



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARECER Nº 811/2012 – AGU/CONJUR-MS/LFGF-AVA

ASSUNTO: o instituto da solidariedade passiva aplicado de forma irrestrita às ações judiciais de saúde. Crítica.

EMENTA: SUS. RESPONSABILIDADE DOS ENTES PÚBLICOS EM DEMANDAS JUDICIAIS REFERENTES A MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS. INSTITUTO DA SOLIDARIEDADE PASSIVA. INAPLICABILIDADE. PANORAMA JURISPRUDENCIAL, CONSTITUCIONAL E LEGAL. A DESCENTRALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. REPARTIÇÃO DE ATRIBUIÇÕES ENTRE OS ENTES POLÍTICOS QUE O COMPÕEM.

RELATÓRIO

Senhor Consultor Jurídico,

Cuida-se de parecer referente à responsabilidade “solidária” da União, dos Estados e Municípios para figurar no polo passivo de demanda concernente ao fornecimento de medicamentos.

Com efeito, verifica-se o crescimento, ano a ano, do número de ações judiciais relativas ao fornecimento de tratamentos e medicamentos pelo poder público, que têm sido propostas ora em face de um único réu (União, Estado, Distrito Federal ou Município), ora em face do maior número possível de entes políticos. Ademais, as decisões judiciais em tais ações, não raro, imputam obrigação indistintamente sobre todos os réus ou, quando buscam realizar uma distinção de responsabilidades, o fazem levando-se em consideração critérios econômicos, deixando para segundo plano os argumentos jurídicos.

PARECER Nº 811/2012 – AGU/CONJUR-MS/LFGF-AVA



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este cenário, que decorre primordialmente do entendimento de que a responsabilidade na prestação do direito à saúde seja sempre solidária, tem gerado situações curiosas, de modo que a parte autora pode propor idêntica demanda na Justiça Estadual ou Federal, tanto pela conveniência do autor, que decide em face de que ente(s) irá demandar, como também pela existência de jurisprudência favorável ao pleito do autor pelo juízo perante o qual a ação é proposta, sendo que os juízos estaduais ou federais podem reputar-se competentes ou incompetentes para o julgamento da ação proposta.

Tais situações por vezes têm levado a conflitos de competência entre os juízos da justiça estadual e federal, o que se reveste de grande gravidade ao se considerar que, até a resolução da questão processual, pode o direito pleiteado em juízo (direito à saúde) vir a perecer.

Observa-se que o entendimento de que a prestação do direito à saúde, no tocante ao fornecimento de medicamentos e tratamentos, seria obrigação solidária entre os entes políticos tem gerado situações díspares em que ora se impede a pronta apreciação do direito que se reputa violado, ora se permite que a identificação do órgão jurisdicional competente para tal apreciação seja delimitada por fatores estranhos ao regramento processual.

Sendo assim, sob o ponto de vista estritamente processual, a ampla liberdade de decidir em face de qual ente se litigue, e não em face daquele que esteja institucionalmente obrigado à prestação material pretendida, acaba por possibilitar a multiplicidade de pedidos, em diferentes órgãos do Poder Judiciário, sem que seja possível se aferir conexão, litispendência, coisa julgada ou mesmo a concessão de duplo benefício, em detrimento de todo o sistema público de saúde.

Há, portanto, a necessidade de se traçar parâmetros objetivos quanto às atribuições, competências e responsabilidades de cada um dos entes políticos que compõem o Sistema Único de Saúde, a fim de que se possa delimitar, claramente, em face de que ente (s) se deve demandar e, consequentemente, quem irá apreciar o litígio.

Busca-se com o presente parecer, desconstituir a tese de solidariedade irrestrita entre os entes políticos na prestação do direito à saúde, no tocante ao fornecimento de medicamentos e tratamentos, com ênfase na



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

abordagem infraconstitucional da questão e na explanação sobre as políticas públicas existentes.

É o relatório.

FUNDAMENTAÇÃO

1. INAPLICABILIDADE DA SOLIDARIEDADE PASSIVA IRRESTRITA DOS ENTES PÚBLICOS AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

1.1) PANORAMA JURISPRUDENCIAL.

A questão referente à solidariedade passiva entre os entes políticos e legitimidade para figurar no polo passivo de demandas concernentes ao fornecimento de medicamentos não tem se mostrado totalmente pacífica na jurisprudência pátria, mesmo no âmbito do STJ, consoante se verifica nas seguintes decisões:

“SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. EXECUÇÃO DIRETA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. ILEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO FEDERAL.

I - A Primeira Turma deste Superior Tribunal de Justiça vem decidindo pela ilegitimidade da União para figurar em ação para fornecimento gratuito de medicamentos.

II - A competência da União está adstrita à gestão federal do SUS, repassando os recursos financeiros, cabendo então aos Municípios e, supletivamente, aos Estados, a aquisição e a adequada dispensação de medicamentos. Precedente: (AgRg no REsp nº 888.975/RS, Relator p/ Acórdão Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, DJ de 22.10.2007).



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

III - Agravo regimental provido. (AgRg no Ag 879.975/RS, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, Rel. p/ Acórdão Ministro FRANCISCO FALCÃO, PRIMEIRA TURMA, DJe 14/04/2008)

ADMINISTRATIVO. AGRAVO REGIMENTAL. FORNECIMENTO DE REMÉDIO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS.

(...)

3. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça consolidou-se no sentido de que "o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade solidária da União, Estados-membros e Municípios, de modo que qualquer dessas entidades têm legitimidade ad causam para figurar no pólo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso à medicação para pessoas desprovidas de recursos financeiros" (REsp 771.537/RJ, Rel. Min. Eliana Calmon, Segunda Turma, DJ 3.10.2005).

4. Agravo regimental não provido. (AgRg no Ag 907.820/SC, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, , DJe 05/05/2010)

"PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. AÇÃO MOVIDA CONTRA ESTADO. CHAMAMENTO DA UNIÃO AO PROCESSO. CPC, ART. 77, III. INVIABILIDADE.

1. A hipótese de chamamento ao processo prevista no art. 77, III do CPC é típica de obrigações solidárias de pagar quantia. Tratando-se de hipótese excepcional de formação de litisconsórcio passivo facultativo, promovida pelo demandado, não comporta interpretação extensiva para alcançar prestação de entrega de coisa certa, cuja satisfação efetiva não comporta divisão.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

2. Recurso Especial improvido. (REsp 1125537/SC, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA TURMA, DJe 24/03/2010)

Percebe-se que há vozes na jurisprudência pátria, inclusive no âmbito do STJ, que reconhecem a inexistência de solidariedade passiva irrestrita entre os entes que compõem o SUS, por exemplo, quando se conclui pela ilegitimidade de um dos entes (regra geral, da União) para figurar no polo passivo de demandas cujo objeto seja a prestação de um direito à saúde, o que se tem observado, sobremaneira, quando a ação versa sobre assistência farmacêutica.

1.2) DO INSTITUTO DA SOLIDARIEDADE

A definição de obrigação solidária pode ser extraída da dicção do art. 264 do Código Civil, que assim dispõe:

“Art. 264. Há solidariedade, quando na mesma obrigação concorre mais de um credor, ou mais de um devedor, cada um com um direito, ou obrigado, à dívida toda.”

Depreende-se da leitura do dispositivo supra que a solidariedade comporta uma obrigação: a) com pluralidade de credores ou devedores; b) em que cada um destes possui, respectivamente, um direito ou uma obrigação à dívida toda.

A solidariedade passiva é caracterizada pela possibilidade de se exigir a totalidade da obrigação de apenas um dos vários devedores, ou de todos, ficando a critério único e exclusivo do credor qual a melhor conduta a ser adotada.

Assim, cumprida a obrigação por apenas um dos devedores, a extinção da obrigação a todos os demais aproveita. Valioso trazer à baila, além do dispositivo acima citado, a regra trazida pelo art. 275 do Código Civil.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 275. O credor tem direito a exigir e receber de um ou de alguns dos devedores, parcial ou totalmente, a dívida comum; se o pagamento tiver sido parcial, todos os demais devedores continuam obrigados solidariamente pelo resto.

O adimplemento da obrigação originária por apenas um dos devedores faz nascer uma “nova obrigação”, em relação a todos os demais devedores que não concorreram com o adimplemento. Neste particular e para que não exista dúvida, valioso trazer a lição de Maria Helena Diniz (in Teoria Geral das Obrigações, 18ªed., Ed. Saraiva, p. 173):

É mister salientar que só há solidariedade nas relações entre co-devedores e credor. Com o adimplemento da prestação ter-se-ão relações internas, isto é, entre os próprios coobrigados, nas quais partilhar-se-á a responsabilidade pro rata, pois cada devedor só será obrigado à sua quota-parte.

