

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“A atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro nas políticas públicas de saúde”

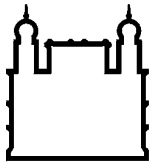
por

Carolina de Campos Carvalho

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis

Rio de Janeiro, maio de 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“A atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro nas políticas públicas de saúde”

apresentada por

Carolina de Campos Carvalho

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Felipe Dutra Asensi

Prof.^a Dr.^a Luciana Dias de Lima

Prof.^a Dr.^a Silvia Victoria Gerschman de Leis – Orientadora

*Está instaurada a dúvida.
A metódica dúvida epistemológica.
Neste mundo a terra não está no centro
nenhum saber é saber completo.
Seja bem-vinda era da razão.
Não há que se temer a revisão.
Nada que se diga ou que foi dito
merece estatuto de dogma irrestrito.
Cuidado com a verdade
que se pretende
maior que a realidade,
pois, os fatos são os fatos
e fluem diante de nós
que estupefatos
assistimos ao espetáculo.*

(Galileu Galilei)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, que juntos me deram todo o amor, carinho e liberdade. Ao meu pai, Antonio, por todos os conselhos e devaneios compartilhados, pelas músicas, danças, conversas, abraços e cafunés. À minha mãe, Cristina, minha maior amiga e companheira, por nunca ter me negado um livro, sempre acreditar nos meus sonhos, confiar nas minhas escolhas, me apoiar em tudo e estar comigo sempre. Amo vocês.

Às minhas irmãs, Camila e Carina, que me ensinaram a dividir, a cuidar, a me preocupar e a me divertir. Vocês dão tempero e cor ao meu dia-a-dia. *Omne trinum est perfectum.*

À Ianny e Rafael, que durante esse processo me deram o melhor dos presentes: Pedro, meu amado afilhado. Agradeço a amizade, o afeto e a compreensão pelas ausências.

À Ana, pela amizade de tantos anos.

À amiga Aline, maior incentivadora da minha opção pela área da saúde pública, pelo cuidado e preocupação que sempre demonstrou. À Priscila, por trazer espontaneidade e alegria a tantos momentos. Vida longa ao nosso trio, meninas!

À Wanessa e Letícia, por toda a parceria, pelas risadas e conversas.

A todos os colegas do curso de mestrado, pelas trocas de conhecimento e experiência dentro e fora de sala de aula. Um agradecimento especial à Mariana e à Marcele, que passaram a ocupar um lugar especial no meu coração e na minha vida.

À Débora, por todo o apoio, ajuda e amizade construída.

À minha orientadora, Silvia, pela confiança no meu trabalho e pelo aprendizado nesses dois anos.

Aos professores da ENSP, por cada leitura, aula e debate.

Ao meu padrinho, Luiz Henrique, por ter cuidado da minha cabeça nos últimos meses.

À Clara, pelas vezes em que me amanheceu. Ao Mangaio, por me mostrar que o meu quintal é maior do que o mundo. Ao Manoel de Barros, por me ajudar a esticar horizontes e, principalmente, por me ensinar que vale a pena carregar água na peneira, sim.

Ao peixe abridor de sorrisos.

RESUMO

O presente trabalho aborda o papel do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ) na defesa do direito à saúde, bem como descreve sua relação com o Conselho Estadual de Saúde (CES) e com a Secretaria de Estado de Saúde (SES). Para isso, no primeiro capítulo, discutiremos as implicações da constitucionalização do direito à saúde e a judicialização da saúde, que tem o Ministério Público entre os seus atores. Em seguida, apresentaremos a organização e a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro no campo da defesa do direito à saúde. No terceiro capítulo, será apresentada a relação entre o Conselho Estadual de Saúde e o MPERJ. Por fim, no quarto capítulo, falaremos sobre a relação do *Parquet* com a Secretaria de Estado de Saúde. Ao final, alcançamos um panorama da atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, considerando as relações interinstitucionais e as percepções dos atores envolvidos.

Palavras-chave: Direito à saúde, políticas públicas, Conselho Estadual de Saúde, Ministério Público.

ABSTRACT

This study discusses the role of the Public Attorney of Rio de Janeiro (Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro-MPERJ) in defense of the right to health, as well as describes its relationship with the State Health Council (Conselho Estadual de Saúde - CES) and with the State Health Secretary (Secretaria de Estado de Saúde - SES). Seeking that, the first chapter will discuss the implications of the constitutionalization of the right to health and the judicialization of health care and policy wight counts with the Public Attorney among its actors. Next, we present the organization and work of the MPERJ in the defense of the right to health. The third chapter presents the relationship between CES and MPERJ. Finally, in the fourth chapter, we will discuss the relationship of the *Parquet* with the SES. At the end, we achieve an overview of the work of the MPERJ, considering the inter-institutional relations and perceptions of the actors involved.

Key-words: right to health; public policies; State Health Council; Public Attorney.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACP – Ação Civil Pública

AP – Audiência Pública

CAO – Centro de Apoio Operacional

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal

CNPG - Conselho Nacional de Procuradores-Gerais

COPEDS – Comissão Permanente de Defesa da Saúde

GATE - Grupo de Apoio Técnico Especializado

HCRB – Hospital Colônia de Rio Bonito

MP – Ministério Público

MPF – Ministério Público Federal

MPERJ – Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

PJTC – Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva

PJTCS – Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde

TAC – Termo de Ajustamento de Conduta

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Referência ao MPERJ nas atas do CES, por segmento e conselheiro, 2007-2012 84

Tabela 2 - Referência ao MPERJ nas atas do CES, por tom de intervenção, 2007-2012 86

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1.1) Abordagem metodológica	15
1. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL: O direito à saúde no Brasil e a Constituição Federal de 1988	20
1.1) O sistema de saúde brasileiro antes da Constituição de 1988.....	20
1.2) A proposta da Reforma Sanitária e a Constituição Cidadã	22
1.3) O direito à saúde: direito fundamental.....	26
1.4) A “judicialização da saúde”	29
2. A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO DIREITO À SAÚDE	35
2.1) A organização do Ministério Público brasileiro.....	37
2.2) A organização do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro	38
2.3) Outras esferas de Atuação do Ministério Público no Direito à Saúde .	40
2.4) A organização das Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro	43
2.5) A organização do apoio técnico para atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro na tutela do direito à saúde.....	52
2.6) As formas de atuação do Ministério Público no âmbito da saúde.....	55
2.7) Casos de atuação das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro	58
3. O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE	75

3.1) Composição e organização do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.....	78
3.2) O Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro	82
3.3) A capacitação dos conselheiros de saúde	96
4. A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO E O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	102
4.1) A percepção dos gestores estaduais de saúde sobre a atuação do Ministério Público	104
4.2) O Ministério Público nas resoluções da Secretaria Estadual de Saúde	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXO 1 – Roteiro de Entrevista com Promotores de Justiça do MPERJ	124
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126

INTRODUÇÃO

No marco desta pesquisa¹ está a proposta do estudo do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e da sua atuação no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde. A existência de aproximações, divergências e conflitos norteiam a atuação interinstitucional e marcam as decisões e deliberações quanto às políticas sociais. Partindo da compreensão da existência e importância dessa interação entre MP, SES e CES na definição, implementação e controle da política de saúde, este trabalho se propõe a indagar o papel da atuação do Ministério Público nas políticas públicas de saúde.

As políticas públicas sociais são instrumentos destinados à realização dos direitos, e implicam em determinadas regras a serem seguidas pelo poder público. Nas palavras de Appio,

as políticas públicas podem ser conceituadas, portanto, como instrumentos de execução de programas políticos baseados na intervenção estatal na sociedade com a finalidade de assegurar igualdade de oportunidade aos cidadãos, tendo por escopo assegurar as condições materiais de uma existência digna a todos os cidadãos (APPIO, 2006, p. 136).

Barcellos examina as principais críticas existentes acerca do controle jurídico ou jurisdicional das políticas públicas:

¹ A presente pesquisa está inserida no projeto “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro” (GERSCHMAN, 2010b), inscrito no Programa “Cientista do Nosso Estado” da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Este projeto tem por objetivo analisar a política estadual de saúde no que se refere aos processos de formulação, implementação e participação, no estado do Rio de Janeiro (RJ), no espaço compreendido entre 2003 e 2010. Pretende-se cobrir, de maneira genérica, por um lado, a produção governativa (Executivo e Legislativo) no que se refere à política estadual de saúde; e, por outro lado, produzir análises sobre as políticas públicas de saúde no estado do RJ.

a) a crítica formulada pela Teoria da Constituição – que questiona a validade de a interpretação constitucional invadir espaços próprios da política majoritária; b) a crítica filosófica – que discute a legitimidade essencial (não apenas democrática) do magistrado para impor suas deliberações sobre aquelas formuladas pelos representantes das maiorias; e c) a crítica operacional, que se opõe ao controle por entender que o Judiciário não é capaz de compreender o contexto global das políticas públicas, nem de lidar com ele, e, ao pretender interferir nesse universo, acaba gerando distorções (BARCELLOS, 2007, p.634-635).

Essas críticas são relativizadas na medida em que tratamos de direitos fundamentais, que não podem estar submetidos ao “ciclo corrupção-ineficiência-clientelismo” (idem, p.635); e também a partir do momento em que são desenhados elementos normativos específicos, como tem sido feito, inclusive com o aprimoramento de fundamentos técnico-científicos.

Nesse controle, o Ministério Público exerce um papel primordial, pois, diferentemente do Poder Judiciário, não precisa ser provocado para agir, o que aumenta suas possibilidades de atuação para a garantia da efetivação dos direitos. O MP se constitui, portanto, como uma instituição central na defesa da sociedade e dos direitos difusos e coletivos. Sua ação ocorre tanto na fiscalização e controle das políticas públicas quanto em relação ao combate a atos de improbidade administrativa (JATAHY, 2009).

A atuação do Ministério Público na defesa dos direitos sociais, entre eles a saúde, teve destaque a partir da Constituição de 1988, e tem sido crescente, como veremos adiante. Lima et al explicam que

a constitucionalização do direito à saúde coincide com este processo de redemocratização e emergência do Welfare State, no Brasil, como resultado da mobilização de grupos sociais em prol do reconhecimento de novos direitos a novos sujeitos, como meio de inclusão e promoção de justiça social. Este fenômeno, aliado à crescente juridificação dos conflitos e demandas sociais, teve impacto considerável na atuação do Ministério Público (LIMA et al, 2011, p.40).

Nessa atuação, Ministério Público goza de diferentes instrumentos não-processuais e processuais: audiências públicas, ações civis públicas, termos de

ajustamento de conduta, reuniões, entre outros. Em todas essas formas, o MP acaba por se relacionar com os Poderes do Estado e com a sociedade civil, através de diálogos, negociações, consensos e discordâncias (ROTUNNO, 2003).

Assim, embora as necessidades de saúde da população sejam muitas e diversas, e os recursos finitos e escassos, frente aos problemas de saúde pública faz-se mister pensar novos caminhos e formas de diálogo entre os Poderes, a fim de se concretizar a justiça social prevista na Constituição Federal. Compreendemos, portanto, que as diferentes formas de assegurar os direitos sociais merecem estudo.

Nesse sentido, o presente projeto tem por escopo analisar a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro nas políticas públicas de saúde, bem como descrever sua relação com a Secretaria de Estado de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. O foco na relação do MP com o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde reside na importância de se compreender a dinâmica existente entre as diferentes instituições, na medida em que ela impacta as escolhas e a condução das políticas públicas estaduais.

Destarte, foram questões norteadoras do estudo: Como o MPERJ atua nas políticas de saúde? Como o MPERJ se relaciona com o CES? Existem consultas entre MPERJ, SES e CES? Quais são as percepções dos atores envolvidos sobre a atuação do MPRJ na defesa do direito à saúde?

Esta dissertação, ao procurar respostas ao conjunto desses questionamentos, embora sem pretensão de esgotá-los, busca traçar um panorama da atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro considerando as relações interinstitucionais.

Como objetivo geral da pesquisa, buscamos analisar a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro junto à Secretaria de Estado de Saúde e ao Conselho Estadual de Saúde no que se refere às políticas de saúde. Para tanto, foram definidos os seguintes objetivos específicos: 1) traçar um panorama histórico da organização do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro na tutela do direito à

saúde; 2) discutir a atuação do MPERJ nas políticas de saúde no estado do Rio de Janeiro; 3) descrever a percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde sobre a atuação do MPERJ na saúde; 4) descrever a percepção dos gestores estaduais de saúde sobre a atuação do MPERJ.

Dessa forma, no primeiro capítulo discutiremos as implicações da constitucionalização do direito à saúde, bem como o fenômeno da judicialização da saúde, que tem o Ministério Público entre os seus atores. Em seguida, apresentaremos a organização e a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ) no campo da defesa do direito à saúde. No terceiro capítulo, será apresentada a relação entre o Conselho Estadual de Saúde e o MPERJ, considerando a percepção dos membros das duas instituições. Por fim, no quarto capítulo, falaremos sobre a Secretaria Estadual de Saúde em relação com o MPERJ, a partir de entrevistas com gestores estaduais e da análise de resoluções da SES.

1.1) Abordagem metodológica

Este estudo consiste em uma pesquisa de natureza qualitativa e exploratória desenvolvida através do estudo de caso da atuação do Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro nas políticas de saúde; e da relação do mesmo com a Secretaria de Estado de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. Embora seja dado um foco maior na atuação das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, nosso estudo não se restringe a elas.

A escolha do método de estudo de caso deve-se ao fato de essa pesquisa pretender investigar em profundidade um fenômeno contemporâneo em seu contexto real. Para tanto, optou-se por múltiplas fontes de evidência e de técnicas de coleta de dados, como documentação, entrevistas e bibliografia (YIN, 2010).

Foi feito um levantamento bibliográfico, de modo a discutir os temas referentes às políticas sociais e o direito à saúde no Brasil, a relação entre os Poderes, o papel dos

conselhos estaduais de saúde, a judicialização e a juridicização da saúde, e a atuação do Ministério Público no campo da saúde.

Posteriormente, a pesquisa desenvolveu-se em duas frentes distintas: 1) fase documental; 2) pesquisa de campo.

1) Fase documental

Foi realizada uma pesquisa em jornais de grande circulação (O Globo, Extra, O Dia) e na seção de notícias do site do MPERJ, de modo a formar um clipping, utilizado não só nos exemplos expostos ao longo desse texto, mas também para fomentar os questionamentos das entrevistas.

Também consultou-se documentos como inquéritos civis, termos de ajustamento de conduta, recomendações, ofícios, ações civis públicas, atas de reuniões, entre outros documentos disponíveis online e de acesso público. Esses documentos ofereceram diversos dados importantes sobre os assuntos abordados.

Soma-se a isso a pesquisa e análise de resoluções e atas do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Na seleção das atas, utilizamos o período de 2007 a 2012. Esse intervalo temporal foi escolhido pelas seguintes razões: 1) disponibilidade das atas na página do CES/RJ até o início da elaboração do capítulo; 2) o fortalecimento da atuação do Ministério Público na tutela coletiva de saúde ter ocorrido a partir de 2008/2009; 3) intervalo temporal compatível com o período de atuação dos conselheiros entrevistados.

Inicialmente, foram coletadas 33 (trinta e três) atas de reuniões ordinárias e 11 (onze) atas de reuniões extraordinárias². Em seguida, buscou-se nessas atas menção ao Ministério Público Estadual a partir de uma ou mais das seguintes palavras ou expressões: MP; MPE; Ministério Público; Promotoria; Promotor(a); ação civil pública; termo de ajustamento de conduta; TAC; audiência pública. O objetivo era observar

² Todas as atas utilizadas estavam disponíveis no site do CES. Contudo, nem todas constavam como aprovadas em definitivo em plenária.

como e em quais momentos o Ministério Público aparecia nas falas dos conselheiros durante as plenárias, a partir da identificação dos “tons” das intervenções.

A partir desses critérios, foram separadas 23 atas³ (19 atas de reuniões ordinárias e 4 atas de reuniões extraordinárias), contendo um total de 39 referências ao Ministério Público. Primeiramente, essas referências foram classificadas conforme o conselheiro e o segmento ao qual o mesmo pertencia. Em seguida, cada intervenção foi classificada pelo seu “tom”, nas três categorias a seguir: 1) informativos: apresentavam informações ou comentários sobre o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e sua atuação na saúde; 2) de proposição: traziam proposta de encaminhamento do objeto de discussão para o Ministério Público; 3) de reforço do discurso ou hipercodificação: quando a menção ao MP era para respaldar ou reforçar o argumento do conselheiro.

O Banco de Legislações em Saúde do RJ⁴, disponível na página da SES/RJ, foi utilizado em 2 momentos: 1) foram pesquisadas resoluções publicadas a partir de 2007 que contivessem uma ou mais das seguintes expressões: “ministério público”, “ação civil pública” ou “termo de ajustamento de conduta”; 2) busca por resoluções no mesmo período que fizessem menção ao “conselho estadual de saúde”, “controle social” ou “participação social”. Ambas as estratégias tiveram como motivação observar o impacto do Ministério Público e do Conselho Estadual de Saúde, respectivamente, nas decisões da Secretaria de Estado de Saúde.

2) Pesquisa de campo

A pesquisa de campo consistiu em entrevistas e na participação em uma audiência pública organizada pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, da

³ Uma das atas foi eleita para ser analisada separadamente, em virtude de conter muitas informações importantes que mereciam um tratamento mais detalhado.

⁴ Página eletrônica: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/>

qual falaremos adiante. As entrevistas foram o método encontrado para identificar as percepções dos atores quanto à atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro junto à Secretaria de Estado de Saúde e ao Conselho Estadual de Saúde na tutela coletiva do direito à saúde.

Primeiramente, foram analisadas as questões que tratam do Ministério Público presentes nas entrevistas do projeto de pesquisa do qual o presente trabalho faz parte, “Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro”, coordenado pela pesquisadora Professora Silvia Gerschman (ENSP/Fiocruz), com gestores estaduais e conselheiros de saúde no período de 2007 a 2012.

As questões aplicadas aos conselheiros estaduais de saúde relevantes para esta pesquisa versavam sobre a percepção dos mesmos quanto à atuação do Ministério Público Estadual, e sobre a relação do conselheiro e do Conselho com a instituição.

As questões aplicadas aos gestores estaduais de saúde, por sua vez, indagavam sobre o impacto da atuação do Ministério Público na Secretaria de Estado de Saúde, inclusive em possíveis mudanças no processo decisório; e sobre a percepção do gestor sobre os momentos mais marcantes de atuação do MP.

Concomitantemente, foram realizadas entrevistas em profundidade com Promotores de Justiça do MPRJ, de modo a contemplar os diferentes atores e instituições em questão. O roteiro de entrevista⁵ foi elaborado a partir das leituras e adaptado das pesquisas de Rodrigues (2011) e Santana (2011), e visou contemplar os seguintes temas: atuação e transformações institucionais do MPERJ na tutela coletiva da saúde; relação do MPERJ com o Conselho Estadual de Saúde; relação do MPERJ com a Secretaria de Estado de Saúde.

⁵ Anexo 1.

Atualmente, o estado do Rio de Janeiro conta com 7 (sete) Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva em Saúde, sendo que 1 (uma) começou a funcionar em março de 2013, e ainda não conta com um PJ titular. Das 6 (seis) restantes, 1 (uma) está a cargo de promotor substituto, pois a promotora titular, entrevistada em pesquisa exploratória, foi deslocada para atuar junto ao Centro Operacional. Todos os 5 (cinco) outros Promotores de Justiça titulares foram procurados para entrevista, e tivemos resposta positiva de 4 (quatro).

1.1.1) Dos Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi submetido à banca de qualificação em 19 de março de 2012, na Escola Nacional de Saúde Pública, com posterior submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/ENSP), através da base Plataforma Brasil do Ministério da Saúde. A aprovação foi apresentada em parecer número 150.331, de 1 de novembro de 2012, CAAE 05599712.0.0000.5240.

Os atores convidados para as entrevistas estavam cientes do objetivo do estudo e da liberdade para decidir sobre sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁶. Os entrevistados também foram informados que poderiam ser identificados indiretamente, pela explicitação de seus cargos e funções. Apenas 1 (um) entrevistado autorizou a gravação da entrevista.

⁶ Anexo 2.

1. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL: O direito à saúde no Brasil e a Constituição Federal de 1988

As noções de “direito” e “saúde” sofreram diversas modificações ao longo do tempo. Nesse capítulo, apresentaremos como a Constituição Federal de 1988 se conformou em um grande marco na defesa do direito universal à saúde. Em seguida, discutiremos como essa constitucionalização do direito à saúde contribuiu para o fenômeno da judicialização da saúde, que envolve diversos atores, entre os quais o Ministério Público.

1.1) O sistema de saúde brasileiro antes da Constituição de 1988

O sistema de saúde do Brasil, durante o início da República, se conformou de maneira fragmentada e subdividida em sistemas autônomos e independentes, que eram basicamente: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária.

A saúde pública, primeiramente contemplada no Ministério da Justiça, através do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado por Carlos Chagas na década de 1920, tinha como responsabilidade a profilaxia, a propaganda sanitária, o saneamento, a vigilância sanitária e o controle de endemias, além da organização de ações voltadas para o combate das epidemias. Como explica Paim, a saúde pública nesse momento era mais vista como caso de polícia que como questão social, na medida em que “a realização de campanhas lembrava uma operação militar, e muitas ações realizadas inspiravam-se no que se denomina polícia sanitária” (PAIM, 2009, p. 29). Em 1953, foi criado o Ministério de Saúde, que passou a exercer as funções antes alocadas no DNSP, através de serviços específicos e centralizados.

De forma paralela à organização da saúde pública, havia empresas de serviços médicos para trabalhadores. Em algumas fábricas, esses serviços eram oferecidos através do desconto de uma porcentagem do salário dos trabalhadores. Posteriormente, ainda no âmbito da classe trabalhadora formal, teve início a previdência social

brasileira, organizada a partir das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que também ofereciam alguma assistência médica aos seus segurados. Na década de 1930, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que organizavam a previdência social por categorias profissionais.

Nesse sentido, nota-se que a saúde era compreendida a partir de perspectivas separadas:

de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecida como saúde pública, de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, médica liberal, filantropia e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p. 31).

Assim foi que se configurou no Brasil um sistema de proteção social que combinava o modelo assistencial com o modelo de seguro social. O modelo assistencial era caracterizado por ações de caráter emergencial e direcionadas aos pobres e vulneráveis. Este modelo de proteção social partia de uma perspectiva caritativa, e não configurava uma relação de direito social, o que faz Fleury denominar essa relação como de “cidadania invertida” (FLEURY, 2009).

O segundo modelo, de seguro social, ficava a cargo da Previdência Social, e consistia em uma relação de direito contratual a que tinha direito certos grupos ocupacionais. A organização era fragmentada e os benefícios variavam conforme a categoria de ocupação dos indivíduos. Wanderley Guilherme dos Santos definiu como *cidadania regulada* a vinculação do direito social à inserção formal dos indivíduos na estrutura produtiva: “A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei” (SANTOS, 1987, p.68).

A expansão do setor industrial no Brasil impulsionou o crescimento da assistência médico-hospitalar, mas o mesmo não aconteceu com a saúde pública. O fortalecimento do setor privado prestador de serviços ocorreu de forma acentuada nas décadas de 1960 e 1970, inclusive com a compra de serviços de saúde no setor privado pela previdência social. A mudança na composição do financiamento da saúde foi radical, como apresenta Paim:

Se no final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos em saúde pública e 20% com a assistência médica individual, em 1964 esta distribuição já era exatamente o contrário (PAIM, 2009, p.32).

A lógica predominante no período do regime militar, portanto, foi a da compra de serviços privados de saúde em detrimento de investimentos na infra-estrutura do sistema público. Estabeleceu-se, assim, um grave contraste entre a situação de saúde da população brasileira e o crescimento da assistência médico-assistencial e da economia dos governos militares. A mortalidade infantil, cujas taxas foram reduzidas significativamente entre as décadas de 1940 e 1960, aumentou acentuadamente, assim como os casos de tuberculose, malária, Doença de Chagas, entre outras (PAIM, 2009).

O sistema de saúde brasileiro, apesar de gastar de forma significativa, excluía do direito à saúde milhões de brasileiros que não tinham acesso aos serviços de saúde, seja por não serem trabalhadores formais, seja por não possuírem recursos suficientes para provê-los. Os anos 1970 foram marcados por profunda crise na saúde e na previdência, assim como no Estado e na economia brasileira.

Essas opções dos governos configuraram arranjos institucionais que foram determinantes no que viria a seguir:

Ao optar pela provisão privada como forma de viabilizar a universalização, sem regular, desde o início, um escopo de atuação para essa iniciativa privada empresarial, o Estado estabeleceu uma segunda linha de dependência de trajetória para as políticas de saúde. A base de provisão privada é consolidada e passa a influenciar direcionamentos futuros das políticas e do mercado de saúde (GERSCHMAN e SANTOS, 2006, p.181).

Tanto que até os dias atuais enfrentamos problemas de regulação e uma relação profundamente questionável entre a saúde suplementar e o SUS.

1.2) A proposta da Reforma Sanitária e a Constituição Cidadã

Em um contexto de ditadura militar e cerceamento de direitos civis e políticos, o fim da década de 1960 e a década de 1970 foram marcados por movimentos de

resistência ao regime instalado no país. No campo da saúde, estabeleceu-se o autodenominado Movimento Sanitário, iniciado em meados da década de 1970, e formado por “um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor saúde provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB)” (GERSCHMAN, 2004a, p.53).

