

MANUAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO
DE SANTA CATARINA EM DEFESA DA SAÚDE
(2007)



Elaboração – Centro de Apoio Operacional da Cidadania e Fundações:

Aurino Alves de Souza – Procurador de Justiça e Coordenador-Geral do CCF

Davi do Espírito Santo – Promotor de Justiça e Coordenador do CCF

João Alexandre Massulini Acosta - Promotor de Justiça Colaborador do CCF

Danielle Borges – Assessora Jurídica

Paulo Richter Mussi – Assessor Jurídico

Jamara Corrêa de Abreu – Estagiária de Direito

Priscila Ribeiro Freyesleben – Estagiária de Direito

Revisão: Lucia Anilda Miguel

SUMÁRIO

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 A Participação da comunidade como diretriz do SUS

1.2. A Atenção Básica

1.3 Média e Alta Complexidade

1.4 Programa Saúde da Família (PSF)

1.4.1 Equipes de Saúde

1.4.2 Agentes Comunitários de Saúde

1.5 As Normas Operacionais Básicas (NOBs)

1.6 As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)

1.7 A Portaria n. 2.023/GM

1.8 O Pacto pela Saúde

1.8.1 Modificações na Política Nacional de Atenção Básica

2 PROGRAMA DE MEDICAMENTOS

2.1 Listas Oficiais de Medicamentos

2.2 Programas de distribuição de medicamentos

2.3 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – medicamentos

excepcionais

2.3.1 Banco de Preços em Saúde (BPS)

2.3.2 Medicamentos Genéricos

2.3.3 Algumas dificuldades alegadas pela Secretaria de Estado da

Saúde

3 LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

3.1 O SUS e o papel fiscalizador do Ministério Público

3.2 Atribuições da União, dos Estados e dos Municípios na Garantia do

Direito à Saúde

4 CRIMES CONTRA A SAÚDE PÚBLICA

5 IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA

6 PROGRAMAS PRIORITÁRIOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

7 ALGUNS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

8 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

9 SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES – INCLUSÃO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS PELA PORTARIA GM 971/06.

10 BASES PARA DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

11 PEÇAS PRÁTICAS

11.1 Recomendação

11.2 Termo de Ajustamento de Conduta

11.3 Denúncia

11.3.1 Denúncia - concussão

11.4 Ação Civil Pública

11.5 Audiência

11.6 Ofício

11.7 Promoção de Arquivamento

11.8 Certidão da Vênia Ministerial para Doação de Órgãos

12 ENTENDIMENTOS JURISPRUDENCIAIS

12.1 Inquérito

12.2 Apelação Cível

12.3 Apelação Cível em Medida de Segurança

12.4 Agravo de Instrumento

12.5 Apelação Criminal

BIBLIOGRAFIA

1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é comumente entendido como uma espécie de plano de saúde cujas falhas são expostas pela imprensa diária, especialmente a televisiva. Em vez de uma alternativa para os problemas de saúde no Brasil, o SUS é conhecido popularmente, através das lentes dos cinegrafistas, pela fragilidade operacional.

Fato é que o SUS consiste em um SISTEMA de serviços e ações integrados, destinados à promoção da saúde e do bem comum. Conforme noções colhidas do Ministério da Saúde, o SUS é a base da política de saúde pública brasileira originada das relações entre as três esferas de governo, somada à cooperação da sociedade civil organizada. Essa ampla trama é regida por alguns princípios doutrinários e organizacionais. Os princípios doutrinários são: universalidade, equidade e integralidade.

A universalidade se refere ao amplo alcance do SUS, que deve atuar para todos e a todos ser acessível, independentemente do serviço de saúde procurado, seja ele público ou contratado. A equidade traduz o intento de tratar igualitariamente a todo e qualquer usuário do sistema de saúde, fazendo-se respeitar sua necessidade de modo que seu caso receba a atenção adequada. E a integralidade completa a tríade, indicando que cada serviço constitui uma parte de um todo, de um serviço maior dedicado a prestar atendimento integral.

Quanto à organização do sistema, ver-se-á a seguir. A resolutividade diz respeito à dinamização do serviço por meio de capacitação para a resolução de um dado problema, seja individual ou coletivo. Descentralização caracteriza-se pela redistribuição das decisões relacionadas aos serviços de saúde aos diferentes níveis de governo, a fim de que a proximidade dos problemas seja revertida em eficácia operacional.

A participação dos cidadãos é uma garantia constitucional que se traduz no envolvimento de entidades representativas na formulação das políticas de saúde e em (seu) controle social. A Lei Federal n. 8.142/90 regulamenta esse direito e introduz os Conselhos e as Conferências de Saúde que, conforme a Resolução n. 33/92 do Conselho Nacional de Saúde, devem ser compostos por 50% de usuários do Sistema, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (público e privado). Os Conselheiros de Saúde devem conhecer as necessidades de sua comunidade, município ou estado e estar cientes das urgências, a fim de que se alcancem resultados efetivos.

Outro princípio de ordem refere-se à complementaridade do setor privado, no caso de o serviço público ser insuficiente. Pode-se contratar serviço privado, desde que respeitadas as normas contratuais de direito público, mantidos os princípios básicos e as normas técnicas do SUS e adotadas a regionalização e a hierarquização. Leia-se a respeito o art. 199, § 1º, CF.

Partindo-se da idéia de atenção à saúde como todo o cuidado referente à saúde do ser humano, em que não se dispensa promovê-la, prevenir e tratar doenças, e reabilitar o paciente, o SUS sugere uma divisão em três níveis, visando a um planejamento mais eficaz.

A atenção básica é o nível fundamental em que acontece a promoção da Saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação de doentes (vide “O SUS de A a Z”, Ministério da Saúde – 2005), e em que 80% dos problemas são solucionados. A partir desta, o paciente poderá ser encaminhado a outros níveis de que necessite.

A média complexidade é o nível de atenção no qual os principais problemas de saúde deverão ser atendidos, podendo-se contar com profissionais especializados e recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (idem). A alta complexidade envolve procedimentos de saúde que demandam alta tecnologia e altos custos. Os procedimentos de alta complexidade constam em lista do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação Ambulatorial. O objetivo é dar à população acesso a serviços qualificados.

Não existe escala de valores entre um e outro nível de atenção, pois cada um tem importância distinta. Também não é obrigatório existir todos os níveis de atenção à saúde dentro de um município, desde que o acesso da população aos demais níveis seja garantido através de pactos regionais. No entanto, é importante manter um nível de atenção básica eficaz.

1.1 Participação da comunidade como diretriz do SUS

O art. 198, II, da Constituição Federal determina a participação da comunidade na gestão do SUS, mais claramente disposta na Lei Federal n. 8.142/90. Cuida-se de uma forma democrática de fiscalização dos serviços de saúde, garantindo a

adequada aplicação dos recursos reservados a esse fim e, conseqüentemente, o regular funcionamento dos serviços. É pertinente lembrar que a falta de clareza na aplicação dos recursos públicos é um substancial problema a ser enfrentado.

Essa forma de controle social é exercida por meio das seguintes representações:

- Conferências de Saúde, constituídas por integrantes de vários segmentos da sociedade civil, são realizadas de quatro em quatro anos e em todos os níveis de governo;

- Conselhos de Saúde, os quais são obrigatórios por garantirem o controle social mediante participação popular.

No âmbito das representações populares, tem-se como usuários os sindicatos, as organizações comunitárias, as organizações religiosas e não religiosas, os movimentos e as entidades das minorias, entidades dos portadores de doenças e necessidades especiais, movimentos populares de saúde, movimentos e entidades de defesa dos consumidores, em suma, toda a sociedade organizada.

O governo é representado pelas figuras do gestor municipal de saúde, pelo diretor da Regional de Saúde (DRS) e pelos membros dos demais órgãos das administrações públicas municipal, estadual e federal, direta e indireta.

1.2 A Atenção Básica

A oferta de serviços abarcados pela atenção básica à Saúde é de responsabilidade do município, e o financiamento das ações básicas é de responsabilidade das três esferas do governo. Dentro da atenção básica ou primária - que visa a aproximar as pessoas dos serviços de saúde tanto quanto possível - destaca-se o Programa Saúde da Família. O PSF pretende ser a entrada principal da Atenção Básica, pautando-se na relação de co-responsabilidade entre a equipe atuante (médicos, dentistas, assistentes, enfermeiros, auxiliares e agentes da área de saúde) e a população.

Em 1998, o governo federal criou uma estratégia de financiamento, o Piso Assistencial Básico (PAB), que garante à Atenção Básica a destinação de pelo menos R\$ 10,00 habitante/ano. O valor é repassado do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Além desse piso fixo, há um variável que, teoricamente, serviria de

auxílio ao Programa Saúde da Família. O Piso variável, ao contrário do fixo que é dedicado apenas a ações básicas, dirige-se a ações específicas: estratégia Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, programa de Saúde Bucal, Vigilância em Saúde, Farmácia Básica e combate às carências nutricionais. Este Piso é constituído de incentivos financeiros cujo intuito é estimular as políticas municipais de saúde.

1.3 Média e Alta Complexidade

A atenção média instituída pelo Decreto Federal n. 4.726 de 2003, é composta pelos seguintes grupos:

1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, por outros de nível superior e de nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrasonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; e 13) anestesia (vide “O SUS de A a Z”). Neste nível de complexidade, uma das preocupações do gestor deve ser a qualificação e a especialização dos profissionais envolvidos.

A alta complexidade é composta por:

- assistência ao paciente portador de doença renal crônica (através dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos de cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extra-cardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumato-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (vide “O SUS de A a Z”). Em resumo,

trata-se de um grupo de procedimentos de alto custo que, contudo, deve permitir ao usuário livre acesso também aos níveis básico e médio, cooperando para a integralização do atendimento.

1.4 Programa Saúde da Família (PSF)

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para a organização da atenção básica no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio. O programa lançado em 1994 traz uma nova prática de assistência à saúde, substituindo o modelo tradicional voltado apenas à cura de doenças, e promovendo novas estratégias que priorizam ações de: promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade através das equipes e dos agentes comunitários de saúde.

O paciente só pode ter acesso a esses medicamentos nas unidades de Saúde do seu município, se forem receitados pelo médico durante uma consulta. Evita-se, com isso, a auto-medicação, pois um remédio ingerido de forma errada não só pode perder sua eficácia no tratamento, como trazer graves prejuízos à saúde do paciente.