Aliás, a previsão do art. 283 do Código Civil não discrepa da argumentação supra, senão vejamos:

Art. 283. O devedor que satisfaz a dívida por inteiro tem direito a exigir de cada um dos co-devedores a sua quota, dividindo-se igualmente por todos a do insolvente, se o houver, presumindo-se iguais, no débito, as partes de todos os co-devedores.

Ressalte-se também que a solidariedade é um instrumento historicamente afeto ao direito privado, o que acarreta a ausência de critérios claros para que seja aplicado em relações de direito público, e, conquanto seja um instituto de direito material, repercute no âmbito do direito processual, no que tange à legitimidade da parte.¹

¹ Nesse sentido, é importante frisar que o simples reconhecimento da legitimidade para o ente federativo figurar no polo passivo do processo, por ser meramente uma condição da ação, não leva necessariamente ao reconhecimento de solidariedade, porquanto esta diz respeito a uma discussão do mérito da causa e, portanto, posterior à análise da existência de determinada condição da ação. No presente estudo, importa-nos apenas a solidariedade passiva, haja vista que é essa forma de solidariedade que tem sido imputada ao Sistema Único de Saúde na grande maioria das decisões judiciais.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Prosseguindo na apreciação do instituto da solidariedade, merece destaque o artigo 265, do CC/2002, que dispõe que: *“A solidariedade não se presume; resulta da lei ou da vontade das partes.”* Para a existência de uma responsabilidade solidária, portanto, exige-se expressa disposição de lei ou de acordo entre as partes.

Em relação ao Sistema Único de Saúde, como se verá adiante, todo o seu regramento está contido em disposições normativas (constitucionais, legais e infra-legais), de modo que para que se pudesse falar em solidariedade passiva irrestrita dos entes políticos na prestação do direito à saúde, necessário seria que alguma norma – constitucional ou legal – relativa à responsabilidade no âmbito do SUS, imputasse uma obrigação única aos entes que o compõem, tendo em vista que não se admite, por expressa disposição do artigo em comento, que se presuma a existência da solidariedade.

De fato, não se pode negar que o receio em se expor a tese da inexistência de responsabilidade solidária no âmbito do SUS, o que ocorre até mesmo entre os procuradores dos entes públicos que, apesar de afirmarem tal tese, o fazem – comumente – com um certo temor de que sua postura seja sentida como uma tentativa, a qualquer custo, de eximir o ente que defende da responsabilidade que lhe compete no âmbito do SUS. Receio semelhante possuem os órgãos do Poder Judiciário, que procuram não tratar a exclusão de um ente político do polo passivo como um reconhecimento da tese da inexistência de solidariedade, a fim de que não se vincule a ela em seus ulteriores julgados.

Tais posicionamentos são compreensíveis, quando considerado que o direito que está em discussão (saúde) é visto como parte integrante do direito à vida e à dignidade. Contudo, há de se convir que, se a obrigação solidária se caracteriza justamente pela possibilidade de qualquer dos devedores ser demandado pelo credor, no momento em que se exclui um daqueles do polo passivo da demanda, é logicamente dedutível que se reconheceu a inexistência de uma responsabilidade única, de uma solidariedade passiva irrestrita, ainda que não tenha sido o termo utilizado na defesa do ente excluído, e mesmo que textualmente se negue o julgador a assumi-lo.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Passemos, então, à apreciação, em separado, das disposições constitucionais e legais, dando ênfase às últimas, que versam sobre responsabilidades dos entes que integram o SUS, a fim de que se possa demonstrar a inexistência da aludida solidariedade em âmbito normativo. Frise-se tal apreciação deve ser feita primeiramente de modo a focar a ideia de descentralização do sistema como diretriz da qual se parte para a conclusão de inexistência de solidariedade irrestrita, a partir da análise de disposições legais e da política pública de saúde vigente, derivada das disposições constitucionais e legais sobre o tema.

1.3) A DESCENTRALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ DO SISTEMA.

O Sistema Único de Saúde, criado pela CF/88, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de setenta, sendo que o texto constitucional, no art. 196, dispõe 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.”*²

² A interpretação que se tem feito é no sentido de que se a saúde é dever do Estado, este genericamente considerado (e assim por expressa disposição do citado artigo 196), não há que se traçar divisão de responsabilidades entre os entes políticos no âmbito do SUS; compondo, todos, em único plano, a figura estatal – mencionada no dispositivo – a qual compete garantir o direito à saúde. No entanto, o texto constitucional não se utiliza do termo solidariedade, fazendo menção ao “dever do Estado”. É certo que a expressão “solidariedade” não é indispensável à caracterização de uma obrigação solidária; entretanto, tem-se observado um cuidado pelo legislador, talvez em função da própria dicção do artigo 265 do CC (segundo o qual a solidariedade não se presume) de sempre mencionar expressamente a solidariedade nos textos de lei quando pretende imprimir à obrigação, sobre a qual se legisla, tal característica.

De todo modo, ainda que se admita que a não inserção da expressão “solidariedade” (ou outra similar) no artigo 196, da CF, não implique necessariamente em sua ausência, é de ser ressaltado que, por outro lado, nada indica que tenha sido intenção do constituinte a sua instituição,

Ressalte-se que a mera expressão “dever do Estado” não implica, por si só, no reconhecimento da obrigação solidária (como pretendem os defensores da tese da solidariedade passiva no âmbito do SUS). Basta observar que em diversas outras oportunidades, o texto constitucional consagrou expressões



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ademais é fato histórico que o movimento sanitarista, cujo surgimento remonta aos anos 60 do século passado, teve influência determinante na elaboração do texto constitucional, no que respeita às disposições pertinentes à saúde. No livro “A Construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo”, em que se apresenta o movimento sanitarista com enfoque na descentralização e na consolidação do SUS, consta o seguinte:

(..) A descentralização compreende diferentes instâncias de poder: federal, estadual e municipal. Por exemplo, dentro da concepção estrutural do Sistema Único de Saúde, que abrange Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, cada uma dessas instâncias, com atribuições diferenciadas, atende às especificidades da estrutura de poder das diferentes partes do território nacional, bem como dos interesses dos grupos sociais nelas localizados.

(...)

A municipalização, por sua vez, é um processo de descentralização da gestão pública na esfera do governo local, tendo como pressuposto o entendimento de que as políticas públicas se concretizam nesta instância, em que está localizada a população a que devem atender.

Portanto, também aí, a sua formulação, gestão e fiscalização constituem a base de um sistema em que à esfera estadual cumpre definir políticas públicas, geri-las, executá-las e fiscalizá-las como conjunto das especificidades, interesses e necessidades de cada

semelhantes, sem, contudo, que tenha havido interpretação, pelos juristas, no sentido de que se estava por instituir uma obrigação solidária entre todos os entes políticos.

A título de exemplo, podem-se citar os incisos XXXII, LXXIV, LXXIV, todos do artigo 5º, da CF. Por acaso alguém questiona que quando se diz que o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor, não se está por afirmar que todos os entes que representam o Estado Federado terão as mesmas responsabilidades na defesa do consumidor? Bem como que, quando se afirma o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos, não se está por dizer que a União, o Estado e os Municípios prestarão todos, de forma única, tal assistência, sem que considere em que âmbito ela será necessária? Parece-nos, portanto, equivocado o raciocínio de que a expressão “dever do Estado” contida no artigo 196 tenha o condão de, por si só, atribuir ao direito à saúde a característica de obrigação solidária.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

estado-membro da Federação. À instância federal, por sua vez, compete cumprir as mesmas atribuições de fixar políticas públicas para o conjunto do território da Federação, em especial concentrando o poder de normatização e financiamento que sustenta o controle político, pois a maior parte dos impostos é por ela recolhida.³

O texto mostra a descentralização como decorrência da própria escolha do Sistema Federativo e demonstra o que pretendeu o movimento sanitário com ela: atender a “estrutura de poder das diferentes partes do território nacional”. Ressalte-se que o SUS, criado pela CF/88, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se construindo e recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e pelo Conasems (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde). O SUS deve, portanto, ser reafirmado constantemente, como política de Estado, e respeitar suas diretrizes constitucionais e legais.

Dessa forma a criação de um sistema único de saúde, em obediência ao inserto no art. 198 da Constituição⁴, foi erigida sob o princípio basilar da descentralização, com direção única em cada esfera de governo. Concebeu-se um sistema em que as ações e serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada e integrada, com serviços preventivos e assistenciais, com participação, inclusive da comunidade, financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios, nada impedindo que tais recursos provenham também de outras fontes.