A perspectiva teórica da reforma proposta tinha base “na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva” (FLEURY, 2009, p. 746). Teve destaque a transformação da abordagem dos problemas de saúde em uma abordagem histórico-estrutural que considerava a determinação da infraestrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais (ESCOREL, 2008), realizada pelos departamentos de Medicina Preventiva. Nessa fundamentação, o Estado teria um papel crucial na promoção de saúde, regulação do sistema e na oferta de serviços. A partir dessas ideias, definiu-se um projeto de Reforma Sanitária.

É importante ressaltar que na composição do movimento de reforma sanitária distinguem-se três vertentes principais: uma constituída pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes, criado em 1976); outra pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira formada pela academia, ou seja, por profissionais das áreas de docência e pesquisa (ESCOREL, 2008).

Nas palavras de Paim e Teixeira, “o processo da reforma sanitária é um projeto civilizatório” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820), uma vez que busca produzir mudanças nos valores da sociedade brasileira com saúde como eixo de transformação. Nesse sentido, o movimento pela Reforma Sanitária, com um projeto que foi parte das lutas de resistência à ditadura militar e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde, propôs a democratização do acesso à saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Como destaca Fleury, a Reforma Sanitária foi um processo orientado pelos seguintes princípios:

um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação (FLEURY, 2009, p. 748).

Dessa maneira, a Reforma Sanitária tinha como escopo a saúde como direito universal e de responsabilidade do Estado. Além disso, fazia parte do projeto a integralidade de assistência do sistema de saúde, uma descentralização política-administrativa, com responsabilidades estabelecidas para as três esferas de governo, e a participação da população. Gerschman frisa os seguintes pontos da proposta da Reforma Sanitária:

- criação de um sistema único de saúde com notável predomínio do setor público;
 - descentralização do sistema e hierarquização das unidades de atenção à saúde;
 - participação e controle da população na reorganização dos serviços;
 - readequação financeira do setor
- (GERSCHMAN, 2004a, p.55).

Em 1988, finalmente é promulgada a nova Constituição Federal, e são afirmados os direitos sociais como parte da cidadania. Rompe-se, portanto, com os modelos anteriores de “cidadania regulada” e “cidadania invertida”, que definiam condições ao acesso aos serviços de saúde e forneciam coberturas restritas e fragmentadas:

a inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania, sendo que antes eram restritos à população beneficiária da previdência (FLEURY, 2009, p. 745).

Segundo a nova Constituição,

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

No capítulo “Da seguridade social”, esta é definida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a

assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art.194, CF88). E no que diz respeito à saúde, mais especificamente, garante o art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Embora a assistência à saúde seja livre à iniciativa privada, a CF/88 cria um sistema único de saúde, que organiza as ações e serviços públicos de saúde de forma integrada, regionalizada e hierarquizada. Ademais, os princípios de universalidade e igualdade na assistência à saúde rompem com o modelo anterior ao extinguirem as condições ao acesso aos serviços de saúde. A universalização garante que todos tenham o mesmo direito de obter ações e serviços que necessitam e a igualdade

reitera que não pode existir discriminação no acesso aos serviços de saúde, ou seja, não é aceitável que somente alguns grupos, por motivos relacionados a renda, cor, gênero ou religião, tenham acesso a determinados serviços e outros não. Somente razões relacionadas a necessidade diferenciadas de saúde devem orientar o acesso ao SUS e a escolha das técnicas a serem empregadas no cuidado das pessoas (NORONHA et al, 2008, p. 439).

Outro ponto de extrema relevância diz respeito ao papel do controle social no sistema de saúde pensado pela reforma:

A conquista do princípio Constitucional da Participação da Comunidade e da Lei 8142/90 que dispôs sobre as Conferências e Conselhos de Saúde convalidava a visão da ampla participação social no movimento da reforma sanitária, e na formulação das políticas e estratégias na saúde (SANTOS, 2009, p. 15).

Tais normas constitucionais, portanto, evidenciam como a Reforma Sanitária, cujos princípios foram consolidados pela Constituição de 1988, ampliou os sentidos de saúde, cidadania e direitos. Em 1990, a lei 8080 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) para dar materialidade à política de saúde. Os principais princípios e diretrizes do SUS são: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da

assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (NORONHA et al, 2008).

Como Paim explica, a Reforma Sanitária é simultaneamente uma proposta, um projeto e um processo, o que a faz se constituir em um conjunto complexo de práticas que integram a prática social. O autor, inclusive, afirma que “a Reforma Sanitária, enquanto processo, mantém-se viva apesar dos obstáculos econômicos, políticos e ideológicos que historicamente enfrenta” (PAIM, 1997, p.19). Esses obstáculos perpassam por questões como: financiamento público, suporte político, relação público/privado, falta de integração de políticas públicas, entre outras (MENICUCCI, 2009). E é importante lembrar que faz parte dos ideais de cidadania e democracia a busca contínua pela superação desses obstáculos e pela concretização do previsto na Constituição brasileira.

1.3) O direito à saúde: direito fundamental

Como vimos anteriormente, a Constituição de 1988 inaugurou um amplo rol de direitos e garantias fundamentais⁷, classificando-os nos seguintes grupos: direitos e deveres individuais e coletivos; direitos sociais; direitos de nacionalidade; direitos políticos; partidos políticos.

Como explica Pinto (2005):

Acompanhando as mutações, o Estado alarga seus objetivos para além da garantia e segurança dos interesses singulares, passando a assumir funções promocionais, especialmente vocacionadas à democratização das relações e à justiça social. Aos direitos fundamentais individuais agregam-se os de segunda e terceira gerações (PINTO, 2005, p.22).

⁷ Os direitos e garantias fundamentais são marcados principalmente pelas seguintes características: historicidade, universalidade, irrenunciabilidade, inalienabilidade e imprescritibilidade (LENZA, 2009).

As consequências dessas transformações são uma gama de direitos que vão além do indivíduo, e por isso intitulados transindividuais⁸, e que demandavam uma nova forma de atuação do Estado, na medida em que este tornou-se responsável pela sua tutela.

O desafio passa a ser a concepção de um instrumental apto para assegurar a efetividade desse novo ordenamento, o qual já não conta apenas com regras restritivas, mas traz todo um corpo de direitos que, a par de ultrapassarem a esfera particular, em muitos casos somente serão fruíveis mediante prestações positivas” (PINTO, 2005, p.22).

Nesse cenário, as políticas públicas surgem como o instrumento do Estado para a efetivação dos direitos previstos. Entretanto, a Constituição também declara o papel do Ministério Público na tutela coletiva desses interesses:

Define-se o Ministério Público, então, como órgão da comunidade jurídica (sociedade/povo/Estado), a qual lhe atribui a função de garante do cumprimento dos compromissos assumidos e assentados no pacto material (Constituição), para tanto lhe delegando parcela do poder estatal de coação (PINTO, 2005, p.134).

Souza (2011), mostra que antes da Constituição Federal, destacam-se apenas dois instrumentos de defesa dos interesses metaindividuais: a Lei Federal nº 6938/1981, que deu legitimidade ao Ministério Público para promover a responsabilização civil em virtude de danos ambientais; e a Lei Federal nº 7347/1988, que instituiu a ação civil pública, mas restrita à tutela do meio ambiente, do consumidor, e do patrimônio cultural.

Com o advento da nova Constituição, houve:

significativos avanços em sede de tutela de interesses metaindividuais, dentre os quais podemos destacar a criação de novos instrumentos processuais para tanto (exemplos do mandato de segurança coletivo,

⁸ “Nos termos da lei, são difusos os direitos transindividuais, de natureza indivisível, dos quais sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas entre si por circunstâncias de fato” (PINTO, 2005, p.33).

previsto no art.5, LXX, e do mandato de injunção – art.5, LXXI), a ampliação do cabimento da ação popular (art.5, LXXIII) e a previsão da ação civil pública (art.129, III) (SOUZA, 2011, p.33).

Outrossim, foi incluída a defesa de “outros interesses difusos ou coletivos”, na Lei da Ação Civil Pública de que falamos acima.

A constitucionalização do direito à saúde não tem apenas importância retórica, mas reflexos jurídicos e sociais importantes. Ao positivizar a saúde como direito fundamental, o constituinte aumentou a sua força normativa, formal e materialmente (BARROSO, 2007). Aliás, por ser a saúde também um dever do Estado, “importa considerar que sem o reconhecimento de um correspondente dever jurídico por parte do Estado e dos particulares em geral, o direito à saúde restaria fragilizado, especialmente no que diz com sua efetivação” (SARLET, 2007, p.5).

Como destacam Ventura et al, “em sentido amplo e contemporâneo, saúde é sobretudo uma questão de cidadania e de justiça social, e não um mero estado biológico independente do nosso status social e individual” (VENTURA et al, 2010, p.81). A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/1990, em seu art. 3º, afirma que

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

A regulamentação da Lei nº 8.080/1990 só ocorreu 21 anos após a sua promulgação, com o Decreto 7.508, de 29 de junho de 2011. Este dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outros aspectos referentes aos serviços de saúde. No Decreto ganham destaque as exigências feitas para acesso à assistência farmacêutica, clara resposta ao impacto das decisões judiciais crescentes no âmbito da saúde, a chamada “judicialização da saúde”, que veremos no próximo tópico.

Importante ainda citar a Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional 29. Esta LC define o que deve ser considerado

gasto em saúde e fixa os percentuais mínimos de investimento na área pela União, Estados e Municípios. Assim, são considerados gastos em saúde a compra e distribuição de medicamentos, gestão do sistema público de saúde, desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros. Por outro lado, gastos em ações de saneamento básico, compra de merenda escolar, ações de assistência social, pagamento de aposentadorias e pensões, por exemplo, não podem ser considerados investimentos em saúde.

1.4) A “judicialização da saúde”

A partir da Constituição de 1988, houve um aumento expressivo da demanda por ações judiciais na sociedade. Barroso considera que isso está ligado a dois fatores principais: a descoberta da cidadania e a criação de novos direitos pela Carta Magna.

Sob a Constituição de 1988, aumentou de maneira significativa a demanda por justiça na sociedade brasileira. E, primeiro lugar, pela redescoberta da cidadania e pela conscientização das pessoas em relação aos próprios direitos. Em seguida, pela circunstância de haver o texto constitucional criado novos direitos, introduzido novas ações e ampliado a legitimação ativa para tutela de interesses, mediante representação ou substituição processual. (BARROSO, 2011, p.407)

Rotunno (2012), por sua vez, enumera diversos fatores para a busca da população pelo Poder Judiciário:

o reconhecimento de direitos antes negados, a maior facilidade para acessar a estrutura judiciária, um certo *vacuo* institucional em que antigas autoridades perderam seu poder e reconhecimento social, o aumento da consciência de cidadania, a perda da capacidade dos sindicatos e dos partidos políticos de atenderem aos clamores coletivos (ROTUNNO, 2012, p.517)

No Brasil, a ideia de “judicialização da política” tem sido bastante utilizada para se referir à relação entre instituições judiciais e instituições políticas. Casagrande define judicialização da política como “uma certa transposição dos poderes decisórios típicos do Executivo e do Legislativo para o Judiciário, que passa a agir diretamente em resposta às demandas sociais” (CASAGRANDE, 2008, p.63). Barroso, por sua vez,

argumenta que “os métodos de atuação e de argumentação dos órgãos judiciais são, como se sabe, jurídicos, mas a natureza de sua função é inegavelmente política” (BARROSO, 2011, p.408), o que não lhes confere um poder propriamente político típico dos agentes públicos que são eleitos.

Em Vianna et al, como explica Machado, a judicialização é discutida a partir de dois eixos interpretativos: 1) “o eixo procedimentalista, representado por Habermas e Garapon, afirma que este fenômeno contribui para a diminuição (ou privatização) da cidadania”; 2) o eixo substancialista, representado por Cappelletti e Dworkin, no qual “a judicialização é tratada, diferentemente do eixo anterior, como uma extensão da democracia e uma ampliação da cidadania” (MACHADO, 2008, p. 12-13).

Essa tensão é observada em estudos atuais sobre a chamada “judicialização da saúde”, verificada a partir do aumento de demandas judiciais contra o SUS, relativas a acessos a medicamentos, procedimentos diagnósticos e outras assistências médicas e terapêuticas (ANDRADE et al, 2008; BAPTISTA, MACHADO e LIMA, 2009).

Historicamente, essa forma de processo judicial contra o Poder Público no Brasil teve início nos anos 90, com as reivindicações de medicamentos e procedimentos médicos por indivíduos com HIV/Aids (CIARLINI, 2011). Essa decisão não criou um ponto pacífico em relação ao papel da assistência farmacêutica no SUS. Santos, por exemplo, acredita que a necessidade de edição de lei específica para o fornecimento gratuito de medicamentos a portadores de HIV pelo Estado “é a prova mais cabal de que somente quem estiver sob tratamento no SUS tem direito a assistência farmacêutica” (SANTOS, 2011, p.173). Esse pensamento se contrapõe ao exposto pelo Relator Ministro Marco Aurélio em acórdão sobre direito de acesso a remédios, no qual

afirmou que a falta de disposição legal para o custeio e distribuição de remédios para AIDS não impede que a comprovação da responsabilidade do Estado, pois decreto visando-a não poderá reduzir, em si, o direito assegurado em lei (SCHWARTZ, 2004, p.136).

Observa-se que trabalhos empíricos mostram que a demanda judicial em saúde mais comum atualmente é de pedidos individuais e coletivos de medicamentos, e que “a

resposta judicial, em geral, tem-se limitado a determinar o cumprimento pelos gestores de saúde da prestação requerida pelos reivindicantes, respaldados por uma prescrição médica individual” (VENTURA et al, 2010, p.85)⁹. A tendência, contudo, é de que haja um grande crescimento das demandas por leitos hospitalares.

Em virtude do impacto na gestão das demandas judiciais, houve um movimento de busca por compreensão e avaliação da judicialização da saúde. Como apresenta Marques, em posição que reafirma o estudo de Vianna et al, sobre o tema há duas correntes centrais de pensamento: a primeira vê na “judicialização” um passo importante de melhora no exercício da cidadania, e a outra defende o oposto. Sendo que as pesquisas realizadas nos fornecem “subsídios para acatarmos uma e outra corrente” (MARQUES, 2008, p.70).

Alvaro Ciarlini, por exemplo, argumenta que a resposta jurisdicional dada pelos tribunais brasileiros a demandas individuais se opõe ao art. 196 da CF, que determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e que há uma “indevida ingerência do poder judiciário no poder executivo” (CIARLINI, 2011, p.89). Devemos lembrar, todavia, que a separação dos poderes não afasta o princípio dos pesos e contrapesos, e que cabe ao Judiciário intervir nas ações do Executivo caso este não esteja cumprindo com suas obrigações constitucionais.

Um exemplo dessa constatação é o acórdão resultante do Recurso Extraordinário 271.286-RS, que

recusa terminantemente o caráter programático do art.196 da Lei Maior, pois, segundo o julgado, o maior prejudicado nessa interpretação seria justamente aquele que conferiu ao Estado poderes para representá-lo e tratar de seus interesses: o povo (SCHWARTZ, 2004, p.137).

⁹ Sobre a “judicialização de medicamentos”, ver: PEPE et al, 2010a e 2010b; BORGES; UGÁ, 2009 e 2010; FIGUEIREDO; PEPE; OSORIO-DE-CASTRO, 2010; VIEIRA; ZUCCHI, 2007.

Nesse sentido, temos um cenário no qual

por um lado, a Constituição protege os direitos fundamentais e determina a adoção de políticas públicas aptas a realizá-los. Por outro, atribui as decisões sobre o investimento de recursos e as opções políticas a serem perseguidas a cada tempo aos Poderes Legislativo e Executivo. Para assegurar a supremacia da Constituição, mas não a hegemonia judicial, a doutrina começa a voltar sua atenção para o desenvolvimento de parâmetros objetivos de controle de políticas públicas (BARROSO, 2011, p.410).

Entre os atores de relevo no controle das políticas públicas, encontra-se o Ministério Público, nosso objeto principal de estudo. Em análise realizada em 1999, Arantes identifica a importância do mesmo na defesa de direitos coletivos e sua participação na judicialização de conflitos políticos e na politização do sistema judicial. Para o autor, esse “duplo movimento” está ligado a: a) balizamentos jurídicos e políticos, referentes às mudanças instituídas pela Constituição de 1988 e ao estabelecimento do MP como órgão autônomo e independente responsável pela defesa dos direitos da sociedade; e, b) voluntarismo político: em virtude das prerrogativas e garantias funcionais concedidas pela Carta Magna, os integrantes do MP possuem autonomia em relação a pressões externas e internas, junto a isso, ocorre “um posicionamento ideológico de seus integrantes diante dos desafios de redução de desigualdades sociais e ampliação da cidadania” (ARANTES, 1999, p.98).

Cátia Silva, por sua vez, foca seu estudo justamente nesse segundo ponto, ao discutir a atuação de promotores de justiça de São Paulo na defesa de direitos e interesses coletivos e sociais. A partir do trabalho de campo realizado, a autora constrói dois tipos ideais: o “promotor de fatos” e o “promotor de gabinete”. O primeiro representaria os profissionais que ultrapassam a esfera jurídica, tornando-se “verdadeiros articuladores políticos nas comunidades em que trabalham”; enquanto o segundo grupo exerce suas atribuições dentro da esfera jurídica, “sobretudo, pela via judicial” (SILVA, 2001, p. 140).

É importante destacar que quando se trata da atuação do Ministério Público e da sua presença na judicialização da política, a tensão entre o eixo procedimentalista e o eixo substancialista, apresentada anteriormente, se enfraquece. Para Casagrande,

a intervenção do Ministério Público se dá com um sentido republicano, de modo que as decisões judiciais atendam uniformemente todos os cidadãos com direito ao gozo de determinado direito social, independentemente de sua condição de acesso à justiça (CASAGRANDE, 2008, p.251).

Isso porque as demandas do MP são essencialmente de tutela coletiva, e visam proteger os interesses de um grupo determinado ou indeterminado de indivíduos, e não de apenas uma pessoa.

Por outro lado, é importante considerar que o Poder Judiciário não tem recebido da mesma forma as demandas individuais e coletivas, tendo as primeiras maiores resultados. Para Machado e Dain,

o Poder Judiciário tem evitado opinar sobre os casos dirigidos pelo Ministério Público na área da saúde, possivelmente porque tais ações incidem diretamente na condução das políticas públicas para o setor e requerem maior gasto público (MACHADO e DAIN, 2012, p.467).

As entrevistas com membros do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro ao longo desta pesquisa atestam essa observação, como veremos adiante.

Outrossim, não é apenas em juízo que ocorre a atuação do MP na defesa dos direitos constitucionais difusos e coletivos. A opção de membros do MP pela via extrajudicial tem sido objeto de destaque em trabalhos recentes. Asensi inclusive critica que o Ministério Público seja visto apenas como um agente proponente de ações judiciais. Embora a ação civil pública seja uma importante forma de atuação do MP, é necessário destacar que existem outras. O autor realiza uma distinção entre os conceitos de judicialização e juridicização, e argumenta:

existem outras formas de atuação das instituições jurídicas que não remetem necessariamente a um processo de judicialização, mas que ainda assim realizam uma discussão jurídica sobre os conflitos e as relações sociais, o que revela um movimento de juridicização da política e das relações sociais (ASENSI, 2010a, p.86).

O conceito de juridicização, portanto, seria aplicável aos casos “de resolução de conflito fora do âmbito do Judiciário, mas com critérios jurídicos” (ROTUNNO, 2012, p.522). Nesses contextos, embora as formas de atuação não remetam diretamente ao

Judiciário, possuem todas as particularidades das discussões jurídicas, pois “a atividade de interpretar e aplicar normas jurídicas é regida por um conjunto de princípios, regras, convenções, conceitos e práticas que dão especificidade à ciência do direito ou dogmática jurídica” (BARROSO, 2011, p. 418).

Em outras palavras, os membros do Ministério Público, assim como os juízes, por serem “iniciados” na “linguagem dos profissionais do direito”, “ocupam uma posição estratégica para regular o vaivém entre o vocabulário dos especialistas e a fala cotidiana, fazendo-se a circulação nos dois sentidos” (RIGAUX, 2003, p. XI).

2. A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO DIREITO À SAÚDE

A Constituição da República de 1988 declara, em seu art.127, caput, que o Ministério Público é “instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (CF, 1988). Junto a isso, assegurou autonomia funcional e administrativa ao MP, conferindo garantias e vedações aos seus membros e estabelecendo critérios para sua atuação.

Cabe acentuar que o Ministério Público não é órgão judicial, embora suas atribuições sejam muitas vezes efetivadas através do Judiciário. Nas palavras de Ritt, “o Ministério Público é instituição ‘sui generis’, não tendo funções (fins) precípua administrativas, legislativas ou judiciais” (RITT, 2002, p.154). Sua atuação, assim, está “comprometida com a defesa do Estado Democrático de Direito, da cidadania e da dignidade da pessoa humana” (JATAHY, 2009, p.15).

Nesse sentido, a defesa do regime democrático, papel último do MP, consiste não só na proteção dos dispositivos formais da democracia representativa, como também no conteúdo material da própria Constituição, com destaque especial para os direitos fundamentais (RITT, 2002).

Entre as competências e atribuições do MP, segundo Jatahy (2009), encontram-se: 1) a promoção privativa da ação penal pública; 2) o papel de “ombudsman”¹⁰; 3) a provocação do controle concentrado de constitucionalidade; 4) a defesa dos interesses dos silvícolas; 5) o controle externo da atividade policial; 6) o controle do cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal; entre outras.

¹⁰ “Ombudsman” é uma palavra de origem sueca que significa, no original, “representante do povo”. Atualmente, o termo é usado tanto no âmbito privado como público para designar um elo imparcial entre uma instituição e sua comunidade de usuários.

Para este trabalho, cabe destacar o segundo ponto - a função de “ombudsman” do Ministério Público -, que tem base no art. 129, inciso II, da CF88, que determina que o MP tem a função de “zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia”. Para Mazzilli, quando na função de ombudsman, cabe ao MP “ouvir reclamações, investigar, fazer audiências públicas e tomar providências para que os serviços públicos e de relevância pública observem os direitos assegurados na Constituição” (MAZZILLI, 2007, p.89).

Uma vez que o direito à saúde é um direito social, no rol dos direitos fundamentais, além de serviço de relevância pública, é de legitimidade do Ministério Público

assegurar e defender os direitos difusos dos usuários do serviço público de saúde que estejam sendo violados, devendo lançar mão de todos os meios juridicamente possíveis e logicamente razoáveis para que se coíbam tais violações (JATAHY, 2009, p.431).

Ao contrário do Poder Judiciário, o Ministério Público não é uma instituição inerte que precise ser acionada para atuar. Em verdade, essa “possibilidade de atuar de forma independente permite o destaque político do MP como mediador na saúde” (ASENSI, 2010b, p.33). Há de se considerar, assim, os limites da atuação judicial no âmbito do direito à saúde, e os obstáculos enfrentados pelo próprio MP, pois

os direitos sociais, em especial os difusos, são direitos de difícil concretização, eis que interessam a todos e a ninguém, com dificuldade de definir a quem caberia a sua titularidade, sendo que se torna difícil encontrar alguém disposto a buscar a tutela jurisdicional, eis que o prêmio é pequeno demais para induzi-lo a tentar uma ação e suas consequências (excesso de formalismo, o tempo, o custo, a deficiência judicial, etc.) (RITT, 2002, p.166).

Neste capítulo, buscaremos discutir a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro no campo da saúde pública. Primeiramente, apresentaremos aspectos da organização do MP. Em seguida, discorreremos sobre as mudanças institucionais do órgão, para, então, apresentarmos alguns casos de atuação recentes.

2.1) A organização do Ministério Público brasileiro

O Ministério Público brasileiro abrange os Ministérios Públicos dos Estados e o Ministério Público da União. O Ministério Público da União é formado pelo Ministério Público Federal, pelo Ministério Público do Trabalho, pelo Ministério Público Militar e pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

A liderança do Ministério Público Federal, integrado pelos procuradores da República, é exercida pelo procurador-geral da República¹¹. Nos estados, essa chefia é exercida pelos procuradores-gerais de Justiça, escolhidos pelo governador entre os nomes da lista tríplice eleita pelos membros da carreira.

Cada Ministério Público estadual pode apresentar um perfil institucional distinto. Como explicam Jatahy e Chaves, cada MPE é regido por duas ordens jurídicas: “a primeira corresponde à Lei Orgânica Nacional (Lei nº 8625/1993 – LONMP), que estabelece parâmetros, balizas e preceito que devem ser obrigatoriamente obedecidos pelos diversos Ministérios Públicos locais, respeitada, é claro, a autonomia estadual em decorrência do pacto federativo” (JATAHY; CHAVES, 2011, p.23). A segunda ordem jurídica, por sua vez, é específica, consubstanciada em Lei Complementar Estadual, de iniciativa facultada ao respectivo Procurador-Geral de Justiça.

Os agentes do Ministério Público que agem na defesa dos interesses da sociedade são os Procuradores de Justiça e os Promotores de Justiça. Enquanto os Procuradores atuam na Segunda Instância¹², representando o Ministério Público perante

¹¹ O Procurador-geral da República é escolhido pelo presidente da República, cuja escolha é submetida à aprovação do Senado Federal. (CF, art.)

