

A Assistência Integral no Âmbito do Sistema Único de Saúde:
Impossibilidade de Regramentos Administrativos se Sobreponem à
Constituição Federal e Atuação do Ministério Público Diante da
Demanda por Medicamentos

Paulo César Vieira Tavares*

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 assegurou a todos os cidadãos o direito fundamental à saúde, definindo que o Estado tem o dever de garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, os quais devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo-se num sistema único (SUS) organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. Deste modo, se afigura inadmissível negar ao usuário do SUS assistência total às suas necessidades, visando a preservação de sua saúde e vida, mesmo que o atendimento indicado, por médico do SUS, envolva alto custo, como usualmente ocorre em relação a medicamentos excepcionais. Todavia, diante da crescente e desordenada procura da população aos serviços ofertados pelo SUS e considerando que as verbas públicas nesta área ainda são insuficientes, faz-se mister a adoção de medidas que assegurem um atendimento adequado ao paciente, sob pena de prejudicá-lo e de se inviabilizar este sistema público de saúde.

SUMÁRIO: 1. Introdução - 2. O modelo de atenção à saúde na Constituição Federal de 1988 - 3. A saúde como direito fundamental social e a dignidade da pessoa humana - 4. Da integralidade do atendimento no âmbito do SUS - 5. Restrições impostas pelo Estado à

* Promotor de Justiça da Comarca de Londrina, atuando na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais e da Saúde Pública

assistência integral - 6. Atuação do Ministério Público diante da demanda por medicamentos -
7. Conclusão – 8. Referências

1. INTRODUÇÃO

A saúde passou a ser reconhecida como direito fundamental social, constituindo-se num direito de todos e dever do Estado, independentemente da condição econômica da pessoa ou se esta é ou não contribuinte da previdência social, de acordo com a Constituição Federal de 1988.

O avanço constitucional pertinente ao direito à saúde está intimamente relacionado à proteção igualmente constitucional da *dignidade da pessoa humana*, epicentro axiológico de qualquer ordenamento constitucional humanitário, já que não haverá vida digna se a pessoa não estiver gozando de saúde.

O legislador constituinte reconheceu que são de *relevância pública as ações e serviços de saúde* (art. 197 da CF), reforçando, assim, a exigibilidade do direito à saúde, atribuindo-lhe o caráter de serviço público essencial. Ao mesmo tempo, conferiu-se ao Ministério Público a função de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados nesta Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia (art. 129, inciso II, da CF).

Não raro, o Poder Público deixa de oferecer a terapêutica prescrita pelo profissional do SUS, argumentando, equivocadamente, que protocolos de conduta e regulamentos técnicos devem invariavelmente prevalecer frente às demandas, principalmente em relação aos medicamentos excepcionais, de alto custo.

Por outro lado, é sabido que as prescrições médicas, muitas vezes, se apresentam incompletas, razão pela qual, se apresenta como fundamental que se analise criteriosa e prudentemente tais pedidos, exigindo-se justificativas plausíveis e sustentação científica isenta – cabendo ao Ministério Público tarefa crucial nesta área -, visando-se proteger o usuário e o próprio SUS.

2. O MODELO DE PROTEÇÃO À SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Com o advento da Constituição Federal de 1988, o Brasil, finalmente, ingressou na era da *Seguridade Social*, cujos objetivos são a valorização, a proteção, a segurança e o bem-estar da pessoa humana, sendo alicerçada em três pilares, aparecendo a *saúde* como um deles, ao lado da previdência e da assistência sociais.

A *saúde* constitui-se, pois, num subsistema do sistema da *seguridade social*, para efeito de disciplina própria e caracterização dos seus elementos constitutivos essenciais: atividade preventiva e serviços assistenciais; produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de interesse para a saúde; teor nutricional dos alimentos; meio ambiente; saneamento básico; formação de recursos humanos; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador (arts. 198 e 200 da CF e arts. 5º e 6º da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90).

A saúde, neste contexto, passa a ser reconhecida como um direito fundamental social (art. 6º da CF).