³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 26.

⁴ Art. 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única de cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III– participação da comunidade. (grifamos)



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Assim, dentre as diretrizes do SUS instituídas pela Constituição de 1988, merece relevo, a que impõe a descentralização das ações e serviços de saúde, porquanto foi o meio eleito pelo constituinte para a viabilização das demais diretrizes insertas no texto constitucional, apresentando-se como verdadeiro sustentáculo do sistema.

Com efeito, considerando o princípio da unidade da Constituição, não há dúvidas de que a intenção do constituinte originário não foi o estabelecimento de um dever de prestação à saúde a recair, indistintamente, sobre todos os entes federativos, sob pena de desrespeito ao o campo de atuação de cada ente, alargando-lhe de modo indevido, em inobservância ao âmbito de competência estabelecido na Constituição.

De fato, em contraposição à antiga forma de prestação de saúde aos cidadãos brasileiros (que se dava de forma bastante restrita, via de regra, apenas aos contribuintes do Sistema), buscou-se o estabelecimento de uma estrutura em que toda e qualquer necessidade de saúde da população pudesse ser identificada e tratada. Para tanto, sobretudo quando consideradas as dimensões continentais de um país como o Brasil, seria necessário que se desse prevalência à execução das ações de saúde por parte dos entes que se achassem mais próximos à população, o que só seria possível a partir da criação de um sistema descentralizado. Assim, todas as ações e os serviços de saúde devem ser, por força da Constituição, planejados e executados a partir de um norte bastante claro: a descentralização.

Tamanha a importância da descentralização no texto constitucional que no art. 30, VII, dispõe que compete aos Municípios “prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”.

Observe-se que esse dispositivo não só confirma a intenção do constituinte de fixar a descentralização, como também a eleva a seu nível máximo na organização do Sistema Único de Saúde, já que atribui aos Municípios, ente mais próximo dos cidadãos, a competência para prestar, de modo direto, o atendimento à saúde da população.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Acerca da importância do princípio da descentralização, vale destacar o seguinte trecho do livro *Saúde e Federação na Constituição Brasileira*, de autoria de Marlon Alberto Weichert:

O princípio da descentralização dos serviços e ações de saúde refere um objetivo e um vetor a serem gradativamente implementados. É um princípio que se articula com o da regionalização e hierarquização, indicando que os serviços devem ser primordialmente executados pelos Municípios.(...)

Com a descentralização, o SUS remete a execução das ações e serviços públicos de saúde para os entes locais, que, próximos da população, possuem a melhor condição de avaliar as necessidades mais prementes e desenvolver as condutas mais eficazes de prevenção e tratamento. (...)

O SUS, ao combinar o princípio da descentralização com o da hierarquização, acaba por adotar internamente, relativamente à execução dos serviços, o princípio da subsidiariedade, no sentido de atribuir aos Estados e à União somente as tarefas que Municípios e Estados, respectivamente, não puderem executar satisfatoriamente, ou não requeiram dimensão regional ou nacional.⁵

Observe-se que o artigo 30, VII, da CF, está inserido no mesmo capítulo do artigo 23, assim redigido:

“Art.23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I- (...)

II – cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.”

É imperioso destacar que competência comum não se confunde com responsabilidade solidária. Isto porque, embora toda solidariedade comporte uma

⁵ WEICHERT, Marlon Alberto. *Saúde e Federação na Constituição Brasileira*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2004. p. 166-167.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

competência comum aos devedores, nem todos os obrigados a uma prestação comum são necessariamente devedores solidários. É possível – e essa, aliás, é a regra – que haja um comprometimento único por parte dos devedores, mas que cada um deles concorra com uma parcela específica de obrigação, complementar a dos demais, mas que com elas não se confunde.

Assim é que se pode dizer que a competência comum contida no artigo 23, II, da CF importa em que as ações voltadas ao cuidado à saúde devem ser garantidas com a participação de todos os entes que compõem o Sistema, sem que isso implique, contudo, em uma mesma gama de atribuições para cada um deles. É nesse sentido que se deve compreender o direito de todos (artigo 196) à saúde: **competete aos entes políticos de forma comum (art. 23, II, da CF) assegurá-lo; porém, sua execução deve dar-se com observância do princípio da descentralização (art.198, da CF), com prevalência da prestação do atendimento à população pelo ente que está mais próximo do cidadão (art.30, VII, da CF).**

Conforme se demonstrou, é possível obter o mesmo resultado quando se avalia a questão a partir de uma interpretação histórica, apenas a título de complementação à interpretação sistemática já realizada. Conclui-se, destarte, que não existe menção na Constituição Federal à solidariedade no âmbito do SUS – seja por uma análise de dispositivos isolados, seja por meio de uma interpretação sistemática ou mesmo histórica do texto constitucional – cabe prosseguir na análise da normatização legislativa.

1.4) DISPOSIÇÕES LEGAIS: Da Divisão de competências entre os entes federados na atenção em saúde no âmbito do SUS.

Após o advento da Constituição Federal de 1988, numerosas foram as iniciativas, no plano jurídico institucional, voltadas à promoção plena do direito à saúde, merecendo relevo a Lei nº. 8.080/90, que, ao regulamentar o disposto nos art. 196 e seguintes da CF/88, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e a competência dos órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A estrutura física e organizacional do sistema de saúde brasileiro faz dele um sistema misto, público e privado, sendo o SUS regido pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990 e o sistema de saúde suplementar, pela Lei 9.656/98. O SUS é, portanto, um sistema de saúde pública que garante assistência gratuita a toda a população e governa com interfaces federal, estadual e municipal, e é regido por princípios e diretrizes.

A União, os Estados e os Municípios são os gestores do SUS, com responsabilidade, competência e legitimidade para orientar e organizar as políticas de saúde pública brasileiras, pautadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Por meio dessas políticas são disponibilizados procedimentos, medicamentos e outros insumos importantes, visando o tratamento e a redução das principais doenças e agravos da população brasileira.

A Lei Maior estatui que o SUS perfaz um sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo o princípio da descentralização uma diretriz dos serviços públicos de saúde (artigo 198). A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) possui disposição neste sentido:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;(…)

Assim, a gestão do SUS se dá em três esferas - a municipal, a estadual e a federal -, que têm suas respectivas competências e abrangências e contam com suas instâncias intergestoras (as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite) e seus Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional), sem



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

contar com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Com efeito, a Lei 8.080, de 1990, ao estabelecer competências e atribuições dos organismos que integram a rede do Sistema Único de Saúde, concedeu aos Estados e Municípios a execução de serviços e ações, consoante versa a Lei 8.080/90:

Seção II

Da Competência

Art. 16. A **direção nacional** do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
 - a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;
 - c) de vigilância epidemiológica; e
 - d) vigilância sanitária;
- IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;
- V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À **direção estadual** do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À **direção municipal** do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

(grifamos)

Com efeito, todo o marco jurídico dado pela Lei 8.080/90, aqui representada pelos dispositivos em destaque, denota a preocupação em positivar, primeiramente, a obrigação comum dos entes políticos (art.23, da CF): a cada obrigação de um ente, corresponde uma obrigação complementar por parte dos demais. Ademais, destaca-se o claro objetivo de se estabelecer uma escala gradativa e crescente de concretização do direito à saúde à medida que se perpassa pelas atribuições da direção nacional do SUS em direção às atribuições da direção municipal do Sistema (arts 30, VII e 198, da CF).

Ademais, a título de informação, é de se ressaltar a **recente regulamentação da Lei 8.080/80 por meio do Decreto nº 7.508/11**, que permitirá uma melhor compreensão e, conseqüentemente, maior facilidade no momento da implementação das ações e serviços de saúde, de conceitos centrais do sistema, tais como regiões de saúde, regionalização, hierarquização. Destaque-se também a inserção no Decreto das **Comissões Intergestores** que antes estavam formalizadas apenas por meio de Portarias e que passam a ter um novo *status* jurídico, além de terem suas funções explicitadas e aprofundadas. Outro ponto importante da regulamentação são os novos institutos conformados pelo Decreto, que contribuirão para o amadurecimento e aperfeiçoamento do SUS. São eles o Mapa Sanitário, a RENASES e os Contratos Organizativos da Ação Pública.