¹² Aqui é importante ressaltar que quando nos referimos à “Primeira Instância e Segunda Instância”, estamos tratando do duplo grau de jurisdição obrigatório que existe na organização judicial brasileira. Vale lembrar que o duplo grau de jurisdição é uma garantia constitucional de defesa da democracia. Isto significa que todas as ações impetradas no Judiciário têm direito a uma revisão em segundo grau por um colegiado de juízes. Por isto, a organização interna do Ministério Público se divide em promotores, que atuam na primeira instância, ou seja, na parte inicial do processo; e procuradores, que atuam na segunda instância, isto é, na parte recursal do processo.

o Tribunal de Justiça do Estado, os Promotores de Justiça representam o MP na Primeira Instância.

2.2) A organização do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

A atual Lei Orgânica do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (Lei Complementar Estadual nº 106/2003 – LOMPRJ) foi de iniciativa do então Procurador-Geral de Justiça José Muiños Piñeiro Filho, em 2002 (JATAHY; CHAVES, 2011, p.23).

Marfan Martins Vieira, ao tomar posse como procurador-geral do Rio de Janeiro, “diante da falta de mecanismos internos de aferição de resultados, resolveu criar um grupo de estudo para conceber um projeto de reengenharia institucional” (ABREU, 2010, p.60). Assim, foi oficializada em janeiro de 2006 uma Comissão de Reengenharia, encarregada de analisar os problemas do MP e propor medidas como criação e transformação de órgãos, revisão de atribuições, entre outras. Essa necessidade, explica a autora, estava ligada as próprias mudanças funcionais do MP trazidas pela Constituição de 1988, para as quais a estrutura administrativa e organizacional vigente não estava adequada.

Cabe aqui destacar que a Comissão de Reengenharia visitou os ministérios públicos de outros estados e elaborou um questionário para os membros do Rio de Janeiro para que dessem sugestões para um novo modelo de atuação, de forma a tornar a instituição eficiente e com bom resultado social:

Os entrevistados apontaram a necessidade de atuação do Ministério Público como órgão agente de defesa de todos os interesses sociais e individuais indisponíveis, visando à correção da realidade social a fim de que esta se amolde à ordem jurídica estabelecida, garantindo de modo efetivo a consecução dos direitos fundamentais. Para a concretização dessa atuação, 51% dos entrevistados indicam como solução a reengenharia institucional, para transformar os órgãos de execução com limitada relevância social em órgãos de tutela coletiva (ABREU, 2010, p.63).

Atualmente, o Procurador-Geral de Justiça do Estado do Rio de Janeiro é, pela terceira vez, o Procurador de Justiça Marfan Martins Vieira¹³, empossado para o biênio 2013/2015, e antecedido no cargo pelo Procurador de Justiça Claudio Soares Lopes, que cumpriu dois mandatos (biênios 2009/ 2011 e 2011/2013).

Vale salientar que o ingresso na carreira do Ministério Público se dá através de concurso público, estando entre os requisitos o bacharelado em Direito e a comprovação do exercício de 3 (três) anos de atividade jurídica. Os membros do MP possuem as mesmas prerrogativas dos membros do Poder Judiciário: vitaliciedade, inamovibilidade e irredutibilidade dos vencimentos.

Segundo o a Lei Orgânica Estadual do MPERJ:

Art. 55 - O ingresso na carreira do Ministério Público dar-se-á em cargo de Promotor de Justiça Substituto, após aprovação em concurso público de provas e títulos, organizado e realizado nos termos de Regulamento editado pelo Conselho Superior do Ministério Público, com observância do disposto nesta Lei, assegurada a participação do Conselho Seccional da Ordem dos Advogados do Brasil.

O XXXII Concurso para ingresso no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, ocorrido em 2011, foi realizado em cinco etapas e abrangeu 10 disciplinas. Após a aprovação, a nomeação e a posse, o candidato passa por dois anos de estágio confirmatório com vistas ao vitaliciamento, durante o qual a atuação do Promotor de Justiça é acompanhada por Comissão, presidida pelo Corregedor-Geral. São requisitos de aprovação do vitaliciamento: idoneidade moral; zelo funcional; eficiência; e disciplina.

A promoção na carreira do Ministério Público, por sua vez, da classe de Promotor de Justiça Substituto para a de Promotor de Justiça e desta para o cargo de Procurador de Justiça é voluntária e ocorre, alternadamente, por antiguidade e por merecimento. Contudo, o substituto tem a mesma independência funcional do PJ titular,

¹³ Marfan Martins Vieira também foi PGJ entre 2005 e 2009.

“ao qual não está de forma alguma subordinado funcional ou hierarquicamente” (MAZZILLI, 2008, p.173).

2.3) Outras esferas de Atuação do Ministério Público no Direito à Saúde

Como mencionado acima, o Ministério Público tem, entre as suas atribuições, formas de atuação voltadas para a efetivação dos direitos fundamentais sociais, cobrando dos entes públicos a execução de políticas que assegurem os direitos sociais constitucionalmente previstos, além de também reprimir atos de improbidade administrativa. Ao longo do tempo, essa função passou a ficar a cargo das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva, que têm se desmembrado em diferentes áreas de atuação, como cidadania, idoso e portador de deficiência, consumidor, meio ambiente e saúde.

Neste trabalho, cabe realçar os aspectos da especialização do MP no campo da saúde pública, já que com a crescente atuação da instituição nesta área, despertou-se a necessidade de um maior entendimento das questões relativas ao campo para o melhor tratamento das suas peculiaridades. Essa especialização foi além de uma reorganização interna dos ministérios públicos, contemplando inclusive a formação de outras instituições, a medida em que os atores do Ministério Público se envolveram na defesa do direito à saúde.

Um exemplo pode ser encontrado no Conselho Nacional de Procuradores-Gerais (CNPNG), criado em 1981. Este é uma associação nacional, sem fins lucrativos, da qual fazem parte os Procuradores-Gerais de Justiça dos Ministérios Públicos dos Estados e da União. Segundo a própria associação, é função da mesma:

integrar os Ministérios Públicos de todos os Estados brasileiros; promover intercâmbio de experiências funcionais e administrativas; e trabalhar pelo aperfeiçoamento da instituição, traçando políticas e planos de atuação uniformes ou integrados que respeitem as peculiaridades regionais.

Entre os grupos do CNPNG, está o Grupo Nacional de Direitos Humanos (GNDH), composto por seis comissões permanentes, sendo uma delas a Comissão

Permanente de Defesa da Saúde (COPEDS), criada a partir da Carta de Palmas, de 7 de agosto de 1998.

Essa Comissão tem como principal meta atual a execução do Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública, aprovado em reunião do CNPG, em setembro de 2006, em Florianópolis, e subscrito por todas as chefias do Ministério Público. O Plano traça estratégias operacionais para os diferentes órgãos integrantes do MP, e dá destaque à importância do controle social, com a proposição de reuniões com o Conselho e de audiências públicas com a sociedade como um todo.

Uma das recomendações do Plano que merece destaque e parece estar sendo observada pelos MPs estaduais, inclusive o do Rio de Janeiro, como veremos no tópico seguinte, é a

criação de Procuradorias de Justiça especializadas na área de interesse coletivos, com regras de atuação específicas nos feitos, inclusive assegurando-se suporte técnico aos seus integrantes e operacionalização de mecanismos de interação com os Centros de Apoio e com membros das Promotorias de Justiça.

A COPEDS possui membros de diferentes ministérios públicos estaduais, mas apenas uma representante do Rio de Janeiro, a Promotora de Justiça Dra. Carla Carrubba.

Através de enunciados, a Comissão busca oferecer um instrumento para a uniformização da atuação do Ministério Público nas políticas de saúde. Esses enunciados referem-se a diferentes temas, como o fenômeno da terceirização da saúde, solicitação de medicamentos experimentais, aspectos relativos à Lei de Diretrizes Orçamentárias, e diretrizes gerais de atendimento a demandas, como no seguinte exemplo:

Enunciado nº 16. 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 CF/88. (IV Reunião Ordinária COPEDS - 07/12/2011 - Belo Horizonte/MG).

Outra instituição que reúne membros do Ministério Público brasileiro no campo da saúde coletiva é a Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), fundada em 2004. A AMPASA é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, constituída sob a forma de associação civil, composta por Procuradores e Promotores de Justiça dos Ministérios Públicos dos Estados e da União.

São objetivos da Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (AMPASA), segundo o art. 2º de seu Estatuto, aprovado na Assembleia Geral de fundação da Associação, realizada em 26 de agosto de 2004¹⁴:

- a) promover a defesa do Direito à Saúde, notadamente o acesso às suas ações e serviços, garantidos na Constituição Federal e no ordenamento jurídico nacional, velando pela sua plena implementação, bem como pela observância dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; acompanhar o trâmite de projetos de lei sobre saúde, contribuindo, quando possível, para o seu aperfeiçoamento;
- b) promover interações com a sociedade, principalmente quanto à capacitação e efetividade do controle social;
- c) realizar simpósios, seminários e outras atividades culturais visando o aperfeiçoamento técnico-científico de seus associados;
- d) patrocinar concursos, conferindo prêmios aos autores dos melhores trabalhos apresentados;
- e) manter boletim informativo, banco de dados, *site* na Internet, sem prejuízo do emprego, também, de outros meios de divulgação para a difusão de doutrina e jurisprudência em tema de Direito à Saúde, bem como de quaisquer matérias do interesse dos associados;
- f) atuar no interesse da permanente melhoria das condições institucionais de trabalho na área da saúde;
- g) propiciar a integração de seus associados.

É importante distinguir que os membros dos ministérios públicos não têm sua atuação vinculada obrigatoriamente às orientações dessas instituições. Nas palavras de uma Promotora de Justiça, “enquanto a AMPASA diz, a COPEDS sugere”. A Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde, portanto, *diz/declara* a percepção e posição de seus membros no tocante à saúde. Já a Comissão Permanente de

¹⁴ Fonte: Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde <<<http://www.ampasa.org.br/>>>.

Defesa da Saúde *sugere/recomenda* estratégias de atuação que buscam aprimorar o papel do MP na defesa do direito à saúde, mas que não são obrigatoriamente seguidas.

2.4) A organização das Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

As Promotorias de Justiça são “órgãos de administração do Ministério Público com pelo menos um cargo de Promotor de Justiça”, cujas atribuições são fixadas por resolução do Procurador Geral de Justiça de acordo com a área de atuação ou especialidade (JATAHY, 2009, p.255).

As Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva tem a atribuição para promover a defesa dos direitos coletivos, que podem ser divididos em especialidades, como: defesa da cidadania; proteção do meio ambiente e patrimônio cultural; defesa do consumidor e do contribuinte; e saúde.

Em abril de 2008, foi implantada a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital do Rio de Janeiro, que começou a exercer as suas atribuições em março de 2009 (Resolução PGJ/RJ nº1425, de 29 de abril de 2008).

Em 22 de dezembro de 2008, através da Resolução GPGJ nº 1.479, foi criada a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do Núcleo Nova Iguaçu, “com atribuição exclusiva para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive mental”, “especificamente em relação aos serviços prestados com emprego de recursos públicos” (art.1º). Seu núcleo territorial é o seguinte:

Art. 1 º. § 3º – O órgão de execução de que trata este artigo exercerá suas atribuições na área territorial dos **Municípios de Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis, Queimados, Japeri, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, São João de Meriti, Belford Roxo, Magé, Guapimirim e Paracambi**, e terá sede no primeiro (Resolução GPGJ nº 1.479/2008, grifo nosso).

Em 20 de setembro de 2011, o Órgão Especial do Colégio de Procuradores de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro aprovou a criação de quatro

novas Promotorias de Tutela Coletiva na área da Saúde. Com isso, a Capital, que tinha apenas 1 (uma) Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, passou a contar com mais 2 (duas); a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde de Nova Iguaçu foi desmembrada em duas (formando a 1ª. Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I e a 2ª. Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I); e São Gonçalo passou a ser sede da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana II¹⁵. A distribuição dos municípios pelas promotorias da Região Metropolitana I e II pode ser vista no mapa a seguir:

¹⁵ Fonte: Ministério Público do Estado do Amazonas. <<http://www.mp.am.gov.br/index.php/noticias/2871-orgao-especial-aprova-criacao-de-quatro-novas-promotorias-de-saude-no-rio-de-janeiro>>

Em seguida, foi publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro a Resolução GPGJ nº 1.681, que justifica a criação dos novos órgãos de execução em virtude de novas demandas sociais, e os estrutura da seguinte forma:

Art. 1º - Ficam criados na estrutura do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro os seguintes órgãos de execução:

I - a **2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**, por transformação da 13ª Promotoria de Justiça de Substituição do CRAAI Rio de Janeiro;

II - a **3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital**, por transformação da 15ª Promotoria de Justiça de Substituição do CRAAI Rio de Janeiro;

III - a **2ª Promotoria de Justiça da Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana I**, pelo aproveitamento da Promotoria de Justiça junto à 6ª Vara Criminal de Nova Iguaçu, extinta em razão da extinção da 6ª Vara Criminal de Nova Iguaçu, conforme a Resolução TJOE nº 02, de 13.01.2011;

IV- a **Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana II**, por transformação da 11ª Promotoria de Justiça de Substituição do CRAAI Rio de Janeiro. (Resolução GPGJ nº 1.681/2011, grifos nossos)

As atribuições de cada Promotoria também foram alteradas. Na capital, a distribuição das demandas entre as três promotorias foi realizada por temas e ficaram estabelecidas da seguinte maneira:

Art. 2º - A **1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital** passa a ter atribuição para ações civis públicas, ações populares - desde que conexas com uma ação civil pública -, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas à:

a) **Rede de Atenção à Saúde gerida pelo Estado do Rio de Janeiro, na capital**, e respectivos Sistemas de Governança da Rede, Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica);

b) **Atenção Primária à Saúde na Rede de Saúde do Município do Rio de Janeiro, especificamente nas Áreas de Planejamento 1 e 2**, definidas no Decreto Municipal n. 3157/81 e posteriores alterações;

c) **Atos de improbidade administrativa** relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do artigo 9º da presente resolução.

Art. 3º - A **2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital** terá atribuição para ações civis públicas, ações populares - desde que conexas com uma ação civil pública -, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas à:

a) **Rede de Atenção Secundária e Terciária, Hospitalar e Pré-Hospitalar gerida pelo Município do Rio de Janeiro**, e respectivos Sistemas de Governança da Rede, Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica), ressalvados os temas do artigo 4º, *a*, da presente resolução;

b) **Atenção Primária à Saúde na Rede de Saúde do Município do Rio de Janeiro, especificamente na Área de Planejamento 3**, definidas no Decreto Municipal n. 3157/81 e posteriores alterações;

c) **Atos de improbidade administrativa** relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do artigo 9º da presente resolução.

Art. 4º - A **3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital** terá atribuição para ações civis públicas, ações populares - desde que conexas com uma ação civil pública -, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas à:

a) **Rede de Atenção à Saúde Mental e Saúde Prisional, no Município do Rio de Janeiro**, e respectivos Sistemas de Governança da Rede, Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica), inclusive unidades de internação hospitalar;

b) **Atenção Primária à Saúde na Rede de Saúde do Município do Rio de Janeiro, especificamente nas Áreas de Planejamento 4 e 5**, definidas no Decreto Municipal n. 3157/81 e posteriores alterações;

c) **Atos de improbidade administrativa** relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do artigo 9º da presente resolução. (Resolução GPGJ nº 1.681/2011, grifos nossos)

Nas Promotorias da Região Metropolitana I e II, por sua vez, as atribuições foram definidas territorialmente, na medida em que cada órgão passou a ter sob sua responsabilidade os serviços prestados em determinado grupo de municípios:

Art. 5º - A **1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I**, com sede em Nova Iguaçu, passa a ter atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive

mental, especificamente em relação aos serviços prestados nos **Municípios de Nova Iguaçu, Paracambi, Itaguaí, Seropédica, Queimados e Japeri.**

Art. 6º - A **2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I**, com sede em Duque de Caxias, terá atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive mental, especificamente em relação aos serviços prestados nos **Municípios de Duque de Caixas, Nilópolis, Belford Roxo, São João de Meriti, Mesquita e Magé.**

Art.8º - A **Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana II**, com sede em São Gonçalo, terá atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive mental, especificamente em relação aos serviços prestados nos **Municípios de São Gonçalo, Niterói, Maricá, Itaboraí, Tanguá, Rio Bonito e Silva Jardim.** (Resolução GPGJ nº 1.681/2011, grifos nossos)

Embora não seja de atuação específica na defesa dos direitos transindividuais à saúde, a Promotoria de Tutela Coletiva do Núcleo Magé ficou com a atribuição para tanto em relação ao município de Guapimirim.

Art. 7º - A atribuição para promover a defesa dos direitos transindividuais à saúde, inclusive mental, especificamente em relação aos serviços prestados no **Município de Guapimirim, passa a ser da Promotoria de Tutela Coletiva do Núcleo Magé.** (Resolução GPGJ nº 1.681/2011, grifos nossos)

Quanto ao papel das Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde referidas na resolução, no que cabe aos atos de improbidade administrativa, “restringe-se às omissões e irregularidades na prestação do serviço público de saúde, diretamente ligados à formulação e execução das respectivas políticas públicas, programas, serviços e ações”, conforme o artigo 9º.

Um aspecto relevante da resolução diz respeito à determinação de que as Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Cidadania da Capital e as Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva com atribuição para a defesa da cidadania no núcleo territorial das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Região Metropolitana I e II podem agir em determinadas hipóteses de lesão ao patrimônio público e à

proibidade administrativa, “ainda que reflexamente acarretem consequências na prestação do serviço público de saúde”:

Art. 9º - A atribuição de todas as Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde referidas nesta resolução, para os feitos relativos aos atos de improbidade administrativa, **restringe-se às omissões e irregularidades na prestação do serviço público de saúde, diretamente ligados à formulação e execução das respectivas políticas públicas, programas, serviços e ações.**

Parágrafo único - As Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Defesa da Cidadania da Capital e as Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva com atribuição para a defesa da cidadania, relativamente aos municípios do respectivo núcleo territorial referidos no *caput* dos artigos 5º, 6º e 8º, passam a ter atribuição para officiar nos feitos e procedimentos em que se verifiquem as seguintes hipóteses de lesão ao patrimônio público e à proibidade administrativa, ainda que reflexamente acarretem consequências na prestação do serviço público de saúde:

- a) Atos de improbidade administrativa que importem, diretamente, em lesão ao patrimônio público, excluída as apurações de responsabilidade pela má gestão dos fundos de saúde;
- b) Evolução patrimonial incompatível com a renda de agentes públicos em atuação nos órgãos do SUS e demais hipóteses de enriquecimento ilícito;
- c) Irregularidades e fraudes na realização e organização de concursos públicos, bem como de contratos de terceirização de serviços de suporte administrativo para a área de saúde. (Resolução GPGJ nº 1.681/2011, grifos nossos)

Recentemente, foi criada a 4ª. Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, através da Resolução GPGJ no. 1783, de 4 de dezembro de 2012, cujas atribuições são as seguintes:

Art. 3º - A **4ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital** terá atribuição para ações civis públicas, ações populares – desde que conexas a ação civil pública –, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

- a) **Atenção Primária à Saúde nas Redes Estadual e Municipal de Saúde situadas do Município do Rio de Janeiro** e respectivos Sistemas de Governança da Rede (inclusive quanto a terceirização das

unidades de saúde), Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica), aí compreendidos, inclusive, os postos de saúde, clínicas da família, centros de saúde, policlínicas;

b) **Atenção à saúde Materno-Infantil**, nela incluídos programas, serviços – ainda que prestados em unidades hospitalares – e unidades e serviços de saúde voltados especialmente para gestantes, crianças e adolescentes, prestados no Município do Rio de Janeiro;

c) **Atos de improbidade administrativa** relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do art. 9º da Resolução GPGJ nº 1.681/11. (Resolução GPGJ nº 1783/2012, grifos nossos)

Com isso, foram redistribuídas as matérias sob responsabilidade de cada uma das três PJTCS já existentes, da seguinte forma:

Art. 4º - A 1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital passa a ter atribuição para ações civis públicas, ações populares – desde que conexas a ação civil pública –, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

a) **Rede de Atenção Secundária e Terciária, Hospitalar e Pré-Hospitalar gerida pelo Estado do Rio de Janeiro, na Capital**, e respectivos Sistemas de Governança da Rede, Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica), ressalvadas as atribuições do art. 3º, *a*, e 6º, *a* desta Resolução; b) Atos de improbidade administrativa relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do art. 9º da Resolução GPGJ nº 1.681/11.

Art. 5º - A 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital passa a ter atribuição para ações civis públicas, ações populares – desde que conexas a ação civil pública –, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

a) **Rede de Atenção Secundária e Terciária, Hospitalar e Pré-Hospitalar gerida pelo Município do Rio de Janeiro**, e respectivos Sistemas de Governança da Rede, Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica), ressalvadas as atribuições do art. 3º, *a*, e 6º, *a* desta Resolução;

b) Atos de improbidade administrativa relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do art. 9º da Resolução GPGJ nº 1.681/11.

Art. 6º - A 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital passa a ter atribuição para ações civis públicas, ações populares – desde que conexas a ação civil pública –, procedimentos, inquéritos civis e representações relativas a:

a) **Rede de Atenção à Saúde Prisional e Saúde Mental**, inclusive infanto-juvenil, situada no Município do Rio de Janeiro, exclusivamente quanto à tutela coletiva, e respectivos Sistemas de Governança da Rede, Logístico (regulação da atenção e transporte sanitário) e de Apoio (apoio diagnóstico, terapêutico e assistência farmacêutica), inclusive unidades de internação hospitalar, ressalvadas as atribuições do art. 3º, *a*, desta Resolução;

b) Atos de improbidade administrativa relacionados aos temas elencados neste artigo, com a ressalva do art. 9º da Resolução GPGJ nº 1.681/11. (Resolução GPGJ nº 1783/2012, grifos nossos)

Desse modo, a 1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, antes responsável pela Rede de Atenção à Saúde gerida pelo Estado do Rio de Janeiro e por parte da Atenção Primária à Saúde na Rede de Saúde do Município, passou a ter como atribuição principal a Rede de Atenção Secundária e Terciária, Hospitalar e Pré-Hospitalar gerida pelo Estado do Rio de Janeiro, na Capital. A 2ª PJTCS da Capital, por sua vez continuou a ter atribuições sobre a Rede de Atenção Secundária e Terciária, Hospitalar e Pré-Hospitalar gerida pelo Município do Rio de Janeiro, mas não mais sobre a Atenção Primária. E a 3ª PJTCS também manteve suas atribuições, com exceção para as relativas à Atenção Primária, que ficaram todas a cargo da 4ª. Promotoria, cujo funcionamento teve início em março de 2013.

Cabe destacar que aspectos relativos à tutela individualizada do direito à saúde de crianças e adolescentes e à fiscalização de entidades de acolhimento especializadas para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais ou usuários de substâncias entorpecentes são atribuições das Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude da Capital. Da mesma forma, a tutela coletiva de direitos transindividuais à saúde dos idosos e dos portadores de deficiência é atribuição das Promotorias de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa Portadora de Deficiência. É importante ainda esclarecer que nos municípios em que não há promotoria específica de saúde, as demandas são

encaminhadas para promotorias de tutela coletiva em geral, ou, na ausência destas, para a Promotoria de Justiça local.

2.5) A organização do apoio técnico para atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro na tutela do direito à saúde

No ano de 2000, com a Resolução GPGJ nº 898, foi instituído o 6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Cidadania, do Consumidor e Proteção ao Meio Ambiente e Patrimônio Cultural.

Em virtude do crescimento das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva, em 2010, com a Resolução GPGJ nº 1.603, de 22 de Julho, alterou-se a nomenclatura do 6º CAOp, passando o mesmo a ser denominado 6º Centro Operacional das Promotorias de Tutela Coletiva. Sua estrutura também sofreu modificações, com a criação de uma Coordenação Geral e de quatro Coordenações de área, quais sejam: Cidadania, Consumidor, Meio Ambiente e Saúde, conforme o organograma abaixo.



Fonte: MPERJ

Desse modo, no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, o trabalho de auxiliar os membros que atuam nas Promotorias de Tutela Coletiva, bem como elaborar atividades para o Ministério Público que auxiliem quanto ao tema saúde passou a ser

exercido pela Coordenação de Saúde do 6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva (6º CAO), que

tem como função auxiliar no planejamento, implementação e avaliação da atividade de fiscalização e provocação da atuação dos responsáveis pela construção do SUS, interagindo para obter a efetivação de políticas públicas que sejam condizentes com a realidade dos usuários do sistema, especialmente objetivando a otimização de serviços e ações de saúde, com a qualidade e presteza, que atendam as necessidades da sociedade¹⁶.

É válido sobrelevar que o Promotor de Justiça não passa por nenhum tipo de curso ou qualificação específica sobre os assuntos da promotoria da qual será titular. Assim, além do Centro de Apoio Operacional, o Ministério Público conta com Grupos de Apoio Técnico Especializado (GATE), que atualmente seguem o disposto pela Resolução GPGJ nº 1.695, de 21 de novembro de 2011. Em virtude da importância do apoio técnico especializado para uma atuação ministerial efetiva e do aumento da demanda de serviços de apoio técnico especializado, entre outros fatores, a referida Resolução estabeleceu que:

Art. 2º — O GATE é órgão administrativo auxiliar de apoio técnico especializado aos membros e órgãos do Ministério Público, complementar ao disponibilizado pelos órgãos públicos competentes, incumbindo-lhe:

I — emitir pareceres técnicos e/ou outros elementos de informação e convencimento quanto a fatos ou documentos constantes de autos de processos, inquéritos e outros procedimentos;

II — auxiliar os membros do Ministério Público na formulação de quesitos referentes a ações judiciais;

III — acompanhar os membros do Ministério Público em reuniões, audiências públicas ou judiciais e outras diligências externas;

IV — manter relacionamento permanente com os institutos técnicos e científicos oficiais da União, Estado e Municípios, inclusive conduzindo ou participando de grupos de trabalho, quando for o caso;

¹⁶ Fonte: Site do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro <<http://www.mp.rj.gov.br>>.