1.4.1 Equipes de Saúde

As equipes de Saúde da Família constituem um indispensável canal de comunicação e troca de experiências com o Agente Comunitário de Saúde, visando sempre conhecer mais a população amparada. As equipes são compostas por, no mínimo, 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde, podendo, quando possível, ter ainda 1 dentista, 1 auxiliar de consultório dentário, 1 técnico em higiene dental.

O número de profissionais varia de acordo com o total de habitantes da área assistida. Alguns municípios, priorizando as necessidades da população, já contratam outros profissionais para atendimento nas unidades de saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc. Comprovadamente, são profissionais que atuam na prevenção das incapacidades físicas e/ou mentais e que, conseqüentemente, se

tratadas na atenção básica evitam a internação hospitalar que é o grande propósito do programa. A contratação dos profissionais, obedecendo aos aspectos legais, fica a cargo dos Municípios.

A atuação das equipes é baseada em territorialização, ou seja, trabalha com área de abrangência definida e fica responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita a esta área. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A população adscrita deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem.

O trabalho ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e sob forma de mobilização da comunidade. É determinante para o bom resultado das ações que as equipes de Saúde da Família atuem articuladamente com os demais níveis de atenção do sistema de Saúde do município. A Saúde da Família é uma estratégia de eficiência comprovada, com resultados na redução da mortalidade infantil e em outros indicadores de melhoria da saúde da população brasileira.

1.4.2 Agente Comunitário de Saúde (ACS)

No Programa Agentes Comunitários da Saúde (PACS), as ações são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor - como designa o sítio do Ministério da Saúde -, que pode ser ligado a uma unidade básica de saúde ainda não organizada na lógica da Saúde da Família ou ligados a uma unidade básica de Saúde da Família como membro da equipe multiprofissional. Contam-se, atualmente, 204 mil ACS atuando no país, tanto em comunidades rurais quanto altamente urbanizadas, nos centros ou periferias.

Os agentes visitam mensalmente as famílias e, com elas, promovem atividades de prevenção tais como: vacinação, pesagem e medida de crianças, hidratação oral, ensino do melhor uso dos alimentos, cadastramento e encaminhamento para a equipe “Saúde da Família”.

1.5 As Normas Operacionais Básicas (NOBS)

Com a criação do Sistema Único de Saúde (1988) foram implantadas as Normas Operacionais de Atenção Básica (NOBs), cuja finalidade era estabelecer o processo de descentralização e de organização do SUS. A partir daí, integraram-se as três esferas de governo, de modo que as responsabilidades da alçada federal foram distribuídas à estadual e à municipal. As instâncias colegiadas de decisão em nível estadual são as Comissões Intergestores Bipartite e, em nível federal, a Comissão Intergestores Tripartite. Dentre as NOBs (91, 93, 96), a 96 merece destaque pela criação de duas formas de gestão do município: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Para o financiamento da Atenção Básica, a NOB 96 também criou o já mencionado Piso de Atenção Básica (PAB), em que o pagamento deixa de ser efetuado por procedimentos realizados para ser feito *per capita*.

Conforme explica Márcia Marinho Tubone (ex-assessora técnica da Coordenadoria de Planejamento e Saúde na Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo e atual Diretora do Departamento de Gestão do Sistema Municipal de Saúde, de Guarulhos/ SP), a prioridade dada à descentralização cedeu espaço às dificuldades de consolidação do SUS, contexto em que foram criadas as (primeiras) Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001) – ver: <http://www.asp.org.br/Boletins/momentoAPSP/momento2/noas.htm>.

1.6 As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS)

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde foram geradas a partir dos princípios lançados pela NOB 96, em reunião entre Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Propõe-se executar a regionalização organizando os municípios em módulos e microrregiões de saúde, cada qual responsável por um nível de complexidade.

A preocupação contida nessas normas diz respeito à individualização dos problemas regionais, ou seja, deve-se levar em conta particularidades de cada Estado ou município, a fim de atendê-las o mais prontamente. Consideradas as peculiaridades, o

sistema de atendimento deve sofrer adaptações sem, contudo, desrespeitar as diretrizes do SUS.

A NOAS-SUS 01/2001 instaurou a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada que consiste no alargamento do valor fixo do Piso de Atenção Básica (PAB). Isso se dá através do repasse de recursos considerando-se o número de habitantes da região e a avaliação dos resultados na prestação de serviços.

Posteriormente, a NOAS-SUS 01/02 vem “assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01” (enunciado da norma), propor-se a garantir a adequada aplicação de recursos, e determinar penalidades para o caso de não cumprimento das normas anteriormente estabelecidas. Dentre as penalidades, podemos citar a suspensão de repasse fundo a fundo, ou seja, do “automático” repasse de recursos da União para os municípios, e a desabilitação (do município) do Sistema.

1.7 A Portaria n. 2.023/GM

A Portaria n. 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, estabeleceu a Gestão Plena de Sistema Municipal como única, cessando a habilitação de municípios à Gestão Plena de Atenção Básica e à Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, instituídas, respectivamente, pela NOB SUS 01/96 e pela NOAS SUS 2002.

Apesar da determinação, há que ser considerado o quadro real em que existem municípios a receber, ainda, recursos para a um modelo de gestão extinta.

1.8 O Pacto pela Saúde

O SUS novamente atravessa um período de transição no qual se tenta interpretar e viabilizar normas para melhoramentos do atendimento à saúde. Em 2006, surgiu o Pacto pela Saúde que, em resumo, formaliza regras já conhecidas, subentendidas nos objetivos do Sistema, mas que pediam evidência para garantir cumprimento; traz ajustes, sendo mais destacado o aspecto da regionalização; e extingue a gestão anterior tornando modelo único o Pacto de Gestão.

Das novidades introduzidas, o Programa Saúde da Família que, apesar da denominação, tem tratamento de estratégia, é prioridade. Há explicitação de aspectos como a necessidade de um bom atendimento à população, postura que se supunha subentendida nas intenções do Sistema de Saúde. No entanto, sendo a aplicação prática uma incógnita, formalizou-se o “bom atendimento”. A Saúde, apesar de pequenos melhoramentos, carece de estratégias de viabilidade.

No âmbito das competências, mantém-se o compartilhamento de responsabilidades de União, Estados e Municípios, recaindo sobre estes últimos a responsabilidade maior. O município passa a ser integralmente responsável pela Atenção à Saúde e pelo cumprimento de todas as ações. De acordo com a nova gestão de caráter descentralizador, os municípios recebem os recursos financeiros diretamente do Ministério da Saúde. Para cada nível de Atenção, mantém-se uma conta separadamente, não sendo permitido transferir recursos de um nível para outro. À União e aos Estados são reservadas atribuições menores, como por exemplo, o fornecimento de medicamentos importantes como os de tratamento da hanseníase.

As funções não ficam exatamente nítidas deixando margem de dúvida quanto às responsabilidades de cada ente. De modo geral, as regras mantêm essa espécie de lacuna que ocasiona leituras inexatas dos procedimentos dentro do SUS.

1.8.1 Modificações na Política Nacional de Atenção Básica

A recente Portaria n. 648, do Ministério da Saúde, reformula a Política Nacional de Atenção Básica, cuja organização voltar-se-á à viabilização da estratégia Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica, conjunto de ações fundamentais de saúde sob diversos formatos, conserva princípios anteriormente estipulados, de universalidade, acessibilidade, humanização, equidade, participação social, integralidade. Consta no Pacto pela Saúde 2006:

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável”.

Quanto ao papel das Secretarias, as Municipais de Saúde (e o Distrito Federal) ficam incumbidas do cumprimento dos princípios de Atenção Básica, da organização e da prática das ações no respectivo território. As Secretarias Estaduais (e o Distrito Federal) ficam responsáveis pela reorientação dos modelos, pela pactuação com a Comissão Intergestores Bipartite, pelo estabelecimento de metas e prioridades, pela monitoria e assessoria técnica aos municípios, pela promoção do intercâmbio de experiências intermunicipais. Ao Ministério da Saúde – Estado - compete contribuir para a concretização dos projetos idealizados, através de uma política de estímulo e apoio (à Atenção Básica), garantir fontes federais de financiamento do Piso de Atenção Básica, assessorar estados, municípios e Distrito Federal no processo de qualificação da Atenção Básica, analisar dados relacionados à Atenção Básica, definir estratégias de avaliação e viabilizar parcerias internacionais.

Tem-se como novidades da Política Nacional de Atenção Básica:

- foco na Estratégia Saúde da Família;
- as equipes de Saúde da Família passam a atender um grupo menor de pessoas. O número máximo cai de 4,5 para 4 mil pessoas, sendo recomendável, no entanto, uma cobertura de 3 mil pessoas por equipe;
- processo de educação permanente (capacitação) das equipes de Saúde da Família;
- determinação de parâmetros mínimos de infra-estrutura física para acomodar as equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde;
- modos de financiamento da (estratégia) Saúde da Família, os quais foram reduzidos de 9 faixas para apenas 2.

As nove faixas de financiamento da Saúde da Família, em que o Ministério promovia o repasse mensal aos municípios, de acordo com o número de equipes e com a população a ser coberta, foram substituídas por duas faixas de financiamento, pagas de acordo com as novas modalidades de Saúde da Família.

MODALIDADE 1:

- equipes de saúde implantadas em municípios com até 50 mil habitantes nos estados da Amazônia Legal;
- demais regiões do país, em cidades com até 30 mil habitantes e que tenham Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7; populações remanescentes de quilombos.

MODALIDADE 2:

- equipes de Saúde da Família implantadas em todo o território nacional, não adaptáveis aos critérios especiais da modalidade 1.

Cada equipe cadastrada na modalidade “1” receberá R\$8,1 mil (oito mil e cem reais) ao mês, e cada equipe cadastrada na modalidade “2” receberá R\$5,4 mil (cinco mil e quatrocentos reais).

A Política Nacional de Atenção Básica sofreu reajuste no valor pago aos municípios, leia-se: um incentivo para implantação da Estratégia Saúde da Família. O valor no primeiro mês de funcionamento das equipes aumentou de R\$10 mil (dez mil reais) para R\$20 mil (vinte mil reais).

2 PROGRAMA DE MEDICAMENTOS

No âmbito da assistência farmacêutica - sob proteção da Política Nacional de Medicamentos, de acordo com a Portaria MS 3.916, de 30/10/98 –, é imprescindível a atenção aos medicamentos, os quais se desdobram em duas classes.