De uma leitura dos dispositivos supramencionados, pode-se ainda constatar a **exata delimitação de competências entre os entes políticos**, sendo patente que o art. 16 da Lei 8.080/90, ao estabelecer a competência da União, não inclui entre suas atribuições a de executar ações e serviços de saúde, ressalvado, em alguns casos, as ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Destarte, a **função essencial da União no SUS é a prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios, aos quais efetivamente compete a execução, propriamente dita, dos serviços cobertos pelo Sistema**. Por outro lado, a atribuição de gerir e executar os serviços públicos de saúde, dentre os quais se inclui o fornecimento de medicamentos, consta do art. 18, que estabelece



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

a competência dos municípios, sendo que o art. 17 estabelece ainda que aos Estados compete executar supletivamente ações e serviços de saúde.

Extraí-se da leitura da Lei 8.080/90 que, em conformidade com a Constituição Federal, não se promoveu a consagração da solidariedade passiva irrestrita no âmbito do SUS. De modo inverso, pautou-se todo o seu regramento na descentralização do sistema, na repartição clara de atribuições entre os entes políticos, seguindo a diretriz já traçada pela Constituição Federal, razão pela qual toda a política pública existente no que tange ao fornecimento de medicamentos, segue a diretriz constitucional e legal da descentralização.

2) EVOLUÇÃO NORMATIVA DA POLÍTICA PÚBLICA DO SUS – DESCENTRALIZAÇÃO E MODO DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E PROGRAMAS

É necessário explanar, sinteticamente, a evolução normativa que adveio após a promulgação da CF/88 e da Lei 8.080/90 lastreada nos princípios e diretrizes estabelecidos tanto em nível constitucional quanto em nível legal. Um dos princípios que norteia o SUS é a regionalização, que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores e, conseqüentemente, a elaboração e aperfeiçoamento das políticas públicas, dentre as quais se insere a assistência farmacêutica.

A descentralização do sistema ocorre com ênfase na municipalização (princípio do SUS, inc IX, art 7º, da Lei 8.080/90). A Lei atribuiu aos Municípios responsabilidade pela execução e prestação direta dos serviços de saúde (art. 18, incisos I, IV e V, da Lei n.º 8.080/90). Isso compatibiliza o sistema com o estabelecido pela Constituição no seu artigo 30, VII: *"Compete aos Municípios (...) prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população"*.

Nesse sentido, destaca-se que uma das competências do Ministério da Saúde é "promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal" (incs. XV, do art. 16). Do mesmo modo, entre as



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

competências das Secretarias Estaduais de Saúde, encontra-se: “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (art. 17, inc. I).

A partir de tais considerações, é de se salientar que as normas que operacionalizam as diretrizes e os fundamentos constitucionais e legais do SUS são elaboradas desde 1991, para concretizar o estabelecido na Constituição e na Lei 8.080/90, sendo importante trazer brevemente um relato histórico da normatização existente:

- Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 (Resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991 – Presidência do Inamps) – equipara prestadores públicos e privados, considerando as secretarias municipais e estaduais ainda como prestadoras de serviço, mantendo o Inamps como gestor único; início da municipalização com a transferência das Unidades Básicas estaduais e federais para a gerência municipal, sem a formação de redes, ainda.
- Norma Operacional Básica (NOB) de 1992 (Portaria nº 234 de 7 de fevereiro de 1992, pela Secretaria de Assistência à Saúde – ainda Inamps) – buscou estimular a implantação, o desenvolvimento e a funcionamento do SUS, criando incentivos para o ingresso de hospitais no sistema.
- Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 (Portaria GM/MS nº 545 de 20 de maio de 1993 – primeira do Ministério da Saúde) – Inicia o processo de municipalização com a habilitação dos municípios em gestão incipiente, parcial e semiplena, criando a transferência regular e automática fundo a fundo do teto global para os municípios da gestão semiplena, possibilitando a assunção pelos estados da sua função gerencial do sistema de saúde de seus limites territoriais de maneira ainda frágil.
- Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 (Portaria GM/MS nº 2203 de 5 de novembro de 1996) – inicia a repartição de atribuição de cada Ente Federado na execução dos serviços de saúde, aumentando o percentual de repasse federal fundo a fundo para os



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

municípios e os estados, evidenciando o papel destes entes políticos como efetivos administradores e gerenciadores dos serviços de saúde em seus respectivos limites territoriais, organizando o modelo assistencial de forma descentralizada aos municípios.

- Política Nacional de Medicamentos no Brasil (PNM), criada por meio da Portaria GM/MS 3.916/98, com a intenção de ampliar a oferta de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, promovendo o seu uso racional e aumentando o acesso da população àqueles considerados indispensáveis. Frise-se que esta Portaria também trata das responsabilidades das diferentes esferas de governo no âmbito do SUS.
- Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) de 2001 (Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001) – buscou definir o processo de regionalização na assistência criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde, a partir da ideia de redes de assistência.
- Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) de 2002 (Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002) – estabelece o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade, fortalecendo a gestão dos estados sobre as referências intermunicipais a partir de mecanismos de acompanhamento dos recursos federais destinados ao atendimento da população referenciada.
- Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS (Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006) – trata-se de acordo interfederativo pactuado pelos representantes das três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) que busca uma gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estendendo a discussão da saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para estados e municípios, de forma compartilhada.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Releva salientar que as Portarias expedidas pelo Ministro de Estado da Saúde para disciplinar a transferência de recursos da União/Ministério da Saúde para estados e municípios estabelecendo os critérios para recebimento de tais verbas, bem como a responsabilidade de cada Ente Federado na gestão do sistema (porque do caso contrário não haveria justificativa para o repasse de verba federal), são o instrumento normativo legítimo para disciplinar tal matéria diante da expressa delegação legislativa prevista no artigo 5º da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, cujo teor é o seguinte:

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

É de se destacar que a descentralização visa a uma melhor assistência à população, pois o gestor local é a entidade mais apropriada para identificar as necessidades da sua população. Essa é a razão pela qual o sistema foi estruturado da forma *supra* mencionada.

A partir de 2006, firmou-se o Pacto entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Esse Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais se ressalta: a substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes.

A linha executiva do SUS traça que a realização das ações de saúde deve ser implementada por seus gestores locais (de acordo com suas características regionais, demográficas e epidemiológicas). Essa configuração restou formalizada definitivamente em 26 de janeiro de 2006, pelos Gestores do SUS, por ocasião de reunião da Comissão Intergestores Tripartite, culminando no Pacto pela Saúde. Com efeito, as redes devem ser pactuadas com relação a todas as responsabilidades e a todas as ações de saúde que forem necessárias para o atendimento integral da população. A configuração da rede e das regiões será definida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Cada CIB deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Dentro da lógica de descentralização e do pacto de gestão, a **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**, já citada, estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado para o fortalecimento da gestão. Esse pacto valoriza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e para os Municípios, buscando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

A Portaria/GM nº 399/2006, publicou as diretrizes do **Pacto pela Saúde**, e representou um avanço em relação à Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS, com mudanças importantes para a execução dos processos que compõem o SUS. Isso confirma que gestores dos três entes federados concordaram com a descentralização e assumiram espontaneamente a responsabilidade de concretizá-la.

Ademais, faz parte do Pacto de Gestão um processo de Planejamento e Programação Integrada – PPI, em que são quantificadas as ações de saúde a serem desenvolvidas, de acordo com as prioridades elencadas nos Planos de Saúde, bem como os municípios responsáveis pela sua execução.

Especifica o Pacto pela Saúde que o financiamento é de responsabilidade das três esferas de gestão e o repasse será fundo a fundo como modo preferencial de transparência de recursos entre gestores.

É mister ressaltar que os atos normativos infralegais que tratam da transferência dos recursos federais em blocos de financiamento são adotados por decisão baseada em consenso dos gestores: representantes dos Municípios, dos Estados, do Distrito federal e da União. Não há que se falar, portanto, em imposição dos atos da União sobre os demais entes.

Em **29 de janeiro de 2007** foi publicada a **Portaria GM/MS nº 204**, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Esta Portaria define que os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O financiamento da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de blocos de financiamento visa a possibilitar que Municípios, Estados e o Distrito Federal assumam a responsabilidade gerencial, sendo os recursos que compõem os blocos transferidos do fundo federal para o fundo estadual e municipal, em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

Nesse sentido, o art. 4º da referida Portaria delimita os eixos estruturantes do SUS, que orientam o seu funcionamento, planejamento e financiamento, quais sejam: a) Atenção Básica; b) Assistência à Saúde de Média e Alta Complexidade; c) Vigilância em Saúde; d) Assistência Farmacêutica; e) Gestão do SUS e; f) Investimentos.