V — realizar **vistorias externas** com emissão de pareceres aos órgãos e membros do Ministério Público;

VI — atuar, especificamente, em sua área de formação profissional, participando de **reuniões e seminários**, de acordo com o determinado pela Coordenação Setorial e pela Coordenação Geral;

VII — **estabelecer diretrizes técnicas de atuação padrão**, a fim de orientar os membros do Ministério Público e evitar a necessidade de análises repetitivas;

VIII — prestar diretamente aos membros **esclarecimentos técnicos** pertinentes às diversas áreas de atuação do Ministério Público;

IX — a critério das Coordenações Geral e Setoriais e em caso de relevância institucional, outras atividades compatíveis com sua função de assessoramento técnico complementar. (Resolução GPGJ nº 1.695/2011, grifos nossos)

O GATE, além de uma Coordenação Geral e da Secretaria Geral, apresenta na sua estrutura básica Coordenações Setoriais e Equipes Técnicas Setoriais. Essas equipes são formadas por técnicos periciais especializados em diferentes áreas, conforme a necessidade, e “selecionados pelo Ministério Público na iniciativa privada ou cedidos por órgãos públicos federais, estaduais, municipais e entidades da Administração Indireta dos três níveis da Federação” (art. 3º).

Neste trabalho, convém destacar as atribuições das equipes técnicas integrantes da Coordenação Setorial de Saúde:

Art. 12 — Cabem à equipe técnica da Coordenação Setorial de Saúde – *GATE Saúde* – as providências descritas no art. 2º, quando relacionadas a fatos e procedimentos cujo objeto de análise envolva predominantemente **questões ligadas à política pública de saúde, às avaliações psiquiátricas em tutela individual de incapazes, aos serviços prestados por unidades de saúde, à medicina legal e outras que se fizerem necessárias**, a critério da Coordenação Setorial de Saúde. (grifo nosso)

O Coordenador do CAOp e o coordenador do GATE são designados pelo Procurador-Geral de Justiça entre os membros do MPRJ, e podem ser o mesmo, como nos últimos anos, em que a Dra. Carla Carrubba assumiu as duas coordenações. Cabe ao

coordenador do GATE indicar os membros de sua equipe técnica, não havendo uma seleção pública.

2.6) As formas de atuação do Ministério Público no âmbito da saúde

Geralmente, a atuação do Ministério Público tem início a partir de procedimento administrativo ou de inquérito civil público, sendo este um instrumento de investigação de questão proposta tanto pelo próprio MP, quanto por outro ator social:

Inquérito civil é um procedimento administrativo de natureza inquisitiva, presidido pelo Ministério Público e que tem por finalidade a coleta de subsídios para a eventual propositura de ação civil pública pela Instituição. A finalidade do inquisitivo é a de propiciar a coleta de provas para que o Ministério Público possa obter elementos necessários à correta avaliação de um suposto dano a interesse difuso ou coletivo que esteja investigando (SOUZA, 2011, p.189).

O inquérito civil é caracterizado pela informalidade, inquisitorialidade¹⁷ e publicidade. Sua instauração ocorre por portaria ou por determinação do procurador-geral de justiça ou do Conselho Superior do Ministério Público. A portaria de instauração é a forma mais comum, e costuma ter as seguintes informações mínimas: forma pela qual os fatos chegaram ao conhecimento do MP, delimitação do objeto da investigação, qualificação possível do investigado, designação da pessoa para secretariar o inquérito e determinação das diligências a serem inicialmente realizadas (SOUZA, 2011).

Durante a chamada instrução do inquérito civil, podem ocorrer notificações e requisições. As primeiras consistem em coleta de prova oral, através de determinações para que alguém preste depoimento ou esclarecimentos ao MP. Já a requisição “é a ordem legal de apresentação de documentos, fornecimento de certidões ou realização de exames ou perícias” (SOUZA, 2011, p.200)

¹⁷ A inquisitorialidade aqui se refere ao fato de se tratar de um procedimento investigatório, e não de um processo administrativo em que pode haver imputação.

Quanto à solução do inquérito civil público, são três as possibilidades principais: a) o arquivamento, quando se verifica a legalidade do fato denunciado, ou a inexistência de fundamento para a proposição de ação civil pública; b) a celebração do Compromisso ou Termo de Ajustamento de Conduta, instrumento através do qual a parte requerida se compromete a modificar a atitude que atenta a ordem jurídica, estipulada cláusula penal em caso de descumprimento; c) ingresso de ação civil pública, quando inexistente forma de solução extrajudicial do conflito, remetendo a questão para ser discutida em juízo (ROTUNNO, 2003; JATAHY, 2009).

A busca pela solução judicial, portanto, só seria feita em último caso, embora durante todo o curso haja uma discussão jurídica do conflito. Cabe destacar que o Termo de Ajustamento de Conduta é uma forma extrajudicial de solução de conflito que vale como título executivo extrajudicial. Isso significa que caso o TAC não seja cumprido no prazo determinado, o MP pode acionar o Judiciário, propondo uma ação já na fase de execução, o que demanda menos tempo que uma ação comum.

Parise aponta a importância do Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), no que tange à implantação das políticas públicas, na medida em que o mesmo “permite negociação direta do Promotor de Justiça com a administração, o que conduz, em não raras oportunidades, a bom termo” (PARISE, 2002, p.17). Já Santos vê no Termo de Ajustamento de Conduta celebrado pelo MP um meio alternativo de solução de conflitos que,

além de cooperar para a agilidade do Poder Judiciário, torna possível uma maior utilização da chamada justiça pactada ou consensuada, em que o interessado assume algumas responsabilidades jurídicas (reparação dos danos em favor do prejudicado, por exemplo) que ocupam o lugar da pena, sem as desvantagens desta (SANTOS, 2006, p.XXVI).

Foi verificado, a partir dos relatórios estatísticos disponibilizados pela Corregedoria-Geral do MPRJ e das entrevistas com as promotorias, que são poucos os termos de ajustamento de conduta celebrados no estado do Rio de Janeiro na área da saúde pública, o que não se verifica em outros estados como Rio Grande do Sul e Bahia.

Todavia, os termos de ajustamento de conduta (TAC) não são os únicos instrumentos utilizados pelo Ministério Público caracterizados como extrajudiciais. São comuns as expedições de recomendações ou ofícios; a realização de reuniões ou conversas telefônicas; e até mesmo a celebração de convênios, quando da impossibilidade de se assinar um TAC.

Em 2010, por exemplo, o MPERJ estabeleceu um acordo de cooperação técnica na área da Saúde com o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) e a Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado. A finalidade deste é otimizar e integrar as fiscalizações das unidades e serviços mantidos ou custeados pelo SUS realizadas pelos três órgãos¹⁸. O debate que resultou nesse convênio teve início com a identificação de problemas na contratação irregular de médicos por organizações sociais e ONGs, segundo matéria publicada na página do MPRJ.

Ferraresi (2011) destaca o papel das audiências públicas - reuniões abertas a todos que tem como objetivo a discussão de temas de relevo transindividual, como a saúde -, uma vez que as informações coletadas através das mesmas podem ser utilizadas pelo promotor de justiça para nortear sua atuação. Essas formas de atuação baseiam-se na possibilidade de consenso através do diálogo e da argumentação (ROTUNNO, 2003).

Quanto aos envolvidos nessas demandas, Jatahy (2009) destaca, por exemplo, a parceria do Ministério Público com o Conselho de Saúde, na medida em que este pode provocar o Ministério Público para que instaure procedimento preparatório ou inquérito civil sobre alguma irregularidade apontada. Algumas promotorias, como a de Porto Alegre, inclusive, mantêm reuniões regulares com os Conselhos, a fim de acompanhar as necessidades e as demandas em saúde, o que foi constatado em entrevista com uma Promotora de Justiça, em pesquisa preliminar a esta.

¹⁸ “Acordo integra fiscalização do MPRJ com ações do CREMERJ e da Vigilância Sanitária” (MPRJ, 10/12/2010); MPRJ e CREMERJ iniciam debate sobre fiscalização conjunta na Saúde (MPRJ, 05/11/2010)

Ademais, destaca-se a realização congressos, seminários, e simpósios, a exemplo do Simpósio de Saúde Pública do Ministério Público do Estado de São Paulo, realizado nos dias 10 e 11 de novembro de 2011. Soma-se a isso o fato de também serem oferecidos cursos de especialização em direito sanitário para membros do Ministério Público, de forma a qualificar suas atuações.

2.7) Casos de atuação das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

Nas entrevistas com Promotores de Justiça, as seguintes fontes de demandas foram citadas como principais: ouvidoria, representações escritas e achados em inspeção. Nos murais das PJTCS, nos quais são publicizadas portarias de instauração de inquérito civil ou procedimento preparatório, indeferimentos de representação e promoções de arquivamento, por exemplo, foram encontrados os seguintes reclamantes, entre outros: ouvidoria; disque denuncia; outra promotoria; “instaurado de ofício”; Associação de Dependentes Químicos; CGU; Conselho Regional de Fonoaudiologia; Anônimo; MPERJ; entre outros. Também a título de exemplo, podemos citar como reclamados: SES; SMS; OS (Viva Comunidade), Diretor do Hospital Pedro II; UPA; SMS e Central de Regulação Municipal; Clínica Jardim America Ltda., etc.

Neste tópico, optamos por selecionar alguns casos das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, de forma a ilustrar as diferentes possibilidades da atuação da instituição nas políticas públicas de saúde. A escolha dos casos aqui apresentados baseou-se em dois fatores centrais: 1) a disponibilidade de material; 2) a diversidade de instrumentos e formas de atuação que tais casos poderiam exemplificar. Como veremos adiante, nem sempre foi possível avaliar como se deu o fechamento dos casos aqui estudados.

A partir de notícias de jornais e sites, e de documentos disponibilizados pelo MPRJ (atas, instrumentos convocatórios, etc), destacamos os seguintes casos: 1) a ação civil pública para criação de novos leitos de CTI; 2) a audiência pública sobre

internação de usuários de crack; 3) a atuação do MP no caso das chuvas em Nova Friburgo, em 2011; 4) a atuação do MP nas políticas públicas de combate à dengue.

No caso da audiência pública sobre internação de usuários de crack, foi possível um melhor panorama em virtude da presença da pesquisadora na AP. Nos demais casos eleitos, tentamos através das fontes citadas reunir os principais fatos em torno dessas atuações. Contudo, a principal dificuldade encontrada esteve em identificar as repercussões finais e os resultados dessas atuações, na medida em que as notícias rareiam.

2.7.1) Ação civil pública: criação de novos leitos de CTI

Um exemplo, portanto, de atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro está na proposição pela Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital de uma Ação Civil Pública exigindo a criação de 349 novos leitos de CTI pela Secretaria Estadual de Saúde, em agosto de 2011; e gerando uma grande repercussão.

Primeiramente, cabe esclarecer a natureza e o papel de uma ação civil pública. Pinto define este instrumento de atuação da seguinte forma:

Ação pública, pois, é aquela da qual se vale o Direito quando o interesse público ou social relevante recomendar ou exigir que o impulso do mecanismo sancionatório dê-se de forma oficial, e não apenas seja facultado ao sujeito interessado (PINTO, 2005, p.61).

São três os objetivos do sistema da ação civil pública: prevenção, reparação e ressarcimento dos danos causados a interesses metaindividuais (SOUZA, 2011).

Segundo notícia do jornal O Globo, desde novembro de 2010, buscava-se uma solução extrajudicial para a situação dos leitos de CTI através da assinatura de Termo de

Ajustamento de Conduta. Ao longo de 12 meses foram realizadas mais de 25 reuniões e uma audiência pública na tentativa de solucionar a questão da regulação de leitos¹⁹.

Conforme a nota de divulgação da audiência pública citada, cujo tema foi “Cronogramas Possíveis para Saneamento das Deficiências no Sistema Regulatório e na Atenção Hospitalar Estadual e Municipal do Rio de Janeiro”, ocorrida em 28 de junho de 2011, a motivação para a AP reside no seguinte fato:

Mensalmente cerca de setenta novas notícias são encaminhadas à Ouvidoria do MP-RJ com reclamações acerca do atendimento prestado nos hospitais públicos. Existem centenas de inquéritos civis públicos em tramitação na Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital versando sobre as deficiências nos Hospitais das redes públicas estadual e municipal situados no Município do Rio de Janeiro, nos quais fica clara a necessidade de fomentar o aprimoramento do atendimento hospitalar, garantindo o saneamento das deficiências atualmente existentes nas unidades, bem como o pleno e efetivo funcionamento do sistema regulatório.

A audiência pública contou com gestores do SUS das esferas estadual e municipal: Diretores de Hospitais Públicos; Conselhos Profissionais (CREMERJ, COREN, etc.); instituições acadêmicas; conselhos de saúde; entidades da Sociedade Civil vinculadas à defesa do direito à saúde; o Comitê Estadual do Fórum Nacional de Saúde do CNJ e o Ministério Público Federal.

Até o fechamento deste capítulo, não havia novas notícias sobre os rumos da ação civil pública.

2.7.2) Audiência pública sobre a internação de usuários de crack²⁰

Em outubro de 2012, foi amplamente noticiada a declaração do prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, defendendo a internação compulsória de

¹⁹ Fonte: Jornal O Globo, de 6 de março de 2012. <<http://moglbo.globo.com/integra.asp?txtUrl=/rio/mprj-ajuiza-acao-civil-publica-exigindo-criacao-de-349-novos-leitos-de-cti-em-hospitais-estaduais-2870227>>.

²⁰ Documentos disponíveis em: << http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/Internet/Cidadao/Audiencias_Publicas/Realizadas>>

usuários de crack, como exemplificam as seguintes manchetes: “Eduardo Paes quer internação compulsória de viciados no Rio” (O Dia, 19/10/2012), “Adultos dependentes de crack também devem passar a ter internação compulsória” (O Globo, 22/10/2012), “Internação compulsória de viciados em crack será discutida em Brasília” (G1 Rio, 24/10/2012).

Em 30 de outubro do mesmo ano, a Revista Veja publicou uma matéria intitulada “Para o Ministério Público, recolhimento de adultos usuários de crack é inconstitucional”²¹, na qual o tratamento compulsório defendido pelo prefeito Eduardo Paes é condenado pelo Ministério Público, como podemos depreender do seguinte trecho:

Segundo a promotora Anabelle Macedo Silva, da 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde, a internação involuntária tem que ser feita em casos excepcionais e depois de as possibilidades de tratamento ambulatoriais terem se esgotado. Para a internação, segundo o MP, é preciso haver autorização de um médico. Nos locais para o tratamento de dependentes, tem de existir a preocupação na reinserção social do usuário e os serviços médicos, desde assistência social a terapias ocupacionais (VEJA, 30/10/2012).

Em outra matéria, publicada pelo site UOL, na mesma data, de título “Ações de remoção compulsória de usuários de crack no Rio não respeitam legislação, afirma MP”, ganhou destaque a fala do promotor de Justiça Rogério Pacheco Alves, da 7ª Promotoria de Tutela Coletiva de Defesa da Cidadania da Capital:

“Há vários aspectos ilegais considerando as medidas de remoção compulsória aplicadas atualmente [pela Prefeitura do Rio], ressalvados os casos previstos em lei. Elas desrespeitam uma decisão já confirmada pelo Congresso. O próprio governo municipal reconhece a impossibilidade do recolhimento compulsório em um Termo de Ajustamento de Conduta firmado com o MP em maio de 2012”, disse.

²¹ Fonte: <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/mp-diz-que-recolhimento-de-usuarios-de-crack-em-abrigos-e-inconstitucional>

Os dois promotores citados nos trechos acima publicaram, no mês seguinte, uma “nota informativa da atuação de mediação do MP sobre atendimento de saúde aos usuários de crack”, que prevê uma audiência pública com o tema “*Cuidado e Resgate aos Usuários de Crack em Situação de Rua*”, cujo objetivo seria:

promover a facilitação de diálogo entre os setores da gestão pública e da produção de conhecimento técnico e especializado em saúde mental, contribuindo para o aprimoramento do atendimento especializado aos usuários de crack em situação de rua, com **mediação do MP para construção de protocolos de atendimento e de cronogramas para ampliação da rede de saúde mental**, promovendo os direitos fundamentais (sobretudo o direito à saúde) dos usuários de crack como também de toda a comunidade carioca (grifo original, p.7).

Segundo a própria nota, não haveria fundamento legal para “medidas de “remoção compulsória” de pessoas adultas em situação de rua”, o que teria sido “reconhecido pelo Município do Rio de Janeiro por intermédio de termo de ajustamento de conduta (TAC) firmado com o Ministério Público, em 25 de maio de 2012”.

Em 23 de novembro de 2012, o MPERJ, através da 3ª Promotoria de Tutela Coletiva da Saúde da Capital e da 7ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Defesa da Cidadania da Capital, publicou o edital de convocação para a audiência pública, com o tema “Crack. Prevenção, resgate e cuidados especializados em saúde mental”.

De acordo com o documento,

a convocação foi motivada pela necessidade de urgente expansão da rede de atendimento especializada em saúde mental, para prevenção, resgate e cuidado a usuários de drogas, notadamente de crack, tendo em vista a existência de “cracolândias” pela cidade, com grave lesão ao direito fundamental à saúde dos usuários de tal droga ilícita, bem como aos direitos fundamentais das comunidades vizinhas. (p.2)

O edital reforça a importância do mecanismo como forma de participação da sociedade na defesa do direito fundamental à saúde e define como objetivo da audiência pública:

coletar junto à sociedade e ao Poder Público, elementos para embasar a decisão do Ministério Público quanto à matéria objeto da convocação, com abertura de espaço interinstitucional independente e politicamente neutro, para apresentação de cronogramas e planos de ação por Gestores Públicos, bem como para circulação de informações, propostas objetivas e contribuições científicas entre as Universidades, Centros de Produção de Conhecimento Científico, Gestores do SUS, Conselhos Profissionais e de Saúde, Autoridades Públicas, Associações de Usuários e Familiares, bem como Entidades da Sociedade Civil vinculadas à matéria objeto da convocação, à defesa do direito fundamental à saúde e à área da saúde mental. (p.3, grifo nosso)

Além do mais, o edital esclarece a pauta de trabalho da audiência pública a ser realizada, os procedimentos para inscrição, e formas de participação dos presentes e de cadastramento de expositores:

As inscrições para participação de Cidadãos na audiência pública foram realizadas através de um link na página eletrônica do MPERJ²², no qual os interessados poderiam apresentar cinco propostas objetivas acerca do tema da audiência, as quais seriam encaminhadas aos Gestores Públicos correlatos após a audiência.

No início da audiência pública, a Dra. Anabelle Macedo apresentou o programa e ressaltou que havia sido feito contato por e-mail e telefone com as associações profissionais. Também convidou os presentes a participarem através do formulário disponível. O Dr. Rogerio Pacheco, por sua vez, explicou alguns passos dados pelo MP na questão do atendimento aos dependentes de crack: 1) inquérito civil sobre população de rua adulta; 2) duas audiências públicas na Câmara dos Vereadores; 3) o Termo de Ajustamento de Conduta realizado em maio de 2012; 4) a nota em conjunto elaborada pela 3ª. Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde e pela 7ª Promotoria de Tutela Coletiva de Defesa da Cidadania da Capital, citada anteriormente.

²² Endereço eletrônico: <http://www.mp.rj.gov.br>.

O Promotor também destacou e agradeceu a presença na plenária de membros da OAB, de um vereador, de membros do Ministério Público Federal e de membros do Ministério Público Estadual.

A Mesa 1, intitulada “Gestores SUS e SUAS”, teve início com a fala do Secretário Municipal de Saúde, Hans Dohman, que falou sobre a importância da organização primária no atendimento de usuários de drogas, inclusive para a prevenção. O secretário afirmou que o Plano Municipal estaria “sintonizado com as políticas do Ministério da Saúde, com os marcos legais e coerente com os marcos técnicos dos especialistas da área”, e que faltava apenas a finalização de detalhes, sendo o Plano colocado “publicamente no momento adequado”.

Em seguida, como representante da Secretaria Municipal de Assistência Social, falou a Dra. Monica Blum, no lugar da Dra. Maria de Fátima do Nascimento, prevista no roteiro preliminar. Posteriormente, da Secretaria Estadual de Saúde, a Dra. Mônica Morissy Martins Almeida, da Subsecretária de Atenção à Saúde do Estado do Rio de Janeiro, e a Dra. Ana Lúcia da Silva, Assistente Social, Técnica da Gerência de Saúde Mental e Coordenadora do Fórum Intersetorial de Atenção ao Uso de Álcool e Drogas, que apresentaram diretrizes, objetivos e marcos legais e falaram sobre a construção da rede de atenção psicossocial.

Da Secretaria Estadual de Assistência Social esteve presente o Dr. Leonardo Percoraro Costa, Assessor Especial da e Superintendente de Políticas sobre Drogas da Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos. O Ministério da Saúde, por sua vez, esteve representado pelo Assessor Técnico da Coordenação de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, Dr. Aldo Zaiden. E, por último, teve a palavra a Dra. Mariana de Souza, coordenadora Geral dos Serviços de Acolhimento do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

A mesa dos gestores não promoveu um grande debate acerca das possibilidades das políticas públicas para o atendimento da população usuária de crack, restringindo-se a agradecimentos e apresentações de diretrizes gerais e marcos legais.

A mesa 2, sob o título “Especialistas e Academia”, reuniu pesquisadores do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, da Escola de Serviço Social (ESS/UFRJ), do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS/UFRJ), do Hospital Pedro Ernesto e da Associação Brasileira de Psiquiatria. No lugar do Dr. Paulo Amarante, que representaria o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), esteve presente a Dra. Lúcia Souto.

Em seguida, teve início a Mesa 3, “Conselhos e Sociedade Civil”, durante a qual a Dra. Anabelle e o Dr. Rogerio se ausentaram por um cerca de quarenta minutos, ficando a mesa presidida pela Dra. Renata, da 3ª. Promotoria de Saúde. A primeira participante, Dra. Iracema Vieira Polidoro, integrante do Núcleo Estadual do Rio de Janeiro do Movimento da Luta Antimanicomial, reclamou da ausência dos gestores da primeira mesa e sugeriu uma inversão da ordem das mesas: “nós ouvimos os gestores, mas eles não ficaram para nos ouvir”. Também sugeriu que algumas pessoas não poderiam entrar na audiência pública, pois “seriam barradas por estarem sujas”. E questionou a fala da SMS sobre o “momento oportuno” de apresentação do Plano Municipal.

A Dra. Sônia Gonçalves, representante do COREN-RJ, disse estar emocionada “por ter vindo do interior e estar pela primeira vez como conselheira em um evento de grande porte”. Sua apresentação focou no papel e na importância da enfermagem e ao final destacou a importância da participação social e dos conselhos regionais. Já a Dra. Alice de Marchi, do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, fez uma crítica forte à falta de diálogo com a administração municipal.

A última mesa da audiência pública, intitulada “Painel Saúde e Cidadania”, foi reservada para a exposição de cidadãos previamente inscritos mediante preenchimento do formulário recebido ao início da sessão. Esses formulários continham os seguintes campos: Nome; Órgão/Cargo; E-mail.

Cinco pessoas se inscreveram através do formulário, e tiveram sua fala por ordem cronológica da chegada dos formulários. Como ainda havia tempo para o fim da

audiência, a Dra. Anabelle Macedo avisou que outros presentes poderiam falar sem inscrição prévia.

O primeiro inscrito, Sr. Severino, apresentou-se como suplente do Conselho Municipal de Saúde, e criticou os gestores por não estarem presentes no Painel, bem como os acadêmicos por se “isolarem da realidade” e “do saber popular”. Ele questionou a “resolutividade” e a “visibilidade” da audiência pública frente ao esvaziamento do auditório. Sobre a audiência pública ele afirmou: “Tem que acontecer. Tem que ter começo, meio e fim. (...) Cadê a prática? Não pode acabar aqui”.

A segunda inscrita, Dra. Daniela Rodrigues, identificou-se como Defensora Pública que atua com “crianças e adolescentes em situação de rua e drogadição”. Explicou que a defensoria é contrária ao recolhimento compulsório, criticou os abrigos que visitou, e questionou sobre o atendimento de crianças e adolescentes. A Dra. Anabelle explicou que o objeto do edital não abrange crianças e adolescentes, área na qual atua promotorias específicas. Considerando a divisão de atribuições entre as promotorias, portanto, a temática não se refere ao campo de trabalho dos promotores que convocaram a audiência. Em virtude dessas considerações, outra defensora pública presente e inscrita preferiu não falar por sentir-se contemplada.

Posteriormente, uma estudante de Saúde Coletiva da UFRJ agradeceu o espaço para discussão. Sua presença era devido a uma atividade extraclasse proposta por uma de suas professoras, também presente.

Um cidadão que se identificou como médico do trabalho e sanitarista propôs, em seguida, a inversão da ordem de apresentação nas audiências públicas, por conta de os gestores terem se ausentado após suas apresentações.