Os medicamentos comuns que compõem a farmácia básica, normalmente de baixo custo e que satisfazem as necessidades prioritárias de saúde da população brasileira, são chamados de MEDICAMENTOS ESSENCIAIS. Estes devem ser selecionados de acordo com sua importância para a Saúde Pública, assegurada a eficácia comparativa ao custo. Os medicamentos essenciais devem estar permanentemente disponíveis nos serviços de Saúde, em quantidades suficientes e em bom acondicionamento, com garantia de qualidade e de informações necessárias, a preços que os pacientes e a comunidade possam pagar (OMS, 2002).

Os MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS, objeto do Programa de dispensação de medicamentos em caráter excepcional, são aqueles destinados ao tratamento de patologias específicas que atingem número restrito de pacientes, apresentam custo elevado, seja em razão da limitada produção, seja pelo uso contínuo ou por período prolongado.

O custo elevado tem sido uma preocupação para os gestores o que, conforme o “Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa da Saúde” (2005, p 71), acarretou resistência às novas demandas, visto que essas são crescentes. Segundo a mesma fonte, o Ministério Público vem atuar quando ocorrem negativas do poder público de oferecer tais medicamentos cujas dificuldades impostas podem ser econômicas (escassez de recursos financeiros e prováveis interesses da indústria farmacêutica, por exemplo) ou técnicas (a não previsão em listas oficiais de medicamentos, ausência de registro no órgão de vigilância sanitária - ANVISA, etc) - (*ibidem, idem*).

2.1 Listas Oficiais de Medicamentos

A elaboração da listagem dos medicamentos essenciais é uma orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e é elemento básico de atenção primária à saúde. Em respeito à Política Nacional de Medicamentos, as listagens – Relação Nacional de

Medicamentos (RENAME - MS), listas estaduais e municipais - devem sofrer revisões freqüentes. Os Medicamentos Excepcionais são também listados pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde, e incluídos na RENAME (conforme Resolução do Conselho Estadual de Saúde), sendo selecionados pela Comissão de Assessoria Farmacêutica (CAF) – (instituída pela Portaria GM-MS 1310/1999).

É importante ressaltar que há obstáculos no fornecimento dos medicamentos excepcionais, tais como a falta de registro na ANVISA, a não-comprovação científica de eficácia e a destinação do medicamento a doença diversa daquela reclamada (vide Manual do Ministério Público Federal).

2.2 Programas de distribuição de medicamentos

Os programas de distribuição de medicamentos do SUS acontecem por três vias: financiamento a estados e municípios, co-financiamento e repasse direto. O financiamento de medicamentos abrange o Programa de Saúde Mental (realizado em parcerias com os estados) e o Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, desenvolvido nos municípios. No Programa de Saúde Mental, a União participa com 80% dos recursos financeiros, cabendo 20% aos estados. No Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a União participa, atualmente com R\$1,00 (um real) por brasileiro/ano, no caso dos municípios que não fazem parte do Programa Fome Zero sendo que em 2006, o MS ampliou esse valor para R\$1,50 (um real e cinquenta centavos). Nos casos de municípios integrantes do Programa Fome Zero, o valor repassado é de R\$ 2,00. Os recursos desse programa destinam-se à compra dos chamados medicamentos essenciais (analgésicos, antiinflamatórios, diuréticos, vermífugos, antibióticos, anti-hipertensivos comuns e alguns anticonvulsivantes).

Os medicamentos excepcionais podem ser obtidos pelo sistema de co-financiamento: a União repassa os recursos aos estados, que participam com uma contrapartida de valor variável, conforme os produtos adquiridos. A dispensação desses medicamentos é efetuada mediante a emissão de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC), e são, via de regra, de responsabilidade de cada Estado-Membro ou do Distrito Federal. A Portaria GM n. 1481, de 28 de dezembro de 1999, estabelece os critérios utilizados para o financiamento do programa.

2.3 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – medicamentos excepcionais

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, elaborou um conjunto de orientações que visa a assegurar o uso racional e adequado de medicamentos excepcionais, com enfoque na qualidade, quantidade e eficácia, no lugar da simples facilidade de acesso a qualquer medicamento. As orientações - dadas a revelar a adequação do tratamento médico dispensado ao usuário - prestam esclarecimentos acerca dos critérios de diagnóstico de cada doença, do tratamento diante dos medicamentos disponíveis nas doses adequadas, dos mecanismos de controle, do acompanhamento e da verificação de resultados, da racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos.

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas absorveram princípios da Atenção Farmacêutica. A partir daí, pode-se falar em “Protocolos Clínicos e Diretrizes Farmacêuticas”, que têm por base Diretrizes Terapêuticas (linhas gerais de diagnóstico e tratamento da doença); Termo de Consentimento Informado (comprometimento do paciente e do médico com o tratamento); Fluxograma (representação gráfica dos principais passos na lida com os pacientes); Ficha Farmacoterapêutica (acompanhamento do paciente bem como da saúde dos brasileiros em geral); e Guia de Orientação ao Paciente (informativo do medicamento a ser dispensado).

É preciso cautela em relação a receitas médicas prescrevendo medicamentos em desconformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Farmacêuticas. A prescrição só deverá ser feita por médico credenciado no SUS, pois esse já conhece a lista de medicamentos fornecidos pelo Sistema. É pertinente lembrar que o artigo 24, parágrafo único, da Lei Federal n. 8.080/90 diz que o SUS poderá recorrer à iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes à consecução de seus objetivos; porém, essa situação deverá ser formalizada por contrato ou convênio, segundo as normas de direito público.

2.3.1 Banco de Preços em Saúde (BPS)

Os recursos do SUS são escassos e insuficientes para atender de forma integral aos anseios da população. Dessa forma, devem ser aplicados de forma responsável e visível, motivo pelo qual foi instituído o Banco de Preços em Saúde (BPS).

O BPS é um sistema informatizado e acessível à população por meio do sítio www.saude.gov.br/banco, clicando-se o ícone “Consulta ao Banco”. Visa-se municiar os compradores de produtos e serviços ligados à Saúde com as informações necessárias ao bom andamento de suas negociações; ou seja, os demandantes ganham parâmetros para perseguir preços mais baixos e, conseqüentemente, contribuir para a economia no setor.

2.3.2 Medicamentos Genéricos

O medicamento genérico é aquele cujas propriedades são similares às de um medicamento já registrado, podendo substituí-lo, já que tem eficácia e qualidade comprovadas. Deixam apenas de ostentar um nome patenteado pelo laboratório.

Há grande quantidade de genéricos de medicamentos essenciais, o que não ocorre com os excepcionais devido à proteção das patentes aos laboratórios.

A Lei Federal n. 9.787/99, artigo 3º, determina que “as aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional”. No parágrafo 2º do mesmo artigo, tem-se que “nas aquisições de medicamentos a que se refere o caput deste artigo, o medicamento genérico, quando houver, terá preferência sobre os demais em condições de igualdade e preço”.

2.3.3 Algumas dificuldades alegadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde

O “Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde” (p. 96) lista as dificuldades alegadas pela maioria das Secretarias Estaduais de Saúde. Faz-se conveniente resumi-las.

Nos aspectos estrutural e organizacional da Assistência Farmacêutica, os problemas vão da falta de qualificação e insuficiência de pessoal à escassez de informações e de recursos.

Quanto ao processo de solicitação de medicamentos excepcionais ou de alto custo, tem-se formulários preenchidos de forma incompleta, desconhecimento dos Protocolos Clínicos pelos médicos, Códigos Internacionais de Doença (CID) não abarcados pelo Ministério da Saúde, tempo de tramitação interna do processo e de avaliação por especialistas, excesso de burocracia e outros.

Com relação ao cadastro dos usuários no Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional, depara-se com deficiência no registro de dados, preenchimento incorreto ou incompreensível de documentação pelo médico, insuficiência de medicamentos e outros.

Nas unidades de dispensação, lida-se com a dificuldade de acesso às informações, de comunicação entre unidade central de gerenciamento e unidades dispensadoras, falta de funcionários e de medicamentos, entre outros.

3 A LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Com base na Constituição de 1988, podemos designar três importantes atuações do Ministério Público na defesa dos direitos dos cidadãos: zelar pelo regime democrático (127, CF), fiscalizar o cumprimento da lei e defender os direitos coletivos (129, III, CF). De acordo com o artigo 129, II, do mesmo texto constitucional, cabe ainda ao Ministério Público promover as medidas necessárias à garantia dos serviços de relevância pública. Sendo assim, as ações e os serviços viabilizados pelo SUS – cujos princípios basilares traduzem uma política de inclusão - necessitam ser fiscalizados.

Quanto à prioridade atinente à saúde, a atuação do Ministério Público em relação ao SUS se dá sob os seguintes focos:

- qualificando a atuação em defesa do fornecimento de medicamentos, a fim de beneficiar a população da forma mais abrangente possível e não aos laboratórios (no sentido de comprovar a eficácia do medicamento pedido ou, se ele é o único com tais condições no mercado).

- garantindo a destinação mínima de recursos prevista constitucionalmente pela Emenda n. 29, de 2000, que garante recursos para o atendimento de demandas, sem descuidar da universalidade e integralidade no atendimento;

- zelando pela garantia constitucional de gratuidade dos serviços públicos e demais credenciados ao SUS. No âmbito da Lei Federal n. 8.080/90, inteirando a sociedade através de programas de incentivos à participação da população nos Conselhos de Saúde. O Ministério Público Catarinense tem como um de seus projetos o “Programa de Combate à abusividade de Cobrança no Sistema Único de Saúde”, cujas orientações (a Promotores e à Secretaria de Saúde) encontram-se no sítio da instituição;

- fiscalizando a formação e o funcionamento dos Conselhos de Saúde, bem como o repasse de recursos ao Fundo de Saúde existente; e

- analisando as responsabilidades, quando da possibilidade de erro ou negligência profissional, na área da saúde.

Ao Ministério Público cabe também fiscalizar clínicas médicas e hospitais públicos; cabe fiscalizar a prática de irregularidades, conjuntamente com a Vigilância Sanitária, no que se inclui a inobservância das normas sanitárias legais, entre outras.

Para além do acompanhamento das políticas de saúde e da fiscalização do sistema, o Ministério Público atua na mediação de conflitos por meio de termos de

ajustamento de conduta, dispondo ainda de mecanismos judiciais, como as ações civis públicas, as ações de improbidade administrativa e outras medidas que entender pertinentes para a busca da efetivação dos direitos sociais.

3.1 O SUS e o papel fiscalizador do MP

O princípio da universalidade está previsto na Constituição Federal:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196, CRFB/88).