A *universalidade* constitui-se num dos objetivos deste modelo de proteção à saúde, que deve oferecer serviços e ações de saúde a todos, indistintamente. Esta universalidade, da cobertura e do atendimento, caracteriza-se igualmente como sendo um dos princípios do modelo constitucional da Seguridade Social que se aplica à Saúde (art. 194, § único, inciso I, da CF).

O segundo objetivo da Seguridade Social aplicável à *Saúde* diz respeito à uniformidade e equivalência dos serviços às populações urbanas e rurais (art. 194, § único, II, da CF), já que a saúde é para todos, não podendo existir qualquer discriminação; devendo a proteção ser oferecida no grau máximo, pois se almeja a redução do risco doença e de outros agravos, com acesso universal e igualitário às ações e serviços, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde.

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

A Lei nº 8.080/90 detalha o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo-o (art. 4º) e trazendo seus princípios e diretrizes, objetivos e atribuições.

No que se refere ao financiamento do SUS, a Lei Maior, no seu art. 198, parágrafo 1º, prevê como este se verificará, nos termos do art. 195, havendo uma conjugação de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. A rigor, esta questão do financiamento só foi “resolvida” com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que assegurou o mínimo de recursos necessários para o custeio das ações e serviços públicos de saúde, vinculando necessariamente recursos financeiros da União, Estados, Distrito Federal e Municípios aos gastos em ações e serviços públicos de saúde.

Entretanto, verifica-se que a quase totalidade dos Estados-Membros, que deveriam destinar anualmente 12% de seu orçamento para o setor, não cumpre a Constituição Federal; sendo que, segundo dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), estes entes da Federação deixaram de aplicar, no ano de 2005, nada menos que R\$ 3,45 bilhões¹. Destacando-se que as diferentes interpretações sobre a definição de gastos em saúde só acabarão com a aprovação do Projeto de Lei Complementar 01/2003, que regulamenta a referida EC 29/2000.

3. A SAÚDE COMO DIREITO FUNDAMENTAL SOCIAL E A DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

Inicialmente, frise-se que dentre tantas inovações trazidas pela Constituição Federal de 1988, sem dúvida, a que mereceu maior destaque está relacionada aos direitos fundamentais. A começar pela sua posição no texto constitucional: localiza-se na sua parte inicial, aparecendo antes mesmo das normas relacionadas à organização do Estado.

Ao mesmo tempo, a Lei Fundamental consagra o princípio da *dignidade da pessoa humana* como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, inc. III), significando dizer que tal princípio alimenta e está presente em todos os direitos fundamentais, já que é por meio destes que tal princípio é concretizado.

Em relação à *saúde*, ela está prevista como direito fundamental no atual texto na Carta Magna (art. 6º) pela primeira vez na história constitucional brasileira.

¹ Folha de S. Paulo de 11.3.07, C6, cujo Relatório do Siops aponta que RS e MG foram os que menos investiram na saúde, 4,99% e 6,87%, respectivamente, aparecendo o PR em 6º lugar (8,86%), deixando de aplicar na área R\$ 274 milhões.

Destarte, com a definição da saúde como direito fundamental social, abriu-se o caminho para que todos os cidadãos brasileiros pudessem dele usufruir, na medida em que a saúde passa a caracterizar-se como um direito público subjetivo, o qual é garantido pela existência do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 198 da CF), que se apresenta como meio pelo qual o Poder Público cumpre seu dever na relação jurídica de saúde, que tem no pólo ativo qualquer pessoa e a comunidade, uma vez que o direito à promoção e à proteção da saúde passa a ser tratado como um direito social pessoal e também como um direito social coletivo.

Sendo a saúde direito de todos e dever do Estado, havendo a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, pouco importa a condição social e econômica do paciente para que este receba *atendimento integral* junto ao SUS.

Sem dúvida, este avanço constitucional pertinente ao direito à saúde está relacionado à proteção igualmente constitucional da *dignidade da pessoa humana*, que, nas palavras de **INGO WOLFGANG SARLET**², constitui-se no “*fio condutor de toda a ordem constitucional, sem o qual ela própria acabaria por renunciar à sua humanidade, perdendo até mesmo a sua razão de ser*”.

4. DA INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS

A Constituição Federal assegura a *integralidade* das ações e serviços de saúde na esfera do SUS.

Como se afirmou, garante-se o *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (art. 198, II, da CF).

A Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, no seu art. 7º, II, anuncia que este sistema público de saúde deve seguir, além das diretrizes constitucionais e de outros princípios, o da “*integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*”.

² A Eficácia dos Direitos Fundamentais, Livraria do Advogado Editora, Porto Alegre, 2005, p. 442.

A este respeito, **Guido Ivan de Carvalho** e **Lenir Santos**³ lecionam que “a assistência implica, como se enuncia, atenção individualizada, ou seja, **para cada caso**, segundo as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade” (grifo no original).

Por sua vez, é garantida a *assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica* (art. 6º, I, d).

Deste modo, pode-se dizer que a *integralidade* é um dos princípios mais importantes do SUS, ao lado da universalidade e igualdade da assistência.

Como leciona **Gilson Carvalho**, médico sanitário e um dos idealizadores do SUS⁴, “eu diria que estão em pé de igualdade a universalidade (o para todos) e a integralidade (o tudo). O “tudo para todos” é uma diretriz-princípio do SUS que se constitui no maior dos desafios. O “para todos” é menos ameaçado que o tudo. O tudo sofre ataque dos dois lados: de quem quer restringi-lo sob vários aspectos e de quem quer turbiná-lo ao ponto do inexecutável. Quando o Movimento da Reforma Sanitária pensou o sistema de saúde baseado na própria experiência e em sistemas de outros países, imaginou uma integralidade regulada. Nela se faria só o tudo que tivesse base científica devidamente evidenciada e que seguisse o padrão ético”.

Neste sentido, **Marlon Alberto Weichert**⁵ afirma que “a integralidade implica, pois, no dever de serem oferecidos serviços integrais à saúde, qualquer que seja a doença ou agravo. Vale dizer, o cidadão tem o direito a tratamento para qualquer patologia, ainda que de extrema complexidade e de elevado custo (...). No caso da rede do SUS, a integralidade é princípio constitucional e fundamenta, inclusive, a obrigatoriedade do poder público oferecer serviços em todas as especialidades e complexidades, mesmo quando não rotineiramente incluídas na sua lista de serviços. Não pode o Poder Público deixar de prestar adequado atendimento, ainda que se trate de mal raro”⁶.

Portanto, verifica-se que o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS obriga o Poder Público a ofertá-los *integralmente*, não importando o custo destes serviços, algumas vezes relacionados a patologias raras, que exigem o uso de medicamentos de última geração, não necessariamente inseridos na Lista Oficial do SUS ou

³ Sistema Único de Saúde, Hucitec, 2ª. edição, 1995, pág. 77.

⁴ Radis – Comunicação em Saúde, nº 49, setembro de 2006, pág. 48 – Publicação da Fundação Oswaldo Cruz

⁵ Saúde e Federação na Constituição Brasileira, Lumen Juris editora, 2004, pág. 170

⁶ Essa vem sendo a orientação jurisprudencial firmada pelo STF acerca desta matéria, como se vê no RE 509569, de 1º.2.07, Rel. Min. CELSO DE MELLO, e mais RTJ 171/326-327, Rel. Min. ILMAR GALVÃO AI 462.563/RS, Rel. Min. CARLOS VELLOSO AI 486.816-AgR/RJ, Rel. Min. CARLOS VELLOSO AI 532.687/MG, Rel. Min. EROS GRAU AI 537.237/PE, Rel. Min. SEPÚLVEDA PERTENCE - RE 195.192/RS, Rel. Min. MARCO AURÉLIO - RE 198.263/RS, Rel. Min. SYDNEY SANCHES RE 237.367/RS, Rel. Min. MAURÍCIO CORRÊA RE 242.859/RS, Rel. Min. ILMAR GALVÃO - RE 246.242/RS, Rel. Min. NÉRI DA SILVEIRA RE 279.519/RS, Rel. Min. NELSON JOBIM RE 297.276/SP, Rel. Min. CEZAR PELUSO RE 342.413/PR, Rel. Min. ELLEN GRACIE RE 353.336/RS, Rel. Min. CARLOS BRITTO AI 570.455/RS, Rel. Min. CELSODEMELLO, v.g..

registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Evidentemente, a indicação deste tipo de medicamento deve ser consistente e acompanhada de suporte científico isento e sério.