Ao final das falas dos inscritos, o microfone foi aberto para intervenções. Uma assistente social solicitou que se organizasse uma reunião com a SMS para apresentação do Plano Municipal, alegando que “normalmente as autoridades respeitam um convite vindo do Ministério Público ou do Judiciário”. Em resposta, a Promotora Anabelle Macedo explicou que, conforme o inquérito civil em aberto e o combinado em reunião

preliminar, até a audiência pública seria apresentado o Plano; contudo, o município preferiu esperar a audiência. Um outro presente afirmou exaltado: “tem que judicializar mesmo. A Justiça é que está dando um avanço na sociedade”.

Um usuário do CAPS, integrante da Associação de Saúde Mental, veio de Macaé, e em sua fala fez diversas críticas sobre o atendimento e os serviços de saúde, e contou de uma pessoa que havia falecido em virtude da falta de um carro para transportá-la. “Queremos saber se daqui conseguimos resolver esse problema”, ele disse. A Doutora Anabelle sugeriu que ele apresentasse os problemas à Ouvidoria do MP. Também indicou que a família da falecida demandasse seu direito individual junto à Defensoria Pública, ou procurasse uma universidade com escritório-modelo. O Promotor Rogério indicou os promotores da área de Tutela Coletiva, pois não há promotoria específica de saúde em Macaé.

O Sr. Severino, que já havia se apresentado anteriormente, retomou a palavra para elogiar a “credibilidade” e “honestidade” do Ministério Público. E ainda criticou a central de regulação de leitos.

A Dra. Anabelle explicou que entre 2009 e 2010, realizava atendimento semanal dos conselhos distritais de saúde; e que também realizou duas ou três reuniões com todos os conselhos juntos. Contudo, “por problemas estruturais do MP”, o atendimento teve que ser interrompido. A promotora explicou que chegou a ter dois mil processos, o que levou à “saga” do desmembramento das promotorias, que considera uma “contribuição relevante do Ministério Público para a sociedade”. Ela afirmou ainda ter “orgulho de ter participado disso, apesar de alguns problemas sérios”, e que serão retomadas reuniões na área de saúde mental.

A promotora também fez referência à ação civil pública de regulação de leitos, e defendeu a co-responsabilidade das esferas, o afirmar que “coloca os três níveis de gestão na mesa para evitar que a culpa seja daquele que não está presente”.

Ao final da audiência pública, estavam presentes no auditório cerca de 25 pessoas. A Promotora disse que a ata seria repassada para o e-mail dos que preencheram

a lista de presença, e que o e-mail saudecapitalaudiencia@mp.rj.gov.br estaria à disposição para contribuições técnicas e considerações sobre o Plano Municipal, que seriam avaliadas pelo Ministério Público. Ela ressaltou a existência de um delay entre o tempo de resposta do sistema de justiça e as necessidades dos serviços de saúde.

O Plano Municipal foi um assunto de grande repercussão, principalmente entre os jornalistas presentes (de veículos como Jornal O Dia, Band, UOL), como pode ser observado pelas entrevistas realizadas com os gestores no hall do andar no qual ocorreu a AP. Por volta das 17 horas, por exemplo, um jornalista do site UOL dizia “a única coisa que dá pra aproveitar é que o secretário disse que o Plano Municipal será divulgado ‘nos próximos dias ou nas próximas semanas’”.

O Promotor Rogério Alves expôs que eram duas as expectativas do MP em relação ao tema: 1) que o material fosse disponibilizado antes da audiência, 2) que fosse apresentado no dia da audiência. Sobre o questionamento de um jornalista quanto à audiência ocorrida na Alerj na véspera, em que o Secretário teria apresentado o Plano, o Promotor disse que o MP não foi convidado. E destacou: “A audiência não é a última etapa. Ela é apenas mais uma etapa”. É importante dizer que até meados de fevereiro de 2013, o Plano Municipal não havia sido publicado.

Cabe ainda ressaltar que, em janeiro de 2013, foi noticiado que o novo Procurador-Geral de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Marfan Vieira, defendeu, após a sua posse, a internação compulsória de adultos usuários de crack, conforme entrevista concedida ao jornal O Globo²³. Contudo, é importante frisar dois aspectos dessa declaração: 1) segundo três promotores entrevistados, o PGJ teria explicado aos mesmos que não defendia a internação compulsória; 2) em virtude da independência funcional, o que vale como posição do Ministério Público é o publicizado pelos promotores responsáveis pelo assunto, não estando suas atuações, de forma alguma, subordinadas hierarquicamente à possível opinião do PGJ.

²³ Fonte:

<http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/Internet/Imprensa/Em_Destaque/Noticia?caid=293&iditem=34717475>

Em meados de fevereiro de 2013, tiveram início operações para internação involuntária de usuários de crack, com amplo destaque na mídia. Sobre a posição do Ministério Público, foram publicadas as matérias “MP exige da Prefeitura do Rio plano de enfrentamento ao crack” (O Globo Rio online, 20/02/13), “Crack: tratamento forçado na mira do MP” (Jornal O Globo, 21/02/2013). Em ambas, a Promotora Anabelle Macedo cobra do município o plano de enfrentamento ao crack, e destaca que a internação involuntária só é permitida em alguns casos.

No dia 22 de fevereiro, o MP emitiu uma recomendação para a prefeitura exigindo a ampliação da rede de atendimento aos usuários. Além do que, a Promotora Dra. Anabelle Macedo solicitou a entrega, em até 72 horas, de informações sobre todas as internações involuntárias já realizadas²⁴.

No dia 27 de fevereiro, foi enviada a ata da audiência pública para os inscritos na mesma. Além disso, foi disponibilizada no site, junto das apresentações e de documentos indicados para embasar a discussão sobre o tema. A ata se restringe aos nomes dos inscritos e horários de apresentações, não abarcando o conteúdo das mesmas. De acordo com o documento, 148 (cento e quarenta e oito) pessoas assinaram a lista de presença, 14 (quatorze) enviaram contribuições e não houve incidentes no curso da AP:

Publico presente:

a. Reuniões Preparatórias:

i. 12/11/2012 – Gestores (12 participantes)

ii. 03/12/2012 – Gestores (14 participantes)

iii. 05/12/2012 – Academia (08 participantes)

iv. 05/12/2012 – Sociedade Civil (09 participantes)

b. Total de participantes nas reuniões preparatórias: 43

c. Total de inscrições pela internet: 122

d. Palestrantes: 19.

e. Assinaturas na Lista de Presença: 148.

8. Apresentações:

a. pelo link:

²⁴ “Ministério Público exige mais vagas para usuários de crack”, Jornal O Globo, 23/02/2013.

http://www.mp.rj.gov.br/portal/page/portal/Internet/Cidadao/Audiencias_Publicas/Realizadas

b. Postagens: 14

9. Sem registros de incidentes no curso dos trabalhos.

Em entrevista para a pesquisa, a Promotora de Justiça encarregada das questões envolvendo saúde mental na Capital explicou que estava realizando visitas aos CAPS AD²⁵, e que no dia 10 de abril de 2013 haveria uma reunião pública para dar prosseguimento às questões discutidas na audiência pública.

Nessa reunião, foi anunciada pela Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Cidadania uma ação civil pública, com o objetivo de afastar por cinco anos das funções políticas o prefeito Eduardo Paes e o secretário municipal Rodrigo Bethlem, em virtude das internações consideradas ilegais²⁶. Todavia, ainda não é possível saber os rumos da ação, ou se a mesma será aceita pelo Poder Judiciário.

2.7.3) O caso das chuvas em Nova Friburgo

Em janeiro de 2011, a Região Serrana do estado do Rio de Janeiro sofreu com fortes chuvas, que ocasionaram mortes e deixaram desabrigadas centenas de pessoas. O Ministério Público atuou de diferentes formas depois do desastre: visitas técnicas, vistorias, recomendações, ofícios, doações e até mesmo através de ações civis públicas. Elegemos aqui o município de Nova Friburgo por ter sido um dos mais afetados e, conseqüentemente, o que teve uma maior atuação do MP.

No dia 13 de janeiro, foi noticiada a participação do MP e seus diferentes órgãos, no atendimento às vítimas da tragédia:

²⁵ Os CAPS AD são Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas.

²⁶ “MP-RJ entra com ação contra Paes por violência contra moradores de rua” (G1 Rio, 11/04/2012); “MP pede cassação do prefeito Eduardo Paes por remoções compulsórias” (Valor, 11/04/2012).

O Procurador-Geral de Justiça, Cláudio Lopes, mobilizou toda a Instituição para o auxílio às vítimas da chuva e a seus parentes. Outros órgãos do MPRJ também estão envolvidos na apuração das informações que envolvem áreas de risco e atendimento a vítimas, no auxílio à montagem de estrutura nos locais atingidos e no levantamento das necessidades materiais e jurídicas. Participam dessas ações os Centros de Apoio Operacional (CAOp's) das Promotorias de Tutela Coletiva, da Infância e Juventude e Cível, o Grupo Especial de Atuação Integrada Regional, a Secretaria-Geral de Administração, a Subprocuradoria-Geral de Administração, o Núcleo de Apuração Criminal (NAC) e a Coordenadoria de Segurança e Inteligência (CSI).

Em 19 de janeiro de 2011, os Promotores de Justiça Vinicius Leal Cavalleiro e Hédel Luis Nara Ramos Júnior, peritos do Grupo de Apoio Técnico Especializado (GATE) e representantes da Coordenadoria de Segurança e Inteligência (CSI), com apoio do Corpo de Bombeiros, fizeram um sobrevoo de helicóptero para verificar a situação das áreas de risco do município após as chuvas. Segundo matéria publicada no site do MPRJ,

Diante da precariedade do abastecimento do abrigo, os Promotores viabilizaram o encaminhamento de mais de duas mil cestas básicas para o local. Também nesta quarta-feira, o MPRJ, junto com a Defensoria Pública e a Magistratura, criou um gabinete para centralizar informações sobre acolhimentos, distribuição de alimentos, cadastramento de famílias e vacinas para a prevenção de doenças.

Os abrigos também passaram a contar com monitoramento por duas médicas integrantes do 6º Centro de Apoio Operacional (CAOp) do MPRJ e assistentes sociais.

Já no dia 20 de janeiro, foi homologado o Termo de Ajustamento de Conduta para a construção do Posto Regional de Polícia Técnico-Científica, que incluiu o novo Instituto Médico-Legal (IML). O compromisso com o MPRJ foi assinado com o Governo do Estado e do Município de Nova Friburgo. Embora a construção de um novo IML em Nova Friburgo já fosse alvo de Ação Civil Pública proposta pelo MPRJ, a situação após as enchentes aumentou a urgência das medidas.

No dia 27 de janeiro, foi noticiado que as duas Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva do Centro Regional de Apoio Administrativo Institucional (CRAAI) de Nova Friburgo, haviam proposto, desde 2003, 21 Ações Cíveis Públicas relacionadas a áreas com risco natural, ou já afetadas por deslizamentos, alagamentos e desmoronamentos,

no Município de Nova Friburgo. Destas, 19 obtiveram liminar da Justiça determinando levantamentos, obras de contenção ou remoções. Contudo, nem todas foram cumpridas, e em alguns casos houve recursos ao Tribunal de Justiça.

Em 28 de Janeiro de 2011, a 1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Nova Friburgo requereu, através de Ação Civil Pública, providências para a desinfecção de cisternas, caixas d água e poços de abrigos em Nova Friburgo. Em 3 de fevereiro, foi noticiada uma nova ACP, desta vez por ato omissivo frente à constatação de diversas impropriedades nas condições dos abrigos que acolhiam os desalojados das chuvas. É importante destacar que esta decisão foi baseada em relatório do GATE sobre visitas ocorridas entre 17 e 20 de janeiro.

A 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Nova Friburgo, por sua vez, instaurou, em 31 de janeiro, inquérito civil com o objetivo de investigar a atuação das autoridades de Saúde do Município na condução das ações contra o surto de leptospirose instalado em Nova Friburgo. O MPRJ requisitou à Secretaria Municipal de Saúde e à Fundação Municipal de Saúde informações sobre a permanência de campanhas que tratem da prevenção da leptospirose; sobre a notificação dos casos; a disponibilidade de exame na rede pública; a expedição de nota informativa à população na imprensa local sobre a doença; entre outras providências.

Além de tudo, expediu uma recomendação ao Diretor-Geral do Hospital Municipal Raul Sertã (HMRS) e à Presidente da Fundação Municipal de Saúde para que providenciassem, em até 48 horas, local adequado para armazenamento de medicamentos na unidade de saúde. A recomendação foi baseada na Informação Técnica 075/11, formulada por peritas médicas do GATE do MPRJ, após vistoria no HMRS em 25 de janeiro. Junto, foi expedido um ofício com pedido de notificação e relatório do cumprimento da recomendação.

Vale ainda marcar que o MPRJ foi posto de coleta de doações de água mineral, alimentos não perecíveis e prontos para consumo, roupas e cobertores, entre outros itens para os desabrigados das enchentes na Região Serrana.

2.7.4) Atuação nas políticas de combate à dengue

A dengue é uma questão de saúde pública recorrente nos noticiários todos os anos, bem como as campanhas de conscientização quanto à prevenção, tratamento e diagnóstico. Em diversos momentos, o Ministério Público atuou no tema, através de recomendações, reuniões, audiência pública e, até mesmo, com uma ação civil pública.

Em fevereiro de 2011, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, por meio da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, promoveu uma Audiência Pública para debater as estratégias de combate à dengue. O encontro, segundo o MP, contou com aproximadamente 60 pessoas e teve representantes da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e da sociedade civil. Essa audiência pública havia sido antecedida por uma série de medidas do MP:

- 1) Em setembro de 2010, o MPRJ havia expedido uma recomendação que culminou com a contratação pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de 1.320 novos Agentes de Vigilância em Saúde para atuarem no combate à dengue em dezembro do mesmo ano.
- 2) Em janeiro de 2011, o MPRJ havia enviado uma recomendação para que o Município do Rio de Janeiro intensificasse o combate à dengue, inclusive com acesso compulsório a imóveis privados. Também o MPRJ organizou reuniões de monitoramento das ações de combate à dengue, exigindo informações sobre municípios sem planos de contingência, quantitativo de leitos de enfermaria e de CTI destinados ao atendimento dos casos graves na ocorrência de uma epidemia, entre outras.
- 3) Em dezembro de 2011, o MPRJ solicitou que a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) apresentasse o Plano de Contingência da Dengue para 2012, com a prestação de contas e todas as ações implementadas para o monitoramento, a prevenção e o atendimento à população.

Segundo notícia publicada no próprio site do MP:

No fim do encontro, as Promotoras de Justiça Anabelle Macedo e Carla Carrubba anunciaram que serão agendadas duas novas reuniões: uma com as secretarias municipais de saúde das demais cidades da Região Metropolitana; e a outra com representantes da rede privada de saúde com as Promotorias de Defesa do Consumidor da Capital, numa atuação intersetorial do Ministério Público do Estado. As Promotoras ressaltaram ainda as reuniões que vêm sendo realizadas juntamente com o Ministério Público Federal visando a garantia de acesso aos leitos de CTI, bem como ao aprimoramento do sistema de regulação de leitos.

É importante dizer que alguns anos antes, em janeiro de 2006, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro ajuizaram uma Ação Civil Pública com pedido de antecipação de tutela contra o Município, o Estado e a União, com o objetivo de garantir o direito à saúde da população, mediante a adequada execução de políticas públicas de controle da dengue. Entre as exigências estavam: contratação imediata temporária de agentes de endemia ou realização dos concursos públicos necessários para provimento das vagas; apresentação do Plano de Contingência; intensificação do controle do vetor nas áreas de risco; ações de educação, comunicação e mobilização social; site com informações atualizadas sobre índices de infestação predial e serviços de saúde para diagnóstico e tratamento da dengue; envio de um relatório quinzenal à Justiça de todas as ações realizadas para o combate ao surto; entre outras. Em dezembro de 2005, a Secretaria Municipal de Saúde já havia recebido uma recomendação para a adoção de medidas para prevenir o surto, mas a mesma não teve resposta.

3. O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Iniciamos este capítulo considerando que a idéia de controle social, incorporada pela Constituição Federal de 1988, está no cerne da participação e deliberação da política de saúde. Historicamente, a noção de “controle social” tem duas perspectivas: 1) a tradicional, segundo a qual a expressão se refere ao controle e normatividade do Estado sobre a sociedade; 2) a mais recente, antagônica à primeira, na qual a sociedade controla as ações do Estado (PEREIRA NETO, 2012). Esta última significação ganhou força no Brasil com a movimentação e organização da sociedade civil pela redemocratização do país, uma vez que

a viabilidade do controle social seria condicionada à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais” (GERSCHMAN, 2004b, p.1674).

Na saúde, mais especificamente, houve uma pressão do movimento da Reforma Sanitária, explicado no primeiro capítulo, pelo estabelecimento de meios formais de controle social. Como explica Gerschman,

O controle social foi concebido como a fiscalização direta da sociedade civil nos processos de gestão da coisa pública e consistiria na apropriação, pela sociedade organizada, dos meios e instrumentos de planejamento, fiscalização e análise das ações e serviços de saúde (GERSCHMAN, 2004b, p.1674).

A participação da comunidade veio, assim, a ser uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, estabelecida no art.198 da Constituição Federal de 1988. A Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, reafirma essa diretriz e em seu artigo 7º, determina que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem atender ao princípio da participação social.

Côrtes (2009), a partir de revisão da literatura, enumera três principais razões para a criação e institucionalização de mecanismos participativos na área das políticas públicas de saúde:

a crise de legitimidade das formas tradicionais de representação de interesses nas democracias liberais; a forte demanda por maior participação direta dos cidadãos no processo político; e o estímulo de agências internacionais de desenvolvimento (CORTÊS, 2009, p.13).

Os conselhos e as conferências de saúde são exemplos de mecanismos participativos, na medida em que se configuram como espaços institucionais de participação da sociedade civil na elaboração e execução das políticas de saúde, além de também serem “espaços de disputa de canais de vocalização de demandas em saúde, no sentido de defini-las como prioridades políticas, assim como de participar da decisão sobre o modo de operacionalizá-las” (PINHEIRO et al, 2010, p.20).

Nesse sentido,

Os conselhos de saúde se inserem nos moldes da reforma de Estado, em instâncias descentralizadas de participação estando vinculados ao Estado, mas com a consciência de sua autonomia, podendo em uma sociedade periférica desestruturada representar o local em que os movimentos sociais de postura participativa realizam verdadeira política pluralista, assentada em práticas não-institucionais e autosustentáveis, que forçam o acolhimento de suas expectativas legítimas pelas decisões do Estado. (Wolkmer, 2001, p.139). (VIDAL, 2010, p.3320)

Contudo, a efetividade dos conselhos como instrumento de controle social tem sido alvo de críticas por parte dos estudiosos do tema:

Tomando as atribuições das conferências, com destaque à proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde, e as atribuições dos conselhos, com destaque à atuação na formulação de estratégias, emerge a nosso ver, uma importante questão: - qual relevância, acumulação de forças e avanços, desde 1990, em função dos mecanismos gestores de políticas de saúde com o objetivo de identificá-los, apropriar a sua compreensão e transformá-los na lógica das necessidades e direitos da população usuária? Desta questão decorrem outras quatro: - com que ênfase, frequência e consistência esse desafio de identificar, compreender e transformar, vem constando nas deliberações dos conselhos e nos relatórios das conferências? –

quais as relações desenvolvidas entre os conselhos e os gestores frente a esse desafio? – qual tem sido a atuação permanente dos conselheiros perante as entidades da sociedade civil por eles representadas, com vistas à informação dos debates e deliberações dos conselhos, voltada para a politização e mobilização? e finalmente, - quais as diretrizes para a formulação de políticas e as estratégias formuladas, geradas pelas conferências e conselhos desde 1990, e dentre elas, aquelas que foram implementadas? (SANTOS, 2009, p.13)

Outra crítica reside na própria dificuldade de implementação das decisões dos conselhos:

Pode-se pensar a normatização dos conselhos enquanto procedimento que se deseja dentro de um sistema de decisão para concretude do direito social à saúde, e seja coletivamente formulada e vinculativa, reconhecendo o direito como programação decisória. Porém, uma vez garantido o processo decisório, como assegurar a coercibilidade das decisões realizadas? A institucionalização mínima pode ser um elemento pensado para tanto, com a atuação em cooperação com outras instituições públicas e reconhecimento pelo Executivo e Judiciário de sua legitimidade, a fim de garantir a imposição eventual (VIDAL, p.3318).

Cortês questiona a “validade de utilizar como referência para análise da natureza da participação normais legais administrativas que estabelecem que eles ‘são’ os fóruns decisórios” (CORTES, 2009, p.20). Para a autora, utilizar as diretrizes legais como parâmetro metodológico impede uma melhor compreensão dos diversos outros condicionantes das relações sociais e processos de decisão sobre políticas públicas:

Mesmo reconhecendo que eles não são ‘o’ lugar de deliberação, pode-se indagar em que medida e de que modo eles participam das decisões políticas setoriais e como os atores sociais e estatais se relacionam e agem no interior desses fóruns (CORTÊS, 2009, p.22).

Um outro ponto que merece ser destacado é que a participação social não deve se restringir aos espaços institucionais formalmente constituídos:

Desde a instituição do SUS, o princípio de participação da comunidade tem se concretizado, sobretudo por meio de mecanismos de representação de interesses, em conselhos e conferências de saúde. Apesar da relevância desses espaços institucionais, de sua importância na consolidação e democratização das políticas de saúde, eles não esgotam o objetivo enunciado com o referido princípio constitucional. Isso porque partimos do entendimento de que a dimensão política da existência humana não se situa num momento exclusivo e delimitado

por dispositivos institucionais. *O caráter político das ações humanas inscreve-se na necessidade de escolher e afirmar determinados valores em detrimento de outros, o que constitui o cerne de toda atividade implicada na produção do mundo propriamente humano e das relações que o configuram*” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012, p.424).

Analisaremos, a seguir, a relação do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro com o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Para isso, primeiramente apresentaremos alguns aspectos da organização e do funcionamento do Conselho Estadual. Em seguida, trataremos de como o Ministério Público aparece nas atas das reuniões dos conselhos e nas falas das entrevistas dos conselheiros, de modo a descrever essa interação entre as duas instituições.

3.1) Composição e organização do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas estabelecidas pela Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, e assim definidos em seu art.1º:

Art. 1. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, Lei nº 8.142/90)

Como pode-se ver acima, os conselhos são compostos por “representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários”. A mesma lei determina em seu Art. 1. § 4º, que a representação dos usuários “será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”.

Esta composição de 50% de representantes da sociedade, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde, e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, foi reforçada pela Resolução 33/1992 e,

posteriormente, pela Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, ambas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

A organização e as normas de funcionamento são definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo conselho. O Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, conforme o art.1 de seu regimento interno, foi constituído pelas Leis Complementares n.º 71, de 15 de janeiro de 1991, e n.º 76 de 28, de janeiro de 1993, modificado pela Lei Complementar n.º 82, de 22 de janeiro de 1996 e pela Lei Complementar n.º 125/09, de 15 de janeiro de 2009.

O CES/RJ é composto por 28 conselheiros e seus respectivos suplentes, sendo 50% (cinquenta por cento) de representantes da sociedade; 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos trabalhadores de saúde; 25% (vinte e cinco por cento) de representantes dos prestadores de serviço ou gestores. Suas atividades enquanto membros não são remuneradas, e, por se tratar de função de relevância pública, é garantida “dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde” (BRASIL, Resolução 333/2003, Terceira Diretriz, X).

Quanto à sua estrutura, o CES/RJ organiza-se em: Colegiado Pleno, Comissão Executiva, Secretaria Executiva e Comissões Técnicas Permanentes e Provisórias.

O último colegiado pleno do CES/RJ, órgão máximo de deliberação do Conselho, teve sua composição determinada na última Conferência Estadual de Saúde, que ocorreu em 2011, conforme reza o seguinte artigo do Regimento Interno do CES:

Art. 6º - O mandato de Conselheiro será coincidente com a realização das Conferências Estaduais de Saúde, convocada ordinariamente a cada em 2 (dois) anos.

O pleno abrange representantes da Secretaria de Estado de Saúde, de universidades públicas, de hospitais privados e filantrópicos, conselhos profissionais, entidades de moradores, trabalhadores da área rural, entre outros, conforme a lista em anexo. Os representantes e suplentes são escolhidos pelas entidades, e seus nomes são

encaminhados para o Secretário Estadual de Saúde, que os submete ao Governador para fins de nomeação.

A Comissão Executiva, por sua vez, é composta por 8 (oito) membros eleitos pelo Colegiado Pleno, sendo 4 (quatro) membros do segmento dos usuários, 2 (dois) membros do segmento dos gestores e 2 (dois) membros do segmento dos profissionais de saúde. Entre as funções da comissão está a elaboração da proposta orçamentária do Conselho, assessorar o Plenário na definição de competências do mesmo, distribuir às Comissões Permanentes, segundo suas competências, os assuntos a serem objeto de deliberação, e registrar e fiscalizar os bens patrimoniais.

Já a Secretaria Executiva é um órgão vinculado ao Gabinete do Secretário de Estado de Saúde, que indica o coordenador administrativo e um corpo técnico e administrativo que será responsável por dar suporte técnico-administrativo para as atribuições do Conselho Estadual de Saúde, às suas Comissões e Grupos de Trabalho. Entre suas funções estão: providenciar o registro em Atas das reuniões do Plenário, providenciar a publicação das Resoluções do CES-RJ no Diário Oficial do Estado, executar os serviços administrativos do CES-RJ, providenciar a atualização de dados e providenciar a expedição dos documentos pessoais de identidade dos Conselheiros, assessorar e participar da execução e do mapeamento do recolhimento de dados e análises estratégicas formuladas pelos órgãos conveniados, organizar o processo eleitoral do CES e participar da organização da Conferência Estadual de Saúde e das Conferências Temáticas, entre outras.