No entanto, essa acessibilidade não está garantida, mas sim condicionada à disponibilidade orçamentária. A fim de fazer cumprir o princípio da universalidade, a Emenda Constitucional 29, de 2000, definiu percentuais mínimos de aplicação na área da Saúde. Dessa forma, evita-se o problema dos cortes orçamentários e dos conseqüentes bloqueios à realização de ações e serviços em saúde à população em geral - há que se lembrar que o SUS não pretende ser opção somente às mais baixas camadas sociais, mas deve estar ao alcance de todos, a quem possa interessar.

A emenda determina que o mínimo a ser disponibilizado pela União à saúde se dá pela variação do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem destinar 12% de suas receitas à saúde, e os municípios, 15%. Não cumpridas as determinações legais, a União está autorizada a intervir nos estados, assim como estes poderão intervir nos municípios de sua abrangência. A fiscalização da EC 29 é atribuída aos Conselhos de Saúde, às Assembléias Legislativas e às Câmaras Municipais, por meio dos Tribunais de Contas.

Uma grande dificuldade enfrentada no âmbito do SUS são as tentativas de burlar a Emenda em questão. Sendo assim, cabe também ao Ministério Público fiscalizar e exigir seu cumprimento, o que se traduz na garantia de entrada da cota orçamentária mínima e da destinação adequada e sem desvios do dinheiro reservado à saúde. Nesse sentido, o Ministério Público assume a função de verificar a limpidez no encaminhamento dos recursos orçamentários.

Aliado nessa função é o SIOPS, ou seja, Sistema de Informações sobre Orçamentos públicos em Saúde. Através dele, que disponibiliza dados na internet a partir

de 1998, pode-se verificar a situação de receitas e despesas relacionadas aos serviços públicos de saúde. Como planilha ou sob forma de indicadores, torna-se possível a comparação de dados, o que confere visibilidade às aplicações dos recursos públicos dessa área. Conseqüentemente, contribui com os Conselhos de Saúde.

3.2 Atribuições da União, dos Estados e dos Municípios na Garantia do Direito à Saúde

As competências na área da saúde não são nítidas, especialmente com a adoção da política de descentralização. A Constituição Federal e a Lei n. 8080/90 definem campos de competência comum e exclusiva.

Sabe-se que a Saúde é responsabilidade do Estado como Nação (vide “Direito Sanitário e Saúde Pública” – Vol. II, 2003). Segundo o art. 196 da CF, é dever do Estado: *“garantir a saúde como um direito de todos, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença ou de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. (Esse artigo dá margem a ampla interpretação). A Saúde é também da alçada de todas as esferas de governo, tendo ainda algumas funções reservadas ao próprio SUS.

No caso de o SUS não estar apto a executar algum serviço, caberá ao Estado ou à União suprir tal carência; cuida-se de ações integrativas (ver Lei n. 8080/90). Os procedimentos pertinentes serão traçados pela Comissão Intergestores Bipartite e, Tripartite. Cabe mencionar o artigo 197 da Constituição Federal: *“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”*. Quer dizer, as mencionadas ações não são exclusivas do Poder Público, que conta com auxiliares na atividade de controle.

Diante dos fatos, o Ministério Público poderá dirigir-se a um ou mais entes, em defesa da coletividade receptora da prestação de serviços, ou de indivíduo em situação específica.

4 CRIMES CONTRA A SAÚDE PÚBLICA

O Código Penal de 1940 definiu os crimes contra a saúde pública, nos artigos 267 a 285, tendo sofrido alterações. Atualmente tem-se tipificado: epidemia, infração de medida sanitária preventiva, omissão de notificação de doença, envenenamento de água potável ou de substância alimentícia ou medicinal, corrupção ou poluição de água potável ou de substância alimentícia ou medicinal, falsificação, corrupção, adulteração ou alteração de produto destinado a fins terapêuticos ou medicinais, emprego de processo proibido ou de substância não permitida, invólucro ou recipiente com falsa indicação, produto ou substância nas condições dos dois artigos anteriores (274 e 275, CP), substância destinada à falsificação, outras substâncias nocivas à saúde pública, medicamento em desacordo com receita médica, exercício ilegal da medicina, arte dentária ou farmacêutica, charlatanismo e curandeirismo.

A Lei n. 6.437 de 20/08/77 classifica as infrações à legislação sanitária federal pelas quais o autor pode ser responsabilizado administrativa, civil e criminalmente, admitindo cumulação das sanções. É relevante acrescentar que há leis especiais, como é o caso da Lei nº 7.649 - que institui a obrigatoriedade de cadastramento dos doadores de sangue, assim como o exame laboratorial da coleta -, direcionadas ao refreamento de doenças contagiosas e, de modo geral, à proteção da saúde pública.

5. IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA

A “Lei de Improbidade Administrativa”, de n. 8.429/92, tem o intuito de coibir e punir atos que afrontem a Administração Pública. Observa-se que o agente público não incorre nesse crime apenas quando em conduta comissiva (como é o “desvio de finalidade”), mas também por omissão, quando desrespeitoso para com os princípios constitucionais que lhe são dirigidos. Dessa forma - considerando-se o alheamento do gestor -, o enquadramento não se restringe a prejuízo ao erário.

Os atos de improbidade administrativa, embora divididos em classes, não são definidos precisamente em condutas. A supracitada lei, por ser caracteristicamente ampla, abrangente em relação a condutas puníveis, dá margem ao uso político da respectiva ação, o que seria avesso ao caráter de moralizador da Administração Pública. Nesse contexto, reside o risco de estorvamento da gestão e, conseqüentemente, do desempenho dos Poderes Estatais (BUGALHO, Gustavo).

6 NECESSIDADE DE PERÍCIA

Um dos entraves ao bom funcionamento do SUS diz respeito ao excesso de liminares concedidas pelos juízes em favor de pacientes requerentes de custeamento pelo SUS, de medicamentos que, sequer, têm comprovação de resultados em porcentagem relevante. Não se trata apenas de medicamentos excepcionais, já que esses são devidamente registrados e constam de alguma lista do SUS. O problema envolve medicamentos nem sempre registrados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa -, o que põe em dúvida sua segurança de uso e eficácia.

Considerando-se o grande número de ações judiciais que atualmente tramitam - e a despeito da boa intenção do julgador certamente zeloso para com a saúde dos cidadãos -, emerge a necessidade de indicativos mais expressivos do que um atestado emitido por médico especialista, isoladamente. Dada a rápida evolução da indústria farmacêutica, não há garantia de que o próprio profissional esteja suficientemente interado da eficácia (assim como da permissão de venda e de uso) dos remédios. Sendo assim, o hábito de requerer perícia saltaria como proposta viável.

Outra prática que agrava o problema das ações judiciais é o uso dos nomes comerciais de certos medicamentos básicos quando prescritos pelo médico. Essa conduta dificulta a detecção da real necessidade daquele medicamento em dado caso clínico, considerando-se que são inúmeros os nomes comerciais, o que torna quase impossível a tarefa de localizar em lista (por nome genérico) o remédio equivalente.

O direito constitucional que reclama saúde a todos não deve ser colocado isoladamente. Há de prevalecer, desde que devidamente contextualizado no quadro real da saúde pública. Ao mesmo tempo em que - na dúvida – são cedidos remédios de valores elevados a pacientes isolados (em sua carência por tratamentos não previstos), o sistema de saúde fica sujeito a um desequilíbrio cujo destino promete ser o fracasso. Correr o risco de descompensar o sistema com excessivo dispêndio, sem a comprovação de eficácia para o tratamento, não deixa de ferir o princípio constitucional ao passo que põe em risco a vida de tantos outros usuários da saúde pública para os quais a assistência poderá se tornar insuficiente.

Portanto, a perícia vem indicar o próximo passo nas questões de solicitação de remédios em que, mais do que esclarecer se o medicamento prescrito é eficaz e insubstituível, poupa desnecessária discussão acerca da competência de fornecimento.

7 ALGUNS PROGRAMAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A agenda nacional de prioridades é um instrumento pelo qual o Ministério da Saúde controla as iniciativas relacionadas à pesquisa em saúde e que resulta de consenso entre gestores, pesquisadores, trabalhadores do SUS e demais representações da sociedade civil.

Dentre as prioridades a serem compartilhadas por estados e municípios constam:

Atenção a Urgências: a Política Nacional de Atenção às Urgências se ocupa da prestação de socorro às pessoas em situação de risco, tendo por principal instrumento o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/ 192). Este é dedicado ao atendimento da vítima no local e é apto ao atendimento de urgências de diferentes tipos.

Brasil Sorridente: essa iniciativa é integrada com o Programa Saúde da Família e procura suprir as necessidades básicas da saúde bucal, assim como organizar os serviços por Centros de Especialidade Odontológica (CEOs).

Farmácia Popular: Parte da Política de Assistência Farmacêutica, o programa visa facilitar o acesso da população aos medicamentos que, adquiridos pela Fundação Oswaldo Cruz, são vendidos a preço de custo. O rol é formado por oitenta e quatro medicamentos recomendáveis ao tratamento das doenças de maior incidência no país.

QualiSUS: é a Política de Qualificação da Atenção à Saúde no Sistema Único que visa melhorar o Sistema de Urgência conferindo a ele a mesma eficácia que se pretende para a Atenção à Saúde.

HumanizaSUS: a política Nacional de Humanização pretende melhorar o atendimento ao usuário do SUS tendo como prioridades a redução de filas, o direito do paciente à informação, gestão compartilhada, e responsabilização dos profissionais de saúde.

Saúde da Família: anteriormente referido, o programa visa reorganizar e apurar a qualidade de atenção básica contando com o auxílio de equipes de saúde, cada qual responsável por determinada área.

Programa Nacional de combate à Dengue: o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, juntamente com os municípios, realizam intensa campanha voltada à eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, contando com a colaboração da sociedade civil.

Programa Nacional de DST/Aids: tem como objetivo reduzir a incidência de HIV/AIDS e expandir melhoramentos no tratamento e ações de prevenção da AIDS e da Sífilis.

Saneamento Básico: os municípios devem garantir esse direito, indispensável à manutenção da qualidade de vida, junto ao estado e à União. A Funasa dispensará ações de saneamento às comunidades mais necessitadas.

Saúde Mental: a Política Nacional de Saúde Mental é regida por dois objetivos, sendo eles a redução gradativa dos leitos psiquiátricos e o reforço da rede extra-hospitalar, ou seja, cuida-se de outros meios (leia-se espaços) de assistir o paciente.

Proposta de convênio Município-Ministério: as propostas de convênio para cooperação técnica e financeira podem ser levadas ao Ministério da Saúde através da internet, no sítio do Fundo Nacional de Saúde.