É natural e necessário que, diante da crescente demanda por serviços do SUS e das suas limitações financeiras, que a Administração Pública imponha regras pertinentes à organização administrativa e operacional (de fluxo) do sistema; não devendo, tais regramentos administrativos, por óbvio, prejudicar o exercício pleno do direito fundamental à saúde.

5. RESTRIÇÕES IMPOSTAS PELO ESTADO À ASSISTÊNCIA INTEGRAL

Se se pretende manter e aperfeiçoar o SUS para que este seja cada vez mais universal, humanizado e de qualidade, é salutar que se procure racionalizar as suas crescentes despesas, todavia, não se pode admitir certas objeções à *integralidade* do atendimento que deve imperar no sistema.

Há uma tendência estatal em refutar tal *integralidade*, sob o argumento de que o art. 196 da Carta Magna não tem o alcance e a dimensão que a ele se pretende conferir e que o SUS não pode atender a situações individualizadas e sim à efetivação de políticas públicas que alcancem à população como um todo, sob pena de se enfraquecer o sistema público de saúde e diminuir a possibilidade de serem oferecidos serviços de saúde básicos ao restante da população⁷.

Data venia, absolutamente não procede este posicionamento, o qual não guarda sintonia com os preceitos constitucionais já mencionados e com a referida legislação infraconstitucional, e que vem contribuindo para a judicialização da saúde – expressão que sintetiza a ida crescente ao Poder Judiciário, para que o Estado financie principalmente medicamentos excepcionais.

Com efeito, é possível afirmar que o art. 196 da Constituição Federal (que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado) tem o alcance e a dimensão compatíveis com a *dignidade da pessoa* humana e que, portanto, a sua abrangência é a mais ampla possível, sendo norma constitucional de eficácia plena.

⁷ Entendimento inclusive da Ministra do STF Ellen Gracie Northfleet, cf. decisão monocrática proferida na Suspensão de Tutela Antecipada do Estado de Alagoas, DJU n. 43, de 5.3.07.

Ao se estabelecer que a *integralidade* da assistência constitui-se num conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema (art. 7º, II, da Lei nº 8.080/90), conclui-se que o SUS está obrigado a ofertar desde serviços de saúde de atenção básica (primária) até aqueles mais sofisticados e complexos, mesmo que de alto custo e para atender situações individualizadas.

Por exemplo, no campo da assistência farmacêutica, sem dúvida o mais procurado pela população, mesmo havendo a necessária *Política Nacional de Medicamentos* do Ministério da Saúde, que estabelece *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas* para cada patologia, o Estado, em face da *integralidade* da assistência, não poderá negar o fornecimento de certos medicamentos absolutamente necessários para a preservação da vida e da saúde do paciente usuário do SUS e que eventualmente não estejam incluídos nestes regramentos administrativos. Consta-se que muitos destes Protocolos não estão sendo periodicamente atualizados à luz dos avanços técnico-científicos que ocorrem em cada especialidade médica, sem contar que algumas patologias ainda não foram contempladas com Protocolos.

À evidência, estes regulamentos técnicos devem ser respeitados como regra, como ponto de partida de um sistema ainda em construção, que não pode admitir desperdícios de suas verbas.

Ocorre que, não raro, o usuário do SUS apresenta uma patologia extremamente grave, cujos médicos assistentes, também do SUS, acabam prescrevendo o uso de algum medicamento excepcional, geralmente de alto custo e relacionado muitas vezes à doença rara, que freqüentemente deixam de constar da Lista do SUS, sendo tal prescrição acompanhada de suporte científico isento que recomende o seu uso, inclusive com demonstração de sua eficácia para determinado tratamento.

Neste caso, injustificável se apresenta, pois, a negativa do Poder Público em fornecer tal medicação excepcional não-oficial, ainda que informado que os medicamentos oficiais utilizados pelo usuário não provocaram os efeitos desejados ao longo do respectivo tratamento.

Diante deste quadro, onde se apresentam Relatórios Médicos sustentando a importância do uso da medicação excepcional para a preservação da vida e saúde do paciente – documentos estes que devem estar acompanhados de estudos científicos que atestam sua eficácia -, não há por que o Estado negar o fornecimento de tal medicamento.