Por fim, as comissões temáticas são grupos de constituição mista, de caráter consultivo, não deliberativo, composta por Conselheiros e membros da Equipe Técnica do CES. Elas podem desenvolver atividades permanentes ou provisórias. Atualmente, o CES/RJ conta com cerca de 20 comissões temáticas, a exemplo da Comissão de Vigilância em Saúde, da Comissão de Saúde da População Idosa, da Comissão das Fundações Estatais e da Comissão Saúde Mental, entre outras. Cada comissão é presidida por um conselheiro e possui um calendário de reuniões próprio.

3.1.1) As reuniões do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

De acordo com o Regimento Interno do CES/RJ, as reuniões ordinárias do Colegiado Pleno acontecem uma vez por mês, de acordo com calendário estabelecido no início do ano. Além das reuniões ordinárias, que independem de convocação, poderão ser convocadas reuniões extraordinárias, conforme o artigo abaixo:

Art. 17 - O Plenário se reunirá, ordinariamente uma vez por mês em datas fixadas em calendário estabelecido mediante deliberação tomada na primeira reunião ordinária do ano após a sua eleição, e extraordinariamente sempre que houver convocação pelo Presidente, ou comissão executiva ou por 1/3(um terço), no mínimo, de seus membros efetivos.

§ 1º - As sessões ordinárias independerão de convocação, uma vez divulgada a resolução fixadora de suas datas, devendo, no entanto ser encaminhada a pauta.

§ 2º - As sessões extraordinárias serão comunicadas por telegrama, no qual se fará constar a pauta, com antecedência mínima de 72 (setenta duas) horas.

Para ocorrer, a plenária depende presença da maioria simples de seus membros, em primeira convocação, e da presença de 1/3 (um terço) dos conselheiros em segunda e última convocação, 30 minutos após a hora marcada. É permitida a presença de cidadãos não-conselheiros nas reuniões, e assegurado seu direito a voz, embora possa haver limitação no número de inscrições.

Em relação às deliberações, estas necessitam de maioria simples de votos dos conselheiros presentes em cada sessão, salvo as relativas a matérias que exigem quorum qualificado de 2/3, conforme o seguinte parágrafo do artigo 17 do Regulamento Interno:

§ 8º - O Colegiado Pleno do CES-RJ deliberará por maioria simples de seus membros nas matérias gerais; exigindo quorum qualificado de 2/3 (dois terços) nas matérias de **Orçamento, Plano Estadual de Saúde, Fundo Estadual de Saúde, aplicação de Recursos de Outras Fontes e Alteração do presente Regimento**; considerando os suplentes que estiverem substituindo o titular, sendo que o voto de cada membro deverá ser sempre aberto e nas matérias especiais será nominal. (grifo nosso)

As reuniões do Colegiado possuem um rito próprio, também descrito no Regimento, e segundo o qual a ata da reunião anterior é lida no início da sessão e submetida à aprovação, podendo sofrer alterações.

Art. 23 - Da ordem dos Trabalhos:

I - abertos os trabalhos, o presidente da reunião determinará ao secretário, se for o caso, a leitura da pauta e da ata da reunião anterior, pendente de aprovação.

II - concluída a leitura, feitas as correções eventualmente indicadas e aprovada a ata, o Presidente da sessão colocará em mesa as matérias da pauta na sequência que dela constarem.

III - qualquer dos Conselheiros poderá propor alteração da pauta, para atribuir prioridade diversa da estabelecida, adotando-se a alteração se aprovada pelo Plenário, salvo as matérias que exijam quorum qualificado citados no parágrafo oitavo do Art. 17.

O Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro possui um sítio eletrônico²⁷ no qual são disponibilizadas informações sobre a composição e estrutura do conselho. Atas e documentos também são publicizados através da página, bem como o calendário de reuniões das diferentes comissões.

3.2) O Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

De acordo com a literatura existente, a atuação do Ministério Público junto aos conselhos de saúde gera tanto um enriquecimento de recursos do ponto de vista da consistência e eficiência na atuação dos conselhos, quanto dá legitimidade ao MP na defesa dos direitos coletivos. A aproximação e interlocução representariam um aprimoramento do Estado democrático, e conformariam o MP “como um espaço de construção de novos arranjos institucionais, democráticos e de cidadania” (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2010, p.61).

²⁷ <http://www.conselhodesaude.rj.gov.br>

Através da leitura das atas de reunião do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e das entrevistas com os conselheiros realizadas ao longo dessa pesquisa, analisaremos a relação do CES/RJ com o MPRJ no período de 2007 a 2012. Essa análise foi permeada pelos seguintes questionamentos: durante as plenárias os conselheiros fazem menção ao Ministério Público? Com qual intenção? Há denúncias de irregularidades durante as reuniões? Essas denúncias são encaminhadas ao Ministério Público? Como os conselheiros caracterizam a atuação do MP?

O tamanho das atas variava bastante, sendo a média de cerca de 25 laudas, que costumam relatar detalhadamente cada fala dos conselheiros. Contudo, é importante destacar a dificuldade de compreensão das atas, por fatores como: 1) erros de pontuação; 2) erros de concordância; 3) preposições usadas indevidamente; 4) frases que não são concluídas; 5) trechos repetidos indevidamente; 6) falta de um padrão de redação e uniformidade nas referências aos conselheiros; 7) erros de digitação; entre outros. Em alguns momentos, foi possível corrigir os erros, mas em outros o entendimento do ocorrido pode ter sido prejudicado.

É marcante, portanto, a necessidade de o Conselho Estadual de Saúde contar com recursos financeiros que lhe permitam a transcrição adequada das reuniões e um correto processo de documentação, organização, armazenagem e publicação. Afinal, esses documentos deveriam estar disponíveis em linguagem clara e inteligível para qualquer cidadão interessado nas reuniões do CES/RJ.

A partir dos critérios explicados na metodologia desta pesquisa, foram encontradas 23 atas (19 atas de reuniões ordinárias e 4 atas de reuniões extraordinárias), sendo que uma analisaremos separadamente, por questões que serão explicadas adiante.

A tabela a seguir mostra o número de referências ao Ministério Público nas 22 (vinte e duas) atas citadas, por segmento e conselheiro. Foram desconsiderados os informes do secretariado. O segmento da sociedade foi o que fez mais colocações durante as plenárias citando o MP, com um total de 33 (trinta e três) momentos. Sendo que o Conselheiro 3 foi o que mais fez referência à instituição (11 vezes). Vale frisar

que em apenas uma ata o Ministério Público aparece como visitante na plenária, através de duas Promotoras de Justiça, como veremos adiante.

TABELA 1 – REFERÊNCIA AO MPERJ NAS ATAS DO CES, POR SEGMENTO E CONSELHEIRO, 2007-2012

SEGMENTO	CONSELHEIRO	N	TOTAL POR SEGMENTO
Gestores	Conselheiro 1	1	1
Profissionais	Conselheiro 2	2	2
Sociedade/usuários	Conselheiro 3	11	33
	Conselheiro 4	6	
	Conselheiro 5	3	
	Conselheiro 6	2	
	Conselheiro 7	2	
	Conselheiro 8	2	
	Conselheiro 9, Conselheiro 10, Conselheiro 11, Conselheiro 12, Conselheiro 13, Conselheiro 14	6	
Visitantes		3	3
TOTAL			39

Considerando que são 7 (sete) titulares e 7 (sete) suplentes integrando o segmento dos gestores, nota-se uma baixíssima participação dos mesmos quando o debate envolve o Ministério Público. Em verdade, o único momento em que um gestor mencionou o MP foi para prestar um esclarecimento aos demais conselheiros sobre uma reunião da SES, mas cujo assunto não estava claro na ata.

Em relação ao segmento dos profissionais de saúde, também apenas um conselheiro (representante do Conselho Regional de Psicologia) se manifestou, em dois momentos distintos. Em um deles, ele avisa que gravará a reunião, valendo-se do que lhe foi dito por uma Promotora de Justiça:

Solicita fazer o registro, em áudio desta reunião e avisa que foi informado pela promotora de justiça Patricia Tavares, presente a esta reunião, que não é preciso autorização e que então, está apenas informando que está gravando. (CES, Ata de 26/10/2012)

Em outro momento, sugere o encaminhamento de uma questão do conselho para o MP:

Em algum momento esse conselho vai ter que encaminhar alguma ação no Ministério Público para o desrespeito do secretário estadual de saúde a decisão do conselho aprovada com unanimidade (CES, Ata de 09/11/2012).

Se, no primeiro trecho, temos o exemplo da referência ao Ministério Público como forma de reforçar o discurso; no segundo caso surge um tom de proposição. Observando isso, cada referência ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro foi classificada pelo seu “tom”²⁸, nas seguintes categorias, conforme a tabela 2:

- informativos: apresentavam informações ou comentários sobre o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro e sua atuação na saúde;
- de proposição: traziam proposta de encaminhamento do objeto de discussão para o Ministério Público;
- de reforço do discurso ou hipercodificação: quando a menção ao MP era para respaldar ou reforçar o argumento do conselheiro.

²⁸ Nossa tipologia partiu do modelo utilizado por Silva et al (2009, p.96).

TABELA 2 – REFERÊNCIAS AO MPERJ NAS ATAS DO CES, POR TOM DE INTERVENÇÃO, 2007-2012

TOM DE INTERVENÇÃO	N
Informativo	19
De proposição	8
De reforço do discurso ou hipercodificação	12
TOTAL	39

Como podemos ver no quadro acima, por 19 (dezenove) vezes a referência ao Ministério Público assume um tom informativo. Em 8 (oito) dessas falas, o assunto trata de cursos, seminários ou oficinas com a participação do MPE. Apenas 3 (três) tratam de reunião de conselheiro com o Ministério Público; e em 9 (nove) momentos, um conselheiro fala aos demais sobre alguma atuação específica do MP em determinada questão da saúde pública, como no seguinte exemplo, em que um conselheiro:

Afirma que não tomou conhecimento de que o Vig-água seja responsabilidade municipal, mas que sabe que deveriam haver quatro laboratórios de saúde pública no estado, conforme aprovado na Conferência de Saúde Pública, e que, como não há, o Ministério Público já está se movimentando para agilizar isso. Diz que não há nem o Vig-água e nem o Vig-solo e afirma que entende que os municípios do interior não possuem capacidade técnica para fazer esse trabalho. (CES, Ata de 09/11/2012, p.21)

Já o tom de intervenção “de proposição” surge 8 (oito) vezes nas atas analisadas. Um momento que merece destaque é o pedido de uma auditoria no próprio Conselho Estadual de Saúde, em virtude de problemas nas atas antigas, conforme nos mostra o trecho da ata da plenária de 29 de fevereiro de 2008:

B.²⁹ novamente encaminha como proposta que os conselheiros devem levar essa irregularidade para conhecimento das

²⁹ Os nomes dos conselheiros citados nas atas foram alterados para preservar sua identidade.

autoridades legais, como o Tribunal de Contas e o Ministério Público. E propõe que se retire essas atas e que a comissão que Rosângela propôs reveja essas atas e encaminhe uma denúncia pública das dificuldades para a autoridade legal. (CES, Ata de 29/02/2008, p.3)

A proposta não foi votada e a reunião foi encerrada por falta de quórum, já que apenas 14 conselheiros estavam presentes. Na reunião seguinte, a questão voltou a ser discutida, sendo a proposta de encaminhamento aprovada:

Antes de prosseguir a votação, o conselheiro B. coloca que desde a gestão passada o CES solicita um técnico específico para redigir as atas; e que o Regimento Interno diz que a ata da reunião deve ser lida na reunião subsequente e isso não vem sendo acatado há algum tempo, portanto, a proposta é de encaminhar as autoridades competentes dando ciência do que está acontecendo no CES e solicitando providências. Conselheira C. propõe que antes do documento ser enviado ao Ministério Público (MP) seja votado nesse pleno, pois segundo ela, o pleno tem sabedoria suficiente para colocar no documento o que quer relatar ao MP. A proposta da conselheira C. foi acatada pela mesa do Pleno. A partir disso, é colocada em votação pela mesa a proposta de dar ciência as autoridades competentes sobre a questão das atas. Sendo aprovada com 16 votos favoráveis, 2 contra e 1 abstenção. (CES, Ata de 07/03/2008, p.3)

Por 3 (três) vezes, as proposições de encaminhamento ao MP envolveram assuntos relativos a conselhos municipais de saúde, como no exemplo abaixo, em que a questão discutida diz respeito ao Conselho Municipal de Nova Friburgo:

Foi reportada pelo conselheiro D. a situação do município de Nova Friburgo, que esteve sob intervenção e que tem pendente exame de prestação de contas, que já caminha por via judiciária, cujos prazos estão esgotando. Com relação ao assunto em questão, o conselheiro D. pediu autorização ao plenário para que possa oficializar na segunda-feira (dia 07/01/2008) ao promotor de Nova Friburgo para prorrogar por mais 30 dias o prazo do processo de Nova Friburgo, já que este iria expirar no dia 7 de janeiro" (CES, Ata de 04/01/2008, p.1)

Houve apenas uma referência direta a uma política pública de saúde discutida na plenária, que foi o recente caso do IASERJ:

O conselheiro E. declara seu voto: “Eu quero deixar registrado, pessoal, que a gente acabou de aprovar a ata onde consta o texto que diz que foi colocado em votação o encaminhamento de interromper qualquer ação no IASERJ, seja a remoção, seja a implosão. Aprovado. Dezesete votos a favor. Nenhum contra e uma abstenção. Isso está nessa ata que a gente acabou de aprovar. Em algum momento esse conselho vai ter que encaminhar alguma ação no Ministério Público para o desrespeito do secretário estadual de saúde a decisão do conselho aprovada com unanimidade (CES, Ata de 9/11/2012, p.11)

Em outros 2 (dois) casos, a indicação de proposição é mais geral, com um aviso aos conselheiros de encaminharem alguns assuntos diretamente ao MP:

O Conselheiro F. coloca como proposta em relação aos relatos de improbidade administrativa, que o conselheiro redija uma carta de punho próprio, citando o que constatou de errado no município e levar a Rua Nilo 194 Peçanha, 26/ 4º andar – equipe do Ministério Público e Tutela Coletiva de Defesa dos Direitos da Cidadania - que investiga improbidade administrativa. Ele propõe que todo conselheiro que souber de improbidade administrativa em seus municípios deve denunciar neste local indicado. (CES, Ata de 17/10/2008, p.5)

O uso do Ministério Público como instrumento de reforço de discurso ou hipercodificação foi bem frequente nas atas analisadas, estando presente em 10 (dez) falas. Esta categoria foi criada a partir da leitura de Wendhausen e Caponi. Em artigo no qual analisam atas do Conselho de Saúde de um município catarinense, elas constataam que “a linguagem era um forte componente da rede de poder, no sentido de aumentar ou, na ausência, de diminuir a possibilidade de governo (poder) de uns conselheiros sobre os outros” (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002, p.1622). Para explicar esses momentos, as autoras utilizam o conceito de hipercodificação:

A hipercodificação é uma operação de extra-codificação, utilizada em situações de comunicação e que permite ao destinatário uma competência discursiva para que responda a uma situação discursiva dada. (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002, p.1623)

Mais especificamente, analisam o aparecimento de hipercodificações ideológicas, caracterizadas pela “utilização corrente de determinados jargões, comuns da área administrativa, médica ou política, que quando apareciam, suscitavam um tipo de reação à platéia, como fazê-la silenciar, por exemplo” (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002, p.1623).

Adotamos esse conceito em virtude de o Ministério Público aparecer como elemento de reforço do discurso dos próprios conselheiros, que invocam o órgão para validar seus argumentos ou como instrumento de poder, na medida em que “ameaçam” procurar a instituição. Em uma ata recente é especialmente recorrente esse tom de intervenção, o que nos fez elegê-la para mostrar como esse aspecto da linguagem e dos discursos impactam as plenárias do CES. De mais a mais, decidimos vê-la separadamente por envolver muitas falas e atores, e ser emblemática em demonstrar a percepção dos conselheiros sobre o uso ou invocação do Ministério Público na resolução de problemas internos do CES.

Em 23 de março de 2012, o conselheiro G.:

Dirige-se ao conselheiro B. e afirma que ele pensa que somente ele conhece o CES-RJ e fala em Ministério Público, mas no fim das contas nada é discutido, nem a Rede que ele tanto quer discutir. (CES, Ata de 23/03/2012, p.4)

Outra conselheira concorda, e reclama do uso do Ministério Público como instrumento de “força”:

A conselheira H. afirma que o conselheiro G. foi muito feliz no que disse a respeito do conselheiro B.. Afirma que respeita muito o conselheiro B., mas que na 14ª Conferência Nacional de Saúde (14ª CNS) ele disse em alto e bom tom que o CES não vale nada. Que tem a sensação de que ele quer medir forças e pede que ele deixe o CES trabalhar, pois a bandeira de defesa da saúde pública é uma só. Que é preciso trabalhar juntos, todos. **Dizer que vai chamar o Ministério Público e que vai parar os trabalhos, atrapalha o trabalho de todos. (CES, Ata de 23/03/2012, p.4)**

Em outro momento da mesma reunião, o conselheiro B. cita uma reunião que teria a presença do Ministério Público, que não ocorreu, e “diz que vai discutir isso com

quem é de direito”, e não com o presidente da mesa, referindo-se, portanto, a algum espaço fora do CES, possivelmente o próprio MP.

O conselheiro B. afirma que parece que é brincadeira com ele, pois estudou minuciosamente o Relatório da 5ª Conferência Estadual. (...) **Continua afirmando que foi acordado em pleno, quando trataram sobre o Relatório da Prestação de Contas, que abririam para o gestor falar e que isso seria na reunião seguinte, com a presença do Ministério Público e o Tribunal de Contas do Estado.** O coordenador da mesa tenta interromper, lembrando que o assunto tratado é outro, mas o conselheiro continua e diz que quando perguntou à Secretária Executiva sobre a convocação desses órgãos ela teria respondido que a ata não havia sido aprovada e fala que a Comissão Executiva deu um golpe e aprovou passando por cima do pleno. **Diz que vai discutir isso com quem é de direito e não com o conselheiro E.,** mas dizer que uma conferência não é balizador de uma discussão é irreal. (CES, Ata de 23/03/2012, p.18)

A discussão era em torno do Relatório Final da 5ª Conferência Estadual de Saúde, que alguns conselheiros, a exemplo de B., queriam rejeitar. Contudo, durante a reunião o tema passou a ser o encaminhamento ou não do problema ao MP:

O conselheiro I. diz que não vai nem entrar no mérito de aprovar ou não o Relatório, mas afirma que está confuso em relação aos outros encaminhamentos. **Que só devem encaminhar documentos e decisões ao Ministério Público quando não há mais nenhuma forma de resolução no conselho.** (...) Diz que o Relatório estará rejeitado, mas **antes de levar ao Ministério Público, onde demora a ser resolvido,** é melhor tentar resolver aqui. (CES, Ata de 23/03/2012, p.20)

Outro conselheiro também reclama da situação:

Diz que não vai entrar no mérito do corporativismo e que não vai servir de respaldo para que **um grupo de pessoas mal intencionadas que querem paralisar o CES levando tudo ao Ministério Público.** (CES, Ata de 23/03/2012, p.20)

O conselheiro G., citado anteriormente, reafirma sua posição:

(...) a menos que existam denúncias graves, não se deve convocar o Ministério Público. (CES, Ata de 23/03/2012, p.20)

O conselheiro B., um pouco depois, responde que

(...) em momento algum, enquanto solicitante de vista, propôs a vinda do Ministério Público para resolver este problema, mas o Relatório não tem solução. (CES, Ata de 23/03/2012, p.20)

Ao final o Relatório é rejeitado com 19 (dezenove) votos a favor, e sem encaminhamento ao Ministério Público. Essa ata ilustra uma crítica do próprio Conselho ao uso do MP como instrumento de força nos discursos de alguns conselheiros. Para a maior parte dos conselheiros estaduais de saúde, o Ministério Público só deve ser chamado a intervir nas questões internas do conselho em último caso.

Essa posição contrasta com um quarto “tom de intervenção”, de denúncia, identificado na ata de 14 de fevereiro de 2012. Nesse dia, estiveram presentes na plenária duas promotoras de justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Em virtude dessa presença, foram realizadas denúncias e reclamações, inclusive relação ao próprio conselho estadual de saúde:

A conselheira **H.** diz que acha ótima a presença das promotoras, pois às vezes há desrespeito. Afirma que um conselheiro chegar ao pleno e distribuir carta, sem assinatura e sem papel timbrado, como fez o conselheiro **K.**, não faz nenhum sentido. Que está ali representando uma entidade e que os documentos devem vir das entidades e que se todos fizerem como o conselheiro citado, não haverá modo de prosseguir. (CES, Ata de 14/02/2012, p.3)

O conselheiro **L.** declara “Interpretação de Regimento Interno cada um tem a sua e o faz como lhe convém. Com relação à minha questão de ordem, quero aproveitar a presença das promotoras para tentar resolver a questão de assédio moral sofrido por alguns conselheiros por parte dos próprios conselheiros. Alguns conselheiros fazem uma pressão danada, com assédio moral sobre conselheiros. Aproveito a presença do Ministério Público para dizer que isso tem que parar. Tem pessoas aqui que são seríssimas realmente, mas aqui são vinte e oito conselheiros titulares e vinte e oito conselheiros suplentes e então, se tem calúnia aqui dentro, quem quiser que denuncie e se explique. Não há prerrogativa de capturar, julgar e condenar. Então faço o apelo que todos nós precisamos cooperar para trabalhar”. (CES, Ata de 14/02/2012, p.6)

Chama a atenção o fato de que na ata do dia 23 de março, posterior a esta, os dois conselheiros acima que “aproveitam a presença das promotoras” criticaram a intervenção do MP nas questões do CES, como vimos anteriormente.

Analisando-se as atas das reuniões do CES, portanto, observa-se que muitas falas envolvem intervenções de caráter pessoal, o que reduz o papel do Conselho na discussão e deliberação de políticas. Nesse cenário, o Ministério Público surge como um agente de resolução de conflitos ou como fonte de referências /parâmetros de ordem relacional entre os conselheiros, muito mais do que como um órgão envolvido na apreciação das políticas de saúde.

3.2.1) A percepção dos conselheiros estaduais de saúde sobre o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro

O Ministério Público pode ter um papel mais ou menos atuante no aspecto da participação social. Asensi, a partir de pesquisa realizada em Porto Alegre, discute como os “relatos apontam que a interlocução entre os saberes e práticas desenvolvidos no interior do MP, gestão e Conselhos permitiu a ampliação das estratégias de efetivação do direito à saúde” (ASENSI, 2010a, p.120). Como citado anteriormente, são exemplos de participação e articulação entre as instituições: realização de audiências públicas, presença de membros do MP nas reuniões dos conselhos de saúde, reuniões com gestores para solucionar demandas a fim de evitar a via judicial, entre outras ações.

Do total de entrevistados da pesquisa, 17 (dezessete) conselheiros do período de 2007 a 2012 responderam a questões sobre a atuação do Ministério Público Estadual. Nenhum entrevistado disse não conhecer o MPE e sua atuação.

Quando perguntados sobre o papel e a atuação do MP, as seguintes categorias principais foram encontradas: o papel de fazer cumprir a legislação; o papel fiscalizador do MP; o papel de apurar denúncias; o papel de conciliador; e a relação do MP com os conselhos.

A questão do cumprimento da “lei”, “ordem” ou dos “interesses do cidadão” aparece outras 6 (seis) vezes nas respostas dos conselheiros:

“Somente para cumprimento da ordem.”

“O MP é um guardião da legislação, tem obrigação de fazer cumprir as leis em defesa do cidadão.”

“Fazer cumprir a lei.”

“Atua no interesse da população, fazendo cumprir os direitos do cidadão.”

“Defende o interesse da população. É a instância superior de decisões do Estado, acima dos interesses políticos. É democrático, se pode recorrer.”

“Só para cumprimento da ordem.”

O papel fiscalizador do MP foi citado em 4 (quatro) respostas, como nos seguintes exemplos:

“Ele atua em cima da formulação/fiscalização das políticas de saúde.”

“Dá uma atenção a todas as políticas de saúde. Contempla/acompanha o andamento das políticas.”

“Acionar o governo do Estado quando esse não atua no interesse público.”

Em outros 4 (quatro) momentos, o órgão foi tratado como responsável por receber e apurar denúncias:

“Acata as denúncias de usuários e conselheiros, chamar o feito à ordem, faz cumprir a lei.”

O papel de conciliador do MP ou o uso de termos de ajustamento de conduta surge 4 (quatro) vezes, sendo que em 2 (dois) discursos o uso “apenas” dos TACs é visto como negativo:

*“Tentar gerenciar denúncias da saúde; **conciliar as partes**”.*

“Redução do conflito na sociedade, incremento da paz.”

“Somente para cumprimento da ordem. Só para aprovar, apenas trabalhando com o termo de ajuste de conduta.”

“Termo de ajuste de conduta (só querem trabalhar assim).”

Já a relação do MP com o conselho de saúde aparece em 4 (quatro) respostas, sendo que 2 (duas) fazem referência à capacitação de conselheiros realizada pelo Ministério Público:

“(…), faz capacitação dos conselheiros e fiscaliza se os conselheiros estão fazendo seu papel.”