Há também programas específicos, como o de HIV/Aids, Saúde Materno-Infantil, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, que se desenvolvem de forma consonante com esses eixos e blocos.

O Ministério da Saúde é responsável pela definição de políticas públicas de saúde, bem como pelo repasse financeiro para os Gestores Estaduais (que recebem recursos para ações nos municípios que não aderiram ao Pacto de Gestão do SUS) e Gestores Municipais dos Municípios (que recebem recursos para ações de saúde em seu município).

O recurso financeiro a ser aplicado na Atenção à Saúde é formado pelo valor repassado pelo MS e acrescido do repasse Estadual ou Municipal (conforme percentuais constitucionais sobre a arrecadação total do Estado ou Município). O MS não faz pagamento ou ressarcimento direto aos prestadores de serviços de saúde. À Secretaria Estadual de Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde cabe a gestão dos recursos financeiros destinados à organização de sua rede de assistência e o ressarcimento aos prestadores de serviço. O recurso para estas atividades é recebido do MS e acrescido do fundo Estadual ou Municipal (constitucional).

É de se ver, portanto, que a integralidade da assistência à saúde e a previsão de que aquela é dever do Estado, em suas três esferas, não pode significar responsabilização linear de todos os entes federativos, notadamente quando a Lei de Responsabilidade Fiscal exige transparência e lisura na aplicação e repasse das verbas públicas. Não fosse a busca pela máxima eficácia e otimização das ações



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

governamentais de assistência à saúde, desnecessária seria a hierarquização e organização do sistema único, como o fez a Lei nº 8.080/90.

Destarte, o reconhecimento da eficácia plena dos direitos sociais não deve atropelar as regras de organização e de relacionamento entre os entes federativos, sob pena de a assistência a um indivíduo redundar em prejuízos a toda a coletividade. Consequentemente a inserção da União no polo passivo de ações que objetivem o fornecimento de medicamentos e tratamentos médicos, salvo casos excepcionais, só seria cabível se a mesma estivesse em mora atinente ao repasse de verbas aos Estados e Municípios, fato este que não ocorre.

2.1) Da Assistência Farmacêutica Pública

A assistência farmacêutica no SUS permeia várias formas de dispensação e de financiamento, tendo sido recentemente repactuada, na atenção básica e na atenção especializada. Esta política pública tem como regramento jurídico básico a Constituição, a Lei Federal nº 8080/1990, a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 (Política Nacional de Medicamentos), a Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, oriunda do Conselho Nacional de Saúde-CNS (Política Nacional de Assistência Farmacêutica) e as Portarias 2.981 de 26 de novembro de 2009, alterada pela Portaria nº 3.439 de 11 de novembro de 2010 (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, via Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – PCDT) e Portaria nº 4.217 de 28 DE DEZEMBRO DE 2010 (Componente Básico da Assistência Farmacêutica – fundamentada no elenco de referência nacional estabelecido por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME).

O financiamento da Assistência Farmacêutica para o SUS é de responsabilidade das três esferas de gestão - União, Estados e Municípios. A cada esfera de gestão cabem distintas responsabilidades e atribuições que devem, à medida que as políticas de assistência farmacêutica se consolidam e ampliam-se, tornar-se mais claras e definidas.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

De acordo com as novas formas de alocação de recursos federais, a assistência farmacêutica será financiada por meio dos recursos do Bloco da Assistência Farmacêutica (Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007). Nesse sentido, o financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

A política pública de assistência farmacêutica do SUS está sob responsabilidade, no âmbito federal, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde – SCTIE/MS, sendo que tal política pública foi, nos últimos anos, inteiramente reestruturada de modo a possibilitar, em linhas gerais:

- a. A melhoria dos gastos públicos na aquisição de medicamentos, ao exemplo da clara repartição de responsabilidades dos entes federativos em face da assistência farmacêutica pública;
- b. A articulação dos diversos componentes de assistência farmacêutica pública, ao exemplo do Componente Básico (PRT nº 4217/2010) e Especializado (PRT nº 2.981/2009);
- c. O desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, como estímulo ao desenvolvimento científico e tecnológico, contemplando os interesses nacionais e as necessidades e prioridades do SUS, ao exemplo da inclusão de medicamentos fornecidos pelo SUS no rol das ações de desenvolvimento produtivo do complexo industrial da saúde.
- d. A revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, que orienta a formulação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (PRT nº 4.217/2010);
- e. A revisão permanente dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, que orientam o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (PRT nº 2.981/2009), sendo 61 protocolos atualizados no ano de 2010 e inicialmente divulgados por meio do livro Protocolos Clínicos e Diretrizes



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Terapêuticas do SUS, VOL I, lançado em 06.10.2010, contendo 33 protocolos que deverão beneficiar seis milhões de brasileiros;

f. A qualificação da gestão da assistência farmacêutica pública no Brasil por meio da criação de um sistema de monitoramento de gestão municipal, chamado HÓRUS-BÁSICO, para monitoramento do Componente Básico, e um sistema de gestão estadual, denominado HÓRUS-ESPECIALIZADO, para monitoramento do Componente Especializado, sendo tais sistemas interligados entre si, seguindo a mesma linha de raciocínio da integralidade das ações dos Componentes Básico e Especializado da assistência farmacêutica, na forma de linhas de cuidado, visto que para muitas doenças do Componente Especializado o início de tratamento ocorre no nível do Componente Básico, sendo os medicamentos desse componente, não raro, a porta de entrada da assistência farmacêutica do SUS para o usuário.

Nesse sentido, ao estabelecer uma agenda de reestruturação da assistência farmacêutica pública, o SUS vem cumprindo o que determina a Constituição Federal, criando políticas sociais e econômicas que possibilitem o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde públicos.

A Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 204/2007, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais do SUS, estabelece seis blocos de financiamento, em seu art. 4º:

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica;

V - Gestão do SUS;

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O bloco de financiamento denominado de Assistência Farmacêutica (inciso IV) se subdivide em três componentes: 1-Atenção Básica; 2- Especializados; 3-Estratégicos.

A **Assistência Farmacêutica Básica** é estruturada pela Portaria GM/MS n.º 4.217, de 28/12/2010, que aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, definindo o elenco de referência de medicamentos que devem estar disponibilizados para o tratamento agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica, que estejam previstos no Elenco de Referência Nacional e Estadual, ou outros previstos na RENAME e incluídos na lista pelo gestor local, que podem – e devem – ampliar o elenco de medicamentos de acordo com suas especificidades epidemiológicas e, também, de acordo com a sua capacidade econômica.

O financiamento é do Ministério da Saúde, dos Estados e dos Municípios, sendo que a aquisição e a dispensação dos medicamentos aos usuários é de responsabilidade dos gestores municipais. Saliente-se que, o financiamento desses medicamentos utiliza o critério per capita e atualmente, os valores mínimos pactuados estão em R\$ 5,10 por parte do Ministério da Saúde e R\$ 1,86 por parte de cada um dos demais gestores. Em relação ao elenco de medicamentos que devem ser disponibilizados, o mesmo é elaborado pelo Ministério da Saúde, com base na Relação de Medicamentos Essenciais – RENAME e observa o caráter nacional.

Assim, embora o financiamento seja conjunto, a compra e a dispensação dos fármacos que fazem parte da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é de responsabilidade dos Estados e Municípios, tão-somente, não cabendo à União tal responsabilidade, nos termos do art. 10 da Portaria em epígrafe:

Art. 10. A execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados, onde couber, a organização dos serviços e a execução das atividades farmacêuticas, entre as quais seleção, programação, aquisição, armazenamento (incluindo controle de estoque e dos prazos de validade dos



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

medicamentos), distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos de sua responsabilidade.

Verifica-se, portanto, que os medicamentos disponibilizados por meio do Componente Básico da Assistência Farmacêutica deverão ser fornecidos pela Secretaria Municipal, não cabendo à União a responsabilidade pela sua dispensação, mas tão-somente pelo financiamento, o que é feito de forma regular, conforme atesta o repasse de valores a ser consultado na página eletrônica do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS n.º 2.981, de 26/11/2009, que aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) substitui a lista dos medicamentos de dispensação excepcional. Estes medicamentos geralmente são de custo mais elevado, seja pelo alto valor unitário ou pela complexidade do tratamento que eleva o seu custo total por paciente, exigindo para a sua dispensação que o paciente atenda aos requisitos previstos em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicado pelo Ministério da Saúde. Atualmente, há compras feitas pela União, Estados e Municípios para aquisição dos medicamentos deste componente e a sua dispensação à população ocorre, geralmente, por órgãos do Estado ou do Município.