Ao contrário do que se possa alegar, todo cidadão brasileiro tem direito a um sistema público de saúde que lhe ofereça tecnologia e medicamentos de última geração, já que se deve sempre respeitar a *dignidade da pessoa humana*, buscando assegurar o *bem-estar* do paciente e sua *qualidade de vida*.

Exatamente isto foi o que desejou o Legislador Constituinte, ao assegurar a todos o *direito à saúde* e um *sistema público de saúde* que oferecesse *atendimento integral* diante do tratamento indicado.

Não se nega a importância dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, os quais têm o objetivo de estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, critérios de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação.

Entretanto, quando tais documentos não contemplam medicamentos de eficácia comprovada que podem salvar vidas ou garantir melhor qualidade de vida ao usuário, fica evidente que, neste caso, tais documentos devem ser desconsiderados, ainda que excepcionalmente.

Não se despreza a necessidade do sistema público de saúde em regular o atendimento que é ofertado aos seus usuários, os quais devem se sujeitar à sua organização, parâmetros e protocolos de conduta e regulamentos técnicos, estes devidamente atualizados.

Com efeito, ao se defender a integralidade do atendimento, não se pretende que o sistema público de saúde atenda irrestritamente à população e sim demonstrar que é necessário tratar o individual da mesma maneira que se deve cuidar o coletivo: com humanização e equidade, já que ambos devem receber idêntica atenção. A Constituição Federal não autoriza negar atendimento de alto custo ao usuário do SUS, desde que comprovada necessidade, sob o argumento de que tal despesa pode torná-lo inexecutável: medidas administrativas deverão ser adotadas para atender este usuário.

6. ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO DIANTE DA DEMANDA POR MEDICAMENTOS

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

Ademais, é preciso ressaltar que se vive hoje no Brasil uma cultura altamente medicalizante, onde o sistema de saúde é organizado numa concepção predominantemente curativa, sendo que a população muitas vezes exige do médico uma prescrição, ignorando que o remédio não é a cura para todos os males e que mudanças de hábitos de vida, alimentação e outras terapias podem solucionar muitos dos problemas de saúde.

A propósito, segundo dados divulgados no *Encontro Nacional para Implementação da Política de Uso Racional de Medicamentos*⁸, realizado em abril último, os números do uso de medicamento no Brasil são assustadores: 15% da população consome 90% da produção farmacêutica; de 25% a 70% dos gastos em saúde correspondem a medicamentos; de 50% a 70% das consultas médicas são geradas receitas, mesmo que o pacientes não necessitam de medicamento, o que tem causado muitas intoxicações por uso indevido; 75% das prescrições médicas tem utilização errônea de antibióticos que levam na maioria dos casos a pessoa a adquirir uma resistência bacteriana; e que somente 50% dos pacientes usam medicamentos corretamente.

Além disso, é sabido que muitos profissionais do SUS acabam receitando novidades influenciados pela propaganda dos laboratórios e que o mercado privado faz pressão para que novas tecnologias sejam incorporadas ao SUS. A propósito, o Conselho Federal de Medicina já iniciou o debate sobre a relação entre os médicos e a indústria farmacêutica⁹.

Diante desse quadro, o Ministério Público deve ser cada vez mais prudente e cuidadoso quando pleitear administrativa ou judicialmente medicamentos em favor da população usuária do SUS que o procura.

É preciso que este órgão provoque os Gestores de Saúde e hospitais conveniados ao SUS no sentido de que estes obriguem os seus profissionais médicos a fundamentar, de forma convincente, prescrições envolvendo medicamentos que não estão

⁸ Boletim Informativo da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, ano X, nº 39, junho/julho de 2006, pág. 8.

⁹ Medicina – Conselho Federal, ano XXI, nº 159, abril/maio/junho/2006.

incluídos nos *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas* ou nas *Listas Oficiais de Medicamentos*.

Devendo estes médicos do SUS apresentar esclarecimentos acerca dos outros medicamentos (oficiais) utilizados pelo paciente e seus efeitos, e os benefícios e riscos do novo medicamento, além dos estudos científicos (sérios, necessariamente isentos) que sustentem a sua prescrição e relatório, juntando as publicações respectivas.