“Formação, cursos e participação no Conselho.”

“Acata as denúncias de usuários e conselheiros.”

“Tinha que ser parceiro do CES.”

Outros 2 (dois) conselheiros afirmaram que a participação do MP na área da saúde é baixa:

“Na atual crise do RJ, acho que ele tem baixa participação.”

Além das críticas já vistas, ganha relevo uma resposta na qual o conselheiro salientou a importância do órgão, mas teceu críticas à morosidade do mesmo:

“O MP é um guardião da legislação, tem obrigação de fazer cumprir as leis em defesa do cidadão. Porém, age com morosidade. Os promotores são transferidos antes da conclusão dos processos, o que prejudica a lisura da análise.”

Cabe ainda destacar o discurso abaixo, na qual o Ministério Público é visto como uma instituição confiável e democrática, “acima dos interesses políticos”:

“Defende o interesse da população. É a instância superior de decisões do Estado, acima dos interesses políticos. É democrático, se pode recorrer.”

Quando questionados se já haviam solicitado intervenção do Ministério Público Estadual em relação a demandas do Conselho Estadual de Saúde não satisfeitas pela Secretaria de Estado de Saúde, 12 (doze) conselheiros responderam que não. Os 5

(cinco) que responderam positivamente, invocaram as seguintes motivações: 2 (dois) recordaram de terem solicitado a atuação do Ministério Público quando o ex-deputado estadual e atual Secretário Carlos Minc não cumpriu uma deliberação do CES; 1 (um) disse ter feito “diversas denúncias em relação as manobras políticas no CES”; 1 (um) fez referência a uma questão de aprovação do Plano estadual de Saúde, mas destacou que a solicitação não foi oficial e 1 (um) disse ter entrado em contato com o MP quando estava no conselho municipal de saúde.

Já quando perguntados se o Conselho Estadual de Saúde havia realizado denúncias ou feito solicitações ao MPE, 12 (doze) conselheiros disseram que não. Destes, 7 (sete) haviam respondido “não” à questão anterior. Um entrevistado fez a ressalva de que *“algumas vezes há representantes do MP presentes nas plenárias, mas acho que é mais uma participação apenas do que uma atuação real do MP”*. Outro entrevistado disse saber de entidades sindicais que já utilizaram o MPERJ, mas não as especificou.

Nas 5 (cinco) respostas que afirmaram que o CES havia solicitado a atuação do MPERJ, as situações referidas foram as seguintes:

- 1) *“Contratos/convênios mal feitos; recursos desviados e outros.”*
- 2) *“Comportamento e desvios de verbas (da gestão anterior).”*
- 3) *“Contra irregularidades nos conselhos municipais de saúde de Teresópolis, de Natividade e de Casimiro de Abreu.”*
- 4) *“Falta de planejamento da assistência à população; organização das conferências estaduais de saúde. Até hoje não apresentaram os relatórios e prestação de contas. Apresentamos as deficiências do atendimento à população.”*
- 5) *“No caso do Hospital do Caju, mas houve acordo. Com relação ao IASERJ, o CES encaminhou resolução ao MPE.”*

Ademais, 9 (nove) conselheiros disseram ter participado de reuniões com o MPE e 6 (seis) afirmaram ter estado presente em alguma audiência pública promovida pela instituição. Apenas 2 (dois) conselheiros nunca estiveram em reunião ou compareceram a audiência pública promovida pelo Ministério Público.

3.3) A capacitação dos conselheiros de saúde

A questão da capacitação dos conselheiros é frequente nas entrevistas com os próprios conselheiros e com os Promotores de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

A partir de análise bibliográfica sobre o controle social, Pereira Neto observa que “segundo alguns autores consultados, a desigualdade é um dos pontos que caracteriza a representação política dos três segmentos nos Conselhos de Saúde” (PEREIRA NETO, 2012, p.40). O autor explica que, nessa perspectiva, os representantes de usuários teriam mais dificuldade de acesso à informação e de compreender os temas das plenárias que os representantes dos profissionais de saúde ou gestores.

Essa tese reforça a crítica de Guizardi e Pinheiro sobre a importância da formação política dos cidadãos:

Consideramos o tema da formação política particularmente relevante: como possibilitar condições para que haja sistematização, circulação e legitimidade dos saberes que permeiam a experiência dos sujeitos tradicionalmente aliados do processo político? (GUIZARDI; PINHEIRO, 2012, p.434)

A atuação do Ministério Público surge, nesse cenário, como uma perspectiva de mudança. A própria COPEDS, apresentada anteriormente, tem entre os seus enunciados sobre a terceirização da saúde uma defesa do papel dos conselhos e da importância do MP em seu fortalecimento:

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)

Nas entrevistas com os Promotores de Justiça, contudo, quando questionados sobre o papel do Ministério Público nessa capacitação, foi criticada a visão de que o MP

caberia ao órgão transformar esse cenário. Uma promotora sugeriu que, através de normas legais, as secretarias de saúde tivessem a obrigação de fornecer aos conselhos a capacitação necessária, sem comprometer a autonomia dos mesmos.

Outra Promotora de Justiça destacou a importância dos atendimentos realizados pelo Ministério Público como forma de empoderar os conselheiros, principalmente do segmento dos usuários. Entre 2009 e 2010, a então Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, estabeleceu o Programa extrajudicial “Fala Conselho”, com atendimentos semanais, às quintas-feiras, dos conselhos distritais de saúde. A cada mês, 4 (quatro) conselhos se reuniam com a Promotora para tratar de dificuldades do próprio conselho e de deficiências dos serviços de saúde. Segundo a responsável pelo Programa, os usuários compareciam, e as reuniões representavam um empoderamento maior dos usuários sem vinculação político-partidária, e contribuía para a organização de forças internas no conselho.

Santana destaca três objetivos do Programa “Fala Conselho”, que acabou sendo interrompido por limitações estruturais do próprio MPERJ:

O primeiro é o trabalho conjunto entre os conselheiros e o membro do Ministério Público, visto que é mais fácil para o conselheiro observar se a deficiência que ensejou o procedimento já foi sanada ou não pelo gestor e reportá-la ao promotor. O segundo é o fortalecimento do controle social exercido pelos conselhos de saúde, diminuindo a partidarização política desses órgãos. E o terceiro é melhorar a objetividade dos questionamentos dos conselheiros e incentivá-los sempre a ter uma atuação propositiva, oferecendo propostas ao gestor e ao membro do Ministério Público (SANTANA, 2011, p.71-72).

É importante considerar que, quando falamos em capacitação, não podemos nos render à facilidade do modelo instrumental de comunicação e informação que, segundo Oliveira,

reconhece, de forma peculiar, as diferenças e as diversidades simbólicas e sociais nas arenas públicas dos conselhos, mas dá como resposta a constituição de fluxos verticais de informações cuja preocupação nunca ultrapassa a da simples adequação dos conteúdos informacionais ao universo cognitivo da maioria dos participantes (OLIVEIRA, 2004, p.68).

O autor aposta, ao contrário, em um modelo dialógico de comunicação, no qual não haja apenas um “pólo institucional detentor de maior poder material e simbólico” (idem).

Essa valorização apenas do “discurso competente” que aponta para relações de caráter monológico também foi observada por Wendhausen e Caponi, que propõem “o uso da linguagem em relações que se pretendam dialógicas, a fim de que se tornem um canal e não obstáculo para que os usuários possam exercer o poder” (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002, p.1627)

Há um desafio, portanto, de se estabelecer dinâmicas interacionais dentro dos próprios conselhos de forma a que todos sejam co-participantes desse processo de construção da informação e da comunicação, pois determinadas assimetrias representam verdadeiros empecilhos à concretização da participação social e da cidadania.

Vidal defende a hipótese de que os conselhos de saúde podem funcionar autonomamente como fontes de juricidade, a partir do momento em que se configuram como espaço público de discussão e validação das normas. Esse processo conduziria para uma ampliação do acesso à justiça, inclusive em virtude de relações com outros órgãos, como o Ministério Público:

Na estratégia institucional de atuação dos agentes políticos, como o Ministério Público é imprescindível a parceria com os Conselhos Municipais de Saúde para conhecer a realidade local e promover a melhoria de qualidade de vida das comunidades. E sobre esse enfoque particular deve-se buscar, especialmente no âmbito local de realidades orçamentárias limitadas e dependentes de repasses, a sua viabilidade e que papel deve ter o Conselho (VIDAL, 2010, p.3323).

Em 6 (seis) atas do Conselho Estadual de Saúde foram encontradas referências à relação do Ministério Público com a capacitação de conselheiros estaduais ou municipais.

Em 24 de abril de 2009, foi informada a articulação entre o Ministério Público e o Conselho Estadual de Saúde para a capacitação de conselheiros municipais, na qual o MP, inclusive, solicitou informações ao CES:

A mesa pede que passe para os informes, X. coloca que foi procurada por um procurador do Ministério Público da 6ª seção do Rio de Janeiro, para falar sobre o curso de capacitação e ela expôs que o CES tinha uma comissão, mas que E. que estava presente era membro da comissão de Comunicação e poderia acompanhá-lo. O procurador concordou e foram até lá, onde tiveram uma conversa e foi colocado que eram 3 procuradores, e que os mesmos, estavam muito preocupados com a situação dos conselhos municipais onde atuavam e que **tinham interesse em fazer um curso básico para estes conselheiros sobre legislação. Colocaram, ainda que, tinham muita demanda e que queriam poder ajudar capacitando os conselheiros.** Pediram que o CES enviasse oficialmente todos os documentos (regimento interno, lei de criação) dos municípios: Saquarema, Araruama, Iguaba, São Pedro da Aldeia e Silva Jardim. O CES fez um pacote e deixou a disposição. E. colocou que depois que o Ministério Público aceitou o regimento interno e a lei de criação do conselho, decidiu adiar a oficina que seria dia 13 de maio para junho e vai ser feita uma ação conjunta dos Conselhos municipais e passa para a leitura do segundo informe (CES, Ata de 24/04/2009, p.10).

Em 5 de fevereiro de 2010, houve um informe sobre capacitação de conselheiros municipais de saúde:

Informe do Conselheiro Estadual M., representante do CMS de Teresópolis, Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais de Saúde com o tema: Ministério Público, CMS e Noções Gerais sobre o SUS, no dia 25 de fevereiro de 14h às 18h na Casa de Cultura de Teresópolis (CES, Ata de 05/02/2010, p.2).

No mesmo dia, os conselheiros do CES são informados da data e local do curso de capacitação oferecido pelo MP; e no mês seguinte, o informe é reafirmado:

Segundo Informe: Capacitação dos Conselheiros Estaduais, segundo módulo será no dia 12 e 13 de março no Rio's Presidente Hotel (CES, Ata de 05/02/2010).

X. explica que os conselheiros vão receber e-mail e telefonema para confirmar a participação na capacitação nos dias 12 e 13 de março no Rio's Presidente Hotel (CES, Ata de 05/03/2010, p.2).

Em 16 de julho de 2010, esteve novamente na Ordem do Dia a questão da capacitação dos conselheiros estaduais de saúde. Um dos conselheiros frisa que “a capacitação está fraca e que não teve nenhuma autoridade como o TCU, o TCE e o MP”; e destaca a necessidade dos membros do CES de conhecerem a legislação:

A mesa passa para a Sexta Ordem do Dia: Suspensão dos Módulos de Capacitação dos Conselheiros Estaduais de Saúde. E. faz a leitura da Carta da N. e da O., coordenadoras da capacitação dos conselheiros. E. explica que foi feita uma discussão na Executiva e encaminha que seja feita uma comissão e a mesma apresenta um parecer em 30 dias para apresentar ao Pleno a proposta do que vai ser feito. B. explica que o problema é a grade da capacitação e esclarece que foi um dos poucos que acompanhou a montagem da grade da capacitação e que a mesma não está sendo seguida, também coloca que a capacitação está fraca e que não teve nenhuma autoridade como o TCU, o TCE e o MP. Ainda colocou que os conselheiros têm que se capacitar em legislação e que teve cuidado em colocar todas as necessidades no conteúdo e que não cabe ao gestor conduzir o Controle Social (CES, Ata de 16/10/2010, p.9).

Em 8 de abril de 2011, a questão da capacitação e da articulação com o MP, volta a ser discutida:

O conselheiro P; informa que sua região está com um problema muito sério com relação a saúde, o que vimos na capacitação de conselheiros é que o controle social está sendo colocado de lado, estão sendo esvaziados, e teve uma reunião com o promotor do Ministério Público onde foi questionado de quantos conselheiros tem cargos comissionados, fiz um levantamento sobre o citado e constatei que mais de 50% tem cargos comissionados (CES, Ata de 08/04/2011, p.6).

Em 14 de setembro de 2012, foi citado um Seminário que tinha como tema justamente a articulação entre o Ministério Público e o Controle Social:

O conselheiro Q. fala que houve em Brasília o 1º Seminário Nacional Permanente de Articulação entre o Ministério Público e o Controle Social e que o estado do Rio de Janeiro foi representado pela promotora Carla Carrubba e que, conforme foi dito lá, o Ministério Público deve ser um parceiro dos Conselhos de Saúde (CES, Ata de 14/09/2012, p.3).

Outro conselheiro faz referência ao mesmo seminário, e destaca a importância da capacitação dos conselheiros em legislação:

Conta que ocorreu um seminário com a presença do Ministério Público e que houve a deliberação para que acontecessem seminários sobre este assunto em níveis estaduais e municipais e que isso pode ocorrer sem passar pelo pleno, pois já foi deliberado pelo CNS, e que os articuladores das regiões saberão da aprovação e poderão preparar o seminário. Conclui

afirmando que é preciso fazer um seminário, para os conselheiros estaduais, sobre legislação (CES, Ata de 14/09/2012, p.13).

É importante notar que foram pesquisadas atas do período 2007-2012; e que a primeira ata a tratar do assunto em questão é de 2009, o que coincide com o período a partir do qual a atuação do MP na saúde passou a ser mais intensa.

4. A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO³⁰ E O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) é o órgão responsável por formular, implantar e gerenciar as políticas de saúde, o que, segundo a própria instituição, “inclui o assessoramento aos municípios, a programação, o acompanhamento e a avaliação das ações e atividades de saúde”³¹. Ainda segundo a instituição, seus valores são: humanização, transparência, ética, probidade, responsabilidade, gestão democrática e participativa, compromisso e inovação.

O atual Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sérgio Luiz Côrtes da Silveira, médico cirurgião ortopédico, está no cargo desde o início do Governo Sérgio Cabral, em 2007. Seu antecessor foi Gilson Cantarino O'Dwyer, também médico.

O Secretário conta com a seguinte estrutura: Chefia de Gabinete; Assessoria Parlamentar/Humanização; Assessoria de Gestão; Assessoria de Comunicação; Assessoria de Cerimonial; Coordenação de Campanhas e Eventos.

Além da Subsecretaria Geral, a SES é formada por mais 6 (seis) Subsecretarias: Subsecretaria Jurídica e de Corregedoria; Subsecretaria Executiva; Subsecretaria de Atenção à Saúde; Subsecretaria de Unidades Próprias; Subsecretaria de Vigilância em Saúde; e Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

A Subsecretaria Geral conta 7 (sete) assessorias: Assessoria de Integração Regional; Tecnologia da Informação; Assessoria de Acompanhamento do Pacto pela Saúde; Planejamento; Assessoria de Informação em Saúde; Qualidade; Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa.

³⁰ Embora a Secretaria de Estado de Saúde (SES) tenha, durante um período, sido nomeada Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), optamos por usar esta nomenclatura apenas quando citarmos atos normativos do período em questão.

³¹ Definição presente no sítio eletrônico da SES/RJ.

A Subsecretaria Jurídica e de Corregedoria, por sua vez, conta com as seguintes subáreas: Assessoria Jurídica; Assessoria de Mandados; Assessor Chefe Técnico; Ouvidor Geral; Auditor.

Já a Subsecretaria Executiva é formada por 4 (quatro) superintendências (Orçamento; Suprimentos e Logística; Serviços; e Armazenagem e Distribuição), mais o Fundo Estadual de Saúde e a Assessoria de Contabilidade Analítica.

A Subsecretaria de Atenção à Saúde possui as superintendências: Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; Atenção Especializada, Controle e Avaliação; Regulação; Atenção Básica. Por sua vez, a Subsecretaria de Unidades Próprias possui a Superintendência de Unidades Próprias; a Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão, a Assessoria de Gestão Compartilhada e uma Assessoria Técnica.

Há ainda a Subsecretaria de Vigilância em Saúde, formada pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental e pela Superintendência de Vigilância Sanitária. Finalmente, a Subsecretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde tem 2 (duas) Superintendências (Recursos Humanos e Perícia Médica) e uma Coordenadoria Geral de Educação em Saúde e Gestão.

Para este trabalho, cabe destacar que a Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa (ATGEP), integrante da Subsecretaria Geral, tem a missão de promover a articulação entre governo e sociedade na construção de uma gestão participativa das políticas de saúde e intersetoriais. Seu trabalho ocorre em parceria com as seguintes áreas: Auditoria, Ouvidoria, Planejamento, Área Técnica das Populações em Situação de Vulnerabilidade, Mobilização Social em Vigilância Sanitária e Conselho Estadual de Saúde. Segundo a SES, são eixos-objetivos da ATGEP: Articulação para Promoção da Participação Social; Promoção de Integração Intersetorial e Interinstitucional para uma Gestão eficiente e democrática; Educação Popular e Instrumentalização para o Controle Social; Planejamento Participativo e Transparência; Promoção de Equidade na atenção à Saúde das Populações em Situação de Vulnerabilidade: Saúde da População Negra, População da Floresta, População em Situação de Rua, Privados de Liberdade e Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT).

A seguir, veremos a relação da Secretaria de Estado de Saúde com o Ministério Público Estadual a partir de dois eixos: 1) a percepção dos gestores estaduais de saúde sobre a atuação do MPERJ; 2) as referências ao Ministério Público nas resoluções da SES .

4.1) A percepção dos gestores estaduais de saúde sobre a atuação do Ministério Público

Em entrevista ao projeto, 25 (vinte e cinco) gestores estaduais do primeiro e segundo escalões da Secretaria de Estado de Saúde do período 2007-2012 responderam a questões sobre o Ministério Público Estadual³². Destes, apenas 1 (um) afirmou que o MP não tem qualquer atuação na SES, por ter uma “*visão equivocada da saúde e do papel do SUS*”, mas não explicou o que considerava equivocado.

Quando perguntados sobre as medidas mais importantes do MP na área da saúde, 12 (doze) entrevistados fizeram referência ao acompanhamento e/ou fiscalização de políticas públicas de saúde, e 3 (três) à apuração de denúncias ou atendimento de demandas da população.

Os seguintes casos de atuação do MP foram citados durante as entrevistas: 2 (duas) pessoas fizeram menção ao TAC Neonatal; 2 (duas) fizeram referência à ACP para regulação de leitos de UTI; 2 (duas) à desospitalização de doentes mentais e fechamento de hospitais psiquiátricos; e 3 (três) gestores referiram-se à atuação do MP no combate à dengue, principalmente com reuniões com a SES. Outras áreas de atuação citadas foram: vigilância sanitária; licitação de recursos humanos; e assistência farmacêutica.

³² Todos os gestores dos primeiro e segundo escalões da SES foram convidados a dar entrevista.

Quando questionados se a atuação do Ministério Público levou a mudanças na atuação ou nas decisões da Secretaria, apenas 6 (seis) entrevistados consideraram algum tipo de mudança, além das advindas de termos de ajustamento de conduta ou ações civis públicas: “maior exigência da transparência nas relações comerciais”; “maior fiscalização e controle de ações”; “melhorias na assistência de saúde”; “organização de área específica da tutela coletiva para concentrar o acompanhamento das ações de saúde”; “parceria em projetos”; “disciplinação do uso da estrutura burocrática pública”.

A referência expressa à “judicialização da saúde” ou à “ações/mandados judiciais” esteve presente em 6 (seis) entrevistas. Nessas e em outras respostas, algumas críticas e resguardos foram tecidas em relação ao Ministério Público, em geral alegando “desconhecimento” técnico da instituição sobre o sistema de saúde, como nos seguintes exemplos:

“Na tomada de decisões, judicialização da saúde sem entender a lógica da secretaria. Há reclamação dos municípios com gastos com o tratamento pela interferência do Ministério Público e do Tribunal de Contas.”

“Mas eles (os membros do MP) não tem análise técnica para muitos casos.”

“Mas para resolver os problemas ele cria mais problemas, pois não há muitas vezes como cumprir ordens dadas na saúde. Deveria saber se há condições de se cumprir”.

“Interfere exercendo o papel dele, mas muitas vezes não tem a informação correta.”

Por outro lado, um dos entrevistados afirmou que

A relação está ficando mais saudável. O MP está entendendo melhor a saúde, melhorando a atuação e até fazendo reuniões com o CES.

Outro gestor defendeu que

O MP, quando atua, aponta para a necessidade de superar as barreiras de acesso.

Contatou-se que o discurso dos gestores estaduais de saúde considera a importância da atuação do MP na defesa do direito dos cidadãos à saúde. Contudo, grande parte desqualifica tecnicamente o órgão, ou alega dificuldades administrativas ou orçamentárias de cumprir as demandas.

4.2) O Ministério Público nas resoluções da Secretaria Estadual de Saúde

No Banco de Legislações em Saúde do RJ³³, disponível na página da SES/RJ, foram pesquisadas resoluções publicadas a partir de 2007 que contivessem uma ou mais das seguintes expressões: “ministério público”, “ação civil pública” ou “termo de ajustamento de conduta”. O objetivo dessa busca foi averiguar se o Ministério Público aparecia oficialmente relacionado às decisões do Poder Executivo.

Dos resultados encontrados foram selecionadas 12 (doze) resoluções, conforme os critérios expostos anteriormente, sendo que:

✓ 2 (duas) resoluções dizem respeito à delegação de competências a determinada pessoa para praticar o seguinte ato no âmbito do IASERJ, entre outros: “Ofícios em resposta às requisições de informações e remessa de documentos consignados pelo Ministério Público Estadual, Ministério Público da União, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e autoridades policiais dirigidos ao titular do órgão” (Resolução SESDEC nº 825, de 11 de setembro de 2009 e Resolução SESDEC nº 14, de 25 de janeiro de 2007).

✓ A Resolução nº 10, de 19 de janeiro de 2007, delega competência ao Procurador do Estado, Pedro Henrique Di Masi Palheiro³⁴, Assessor-Chefe da Assessoria Jurídica, para praticar, no âmbito do Gabinete do Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil, a assinatura de expedientes que envolvam “ofícios em resposta às

³³ Página eletrônica: <http://www.legislacaodesaude.rj.gov.br/>

³⁴ Atualmente, Pedro Henrique Di Masi Palheiro é Subsecretário Jurídico da SES, e foi procurado diversas vezes para entrevista, sem sucesso.

requisições de informações e remessa de documentos consignados pelo Ministério Público Estadual e Ministério Público da União”, entre outros.

✓ A Resolução SES nº 363, de 25 de junho de 2012, que dispõe sobre a delegação de competência no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, determina ser de competência do Subsecretário Jurídico e de Corregedoria tanto o recebimento de documentos emitidos pelo Ministério Público, quanto à formulação de ofícios para a instituição:

Art. 7º - Fica delegada competência ao Subsecretário Jurídico e de Corregedoria da Secretaria de Estado de Saúde para a prática dos seguintes atos:

- a) receber ofícios e mandados de intimação do Poder Judiciário
- b) formular e remeter informações ao Poder Judiciário;
- c) receber documentos emitidos pelo Ministério Público, Defensoria Pública e Procuradoria Geral do Estado;
- d) formular e remeter ofícios ao Ministério Público, Defensoria Pública e Procuradoria Geral do Estado;
- e) autorizar a concessão e o pagamento de diárias.

✓ 3 (três) resoluções baseadas em ofícios de encaminhamento de denúncia expedida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, e que determinaram a interdição, suspensão de venda e uso, apreensão ou inutilização de produto alimentício no âmbito do Estado do Rio de Janeiro (Resolução SES nº 447, de 28 de setembro de 2012; Resolução SESDEC nº 284, de 29 de abril de 2008; e Resolução SESDEC nº 278, de 24 de abril de 2008).

Embora oriundas de Promotoria do Direito do Consumidor, essas resoluções são exemplos de atuação do MP na área de vigilância sanitária que repercutiram diretamente em ato administrativo da Secretaria de Saúde.

✓ A Resolução SESDEC nº 287, de 12 de maio de 2008, cria grupos de trabalho para elaboração do Plano de Ação visando o término da intervenção da Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi no ano de 2008, considerando, entre outros motivos, a Ação Civil Pública nº 2002.5101.0031.00-0.

✓ A Resolução SESDEC nº 1318, de 30 de julho de 2010, por sua vez, “transfere recurso para a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito em cumprimento a recomendação conjunta do Ministério Público Estadual e Ministério Público Federal quanto à desinstitucionalização no Hospital Colônia de Rio Bonito”.