Atenção à saúde indígena: o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas e o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas, no ano de 1999, possibilitando o acesso desses povos à atenção integral à saúde, no âmbito do SUS.

Medicamento Fracionado: o Ministério da Saúde listou diversos medicamentos que poderão ser comprados por fração, ou seja, apenas na quantidade necessária ao consumidor.

8 DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

A doação de órgãos, assunto vital no que tange à saúde pública e assunto de vida ou morte no sentido literal da expressão, é objeto de dúvidas e temores para a população brasileira avessa aos procedimentos envolvidos.

O primeiro problema que cerca o tema doação de órgãos diz respeito à morte encefálica ou cerebral. É notória a preocupação das famílias brasileiras quanto à esperança de vida na hipótese de ter um dos “seus” como doador em potencial. No entanto, quando se constata morte encefálica não se fala mais em esperança de vida; tanto que é nesse momento que se registra o óbito e não quando ocorre a parada cardíaca, normalmente protelada por uma máquina conhecida como “ventilador”.

O ventilador respira pelo paciente, permitindo o exame de seu estado vital. Dessa forma, se constatada a morte encefálica, a respiração deixa de ser indicativo de vida existindo unicamente devido ao funcionamento do citado aparelho. Nesse contexto, a existência de batimento cardíaco se deve apenas à presença do oxigênio produzido pelo ventilador.

A presença de determinadas drogas no organismo do paciente, durante a realização dos exames, pode mascarar as atividades cerebrais. Mas, cientes disso, os médicos utilizam outros testes dados a conferir segurança ao resultado. Quanto à costumeira confusão entre o estado de coma e a morte encefálica, deve-se esclarecer que no primeiro caso o indivíduo é considerado médica e legalmente vivo, podendo respirar sem uso do ventilador e/ou podendo apresentar atividade cerebral ou fluxo sanguíneo no cérebro.

A morte encefálica, então, é a cessação do funcionamento do encéfalo, formado pelo cérebro e pela trompa cerebral que, por consequência, cessa as atividades dos demais órgãos, exceto o coração. Ainda assim, e mesmo que o paciente pareça estar em um sono profundo, não há reversão para o quadro. A partir de então, cabem à família as difíceis decisões sobre o desligamento do ventilador e sobre a doação dos órgãos em tempo hábil.

O diagnóstico da morte encefálica é orientado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.480/97, e a Lei n. 9434/97, dos Transplantes, determina que a remoção de tecidos e órgãos seja precedida por exames de constatação da morte encefálica, realizados por dois médicos de diferentes áreas, não integrantes da equipe de transplantes.

Lei posterior n. 10.211/01 extinguiu as manifestações de vontade registradas na Carteira de Identidade Civil e na Carteira Nacional de Habilitação, tornando a autorização familiar o único meio de realizar doação com doador cadáver. Não é necessário deixar documento escrito; basta a decisão da família. Esta, sim, deverá concretizar a autorização por escrito.

São dois os tipos de doador: doador vivo e doador cadáver. No primeiro caso, a doação poderá ser feita por parentes até quarto grau e cônjuges (vide art. 9º, Lei n. 9.434/97), desde que saudáveis. Será necessária a comprovação de comunicação ao Ministério Público, de acordo com os artigos 15, §§ 4º e 5º, 20, *caput* e 25, inciso II, do Decreto Federal n. 2.268/97. Não parentes doam apenas com autorização judicial. A doação em vida pode ser de um dos rins, de parte do fígado, de parte da medula óssea e parte do pulmão. As doações de parte da medula óssea poderão ser efetuadas sem autorização judicial, mesmo por não parentes.

A lei que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento é a **Lei n. 9.434 de 04/02/97**, alterada pela Lei n. 10.211 e regulamentada pelo **Decreto n. 2.268, de 30/06/97**.

No caso do doador cadáver, paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com morte encefálica, geralmente resultante de traumatismo craniano e AVC (derrame cerebral), os órgãos e tecidos passíveis de retirada são coração, pulmão, fígado, pâncreas, intestino, rim, córnea, veia, ossos e tendão, extraídos em centro cirúrgico, por meio de procedimento normal, sem causar deformidades ao corpo.

A maioria dos órgãos destinados a transplantes precisa ser extraída durante a morte encefálica enquanto são mantidos vivos pelo oxigênio do ventilador. Poucos como rins, córneas e ossos, podem ser retirados ainda algum tempo após a parada cardíaca.

Os órgãos serão doados a pacientes a espera de transplante, em lista da Central de Transplantes da Secretaria de Saúde do respectivo Estado, sob controle do (Ministério da Saúde). A Lista Única de Receptores - como é conhecida - e a Central Estadual de Transplantes são estabelecidas pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT), responsável pelo gerenciamento de todo o processo de doação. Este, por sua vez, foi regulamentado pelo mencionado Decreto Federal n. 2.268/97, assim como a Lei dos Transplantes.

9 SOBRE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS – inclusão de terapias alternativas pela Portaria GM 971/06

A Portaria GM 971, de 3 de maio de 2006, que dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, levou em consideração que a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem admitindo a aplicação da Medicina Tradicional em conjunto com a Medicina Complementar ou Alternativa.

De acordo com referida Portaria, essas práticas vêm ganhando credibilidade no Brasil desde a década de 80, principalmente com o advento do SUS. Para a garantia de qualidade e segurança nessas modalidades de atenção à saúde, contar-se-á com profissionais capacitados para a respectiva área. Fazem parte dos serviços oferecidos pelo Sistema a Medicina Tradicional Chinesa (acupuntura), a Homeopatia (com enfoque ao paciente, não à doença), as Plantas Medicinais e a Fitoterapia, o Termalismo Social ou Crenoterapia (terapia com águas minerais).

10 BASES PARA DIAGNÓSTICO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Em “Direito Sanitário e Saúde Pública”, vol. II (2003, p. 124-133), são sugeridas metodologias de análise dos processos judiciais no âmbito da saúde, de modo a orientar o operador do direito. Do texto supracitado, interpretou-se e resumiu-se o que segue.

- Quando da apreciação de uma demanda relativa a direito subjetivo individual, convém ao Ministério Público e aos julgadores verificar o plano de saúde pertinente – municipal, estadual, nacional – antes de se manifestar pelo (ou exigir o) cumprimento das obrigações do Estado. Tal medida contribuiria para sanar problemas de determinadas populações, combatendo o caráter primordialmente emergencial do atendimento, em prol da prevenção.

- O Ministério Público e os Magistrados devem verificar se o plano de saúde (municipal, estadual, nacional), a lei de diretrizes orçamentárias e o orçamento foram pautados nos princípios e nas diretrizes do SUS, a fim de mensurar a proposta de organização de ações e serviços em relação à demanda. Trata-se de perceber “a coerência do Plano de Saúde com os mandamentos constitucionais *sobre a organização da atenção à saúde em uma determinada realidade social e sobre o sistema de gestão que dê conta da manutenção da rede de atenção à saúde em pleno funcionamento*” (idem, p 126).

- Deve-se verificar se os “instrumentos de gestão” (condição de cumprir o previsto em constituição e legislação acerca da saúde) atendem às “necessidades de organização da atenção à saúde” (idem, p 127).

- A “metodologia” mais abrangente envolve as três anteriores e considera outros aspectos do sistema de saúde: diagnóstico econômico, social, demográfico e epidemiológico, na abrangência do sistema de saúde; estrutura organizativa para a gestão do respectivo sistema de saúde; rede de ações e serviços destinados à atenção à saúde em um determinado território.

O Ministério Público como Órgão de Controle Social na preservação dos direitos fundamentais e como fiscal da lei deve atuar em prol da saúde zelando pelo cumprimento da Constituição e das leis ordinárias cabíveis, desde a formação dos Conselhos até a conduta dos profissionais dessa área.

11 PEÇAS PRÁTICAS

11.1 Recomendação

XXXX, XX de XXX de XXXX.

Ofício n. XXX/XXXX/XªPJ.

Senhor Prefeito Municipal,

O Ministério Público vem participando da campanha idealizada pela OAB-Subseção de Chapecó, que orienta sobre os riscos dos medicamentos similares que vêm sendo postos para o consumo sem a comprovada eficácia terapêutica.

Há no Brasil basicamente três diferentes grupos de medicamentos. Os de *referência*, conhecido também como de marca, que são lançados após todas as etapas de pesquisa e estudos clínicos. Os *genéricos*, identificados com a letra G impressa na embalagem, que copiam a fórmula de referência, mas passam por testes de bioequivalência. Esse teste mede a ação do produto no organismo. Por fim, os *similares*, que copiam os de referência, com a diferença de que as autoridades de saúde não exigiam dos fabricantes os testes de bioequivalência e biodisponibilidade, o que pode comprometer a qualidade em termos dos efeitos esperados.

Uma amostra da gravidade da situação vem dos anúncios diários de que a ANVISA poderá retirar do mercado, até o fim das investigações, uma enorme diversidade de medicamentos *similares* que não apresentam eficácia terapêutica comprovada.

Enfim, a campanha está embasada no princípio da precaução, para que os pacientes consumam medicamentos quando efetivamente comprovada sua eficácia terapêutica.

Dessa forma, considerando que os entes públicos são estatisticamente os maiores compradores deste tipo de medicamento – *similar* - e embasado no princípio da eficiência administrativa posta ao cidadão, **recomendo-lhe**¹ que, nos procedimentos de licitação para aquisição de medicamentos, sejam observados os testes de bioequivalência e biodisponibilidade dos medicamentos similares, a fim de garantir o consumo, pelo cidadão, de produtos com comprovada qualidade terapêutica.

Nesses termos, solicito-lhe informações, em 10 (dez) dias úteis, sobre a aceitação [ou não], por parte de Vossa Excelência, da respectiva recomendação.

Atenciosamente,

XXXXXX
PROMOTOR DE JUSTIÇA

¹ Com fulcro nos artigos 27 e 80 da Lei n. 8.625/93 e artigo 83, XII, da Lei Complementar Estadual n. 197/2000 (Lei Orgânica do Ministério Público).

11.2 Termo de compromisso de Ajustamento de Conduta (TAC)

TERMO DE COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA

No dia XX de XXXXX de XXXX, às XX horas e XX minutos, nas dependências da Xª Promotoria de Justiça da Comarca de XXXXXX, em que se fazia presente o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**, na pessoa do **PROMOTOR DE JUSTIÇA XXXXXXXX**, e o **HOSPITAL REGIONAL XXXXXXXX**, localizado na Rua XXXXXX n. XX, Centro, XXXXX, na pessoa do Diretor Administrativo, Sr. XXXXXXXX, e do Diretor Técnico, Sr. XXXXXXXX, doravante denominado compromitente, celebraram este **COMPROMISSO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA** nos autos do **PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO N. XXX/XXXX**, nos seguintes termos:

CLÁUSULA 1ª: O investigado admite que o referido estabelecimento hospitalar apresentou as deficiências apontadas no Relatório de Inspeção Sanitária (fls. XX), acostado ao procedimento administrativo, com exceção da medicação vencida, pois, em tal circunstância, foi elaborado recurso administrativo.

