhada pelos demais atores, como, por exemplo, gestores, prestadores, sociedade e conselhos de saúde;</p> <p>XVI - promover e participar de reuniões para discussão de estratégias com as Superintendências Regionais de Saúde, Gerências Regionais de Saúde, Colegiados Microrregionais de Conselhos Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite Regional e com os médicos Coordenadores de Regulação Assistencial das Centrais Macrorregionais;</p> <p>XVII - prestar apoio administrativo aos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, nos casos concretos de inexistência, insuficiência ou negativa de acesso a leitos para os usuários (vaga zero), nas situações de urgências e emergências, cadastrados na Central de Regulação Estadual;</p> <p>XVIII - cuidar para que os usuários cadastrados na Central de Regulação Estadual, nas situações de urgência e emergência, efetivamente dependentes de leitos especializados, mediante classificação de risco, ouvido, sempre que possível, o Coordenador da referida central,</p>
--	--	--	---

			<p>possam ter assegurados esses seus direitos;</p> <p>XIX - apresentar ao Coordenador do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) relatório trimestral de suas atividades de Ministério Público;</p> <p>XX - instaurar Procedimento de Apoio à Atividade Fim (PAAF) para auxílio da atividade dos Órgãos de Execução e efetivação das atribuições previstas nos incisos anteriores.</p> <p>Atribuições da REDE-Saúde:</p> <p>I - auxiliar o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE) no planejamento e coordenação do apoio operacional das Promotorias de Justiça do Estado de Minas Gerais, com atuação na defesa da saúde;</p> <p>II - apresentar sugestões de atividades, com repercussão regional e estadual, ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE);</p> <p>III - apresentar sugestões de elaboração de Pareceres técnicos, Notas Técnicas, Ofícios Circulares, Roteiros de Atuação ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE);</p> <p>IV - sugerir a elaboração de convênios com entidades e instituições públicas ou privadas, visando o aprimoramento da fiscalização e implementação das ações e serviços de saúde;</p> <p>V - elaborar e aprovar enunciados, sem caráter vinculativo, para serem observados na atuação funcional integrada das Promotorias de Justiça do Estado de Minas Gerais, com atribuições na defesa da saúde;</p>
--	--	--	---

			<p>VI - operacionalizar os Enunciados em Saúde, aprovados pela Comissão Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS) do Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH) do Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPJ), bem assim outros aprovados por importantes fóruns oficiais.</p> <p>VII - operacionalizar o Plano Nacional de Atuação do Ministério Público em Defesa da Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Procuradores Gerais do Ministério Público dos Estados e da União (CNPJ);</p> <p>VIII - operacionalizar as solicitações, requisições, resoluções e recomendações do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP) nas estratégias de atuação do Ministério Público na área da saúde;</p> <p>IX - conhecer das Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-MG), da Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde (CIT-SUS), do Tribunal de Contas da União (TCU), do Tribunal de Contas de Minas Gerais (TCE-MG), bem assim das Notas Técnicas emitidas pelo Ministério da Saúde (MS), pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS);</p> <p>participar, sempre que necessário, dos processos de saúde, submetidos em consulta pública;</p> <p>X - recomendar à Comissão de Farmácia e Terapêutica da SES/MG ou outro órgão congênere, bem assim à Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica</p>
--	--	--	---

			<p>(CONITEC) do Ministério da Saúde (MS), com espeque em estudos baseados em evidência, incorporação, alteração ou exclusão de procedimentos e insumos, respectivamente, pelo Gestor SUS estadual e nacional;</p> <p>XI - emitir recomendações dirigidas aos órgãos e entidades encarregados da elaboração, execução e fiscalização de ações e serviços de saúde;</p> <p>XII - elaborar e aprovar seu regimento interno;</p> <p>XIII - exercer outras funções, desde que compatíveis com sua finalidade;</p>
18/09/2012	Res. PGJ nº 78	<p>Dispõe sobre a criação da Ação Institucional de Mediação Sanitária – Direito, Saúde e Cidadania no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE).</p>	<p>Art. 1º. Fica criada, no âmbito do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG), sob a coordenação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE), a ação institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania, com a finalidade de apoiar as solicitações dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, bem como de parceiros institucionais dessa ação, na resolução das complexas demandas em saúde, com repercussão coletiva, principalmente no aspecto preventivo, de forma a encontrar soluções de consenso, substitutivas da evitável judicialização da política de saúde, com maior legitimação e efetividade.</p> <p>Art. 2º. São objetivos da ação institucional de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania:</p> <p>I - fomentar, através da celebração de Termos de Cooperação Técnica, a efetiva participação dos órgãos com atuação no direito à saúde - parceiros institucionais, públicos e privados, jurídicos ou não, nos âmbitos municipal, estadual e federal;</p> <p>II - realizar reuniões, encontros, seminários, visitas</p>