Se possível, o agente ministerial deverá contar com a assessoria de um profissional médico, para que não fique refém do profissional do SUS e possa decidir com segurança em favor do usuário, buscando garantir o *uso racional de medicamentos*, entendido como sendo aquele que assegura ao paciente o uso do medicamento correto e adequado, na dose e no tempo certo.

Estes cuidados, além de proteger a saúde do paciente, são fundamentais para se preservar o SUS como patrimônio da sociedade. Ainda mais porque o financiamento do SUS é por demais fraco: se gasta em saúde menos que R\$ 1,00 por dia por habitante, sendo que os recursos públicos destinados à saúde significam apenas 3,2% do PIB – Produto Interno Bruto, correspondendo a patamares inferiores que os da Bolívia, Colômbia e África do Sul, entre outros países.

Ademais, frise-se que o Governo Federal anunciou um contingenciamento de R\$ 16,4 bilhões para o orçamento da União para 2007, sendo que a Saúde a área mais prejudicada, atingida que foi pelo bloqueio de R\$ 5,7 bilhões de um orçamento que já era insuficiente¹⁰.

Ora, se a demanda por medicamentos vem aumentando indiscriminadamente no país (inclusive motivada por interesses exclusivamente comerciais) e se todas as evidências estão a demonstrar a insuficiência dos gastos em saúde no Brasil, havendo notório baixo financiamento para o SUS, torna-se imperioso que o Ministério Público – que deve procurar sempre fortalecimento deste sistema público de saúde - adote uma postura mais criteriosa e prudente quando se defrontar com um pedido de medicamento, principalmente quando se tratar de medicamentos excepcionais, de alto custo, visando proteger a saúde do usuário do SUS, além de impedir o enfraquecimento deste patrimônio da sociedade chamado SUS, de longe o principal responsável pela saúde da população brasileira.

¹⁰ Radis – Comunicação em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, n° 55, março de 2007, págs. 8/12.

7. CONCLUSÃO

À luz do exposto, depreende-se que o direito à saúde trata-se de direito fundamental social que beneficia a todos, indistintamente, cuja efetividade é imprescindível para que a pessoa tenha uma vida digna, e que é por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que o Estado deve tornar efetivo este direito, proporcionando aos seus usuários um atendimento médico, hospitalar e farmacêutico de forma integral, em respeito à plenitude deste direito.

Assim sendo, não é possível que o Poder Público, no âmbito do SUS, negue a prestação de serviço de alto custo, notadamente aquele relacionado ao fornecimento de medicamento excepcional, uma vez comprovada documentalmente a sua absoluta necessidade para a preservação da vida e saúde do usuário do sistema público de saúde, mesmo que ao arrepio de seus protocolos de conduta e regulamentos técnicos, os quais não podem se sobrepor à Constituição Federal.

Por outro lado, deve o Ministério Público buscar assegurar sempre o *uso racional de medicamentos*, para o bem-estar do paciente e para a preservação do próprio SUS, diante da crescente e desordenada demanda por medicamentos e da insuficiência dos recursos públicos aplicados na área da saúde.

8. REFERÊNCIAS

BOLETIM INFORMATIVO DA SAÚDE, Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, ano X, nº 39, junho/julho de 2006.

CARVALHO, Guido Ivan e SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde**. 2ª. edição. São Paulo: Hucitec, 1995.

FOLHA DE S. PAULO, de 11 de março de 2007.

MEDICINA – CONSELHO FEDERAL, ano XXI, nº 159, abril/maio/junho de 2006.

RADIS – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE, Fundação Oswaldo Cruz, números 49 (setembro de 2006) e 55 (março de 2007).

SARLET, Ingo Wolfgang. **A Eficácia dos Direitos Fundamentais**. 5ª. edição. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2005.

WEICHERT, Marlon Alberto. **Saúde e Federação na Constituição Brasileira**. Rio de Janeiro: Lúmen Juris Editora, 2004.

* Promotor de Justiça da Comarca de Londrina, atuando na Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos e Garantias Constitucionais e da Saúde Pública

Disponível em: <http://www.mp.pr.gov.br/eventos/tspauloc.doc>

Acesso em: 6 de junho de 2007