CLÁUSULA 2ª: O compromitente assume a obrigação de fazer, consistente em adequar-se às condições sanitárias estabelecidas na RDC 50/02 e RDC 306/05 que prevêm o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos em estabelecimentos assistenciais de saúde, assim como o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CLÁUSULA 3ª: O investigado assume a obrigação de fazer consistente em regularizar, em todas as suas instalações, as alterações descritas no Relatório de Inspeção Sanitária junto ao procedimento, notadamente no centro cirúrgico, emergência geral, internação pediátrica, posto de enfermagem - pediatria, sala de pequenos procedimentos, posto de enfermagem – aptos, internação adulto/SUS, sala de parto, lactário, neonatologia, maternidade, UTI adulto, consultório da cardiologia, farmácia (setor de medicamentos controlados), cozinha e lavanderia.

CLÁUSULA 4ª: Para a consecução do objeto da cláusula 3ª, o compromitente deverá iniciar a execução das obrigações assumidas no presente Termo, as quais deverão estar concluídas no prazo máximo de 12 (doze) meses, a contar da data da assinatura do ajustamento de condutas.

CLÁUSULA 5ª: O investigado também assume a obrigação de fazer, consistente em observar a legislação em vigência, executando todas as medidas que se fizerem necessárias, não promovendo qualquer atividade que provoque ou coloque em risco a vida das pessoas que necessitem das assistências prestadas pelo referido hospital, bem como de todos os profissionais que nele laboram.

CLÁUSULA 6ª: Os prazos acima estabelecidos iniciam a partir da assinatura do presente Termo e poderão ser prorrogados, no caso de motivo justificável a ser apresentado pelo compromissário antes do vencimento, nesta Promotoria de Justiça.

CLÁUSULA 7ª: O cumprimento das obrigações ajustadas não dispensa o ajustante de satisfazer qualquer exigência prevista em outras legislações, tampouco de cumprir qualquer imposição de ordem administrativa que diga respeito às normas inerentes ao caso.

CLÁUSULA 8ª: Fica ressalvado que as obras e reformas que dependem da parceira e/ou autorização do Estado de Santa Catarina, o qual é dono do prédio em que fica o hospital, serão cumpridas na medida em que forem sendo repassados os recursos financeiros e materiais para tanto, não se aplicando, portanto, os itens ajustados nas cláusulas 2ª, 3ª e 5ª, inclusive com aprovação do projeto pela Vigilância Sanitária Estadual.

CLÁUSULA 9ª: O MINISTÉRIO PÚBLICO compromete-se a não adotar qualquer medida judicial, de cunho civil, contra o compromissário, no que diz respeito aos itens acordados, caso o ajustamento de condutas seja cumprido.

CLÁUSULA 10ª: Fica estabelecida a seguinte multa, para eventual descumprimento das cláusulas deste compromisso:

a) pagamento de multa diária de R\$1.000,00 (hum mil reais) para descumprimento das cláusulas 2ª, 3ª, 4ª e 5ª;

b) pagamento de multa diária de R\$500,00 (quinhentos reais) para descumprimento das demais cláusulas.

Subcláusula 1ª - O pagamento das multas perdurará enquanto persistir a violação, cujo valor será atualizado de acordo com índice oficial, desde o dia de cada prática infracional até efetivo desembolso. A multa será recolhida ao Fundo para Reconstituição dos Bens Lesados do Estado de Santa Catarina (Conta Corrente nº XXX.XXX.XX, Agência XXX-XX).

Subcláusula 2ª – As multas estabelecidas passarão a fluir a partir do descumprimento da obrigação, cessando apenas quando o investigado comprovar, por escrito, que regularizou a situação.

Subcláusula 3ª - Além da fluência da multa, o descumprimento deste compromisso de ajustamento poderá dar ensejo à adoção das medidas judiciais cabíveis, inclusive tendentes à reparação dos danos, se for o caso.

CLÁUSULA 11ª: A comprovada não-execução dos compromissos previstos nas cláusulas acima, ou a continuidade da conduta, facultará ao MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL à imediata execução judicial do presente título.

CLÁUSULA 12ª: As partes poderão rever o presente ajuste, mediante termo aditivo, o qual poderá incluir ou excluir medidas que tenham por objetivo o seu aperfeiçoamento e/ou se mostrem tecnicamente necessárias.

CLÁUSULA 13: Este título executivo não inibe ou restringe, de forma alguma, as ações de controle, monitoramento e fiscalização de qualquer órgão público, nem limita ou impede o exercício, por ele, de suas atribuições e prerrogativas legais e regulamentares.

Este acordo tem eficácia de título executivo extrajudicial, na forma do parágrafo 6º do artigo 5º da Lei n. 7.347/85 e artigo 585, inciso VII, do Código de Processo Civil e o arquivamento deste procedimento administrativo, decorrente do cumprimento do compromisso de ajustamento, será submetido à homologação pelo CONSELHO SUPERIOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO, conforme determina o parágrafo 3º do artigo 9º da Lei n. 7.347/85.

XXXXXXXXXX
PROMOTOR DE JUSTIÇA
Xª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA
COMARCA DE XXXXX

XXXXXXXXXX
DIRETOR TÉCNICO

XXXXXXXXXX
DIRETOR ADMINISTRATIVO

11.3 Denúncia

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA CRIMINAL DA COMARCA DE XXXXXXXX

O **REPRESENTANTE DO MINISTÉRIO PÚBLICO**, no uso de suas atribuições legais, de acordo com o conteúdo probatório existente no incluso Inquérito Policial n. XXX/XX (autuado sob o n. XXX.XX.XXXX-X), vem, por intermédio da presente, oferecer **DENÚNCIA** contra

XXXXX XXX, *naturalidade, estado civil, profissão, com XX anos de idade, filho de XXXX e XXXX, residente e domiciliado na Rua XXXXX, nº XX, nesta Cidade XXXXX*, pela prática dos seguintes fatos delituosos:

Consta do incluso Caderno Administrativo que, em data de XX de XXXX do ano de XXXX, o denunciado **XXXXX XXX**, utilizando-se de sua condição de funcionário público (art. 327, do CP), como médico do Hospital XXXXX, mesmo sabendo que o internamento deveria ser gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), exigiu de forma indevida, para a realização de procedimento cirúrgico de drenagem de tórax, do filho da vítima **XXXX**, de nome **XXXX**, a quantia de R\$800,00 (oitocentos reais), valor este pago por de dois cheques, ambos do Banco XXXX, da sua conta corrente n. **XXXX** (cf. canhoto do cheque de fl.XX).

Assim agindo, infringiu o denunciado **XXXX** o estabelecido no art. 316, *caput*, do Código Penal, motivo pelo qual se requer o recebimento da presente, a sua citação, para que seja processado e, ao final, condenado, ouvindo-se as pessoas abaixo arroladas no tempo oportuno.

Requeiro ainda a intimação do Banco XXX para que faça vir aos autos cópia dos cheques da vítima XXXX, c/c XXXX, Agência XXXX, cheques ns. XXXX e XXXX.

XXXXX, XX de XXXXX de XXXX.

XXXXXXXXX
Promotor de Justiça

ROL DE TESTEMUNHAS:

1 – **XXXX**

2- **XXXX**

11.3.1 Denúncia - concussão

EXCELENTÍSSIMO JUIZ DE DIREITO DA X VARA DA COMARCA DE XXXXXX.

O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, por seu Promotor de Justiça em exercício neste Juízo, no uso de suas atribuições legais, com fulcro no art. 129, I, da Constituição Federal, art. 24, do Código de Processo Penal, art. 25, III, da Lei n. 8.625/93, art. 82, IV, da Lei Complementar Estadual n. 197/00 e com base no **INQUÉRITO POLICIAL N. XXX-X** apresenta **DENÚNCIA** contra

XXXX, brasileiro, casado, administrador do Hospital XXXX na época dos fatos, nascido em X de XX de XXXX, natural de XXX/XX, com instrução superior, filho de XXXX e XXXX, residente na rua XXX n. XX, bairro XX, nesta cidade e Comarca, e

XXXX, brasileira, solteira, diretora do Hospital XXXX na época dos fatos, nascida em X de XX de XXXX, natural de XXX/XX, com instrução secundária, filha de XXX e XXX, residente na rua XXX n. XX, Centro, nesta cidade e Comarca, pela prática dos seguintes **ATOS DELITUOSOS**:

Consta do caderno indiciário que XXXXXX recebeu tratamento médico, consistente em internamento e atendimento médico-hospitalar, prestado pelo Hospital Regional XXX, permanecendo internada nos dias X a X de XXX de XXXX, conforme teor da documentação acostada aos autos.

O internamento e o atendimento médico hospitalar foram feitos através do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo demonstra o laudo médico para emissão de AIH (fl. X), bem como a Autorização para Internação Hospitalar (fl. X).

Em razão disso, o atendimento passou a ser de gratuidade total, tendo o paciente direito à assistência plena, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores complementares, independentemente da motivação, em face da concretização da assistência plena garantida pela Constituição Federal.

No entanto, apesar do caráter gratuito dos serviços médicos e hospitalares, no dia X de XXX de XXXX, a vítima XXX, ao levar sua mãe XXX ao Hospital XXX Assec de XXX, acometida de derrame cerebral – sendo encaminhada de imediato à UTI tendo em vista a gravidade do problema – foi informada da não existência de vagas nessa unidade de tratamento para àquela noite (pelo SUS), ocasião em que, por ordem dos denunciados, foi solicitado indevidamente vantagem pecuniária dos familiares da vítima consistente no pagamento de R\$ 300,00 (trezentos reais) – como caução, correspondente à internação do dia X ao dia X de XXX, quando, então, outro paciente receberia alta e XXX seria transferida à vaga destinada às internações pelo SUS.

Ressalta-se, ademais, que XXX permaneceu internada na condição de paciente atendida pelo Sistema Único de Saúde até o dia X de XXX de XXXX quando veio a óbito.

Vê-se, pois, que por ordem e determinação dos denunciados, sem o que a exigência não teria sido feita, foi exigido em decorrência do internamento a importância de R\$ 300,00 (trezentos reais).