O CEAF, além de ampliar o acesso a medicamentos seguros e eficazes, seja pela garantia de que os medicamentos fundamentais para tratamento de primeira linha estejam disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde, esclarece e define melhor os parâmetros e normas que os gestores do SUS devem utilizar para tornar factíveis e aplicável o acesso da população a esses medicamentos. A execução do fornecimento dos medicamentos desse componente ocorre por responsabilidade dos Estados e Distrito Federal, podendo a dispensação ser descentralizada para os municípios, desde que previamente pactuado entre os gestores estaduais e municipais.

Conforme preceitua o parágrafo único do art. 8º da Portaria 2.981/2009:

Art. 8º O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único: O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas nesta Portaria.

As linhas de cuidado previstas para o CEAF são definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Releva mencionar que o Supremo Tribunal Federal já reconheceu a importância desses Protocolos:

(...) o Sistema Único de Saúde filiou-se à corrente da “Medicina com base em evidências”. Com isso, adotaram-se os “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”, que consistem num conjunto de critérios que permitem determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente com os medicamentos disponíveis e as respectivas doses. Assim, um medicamento ou tratamento em desconformidade com o Protocolo deve ser visto com cautela, pois tende a contrariar um consenso científico vigente. (Min. Gilmar Mendes STA 244/ PR – PARANÁ. 18 de setembro de 2009)

Outrossim, a responsabilidade de executar a política pública de assistência farmacêutica está prevista em instrumento normativo próprio editado em consenso com todos os entes da Federação brasileira. Nesse sentido, em linhas gerais, estabelece a Portaria 2.981/2009 que:

Art. 9º Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

Grupo 1 - Medicamentos sob responsabilidade da União



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Grupo 2 - Medicamentos sob responsabilidade dos Estados e Distrito Federal

Grupo 3 - Medicamentos sob responsabilidade dos Municípios e Distrito Federal

Os medicamentos elencados no Grupo 1A (ANEXO I – PRT 2.981/2009) são financiados e adquiridos integralmente pela União e enviados aos Estados, a quem cabe a função de dispensá-los à população, deixando claro que cabe aos Estados e Municípios enviarem, quando da compra centralizada pela União, a quantidade necessária de medicamentos, consoante perfil epidemiológico da região.

Os medicamentos elencados no Grupo 1B (ANEXO I – PRT 2.981/2009) são financiados integralmente pela União, mas adquiridos e dispensados pelos Estados à população.

Os medicamentos do Grupo 2 (ANEXO II – PRT 2.981/2009) são financiados, adquiridos e dispensados pelos Estados.

Os medicamentos elencados no Grupo 3 (ANEXO III – PRT 2.981/2009) são financiados pela União, Estados e Municípios, seguindo a linha de raciocínio de co-financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF, regido pela Portaria nº 4.217 de 28 de dezembro de 2010, sendo de responsabilidade da Municipalidade adquiri-los e dispensá-los à população .

Logo, a dispensação desses medicamentos cabe somente aos Estados e aos Municípios, que se encontram estruturados, ao contrário da União, para executar o complexo ciclo de assistência farmacêutica, que consiste, em síntese apertada, em:

- a Selecionar os medicamentos;
- b Orçar a sua compra;
- c Programar a aquisição e adquirir os medicamentos;
- d Armazená-lo em estoque especial para esse tipo de produto, consoante legislação sanitária;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

e Dispensá-lo à população de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria em epígrafe, considerados, sobretudo, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT's.

Mesmo para os medicamentos do Grupo 1A, cuja aquisição é centralizada pelo Ministério da Saúde, compete aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal a dispensação dos medicamentos aos cidadãos, por meio de suas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A Portaria nº 2.981/2009 estabelece:

Art. 25. A execução do Componente envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação dos medicamentos e renovação da continuidade do tratamento.

Parágrafo único. Os medicamentos do Grupo 3 são regulamentados no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica em ato normativo específico.

Art. 26. Para os medicamentos constantes dos Grupos 1 e 2, a execução é descentralizada às Secretarias Estaduais de Saúde, devendo ser realizada de acordo com os critérios definidos nesta Portaria.

Art. 27. A solicitação, dispensação e renovação da continuidade do tratamento deverão ocorrer somente em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas designados pelos gestores estaduais.

Quanto ao financiamento da política pública da Assistência Farmacêutica do SUS, saliente-se que a União, por intermédio do Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde, repassa aos Estados e Municípios brasileiros em gestão plena relevante quantia monetária a fim de que tais unidades federadas possam organizar as ações e serviços de saúde abrangidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – (antigo Componente de Dispensação



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Excepcional). Esses valores podem ser consultados na página virtual do Fundo Nacional de Saúde.

Além de financiar e adquirir os medicamentos do grupo 1A, a União financia integralmente os medicamentos do grupo 1B, razão pela qual os valores contabilizados no site do FNS dizem respeito apenas ao recurso orçamentário repassado pela União em favor dos Estados para a aquisição do grupo 1B.⁶

Assim, a União é responsável pela aquisição dos medicamentos do GRUPO 1A, remetendo-os aos Estados e Municípios, cabendo a esses entes federativos a dispensação da medicação. Também cabe à União o financiamento do GRUPO 1B, os quais são adquiridos e dispensados pelos Estados. Aos Estados cabe a tarefa de financiar, adquirir e dispensar os medicamentos do GRUPO 2. Aos Municípios cabe a obrigação de, com financiamento tripartite, adquirir e dispensar os medicamentos do GRUPO 3, deixando claro que cabe ainda aos Estados e Município enviarem, quando da compra centralizada pela União, a quantidade necessária de medicamentos, consoante perfil epidemiológico da região.

Com isso, demonstra-se que, em contraponto à ideia de solidariedade irrestrita entre os entes federativos, dependendo da forma como é efetuado o financiamento e o repasse de recursos e/ou medicamentos pela União para os Estados e Municípios, levando-se em conta a gestão implementada e as pactuações existentes, será possível determinar a responsabilidade de cada um dos entes em relação à aquisição e distribuição dos medicamentos.

Em conclusão, todas os medicamentos constantes na Portaria que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sejam elas adquiridas ou não pela União, deverão estar disponíveis nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, consoante os âmbitos de responsabilidades estabelecidos na Portaria mencionada.

Por conseguinte, não cabe à União, salvo as exceções já reguladas por lei, a responsabilidade pelo seu fornecimento direto, em razão da completa inexistência de responsabilidade jurídica (constitucional, legal e infralegal) pela

⁶ Acesse www.fns.saude.gov.br/consulta_de_pagamentos/consulta_detalhada/fundo_a_fundo.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

execução da política nacional de assistência farmacêutica, tarefa a ser desempenhada pelos Estados e Municípios, conforme se expôs.

Em relação ao **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**, o Ministério da Saúde considera como estratégico todo medicamento utilizado para o tratamento das doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico. Além disso, esses medicamentos têm controle e tratamento definidos por meios normas estabelecidas.

Desta forma, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica tem como objetivo garantir o acesso aos medicamentos para os portadores de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas como de caráter estratégico.

Neste componente estão contemplados os seguintes programas ou doenças: Alimentação e Nutrição; Cólera; Controle do Tabagismo; Dengue; Doença de Chagas; Doença Enxerto x Hospedeiro; DST/AIDS; Filariose; Hanseníase; Leishmaniose; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Malária; Meningite; Mieloma Múltiplo; Sangue e Hemoderivados; Tracoma e Tuberculose.

A competência da Secretaria de Estado da Saúde quanto aos medicamentos Estratégicos constitui-se em Planejamento anual da necessidade de medicação para o combate das doenças acima listadas, recebimento, armazenamento e distribuição dos medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde.

2.1.1) Da integralidade na Assistência Farmacêutica Pública – Lei nº 12.401/2011

Por fim, é se se ressaltar que se deve discutir qual acesso a medicamentos o sistema público de saúde deve admitir, de modo a ser garantir um acesso tecnicamente parametrizado, tendo em vista inúmeros fatores como questões técnicas de segurança dos medicamentos, eficiência, eficácia, custo-efetividade, os próprios interesses da indústria farmacêutica, bem como a necessidade de se alocar os recursos. Isso porque nenhum país do mundo por mais



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

desenvolvido que o seja teria condições de suportar qualquer tratamento médico ou fornecimento de medicamento, considerando o desenvolvimento científico-tecnológico da medicina e dos fármacos nos dias atuais.