			<p>técnicas e congêneres, em caráter itinerante, em todo o território do Estado de Minas Gerais;</p> <p>III - propor soluções, por consenso de seus executores, para resolução de complexas demandas da saúde, com repercussão coletiva, visando evitar a judicialização da política de saúde;</p> <p>IV - fomentar a construção permanente, pelos gestores, de políticas públicas universais, integrais e igualitárias na área da saúde;</p> <p>V - fomentar a implementação, pelos gestores, das políticas públicas já existentes, de forma a evitar desnecessária judicialização da política de saúde.</p>
18/09/2012	Res. PGJ nº 79	Modifica as atribuições do Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAOSAÚDE).	<p>CONSIDERANDO a vocação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais para uma atuação finalística pró-ativa e resolutiva, na tutela dos interesses sociais coletivos e individuais indisponíveis;</p> <p>Art. 2º. Compete ao Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde:</p> <p>I - coordenar e promover a integração e o intercâmbio entre os Promotores de Justiça com atribuição da defesa da saúde, inclusive para efeito de atuação conjunta ou simultânea, quando cabível e exercer outras atividades compatíveis com sua finalidade, vedados o exercício de atividade de órgão de execução e a expedição de atos normativos de caráter vinculativo.</p> <p>II - propor diretrizes de atuação para as Coordenadorias Regionais das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, unidades organizacionais vinculadas ao CAOSAÚDE a serem criadas em resolução específica;</p> <p>III - prestar apoio técnico jurídico, mediante solicitação, aos Órgãos de Execução do Ministério Público, com</p>

			<p>atuação na defesa da saúde, e às Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo, na instrução de procedimentos administrativos ou judiciais, por meio da instauração de Procedimento de Apoio à Atividade Fim (PAAF);</p> <p>IV - requisitar informações e outros documentos diretamente de órgãos públicos ou privados para os fins de instrução dos Procedimentos de Apoio à Atividade Fim (PAAF);</p> <p>elaborar e remeter informações técnicas, , preferencialmente em forma de pareceres técnicos, notas técnicas, roteiros de atuação, ofícios circulares e comunicados aos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde e às Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>V - providenciar publicação, no portal eletrônico do CAOSAUDE, para os fins de estimular a integração e o intercâmbio entre os órgãos de execução, de cópias dos pareceres técnicos, notas técnicas, ofícios circulares, comunicados, modelos de ações civis públicas, ajustamento de conduta, protocolo de intenções, enunciados, e de outras medidas judiciais ou extrajudiciais relevantes;</p> <p>VI - sugerir a realização de convênios ou de termos de cooperação técnica com órgãos públicos ou privados, no âmbito estadual ou federal, com atuação na área de saúde;</p> <p>VII - fomentar a atuação resolutiva dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde, com prioridade para a tutela coletiva, sem prejuízo de sua atuação concreta na defesa do interesse</p>
--	--	--	--



			<p>individual (direito constitucional indisponível), notadamente nas situações de urgências e emergências, evidenciadas pela falta ou omissão do ente governamental;</p> <p>VIII - promover permanente intercâmbio com órgãos públicos ou privados, no âmbito estadual ou federal com atuação nas ações e serviços de saúde, com vistas a fomentar a criação e participação em fóruns permanentes e a realização de encontros, seminários ou outros semelhantes, voltados para a discussão de temas relacionados ao direito à saúde;</p> <p>IX - providenciar diagnósticos de informações coletivas em saúde, em todos os níveis de atenção e complexidade, decorrentes de atos normativos, no âmbito estadual e federal, consubstanciados em planos, programas e diretrizes de saúde, objetivando uma atuação regionalizada e uniforme dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde e das Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>X - articular junto aos órgãos públicos e privados, com atuação na área da saúde, no âmbito federal e estadual, disponibilização de banco de dados com informações em saúde, notadamente de programas de monitoramento e fiscalização, a fim de facilitar o incremento da atuação resolutiva dos Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde e das Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo;</p> <p>XI - fomentar a capacitação permanente dos membros e servidores do Ministério Público, com a atuação na defesa da saúde, nos estudos do direito sanitário, através de</p>
--	--	--	--