Frise-se, ainda, que em se tratando de situação de emergência, em que está em jogo a saúde o bem estar físico da vítima, a cobrança de valores indevidos por ordem dos denunciados contra paciente beneficiário do SUS, mesmo que de maneira velada – “caução”, configura exigência de vantagem indevida, visto que os familiares da ofendida não tem como transigir com relação a sua saúde (vítima de um derrame cerebral).

Tal irregularidade foi apurada mediante uma auditoria realizada no Hospital XXX - nosocômio em que a paciente foi internada, de modo que a direção do hospital fez a devolução do valor cobrado ilegalmente (fls. X).

Com tal proceder, por ordem e mando dos denunciados XXX e XXX, que agiram na qualidade de funcionários públicos equiparados, foi exigida vantagem indevida da vítima, consistente no pagamento da internação hospitalar, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), o que é proibido, ante a gratuidade do Sistema Único de Saúde que abrange todo o tratamento do paciente, inclusive internamento hospitalar.

CAPITULAÇÃO

Assim agindo, incidiram os denunciados **XXX e XXX** nas sanções do **ART. 316, CAPUT, C/C ART. 327, PARÁGRAFOS 1º E 2º, C/C ART. 13, TODOS DO CÓDIGO PENAL.**

REQUERIMENTOS

Desta feita, requer o **MINISTÉRIO PÚBLICO** sejam eles citados, processados (ART. 394 E SEGUINTE DO CPP) e, ao final condenados, ouvindo-se as pessoas abaixo arroladas e cumprindo-se as demais determinações legais.

Requer-se, ainda, sejam certificados os antecedentes criminais dos denunciados nesta Comarca.

Requer-se, por fim, seja requisitado o prontuário médico que registra o atendimento da vítima.

XXX, X de XXXXX de XXXX.

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

PROMOTOR DE JUSTIÇA

ROL DE INQUIRÇÃO

11.4 Ação Civil Pública

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA DOS FEITOS DA FAZENDA E ACIDENTES DE TRABALHO DA COMARCA DA CAPITAL

O Ministério Público do Estado de Santa Catarina, por sua Promotora de Justiça abaixo assinada, com fulcro no art. 129, III, da Constituição Federal e nos arts. 5º, *caput*, da Lei n. 7.347/1985 e 25, IV, “a”, da Lei n. 8.625/1993, vem respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor **AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM OBRIGAÇÃO DE FAZER CUMULADA COM PEDIDO DE LIMINAR** em face do:

ESTADO DE SANTA CATARINA, pessoa jurídica de direito público, representado por sua Procuradoria Geral do Estado, sede XXXX, n. XXX, na cidade de XXXXX, pelos seguintes fatos e fundamentos:

I – DA LEGITIMIDADE ATIVA

O Ministério Público, a par de seu conceito e área de atuação estabelecidos no art. 127 da Carta Magna, tem, dentre as funções institucionais por ela outorgadas, a contida no inciso III do art. 129, exercida por intermédio desta *actio*, qual seja:

Art. 129 – São funções institucionais do Ministério Público:

...

III – Promover o inquérito civil e a **ação civil pública** para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos;

Com efeito, a atuação do *parquet*, notadamente alargada pela Constituição Cidadã, faz-se presente em áreas extremamente importantes da sociedade, dentre as quais: o meio ambiente, a moralidade administrativa e a defesa dos direitos coletivos, difusos e individuais indisponíveis.

E, como tal, o direito indeclinável à saúde e à vida, objetos da ação civil em tela, não poderiam escapar do raio de abrangência da atuação ministerial.

Não se olvida, ainda, que a Lei n. 7.347/1985, em seu art. 5º, fornece arrimo ao Ministério Público para a propositura de ações destinadas à tutela desses interesses em juízo.

In casu, cogitando-se de vulneração ao indisponível direito à vida, o poder de ação exercido pelo Ministério Público na qualidade de substituto processual do lesado economicamente hipossuficiente.

II - DOS FATOS

Em agosto do corrente ano, **XXXXXX** ingressou com representação neste Órgão do Ministério Público, expondo seu sofrimento em função da doença “*Pênfigo vulgar*” e narrando que a medicação necessária para seu tratamento (“*Azatioprina 50 mg*”), *a priori*, não estaria sendo fornecida pelo Estado de Santa Catarina

Essa patologia, a mais severa de sua categoria, constitui doença vesicobolhosa desencadeada por anticorpos que o próprio organismo do paciente produz. Acomete pele e mucosa por lesões dolorosas e bolhas de líquido turvo ou sangüíneo, que confluem e rompem-se deixando áreas erodadas, semelhantes a queimaduras profundas.

O tratamento terapêutico consiste na ingestão de uma diversidade de drogas, dentre elas, duas cápsulas diárias de “Azatioprina”, as quais nas farmácias da Capital se encontram pelo preço de R\$355,26 (trezentos e cinquenta e cinco reais e vinte e seis centavos), frasco com 200 cápsulas – valor bastante alto para os padrões da maior parte de nossa sofrida população, bem como para a paciente em epígrafe.

Destarte, esta Promotoria de Justiça encaminhou expediente à Secretaria de Estado da Saúde requisitando providências daquela Pasta, no sentido de que a medicação fosse fornecida e o direito à saúde permanecesse resguardado.

Em resposta, aduziu o Secretário que o medicamento, padronizado por meio da Portaria n. 1.318, do Ministério da Saúde, não abarcaria a patologia da representante, impossibilitando o seu fornecimento para a mesma. Não obstante, ainda informou que não haveria em todo o Sistema Único de Saúde qualquer medicamento indicado para a enfermidade em questão.

Isso posto, não resta alternativa senão a de buscar a tutela jurisdicional, com escopo de fazer valer os preceitos constitucionais e infraconstitucionais que amparam o cidadão no que concerne à saúde pública.

III – DO DIREITO

A Constituição Federal, em seu art. 5º, *caput*, assegura a todos o direito à vida, sendo esta uma garantia basilar, originadora das demais.

O direito à vida abarca, necessariamente, duas acepções. De um lado, visa a garantir o direito de estar vivo; de defender a própria vida. De outro lado, viabiliza o direito de uma existência digna.

Com efeito, o art. 196 da Carta Magna arremata tal entendimento, elegendo a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, que foi secundado pela Constituição Estadual, em seu art. 153: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao seu acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O preceito constitucional retromencionado forneceu arcabouço para a elaboração da Lei n. 8.080/1990, que regulamentou o Sistema Único de Saúde. O referido dispositivo legal define o campo de atuação do SUS, consubstanciando, assim, a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, como premissa primordial.

Segundo o art. 7º, II, da Lei supramencionada, a integralidade da assistência está definida como “*um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.*”

Dessa forma, não restam dúvidas a respeito da obrigatoriedade/necessidade por parte do Estado de Santa Catarina de custear o tratamento dos enfermos.

Em situação análoga à presente, o Poder Judiciário já se posicionou nesse sentido.

Do corpo da decisão interlocutória proferida pela douta Magistrada Daniela Vieira Soares nos autos n. 005.02.007283-4, extrai-se:

Certo é que todos os beneficiários do Programa de Medicamento de Alto Custo estão fadados ao mesmo procedimento lacunoso e desmotivado. Todos, a qualquer momento, podem ter interrompida a medicação sob argumentos inconsistentes, sendo perfeitamente presumíveis as conseqüências nocivas ao tratamento com possibilidade de dano irreparável à vida.

Nesse contexto e para esta fase de cognição sumária, entendo perfeitamente caracterizado o fumus boni iuris e o periculum in mora.

ANTE O EXPOSTO, defiro a liminar.

Do entendimento do Supremo Tribunal Federal, redigido por seu Ministro Celso Mello:

Entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado pela própria Constituição da República (art. 5º, caput), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, - uma vez configurado esse dilema - razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida.

V – DA NECESSIDADE DE LIMINAR

Conforme emana do art. 12 da Lei n. 7.347/1985, “*poderá o juiz conceder liminar com ou sem justificação prévia, em decisão sujeita à agravo*”.

In casu, tanto a fumaça do bom direito, revelada pela natureza absoluta do direito à vida e à saúde, quanto o perigo da demora na entrega da prestação jurisdicional evidenciada pelos possíveis efeitos nefastos provocados pela enfermidade, quais sejam: o acréscimo de seqüelas a cada surto, além das declarações e exames médicos insertos, tornam imperativa a concessão da medida liminar.

Uma vez restando observados o *periculum in mora* e o *fumus boni juris*, com fundamento nos arts. 4º e 12 da Lei n. 7.634/1985, e em razão da natureza do pedido e pelo objeto que está sendo tratado, é de ser deferida liminar, sendo concedidos a **XXXXXXXX** os medicamentos acima requeridos, independentemente de justificação prévia.

VI – DO REQUERIMENTO

Diante dos fatos rolados, requer-se:

1. o recebimento da inicial;
2. a concessão de liminar *inaudita altera pars* consistente em ordem judicial de obrigação de fazer, ou seja, que o Estado de Santa Catarina, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, na pessoa de seus representantes forneça, imediatamente, o medicamento **AZATIOPRINA 50 MG** à senhora **XXXXXXXX** e a todos os enfermos que se encontram em situação semelhante;
3. a extensão dos alcances da padronização no âmbito estadual, do medicamento **AZATIOPRINA** aos portadores de “Pênfigo vulgar”;
4. a citação do requerido para contestar a ação, querendo, na pessoa do Senhor Procurador-Geral do Estado;
5. a produção de todas as provas em direito admitidas, máxime testemunhal, documental e pericial; e
6. seja definitiva a liminar requerida, julgando-se procedente o pedido.

Dá-se à causa, para efeitos fiscais, o valor de R\$XXXXX (XXXXX).

Pede Deferimento.

XXXXXXXX, XX de setembro de XXXX.