A decisão, segundo a resolução foi tomada:

CONSIDERANDO a **recomendação conjunta** ao Coordenador Nacional de Saúde Mental PEDRO GABRIEL GODINHO DELGADO, ao Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil SÉRGIO LUIZ CORTÊS DA SILVEIRA e ao Prefeito do Município de Rio Bonito JOSÉ LUIZ ALVES ANTUNES para que apresentassem plano de ação a ser realizado por cada ente federado, com especificação de prazos de execução, adotando-se medidas efetivas para resolver os problemas apontados, incluindo as providências emergenciais mínimas visando a melhoria do tratamento dos pacientes e a estrutura física do hospital;

CONSIDERANDO o teor do **Inquérito Civil Público nº 1.30.020.000108/2009-16 (MPF) e Inquérito Civil Público nº 006/08 (MPRJ)**, cujos objetos consistem no acompanhamento do processo de desinstitucionalização do Hospital Colônia Rio Bonito;

CONSIDERANDO a Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil estabeleceu diretrizes de desinstitucionalização dos pacientes do Hospital Colônia de Rio Bonito, destacando-se o compromisso de instituição de comissão tripartite para acompanhar a sua execução, a contratação imediata de equipe multidisciplinar por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Bonito, bem como a aquisição de insumos e contratação de serviços de reparos. A garantia de repasse de recursos adicionais de AIH ao Fundo Municipal de Saúde pelo Ministério da Saúde, a transferência imediata de pacientes com quadro clínico com indicação de internação clínica preferencialmente nos municípios de origem dos pacientes sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil assim como a reativação do processo de desinstitucionalização junto aos demais municípios internantes;

CONSIDERANDO o **Termo de Ajustamento de Condutas** assinado entre os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde conforme cópia constante no processo administrativo E08-4901/2010;

CONSIDERANDO a precária situação de abrigamento e cuidado médico provido pelo Hospital Colônia de Rio Bonito descrito nos autos do **Inquérito Civil Público** e no processo administrativo E08-4901/2010. (grifos nossos)

O TAC citado na Resolução foi assinado em 14 de julho de 2010, por: MPF, MPERJ, União, SES-RJ e Município de Rio Bonito. O instrumento faz referência aos inquéritos civis públicos; à vistoria realizada pelo MPF e pelo MPERJ, em 26 de março de 2010; à recomendação conjunta já citada; e a uma série de reuniões, entre elas uma reunião com a participação de membros do MP e representantes dos Conselhos de Profissionais de Saúde.

O Termo estabelece uma comissão tripartite para monitoramento e avaliação contínua do plano de ação de desinstitucionalização dos pacientes do HCRB. Essa comissão foi composta, paritariamente, por: representantes da União, representantes do Estado do Rio de Janeiro, representantes do Município de Rio Bonito e representantes do Conselho Estadual de Saúde. Além do que, determina como medida emergencial a contratação por processo seletivo simplificado de equipes multiprofissionais, entre outras. Os prazos e formas de fiscalização também estão definidos no TAC.

Duas outras resoluções foram publicadas, de modo a prorrogar a transferência de recursos prevista na Resolução SESDEC nº 1318: Resolução SESDEC nº 1494, de 31 de janeiro de 2011 e Resolução SES nº 60, de 10 de agosto de 2011.

Esse exemplo mostra: 1) A possibilidade de atuação conjunta do Ministério Público Federal e do Ministério Público Estadual; 2) a cobrança de medidas de mais de um ente federado, órgão ou instituição; 3) o uso do MP de diferentes instrumentos em um mesmo assunto: inquérito civil público, recomendação e termo de ajustamento de conduta; 4) a resolução extrajudicial da questão.

✓ Por fim, o exemplo mais recente está na Resolução SES nº 400, de 27 de julho de 2012, que institui comissão mista para elaboração do Plano de Contingência para a transferência do atendimento ambulatorial do IASERJ Central para a unidade Maracanã. Os fatores decisivos para esta resolução foram, segundo a mesma:

- o Termo de Cessão firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e o INCA, que teve por objeto a cessão do terreno em que hoje se situa o IASERJ Central;
- **a Ação Civil Pública nº 0021203-93.2012.8.19.0001, ajuizada pelo Ministério Público**, através da qual buscou obter provimento jurisdicional a fim de interromper o processo de retirada dos pacientes

internados no Hospital Central do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro - IASERJ até que se apresentasse Plano de Contingência pormenorizado;

- a decisão da Exma. Juíza da 10ª Vara de Fazenda Pública, que reconsiderou a decisão anteriormente proferida no plantão noturno, tronando possível a remoção dos pacientes e a realocação dos serviços na Unidade Maracanã; e

- a reunião realizada no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, em 25/07/2012, na presença da Promotora Patrícia Silveira Tavares, em que se deliberou sobre a criação da presente Comissão (grifos nossos)

Sobre o caso do IASERJ, antes da resolução acima haviam sido publicadas as seguintes manchetes, entre outras: “Iaserj: Ministério Público exige do Estado provas do cumprimento da decisão judicial que autorizou a transferência de pacientes” (Jornal do Brasil, 17/07/2012), “MP: Estado terá que comprovar que comunicou a transferência de pacientes do Iaserj” (Jornal O Globo, 17/07/2012), “Promotoria investiga transferência de pacientes do Hospital do Iaserj” (R7, 18/07/2012), “MP exige provas de legalidade do ato no IASERJ” (18/07/2012).

Em matéria publicada no site do Governo do Rio de Janeiro, intitulada “Ambulatório do IASERJ começa a funcionar definitivamente no Maracanã”, de 06/08/2012, diz-se que

A decisão foi tomada no dia 25 de julho pela Comissão Mista formada por representantes do Governo do Estado, de servidores do Iaserj e mediada pelo Ministério Público estadual. Na reunião da Comissão, foi apresentada a atual produtividade do ambulatório que funciona no Iaserj Central e discutida a ampliação da capacidade do serviço. A média de atendimentos, conforme informado pela equipe do Iaserj, é hoje de 5.814 procedimentos por mês. Com a migração do serviço para o Iaserj Maracanã e funcionando em dois turnos, o ambulatório terá capacidade para fazer 10.560 atendimentos.

Essa afirmação foi contrariada pelo Sindicato dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho e Previdência Social do Estado do Rio de Janeiro (Sindsprev-RJ):

A secretaria afirmou que uma comissão mista com integrantes do Ministério Público e representantes do Iaserj foi que definiu as etapas de desativação da unidade central. O processo teria sido discutido e acertado entre as partes. No entanto, o Sindsprev-RJ diz que a ação de hoje contraria o ministério "e, também, a liminar da Justiça que permitiu a desativação, porém, determinou que não poderia haver

descontinuidade no atendimento". A mudança de hoje teria sido acertada em reunião realizada no dia 25 de julho. Um novo encontro está marcado para o dia 25 deste mês, segundo a Secretaria de Saúde. (Terra, "Ambulatório do Iaserj é desativado; Sindsprev-RJ reclama", 5/08/2012)

A partir do exposto, encontramos, portanto, apenas 3 (três) casos de tomadas de decisão da Secretaria de Estado de Saúde com base na atuação do Ministério Público, e que apontam para os diferentes instrumentos utilizados pelo MP: 1) o relativo a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, a partir de ACP; 2) a questão da desinstitucionalização no Hospital Colônia de Rio Bonito, a partir de recomendações, inquéritos civis e termo de ajustamento de conduta; 3) o caso do IASERJ, a partir de ACP e reunião com o MP.

Detecta-se que, embora poucas resoluções tenham sido encontradas com referência direta ao Ministério Público Estadual, sua atuação teve repercussões importantes nas políticas de saúde do estado do Rio de Janeiro, apresentando algum impacto sobre as decisões da Secretaria de Saúde. Essencial dizer que aqui constam apenas as resoluções que abertamente consideraram as diferentes formas de atuação do MP, sendo que em outros momentos isso pode ter ocorrido sem constar explicitamente no texto do ato administrativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do exposto, vemos o importante papel desempenhado pelo Ministério Público na tutela coletiva do direito à saúde. Nota-se que o desmembramento da Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva em Saúde da Capital foi essencial para uma melhor organização dessa atuação, visto que anteriormente, o grande volume de trabalho e os poucos funcionários, a despeito de toda a vontade e dedicação pessoal dos membros envolvidos, comprometiam o atendimento a todas as demandas.

Por ser um processo recente, as promotorias ainda estão se estabelecendo, tendo algumas concluído há pouco tempo a correição dos acervos. Nessa nova conformação institucional, mostra-se importante a articulação e o compartilhamento de informações entre os centros de apoio e as promotorias das diferentes áreas de tutela coletiva. Além disso, precisa ser fortalecido o apoio interno do MP, principalmente na resolução de obstáculos estruturais, como falta de pessoal e necessidade de ampliação da equipe técnica, como apontado por uma das entrevistadas. A disponibilidade de informações sobre as ações do MP para a sociedade também é escassa, e impede o acompanhamento dos resultados dessa atuação justamente por quem tem mais interesse.

A relação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro com o Conselho Estadual de Saúde mostra-se tímida quando em contraste com a interação das promotorias com os conselhos municipais de saúde, mais frequente e intensa. Uma das Promotoras de Justiça entrevistadas afirmou que nos últimos três anos reuniu-se apenas duas vezes com o CES. Outra entrevistada apenas assistiu a algumas reuniões extraordinárias do Conselho como ouvinte, mas disse que pretende estabelecer uma maior aproximação. Por outro lado, os conselheiros estaduais de saúde, especialmente o segmento dos usuários, mostraram conhecer o Ministério Público e utilizá-lo, inclusive por questões internas do próprio CES.

No tocante à relação do MPERJ com a Secretaria de Estado de Saúde, as Promotoras de Justiça entrevistadas disseram não haver resistência para reuniões ou informações. Todavia, as seguintes dificuldades foram citadas: descontinuidade de

interlocutores; reuniões extrajudiciais com atores sem condição de decisão; não aproveitamento efetivo do espaço extrajudicial, inclusive com orientação da Procuradoria do Estado para que não sejam realizados Termos de Ajustamento de Conduta; responsabilização dos municípios pelos problemas identificados; omissões ou falta de resposta aos procedimentos.

As entrevistas com os gestores estaduais de saúde caminharam no mesmo sentido. Embora, de um lado, estejam estabelecidas relações interinstitucionais de troca de informações e participações em reuniões; por outro lado essas aproximações não se refletem ou são pouco consideradas nas decisões do Poder Executivo. O mesmo foi constatado nas próprias resoluções do SES. Ademais, os próprios gestores mostram-se reticentes e até mesmo incomodados em relação à interferência do MP nas políticas de saúde.

Mostra-se necessário destacar a relação do Ministério Público com o Judiciário, pois quando há o ajuizamento de ações, duas questões foram citadas pelas Promotoras de Justiça: 1) a falta de celeridade (uma Promotora de Justiça, por exemplo, contou que tem ações de 2002 e 2003, que ainda não foram executadas); 2) a demora dos juízes em julgarem demandas coletivas, quando comparadas a demandas individuais. Essas dificuldades, consideradas mais fortes quando o réu é um ente público, levam os promotores a insistirem em tentativas de resoluções extrajudiciais das demandas. Porém, são poucos os termos de ajustamento de conduta, e apenas uma Promotoria fez uso da audiência pública. Essas questões também são conhecidas pelo Poder Público, e contribuem para que não haja esforços para acordos.

Outro ponto que mereceu reflexão ao longo dessa pesquisa, mas cuja resposta não conseguimos alcançar, é como emponderar os conselhos de saúde, especialmente os segmentos dos usuários, de forma horizontalizada, sem o velho “eu ensino, você aprende”. Embora esse questionamento seja encontrado na literatura pertinente ao assunto, segue sem uma resposta prática e objetiva. Contudo, visível é a necessidade de maior organização dos conselhos, inclusive técnica e administrativamente, pois a falta

de uma boa infraestrutura leva a discussões internas que prejudicam o andamento das plenárias, como ficou evidente pela leitura das atas.

Ademais, a partir deste estudo, podemos pensar outras possibilidades de pesquisa. No início deste projeto, consideramos estudar as diferentes variáveis dos inquéritos civis públicos das Promotorias de Tutela Coletiva em Saúde, tais como: reclamante, reclamado e objeto. Contudo, esse caminho não foi possível em virtude da falta de um sistema de informação adequado que disponibilizasse essas informações. Parece, porém, que após a conclusão da reformulação do sistema do MP e das correções, uma pesquisa desse teor será possível, e esse diagnóstico poderá ser muito útil na identificação dos nós críticos do SUS no estado do Rio de Janeiro, principalmente na capital.

Alguns problemas do sistema de saúde do Rio de Janeiro destacados pelas Promotoras de Justiça foram: mau atendimento dos serviços de saúde; não cumprimento de carga horária por médicos; indefinição do papel de algumas unidades de saúde; falta de continuidade das políticas; problemas de gestão; terceirização dos serviços de saúde; regulação de leitos; desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos; entre outros.

Outra questão importante seria uma pesquisa desse teor junto às Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva dos municípios do Rio de Janeiro não abrangidos pelas PJTCs da Saúde. Considerando que os promotores de justiça dessas PJTC tratam de diversos direitos sociais, é possível que seja identificada uma sobrecarga de processos, ou até mesmo a necessidade de novos desmembramentos.

Inclusive, pesquisas a nível municipal/distrital mostram-se promissoras. As promotoras de justiça entrevistadas, por exemplo, fizeram, como já foi dito, mais referências às articulações do MP com os conselhos municipais que com o CES. No campo das relações interinstitucionais, também podemos pensar novos atores além dos municípios, como o governo federal, associações de diferentes tipos, conselhos de categorias profissionais da saúde, entre outros.

Em suma, muitos são os caminhos e desdobramentos possíveis de pesquisa a partir do panorama aqui descrito. O mais importante é não perder de vista que o processo de (re)construção do SUS e de efetivação do direito universal à saúde previsto na nossa Carta Magna, mesmo em meio a tantos obstáculos, não pode parar. E que essa luta envolve toda a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Alzira Alves de. *O que é o Ministério Público?* Rio de Janeiro: FGV, 2010.

ANDRADE, Eli; MACHADO, Carlos; FALEIROS, Daniel; et al. A judicialização da saúde e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Rev Med Minas Gerais*, 2008; 18 (Supl. 4): S46-S50.

APPIO, Eduardo. *Controle Judicial das Políticas Públicas no Brasil*. Curitiba: Juruá, 2006.

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.

ASENSI, Felipe. *Indo além da judicialização: o Ministério Público e a saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas, Centro de Justiça e Sociedade, 2010a.

_____. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 (1): 33-55, 2010b.

_____. Direito e saúde: três propostas para um direito materialmente concebido. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR; Aloisio Gomes da. (orgs) *Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC, 2011. p. 71-84.

BAPTISTA, Tatiana Wargas; MACHADO, Cristiani Vieira.; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009.

BARCELLOS, Ana Paula de. Constitucionalização das políticas públicas em matéria de direitos fundamentais: o controle político-social e o controle jurídico no espaço democrático. In: SOUZA NETO, C.P.; SARMENTO, D. *A constitucionalização do*

direito: fundamentos teóricos e aplicações específicas. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2007. p.599-635

BARROSO, Luís Roberto. *Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo*. 3ª. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

_____. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. *Interesse Público*, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov. 2007. Disponível em: <<http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/38245>>. Acesso em: março, 2012.

BORGES, Danielle; UGÁ, Maria Alicia. As ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: Características dos conflitos e limites para a atuação judicial. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v.10, n.1, p. 13-38, mar/jul. 2009.

_____. Conflitos e impasses da judicialização na obtenção de medicamentos: as decisões de 1ª. Instância nas ações individuais contra o Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(1): 59-69, jan, 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: fevereiro/2012.

_____. **Plano Nacional de Atuação Ministerial em Saúde Pública** (Manual de Atuação). Disponível em: <<http://www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/repositorio/id/23377>>. Acesso em fevereiro/2012.

_____. **Carta de Palmas em Defesa da Saúde**. Palmas: 7 de agosto de 1998. Disponível em: <http://www.ampasa.org.br/templates/29/conteudo_visualizar_dinamico.jsp?idConteudo=3022&idUser=967&idEmpresa=50&tituloConteudo=CartadePalmas&area=1>. Acesso em: fevereiro/2012.

CASAGRANDE, Cássio. *Ministério Público e a judicialização da política: estudos de casos*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Ed., 2008.

CIARLINI, Álvaro Luís de Araújo. Direito à saúde e respeito à Constituição. In: SANTOS, N.; AMARANTE, P. (org). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p.87-100.

CORTÊS, Soraya Vargas (org). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.385-434.

FERRARESI, Eurico. A responsabilidade do Ministério Público no controle das políticas públicas. In: GRINOVER, A.; WATANABE, K. (org.). *O controle jurisdicional de políticas públicas*. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

FIGUEIREDO, Tatiana; PEPE, Vera; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia. Um enfoque sanitário sobre a demanda judicial de medicamentos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 (1): 101-118, 2010.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): p. 743-752, 2009.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004a.

_____. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, Dez., 2004b.

_____. Políticas de Saúde, Gestão, Intersetorialidade, Regionalização e Participação Social no Estado do Rio de Janeiro. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Edital MCT/CNPq/MEC/ CAPES no. 02/2010b.

_____; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online]. 2006, vol.21, n.61, pp. 177-190.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Participação política e cotidiano da gestão em saúde: um ensaio sobre a potencialidade formativa das relações institucionais. *Physis* [online]. 2012, vol.22, n.2, p. 423-440.

JATAHY, Carlos Roberto de Castro. *Curso de Princípios Institucionais do Ministério Público*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

_____; CHAVES, Marcelo de Pinto. *Organização do Ministério Público para concursos*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; CORREIA, Ludmila Cerqueira; LEÃO, Thiago Marques. Ministério Público e integralidade em saúde: os direitos humanos das pessoas com deficiência. In: LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; PEREIRA, Silvia de Oliveira (orgs.): *Políticas públicas e pessoas com deficiência: direitos humanos, família e saúde*. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 27-46.

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

_____; PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini. Direito à Saúde e Integralidade no SUS: o exercício da cidadania e o papel do Ministério Público. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 49-65.

_____; DAIN, Sulamis. Direito e Saúde: contribuições para o estudo da judicialização. In: ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier - Campus Jurídico, 2012, p. 463-489.

MARQUES, Silvia Badim. Judicialização do direito à saúde. *Rev. Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 2, 2008.

MAZZILLI, Hugo Nigro. *O acesso à justiça e o Ministério Público*. 5ª.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

MAZZILLI, Hugo Nigro. *Introdução ao Ministério Público*. 7ª.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

MENICUCCI, TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7): 1620-1625, 2009.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. et al (org). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435 – 472.

OLIVEIRA, Valdir de Castro. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 2, Ag. 2004.

PAIM, Jairnilson. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia (org). *Saúde e Democracia – A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24.

_____. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup): 1819-1829, 2007.

PARISE, Elaine Martins. O papel do Poder Judiciário e do Ministério Público na implementação das políticas públicas. Dezembro, 2002. Disponível em: <https://aplicacao.mp.mg.gov.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/349/papel%20poder%20judiciario%20e%20mp_Parise.pdf?sequence=1>. Acesso em 29/02/2012.

PEPE, Vera; VENTURA, Miriam; SANT´ANA, João Maurício; FIGUEIREDO, Tatiana; SOUZA, Vanessa; SIMAS, Luciana; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia. Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos “essenciais” no

Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3): 461-471, mar, 2010a.

PEPE, Vera; FIGUEIREDO, Tatiana; SIMAS, Luciana; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia; VENTURA, Miriam. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (5): 2405-2414, 2010b.

PEREIRA NETO, André. *Conselho de Favores - Controle Social na Saúde: A Voz de seus Atores*. Rio de Janeiro: Gramond, 2012.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francini; MACHADO, Felipe; GOMES, Rafael. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araujo de (orgs.). *Construção Social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 13-33.

PINTO, Maria Hilda Marsiaj. *Ação Civil Pública: fundamentos da legitimidade ativa do Ministério Público*. Porto Alegre: Livraria do Advogado Ed., 2005.

RIGAUX, François. *A lei dos juízes*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RITT, Eduardo. *O Ministério Público como instrumento de democracia e garantia constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2002.

ROTUNNO, Angela Salton. *A conformação institucional concreta do Ministério Público: possibilidades de melhoria para o acesso à saúde*. Monografia final de Curso de Especialização em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília, 2003.

_____. Judicialização e juridicização da saúde no Ministério Público. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni (Orgs.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier - Campus Jurídico, 2012, p. 463-489.

SANTANA, Priscila. *Implementação do Direito à Saúde no Município do Rio de Janeiro: Conselho Municipal de Saúde e Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde*. Dissertação de Mestrado - Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. 97p.

SANTOS, Jerônimo Jesus dos. *Termo de ajustamento de conduta*. Rio de Janeiro: Editora Jurídica do Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Lenir. Direito à saúde e Sistema Único de Saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: SANTOS, L. (org). *Direito da Saúde no Brasil*. São Paulo: Saberes Editora, 2010.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. *Rev. Saúde em Debate*, nº 81, V.33, 2009.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e Justiça: A política social na ordem brasileira*. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SARLET, Ingo Wolfgang. Algumas considerações em torno do conteúdo, eficácia e efetividade do direito à saúde na Constituição de 1988. *Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado*: número 11, 2007.

SCHWARTZ, Germano. *O tratamento jurídico do risco no direito à saúde*. Porto Alegre: Ed. Livraria do Advogado, 2004.

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, Marcelo Kunrath; CORTÊS, Soraya Vargas; RÉOS, Janete Cardoso; BARCELOS, Márcio. A dinâmica das relações sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: CORTÊS, Soraya Vargas (org). *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

SOUZA, Motauri Ciochetti. *Ação civil pública e inquérito civil*. 4ª. Ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

VENTURA, Miriam; SIMAS, Luciana; PEPE, Vera Lúcia Edais; SCHRAMM, Fermin Roland. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis* [online]. 2010, vol.20, n.1, p. 77-100.

VIDAL, Denise da Silva. Pensando conselhos da comunidade como fontes de juridicidade. Trabalho publicado nos Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI realizado em Fortaleza - CE nos dias 09, 10, 11 e 12 de Junho de 2010. P. 3311-3326.

VIEIRA, Fabíola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, Abr 2007, vol.41, no.2, p. 214-222.

WENDHAUSEN, Agueda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, 2002, p. 1621- 1628.

YIN, Robert K. Estudo de caso: Planejamento e métodos. 4ª.ed. São Paulo: Bookman, 2010.

ANEXO 1 – Roteiro de Entrevista com Promotores de Justiça do MPERJ

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Projeto: A ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Data:

Local:

Identificação do entrevistado

Nome:

E-mail:

Cargo:

Tempo na profissão:

Tempo de atuação na saúde:

QUESTÕES

1 – Conte sobre sua formação e trajetória profissional.

2 – A senhora já atuou anteriormente em outra área dos direitos transindividuais (meio ambiente, portador de deficiência, educação, patrimônio público...)?

3 – A senhora passou por alguma qualificação específica para atuar na área da saúde?

4 – Como a senhora percebe a atuação do Ministério Público na saúde ao longo dos últimos anos?

5 – Quais são os principais demandantes? Por quais meios e instrumentos essas demandas chegam ao MP?

- 6 – Quais são os principais temas demandados na área da saúde na sua promotoria?
- 7 – Como são registradas e acompanhadas essas demandas?
- 8 - Costuma tentar a celebração de compromisso de ajustamento de conduta na condução de seus inquéritos? Com que frequência?
- 9 - Já realizou audiência pública? Em que fase do inquérito?
- 10 – Que fatores internos e externos facilitam e dificultam a atuação do MP na saúde?
- 11 – Como é a relação do MP com a Secretaria Estadual de Saúde? Que mecanismos de ação e interação são utilizados?
- 12 – Como é a relação do MP com o Conselho Estadual de Saúde?
- 13 - Quais são as principais reclamações e demandas do Conselho?
- 14 - Como a senhora percebe o controle social na saúde?
- 15 - A senhora acha que o MP pode atuar de modo a reforçar o papel dos conselhos?
- 16 - Na sua opinião, quais são os principais problemas e obstáculos do SUS?
- 17 - A senhora indica que mais alguém seja entrevistado para essa pesquisa?
- 18 - A senhora tem mais alguma consideração a fazer?

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada,

Gostaria de convidá-la para participar da pesquisa “A atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro nas políticas públicas de saúde”, desenvolvida por Carolina de Campos Carvalho, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dra. Silvia Gerschman.

O objetivo central do estudo é: Analisar a atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro junto à Secretaria de Estado de Saúde e ao Conselho Estadual de Saúde no que se refere ao controle da formulação e da execução de políticas públicas de saúde.

Esse convite se deve à sua experiência e atuação como Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto sobre a participação do MP na área da saúde e a relação da instituição com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Conselho Estadual de Saúde. A entrevista somente será gravada se houver autorização da entrevistada e durará cerca de 40 minutos.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e a senhora tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. A senhora não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas e o material será armazenado em local seguro. Os nomes dos entrevistados não serão publicados, porém os cargos poderão eventualmente ser mencionados, e por isso o

senhor deve estar ciente de que seu anonimato não estará totalmente garantido a partir da publicação desta pesquisa.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, a senhora poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 196/96 e orientações do CEP/ENSP.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação. Como benefícios da pesquisa, os resultados poderão ser úteis para o Ministério Público, na medida em que tratarão de suas estratégias de atuação, e produzirão conhecimento sobre o tema.

Desde já, agradecemos a atenção e a colaboração.

Cordialmente,

Carolina de Campos Carvalho
Mestranda em Saúde Pública ENSP/Fiocruz - Pesquisadora responsável
Contatos: carolinaccarvalho@gmail.com / (21) 9996-7737
Contato institucional com a pesquisadora responsável:
Comitê de Ética em Pesquisa – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
(Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ CEP: 21041-210,
telefone e fax: (021) 2598-2863. e-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Nome e/ou assinatura do participante)