Sendo assim, diante da necessidade de se estabelecer de forma mais precisa qual o conceito de integralidade da assistência adotado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, foi editada, recentemente, a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserindo o capítulo VIII no texto original, e dispõe sobre a assistência terapêutica e sobre as condições e requisitos para a incorporação de tecnologias em saúde no sistema brasileiro de atenção à saúde.

A definição de assistência terapêutica integral atenderá a critérios regulamentados pela referida lei que, além de especificar no que consiste a dispensação de medicamentos, produtos de interesse para a saúde e a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, também define o que são os produtos de interesse para a saúde e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

A Lei objetiva propiciar o aperfeiçoamento e atualização do SUS, garantindo que o processo de inclusão de medicamentos e a incorporação de novos produtos e tecnologias no SUS sejam submetidos, previamente à incorporação, a



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

análises de eficácia, segurança e efetividade que já são adotadas nos países mais desenvolvidos do mundo.

Ao regulamentar a incorporação de novos produtos e procedimentos ao SUS pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), regulamentada por meio do **Decreto 7.646 de 21 de dezembro de 2011** – coordenada pelo Ministério da Saúde e formada por representantes do próprio Ministério, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de um integrante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e um pelo Conselho Federal de Medicina (CFM),– a Lei 12.401/11 objetiva beneficiar os usuários do SUS e fortalecer a atuação do Ministério da Saúde, objetivando aumentar sua capacidade para orientar as atividades econômicas em prol das necessidades em saúde. A referida lei assim dispõe:

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

Busca-se, portanto, que a população tenha maior acesso a medicamentos e procedimentos em saúde, com a garantia de qualidade comprovada por rigorosa avaliação técnica e científica destes produtos e serviços, incluindo os casos em que a dispensação é determinada por decisão judicial.

Relevante notar que a referida Lei define o que sejam os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT e estabelece que os medicamentos devem ser avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade⁷ para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo:

“Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

(...)

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.”

“Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (grifo nosso)

Ademais, mesmo na ausência de PCDT, o diploma estabelece critérios para a dispensação:

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde.

Note-se também que a Lei 12.401 prevê a realização de consultas e audiências públicas, estabelecendo a participação da sociedade civil como meio de garantir mais transparência nos processos de incorporação de novas tecnologias, produtos e serviços na rede pública de saúde (art. 19-R, §1º, III, IV, inseridos na Lei 8.080/90). Por fim, o referido diploma, ao acrescentar o art, 19, T, na Lei 8.080/90, **veda, expressamente, em todas as esferas de gestão do SUS, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, bem como a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.**

Como base para a aplicação do dispositivo *supra*, devem ser levados em consideração as Portarias GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009,



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

alterada pela Portaria nº 3.439 de 11 de novembro de 2010 e a Portaria nº 4.217 de 28 de dezembro de 2010, que revogou a Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de 2009, onde constam os medicamentos que são padronizados pelo SUS, para que, dessa maneira, o usuário do SUS possa ser beneficiado pelo sistema.

Frise-se também que a compreensão simplória de que o SUS seria meramente uma “farmácia pública”, refletindo muitas vezes a maneira como o direito à saúde e o sistema público de saúde é abordado em ações judiciais, deve ser fortemente rechaçada. Nesse bojo, o **Decreto 7.508/2011**, que regulamenta a Lei 8.080/90 dispõe que:

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

2.2) Considerações sobre o Bloco de Financiamento - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

O bloco de financiamento Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar é composto por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. Também pode ser definido como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.

Como exemplos das principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes, temos: assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos de neurocirurgia, cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, distrofia muscular progressiva, para citar alguns, dentre outras hipóteses de internação e exames.

Conforme já destacado, uma das competências do Ministério da Saúde é “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (incs. XV, do art. 16). Do mesmo modo, entre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, encontra-se: “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (art. 17, inc. I).

Ocorre que, em geral, os serviços de saúde de média ou alta complexidade, encontram-se na abrangência dos Estados-membros. Todavia, pode ser pactuada, entre os Municípios e a Secretaria Estadual de Saúde, a gerência e a gestão do serviço de média e alta complexidade, com o repasse dessas atribuições a um Município ou a consórcios municipais. Assim, é possível inferir que os serviços de saúde que atendam apenas à população do próprio município devem ser municipalizados, mesmo que envolvam atendimentos de média e alta complexidade, já que se pode criar um consórcio de municípios para oferecer o serviço de forma regular.

O desenvolvimento da regionalização e hierarquização das ações de saúde de média e alta complexidade é crucial para se alcançar a integralidade da assistência, em atendimento ao comando constitucional. Os principais instrumentos de regionalização são o Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão (componente do Pacto pela Saúde), o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada.

Com o escopo de permitir a descentralização do Sistema, torna-se necessária a transferência de recursos federais em blocos de financiamento aos



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Estados e Municípios, por decisão baseada em consenso dos gestores uma vez que o financiamento do SUS possui, como fonte conjunta, recursos dos orçamentos dos três entes federados. A regulamentação do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde é feita, primordialmente, pela já citada Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, por meio dos blocos de financiamento.

Conforme disciplina a Portaria GM/MS nº204/2007 do Ministério da Saúde, os recursos federais são transferidos, do fundo federal para o fundo estadual e para o fundo municipal, para execução de ações e procedimentos de média e alta complexidade (Teto MAC)⁸.

Deste modo, com base na referida Portaria, os pagamentos dos custos com os procedimentos hospitalares de média/alta complexidade serão efetivados com o dinheiro do bloco de financiamento da atenção de média e alta complexidade. Os valores repassados são baseados na população local, na série histórica, no perfil epidemiológico, na capacidade instalada, dentre outros critérios estabelecidos no artigo 35 da Lei nº8080/90, conforme determinado no artigo 2º da Lei nº 8.142/90.

Importante frisar que o valor repassado é suficiente para financiar o referido bloco de atenção, sendo definido a partir das características de cada local e pactuado nas Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), havendo a possibilidade de interposição de recurso por parte dos municípios ou dos estados quando discordarem dos valores repassados, conforme disciplina o artigo 15 da Portaria nº 699/2006 do Ministério da Saúde.

Consigne-se também que os demais Entes Federados, estados e municípios, devem compor o financiamento de todas as ações, conforme determina a emenda constitucional nº29 e disciplina o artigo 2º da Portaria GM/MS 204/2007, cujo teor é o seguinte:

Art. 2º. O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

⁸ Acesse www.fns.saude.gov.br/consulta_de_pagamentos/consulta_detalhada/fundo_a_fundo e verifique o montante orçamentário transferido pela União.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com base na normatização existente o papel da União é de definir políticas públicas e repassar regularmente os valores definidos no limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar aos Estados e Municípios que, a partir de sua livre e espontânea aquiescência, têm por responsabilidade gerir o dinheiro e os estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados com o SUS. Portanto, é o ente municipal e/ou estadual que credencia ou não determinado estabelecimento de saúde em seus limites territoriais no SUS, e ele que escolhe qual estabelecimento irá ou não fazer determinado procedimento.

Para o Bloco de Atenção da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde devem estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar a rede Estadual e/ou Regional de Atenção em Média/Alta Complexidade, com a finalidade de prestar assistência à população local que necessite ser submetida aos procedimentos classificados como de Média/Alta Complexidade. Com efeito, o Município que pactuou a gestão plena, a partir da Portaria GM/MS nº 2203, de 5 de novembro de 1996 (NOB 96), ou tenha se comprometido a gerir os citados serviços a partir da novel disciplina trazida pela Portaria GM/MS 399/2006 (PACTO PELA SAÚDE), através da sua Secretaria Municipal de Saúde, deve também estabelecer um planejamento municipal/regional hierarquizado para formar a rede Municipal e/ou Regional de Atenção em Média/Alta Complexidade, com a finalidade de prestar assistência a população local que necessite de ser submetidos aos procedimentos classificados como de Média/Alta Complexidade.

Assim, cabe aos Estados e aos Municípios a formação de sua Rede de Atenção, isto é, implementar os procedimentos em referência para que a população local tenha a assistência. Se o Estado ou Município não gerenciam bem a rede de atenção de média e alta complexidade a responsabilidade é exclusivamente do ente faltante, uma vez que o dinheiro foi repassado e cabia a esses entes fazerem a gerência.

Saliente-se que as ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são financiadas pelo Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade,



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

previsto no inciso II, do art. 4º da referida Portaria, o qual subdivide-se em 2 componentes. São eles:

Art. 13. O Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar será constituído por dois componentes:

- I- Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar- MAC; e
- II- Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC.