XXXXXXXXXXXX
Promotora de Justiça

11.5 Audiência

Audiência Pública - Hospital de XXXXXX

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - 1ª Promotoria de Justiça

AUDIÊNCIA PÚBLICA EM DEFESA DE INTERESSE SOCIAL

Aos XX dias de XXXX de XXXX, às XX horas, reuniram-se nas dependências do gabinete da 1ª Promotoria de Justiça, na presença do seu Titular XXXXXX, o Sr. Prefeito Municipal, XXXX, a Sra. Secretária Municipal de Saúde, XXXXX, o Administrador do Hospital de XXXXX, Sr. XXXX e, como representante dos funcionários, a Sra. XXXXXX, os quais;

CONSIDERANDO as dificuldades financeiras por que passa a administração do hospital no sentido de fazer frente às despesas para o seu bom funcionamento;

CONSIDERANDO que hoje cabe à Prefeitura Municipal fazer os repasses das verbas do SUS a que tem direito o hospital como forma da contraprestação dos atendimentos hospitalares;

CONSIDERANDO que, tendo em vista o não-recebimento por parte dos funcionários dos salários relativos aos meses de novembro, dezembro e décimo terceiro, competência 2001;

CONSIDERANDO que hoje a Prefeitura dispõe do valor de R\$XX.XXXX (XXXXXXXXXXXXXXXX), relativo aos serviços prestados pelo hospital no mês de dezembro de 2001, resolvem:

Nesta data, o Sr. Prefeito passa as mãos do Curador da Cidadania e Direitos Humanos DR. XXXXXXX, Promotor de Justiça Titular da 1ª Promotoria, os cheques sacados contra o banco XXXXX, n. XXXX, no valor de R\$X.XXXX (XXXXXXXX); e contra o Banco XXXX, os cheques ns. XXXX, XXXX, XXXX, nos valores de R\$XX.XXXX (XXXXX), R\$ X.XXXX (XXXXX), R\$ XX.XXXX (XXXXX), cheques estes do MS/Fundo Municipal da Saúde, ficando o Sr. Curador com a responsabilidade de depositar na conta/salário dos funcionários do Hospital XXXXXXX, agência XXXXX, conta-corrente XX.XXXX, impreterivelmente no dia XX, mediante comprovação da folha de pagamento dos funcionários.

Reconhecendo destarte o Sr. Administrador do Hospital, Sr. XXXXX, um saldo remanescente e comprometendo-se nesta oportunidade a quitá-lo quando do recebimento de outros repasses e/ou créditos ou subvenções que possam vir a receber.

Comprometendo-se a Sra. Representante dos funcionários, após se reunirem em Assembléia Extraordinária, ao retorno imediato daqueles às suas atividades, para resguardar a continuidade das prestações dos serviços.

Tendo as partes concordado com os termos da presente Audiência Pública em Defesa de Interesse Social, assinam esta em cinco vias de igual teor e forma.

XXXXX, XX de XXXXX de XXXX.

XXXXXXXXXXXX

Promotor de Justiça
Curador da Cidadania e Direitos Humanos

(Obs.: os demais membros que estavam presentes na audiência pública também assinam)

11.6 Ofício

XXXXXXX, XX de XXXXX de XXXX.

Of. n. XXXX

Senhor Delegado-Geral,

O Ministério Público do Estado de Santa Catarina, por meio da Promotora de Justiça abaixo assinada, com fundamento no artigo 5º, II, do Código de Processo Penal, no art. 26, IV, da Lei n. 8.625/93 e no art. 83, V, da Lei Complementar Estadual n. 197/2000, com fundamento na documentação acostada, extraída dos autos de Inquérito Civil n. XXX/XX, instaurado por esta Coordenadoria objetivando apurar irregularidades relacionadas com a cobrança de internações hospitalares e prestação de serviços médicos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), **requisita** a Vossa Senhoria que determine a instauração de competentes inquéritos policiais contra as pessoas a seguir relacionadas, visando a apurar corretamente os fatos e determinar convenientemente os autores dos delitos que, em tese, são imputados aquelas, conforme segue:

Município	Autor(es) Apontado(s)	Vítima	Tipificação
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	Art. 316, <i>caput</i> , c/c 327, do CP

Contém: Processo de supervisão/auditoria instaurado pela Gerência de Inspeção e Controle da Secretaria de Estado da Saúde, com carta ao usuário do SUS, e termo de depoimento.

No ensejo apresento protestos de consideração e apreço.

XXXXXXXXXXXXXXXX

Promotor de Justiça
Coordenadora de Defesa dos
Direitos Humanos, da Cidadania
e das Fundações

Excelentíssimo Senhor

Doutor XXXXXXXXXXXX

Delegado-Geral da Polícia Civil
NESTA

11.7 Promoção de Arquivamento

DESPACHO

Trata-se de Relatório de Auditoria n. PSUS XXXX, realizado pela Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde (DIAR), da Secretaria de Estado da Saúde, no Município de Florianópolis, enviado a esta Promotoria de Justiça através do ofício nº XXXXX, tendo como origem reclamação do(a) Sr(a). XXXXXXXXXXXX ao “disque-saúde” do Ministério da Saúde, dando conta de que XXXXXXXXXXXX.

A Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria da XXXXX Regional de Saúde – Florianópolis - questionou a Secretaria Municipal de Saúde da Capital sobre seus procedimentos e horários de atendimento à população nos postos de saúde. Respondendo, esta informou que os medicamentos de uso controlado são entregues apenas no período matutino, devido a obrigatoriedade da presença de um profissional farmacêutico para acompanhar a distribuição, e os demais são entregues em tempo integral. No tocante às marcações de consultas, enfatizou que essas são feitas duas vezes por semana, e os atendimentos odontológicos apenas às quintas-feiras, sem prejuízo para a população, pois, nos casos de emergência, o paciente é atendido imediatamente, não ficando nenhum paciente sem o atendimento normal.

A Diretoria de Inspeção e Assistência à rede de Saúde (DIAR), após verificação *in loco* no Posto de Saúde a que se referia o reclamante, não constatou nenhuma irregularidade, posicionando-se pelo arquivamento do processo.

Ante o exposto, determino o encaminhamento de cópia deste expediente ao Conselho Municipal de Saúde para conhecimento e análise da reclamação, a fim de que sejam adotadas as medidas que se mostrarem necessárias para agilização do atendimento à população. Após, por falta de base para a adoção de qualquer outra providência pelo Ministério Público Estadual, promovo o presente ARQUIVAMENTO.

Florianópolis, XX de XXXX de XXXX.

Promotor de Justiça

11.8 Certidão da Vênia Ministerial para Doação de Órgãos

CERTIDÃO

Certifico que nesta data foi apresentada e adequadamente protocolada, uma via da presente autorização de doação de órgão, em nome de XXXX, devidamente qualificado, que se faz presente em meu gabinete, o qual apresentou documento de identidade, tudo nos termos do artigo 15º, parágrafo 5º do DECRETO n. 2.268, de 30 junho de 1997. Verifiquei que foram satisfeitas as condições da Lei. ("O documento de que trata o parágrafo anterior, será expedido, em duas vias, uma das quais será destinada ao órgão do Ministério Público em atuação no lugar de domicílio do doador, com protocolo de recebimento na outra, como condição para concretizar a doação.") .

E, por ser verdadeiro, firmo a presente certidão.

XXXXX, X/X/XX XXhXXmin.

PROMOTOR DE JUSTIÇA

12 ENTENDIMENTOS JURISPRUDENCIAIS

12.1 INQUÉRITO - CRIME CONTRA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - CONCUSSÃO (ART. 316, *CAPUT*, DO CP) - COBRANÇA INDEVIDA DE SERVIÇOS MÉDICOS POR PROFISSIONAL CONVENIADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DENÚNCIA QUE PREENCHE OS REQUISITOS ÍNSITOS NO ART. 41 DO CPP - HIPÓTESES DE REJEIÇÃO LIMINAR (ART. 43 DO CPP) NÃO PRESENTES - DENÚNCIA RECEBIDA

(Inquérito n. 02.023012-5, Quilombo, rel. Des. Gaspar Rubik, 23/3/2004)

12.2 ACESSO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO. NECESSIDADE COMPROVADA. OBRIGATORIEDADE - ARTS. 195 E 196 DA CF - ARTS. 153 E 154 DA CE - LEI Nº 8.080/90. RECURSO DESPROVIDO.

(Ap. Cível n. 2005.011801-0, Concórdia, Des. Pedro Manoel Abreu, 18/10/2005)

12.3 ADMINISTRATIVO - SUS - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - OBRIGATORIEDADE – CF, ARTS. 195 E 196 - CE, ARTS. 153 E 154 - LEI N. 8.080/90

(Ap. Cível em Mandado de Segurança n. 2005.022190-8, São José, rel. Des. Luiz César Medeiros, 27/09/2005)

12.4 ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. CUSTEIO DE TRATAMENTO MÉDICO. MOLÉSTIA GRAVE. BLOQUEIO DE VALORES EM CONTAS PÚBLICAS. POSSIBILIDADE. ART. 461, *CAPUT* E § 5º, DO CPC.

(Agr. Inst. 723.131, rel Min. Castro Meira, RS 2005/0194466-1)

12.5 APELAÇÃO CRIMINAL. CONCUSSÃO (ART. 316, CP). COBRANÇA INDEVIDA DE SERVIÇOS MÉDICOS POR PROFISSIONAL CREDENCIADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. AGENTE PÚBLICO POR EQUIPARAÇÃO. CONCEITUAÇÃO PENAL AMPLA (ART. 327, CP). AUTORIA E MATERIALIDADE DEVIDAMENTE DEMONSTRADAS. CONDENAÇÃO MANTIDA.

(Ap. Criminal n. 2005.009764-4, Lages, 17/5/2005)

BIBLIOGRAFIA

ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito Sanitário e Saúde Pública – Vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CASTILHO, Ela Wiecko Wolkmer de. “Crimes contra a Saúde Pública”. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito Sanitário e Saúde Pública – Vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

VIGLIAR, José Marcelo Menezes. “Saúde Pública e Improbidade Administrativa”. In: ARANHA, Márcio Iorio (org.). Direito Sanitário e Saúde Pública – Vol. II. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CONASEMS; MINISTÉRIO DA SAÚDE. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

SÍTIOS

BUGALHO, Gustavo Russignoli. “O abuso nas ações de improbidade administrativa e a possibilidade de reparação dos danos causados ao agente público”. (acesso em 28/11/2006). <http://www.diariodamanha.com.br/direitoemdebate.htm>

HUMENHUK, Hesterston. “O direito à saúde no Brasil e a teoria dos direitos fundamentais”. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4839>

MINISTÉRIO DA SAÚDE
www.saude.gov.br

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
www.saude.sc.gov.br

TUBONE, Márcia Marinho. “Noas: a favor ou contra?”. 28/04/2006.
[www.apsp.org.br/Boletins/momento APSP/momento2/noas.htm](http://www.apsp.org.br/Boletins/momento_APSP/momento2/noas.htm)

MANUAL DE ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL EM DEFESA DO DIREITO À SAÚDE
http://www.pgr.mpf.gov.br/pgr/pfdc/xi_encontro/minuta_saude.PDF