			<p>reuniões, encontros, palestras, seminários, cursos e outros congêneres;</p> <p>XII - facilitar o fluxo de informações entre os Órgãos de Execução do Ministério Público, com a atuação na defesa da saúde e os órgãos públicos ou privados que executam ações e serviços de saúde;</p> <p>XIII - promover, em conjunto com Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde e com as Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo, visitas técnicas, com participação, dentre outros, de órgãos de auditoria, regulação, controle e avaliação, do âmbito estadual e federal, que visem constatações de desconformidades na execução das ações e serviços de saúde;</p> <p>XIV - identificar, as prioridades da ação institucional, mediante integração e intercâmbio com os órgãos públicos e entidades não governamentais;</p> <p>XV - articular junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB-MG) de forma a contribuir na elaboração do planejamento estadual da saúde, em face do planejamento estratégico do Ministério Público do Estado de Minas Gerais;</p> <p>XVI - promover, em conjunto com Órgãos de Execução do Ministério Público, com atuação na defesa da saúde e com as Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo, a fiscalização do obrigatório planejamento em saúde pelos gestores, de acordo com as características epidemiológicas, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros;</p>
--	--	--	---

			<p>XVII - promover em conjunto com órgãos de execução e com as Coordenadorias Regionais mencionadas no inciso II deste artigo, atuação resolutiva, com participação ampla de órgãos e entidades governamentais e não governamentais da área da saúde, que vise a obrigatória elaboração de Planos Regionais de Saúde, de forma a contribuir para o estabelecimento de metas de saúde;</p> <p>XVIII - receber representações e expedientes e encaminhá-los aos Órgãos de Execução para as medidas adequadas;</p> <p>XIX - solicitar informações dos Órgãos de Execução sobre o andamento de representações, expedientes e procedimentos administrativos;</p> <p>XX - desenvolver e implementar planos, programas e projetos relacionados à sua área de atuação, em conformidade com as diretrizes fixadas;</p> <p>(...)</p> <p>XXII - acompanhar a política nacional e estadual referente à sua área de atuação, realizando estudos e oferecendo sugestões às entidades públicas e privadas com atribuição no setor;</p> <p>XXIII - manter permanentemente contato com o Ministério da Saúde e Poder Legislativo, federal e estadual, inclusive acompanhando o trabalho das comissões técnicas encarregadas do exame de atos administrativos e projetos de lei na área de sua atuação;</p> <p>XXIV - expedir atos normativos, de caráter não vinculativo, relacionados à respectiva área de atuação;</p> <p>XXV - desenvolver estudos e pesquisas, criando ou sugerindo a criação de grupos e comissões de trabalho;</p>
06/12/2012	Com. CAO-Saúde	Convida Promotores de Justiça e	Discussão de temas de saúde pública de interesse da

	nº 10	servidores, com atuação na Defesa da Saúde para participarem da XXVII Reunião de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania na Macrorregião Triângulo Sul.	região com diversos atores.
07/12/2012	Com. CAO-Saúde nº 7	Convida Promotores de Justiça e servidores, com atuação na Defesa da Saúde para participarem XXIV Reunião de Mediação Sanitária: Direito, Saúde e Cidadania na Macrorregião Nordeste de Minas.	Discussão de temas de saúde pública de interesse da região com diversos atores.

ANEXO V: ATA DA DEFESA E FOLHA DE APROVAÇÃO

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	
---	---	---

**ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO ALUNO
LUCIANO MOREIRA DE OLIVEIRA**

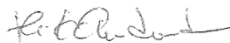
Realizou-se, no dia 10 de dezembro de 2013, às 09:00 horas, Faculdade de Medicina da UFMG - sala 526, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada "**MINISTÉRIO PÚBLICO E POLÍTICAS DE SAÚDE**", apresentada por **LUCIANO MOREIRA DE OLIVEIRA**, número de registro 2012653779, graduado no curso de DIREITO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli lola Gurgel Andrade - Orientador (UFMG), Prof(a). Jairo Bisol (PROSUS), Prof(a). Francisco de Assis Acurcio (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2013.


Prof(a). Eli lola Gurgel Andrade (Doutora)


Prof(a). Jairo Bisol (Doutor)


Prof(a). Francisco de Assis Acurcio (Doutor)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

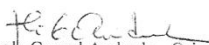
FOLHA DE APROVAÇÃO

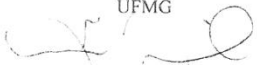
“MINISTÉRIO PÚBLICO E POLÍTICAS DE SAÚDE”

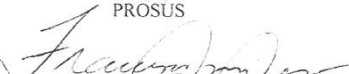
LUCIANO MOREIRA DE OLIVEIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 10 de dezembro de 2013, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Eli Iolá Gurgel Andrade - Orientador
UFMG


Prof(a). Jairo Bisol
PROSUS


Prof(a). Francisco de Assis Acúrcio
UFMG

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2013.