As ações de média e alta complexidade em saúde e os incentivos transferidos mensalmente serão custeadas especificamente pelo Componente Limite Financeiro em Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC (genericamente chamado de Teto MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC, por sua vez, é composto pelos recursos vocacionados ao financiamento dos itens previstos no artigo 16 da Portaria em tela, a saber:

Art. 16- Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC, considerado o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I -procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade- CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III- ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV- novos procedimentos, não relacionados aos constantes na tabela vigente ou que não possuem parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de 6 meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária á sua



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

agregação ao Componente Limite Financeiro em Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC.

§ 1º- Projetos de Cirurgia Eletiva de Média e Alta Complexidade são financiados por meio do Componente- FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.

De modo geral, os procedimentos financiados pelo FAEC não possuem limites financeiros, sendo repassados os recursos da produção aprovada. Já o repasse dos recursos ao MAC ocorre pela produção estimada, como será analisado abaixo. Portanto, conclui-se que os pagamentos dos custos com os procedimentos hospitalares de média e alta complexidade são efetuados com as verbas integrantes do Bloco de Financiamento da Atenção na Média e Alta Complexidade, através de seus 2 componentes.

Compreendida a sistemática dos repasses de recursos aos Estados e Municípios, claro está que os procedimentos de média e alta complexidade não são realizados pelo Ministério da Saúde, mas sim por meio dos gestores locais. Neste bloco de financiamento, a União assume o papel de definir as políticas públicas e repassar regularmente os valores definidos no limite financeiro dos Estados e Municípios com gestão plena, isto é, aqueles que pactuaram que irão oferecer os serviços neste bloco de atenção.

Crucial apontar também que a União não possui meios próprios para realizar diretamente os tratamentos comumente impostos pelas determinações judiciais, uma vez que não administra hospitais próprios capacitados a realizar esse tipo de operação. Ou seja, a União não é aparelhada para cumprir esse tipo de decisão judicial. Os nosocômios que devem oferecer esses tratamentos são os habilitados e dirigidos pelos gestores locais.

Ademais, há poucos hospitais federais. Os únicos existentes são os universitários e alguns localizados em apenas dois Estados brasileiros, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. São eles: Instituto de Cardiologia de Laranjeiras, Instituto Nacional do Câncer, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Hospital



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Geral dos Servidores, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital Geral de Jacarepaguá, Hospital Geral de Ipanema, Hospital Geral de Andaraí e Hospital Geral da Lagoa.

Esses hospitais tiveram sua origem no extinto INAMPS. Já os universitários se relacionam com o SUS por meio de convênio. Contudo, é importante frisar: **mesmo os supracitados e os universitários se encontram sob gestão local, sendo certo que cabe à União, também quanto a eles, apenas o repasse dos recursos federais.** O gerenciamento e administração permanecem sendo descentralizados, como demonstram os instrumentos jurídicos que regem cada um desses nosocômios.

Andaria bem o Poder Judiciário se impusesse a obrigação de realizar esses tipos de tratamentos médicos aos entes que realmente possuem capacidade de concretizá-los. A capacidade desses entes existe devido ao fato de possuírem a atribuição de gerenciar os hospitais locais, dentro das normas do SUS e, em observância ao princípio da regionalização.

Destarte, é descabida a condenação da União como responsável solidária em demandas judiciais cujo objeto seja a realização dos procedimentos em comento, haja vista que cabe aos demais entes federados a realização dos procedimentos. Atribuir à União uma responsabilidade que ela já cumpre acaba por culminar na duplicidade, onerosa e injusta, de dispêndio de recursos para fins idênticos.

Frise-se, ademais, que nem sempre os serviços ambulatoriais e hospitalares estão disponíveis na localidade onde os usuários residem, o que não se trata de uma falha do SUS, mas de uma questão de estratégia. Com efeito, para a obtenção de um nível de qualidade adequado muitas vezes é imprescindível à manutenção de um número mínimo de demanda e, dessa forma, nem sempre é desejável a expansão numérica dos serviços de alta complexidade.

Tendo em vista a relevância de manter a garantia de acesso dos usuários do SUS aos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade não ofertados ou ofertados com grande restrição de demanda na localidade onde residem e levando em conta tanto os elevados custos para implantação e manutenção da infra-estrutura desses serviços como a escassez de recursos humanos especializados, foi instituído, no âmbito da Secretaria de Atenção à



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Saúde- SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade -CNRAC. Convém, neste momento, fazer uma análise mais detida sobre os procedimentos regulados pela CNRAC.

Conforme visto algumas linhas atrás, o Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade é constituído por dois Componentes: o Teto MAC e o FAEC. Cumpre assinalar que a Lei nº 8080/90, em seu art. 16, inciso III, alínea “a”, estatui que compete à direção nacional do SUS, isto é, ao Ministério da Saúde, definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade em âmbito nacional. Por esta razão, os procedimentos regulados pela CNRAC são financiados pelo Componente FAEC, cujos recursos são provenientes da União, nos termos do artigo 16, I, da Portaria GM/MS 204/2007.

Nesse mesmo sentido, a CNRAC foi instituída pela Portaria GM/MS 2309/2001, a qual a subordinou à Secretaria de Atenção à Saúde-SAS e definiu que o Ministério da Saúde financiará os procedimentos com recursos do FAEC, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os Estados e Municípios. Com o escopo de fazer mais detalhamentos sobre a CNRAC e implementá-la, foi publicada a Portaria SAS 589/2001, a qual determina, em seu artigo 3º, como as solicitações de atendimento de pacientes serão inscritas na Central:

Art. 3º - Estabelecer que somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Parágrafo Único – Haverá insuficiência quando a oferta de serviços em determinada área assistência for menor que o parâmetro de cobertura definido pelo Ministério da Saúde, e na inexistência desse parâmetro, da média nacional de execução do procedimento.

Previamente à realização do procedimento, as solicitações deverão ser encaminhadas pela Central Estadual de Regulação à CNRAC. Os procedimentos realizados em pacientes de outros Estados que não forem anteriormente encaminhados e autorizados pela CNRAC não serão custeados pelo FAEC.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ressalte-se, por oportuno, que as Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade-CERAC foram criadas com o desiderato de descentralizar os serviços de autorização dos procedimentos que fazem parte da CNRAC. Com efeito, pela dicção do artigo 17, inciso IX da lei 8080/90 depreende-se que compete à direção estadual do SUS identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional. Portanto, por meio da CERAC, os Estados assumem sua função de gestor do sistema público de alta complexidade em âmbito Estadual e Regional, complementando o papel das CNRAC, as quais atuam em âmbito nacional.

Ademais, objetivando otimizar e disciplinar as atividades da CNRAC e das CERACs, foi publicada a Portaria SAS nº 258/2009, por meio da qual foram também definidas as atribuições das CERACs, a saber:

Art. 6º São atribuições da CERAC:

I - garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, de alta complexidade contemplada no elenco de procedimentos da CNRAC;

II - acompanhar o processo da assistência ambulatorial e hospitalar eletivo de alta complexidade, no âmbito estadual;

III - incluir/excluir laudos de solicitação para realização de procedimento;

IV - avaliar insuficiência de serviços; e

V - informar os estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES responsáveis pela solicitação e execução dos procedimentos que compõem o elenco da CNRAC.

Assim, a CERAC ora atua como executante ora como solicitante dos procedimentos de alta complexidade. Atuando como executante, ela deverá informar a rede de prestadores que executam os procedimentos previstos nos elenco do CNRAC e definir a data e o prestador que irá realizar o procedimento



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

solicitado pela Central Nacional ou Estadual. Por sua vez, atuando como solicitante, a CERAC só poderá encaminhar o paciente para a CERAC executante após confirmação da disponibilidade para a realização do procedimento solicitado.

Por fim, cabe esclarecer que os procedimentos regulados pela CNRAC e pelas CERACs possuem caráter estritamente eletivo, nos termos do parágrafo 2º do artigo 1º da Portaria 258/2009. Feitas estas considerações sobre as formas de financiamento, pode-se passar agora ao estudo mais aprofundado do Teto MAC.

2.2.1) Do Teto MAC e da Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT

É mister ressaltar que o valor transferido aos entes federativos estaduais e municipais não resulta de escolha da União. Em verdade, o valor do Teto MAC é estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite -CIB, constituindo esta uma Instância de Pactuação entre o Estado e o Município referente aos serviços que serão prestados à população dentro dos limites territoriais respectivos.

As Comissões Intergestores Bipartite – CIB e as Comissões Intergestores Tripartite- CIT, previstas nos arts. 14-A e 14-B da Lei 8.080/90, conforme redação dada pela Lei 12.466/11 são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A existência dessas comissões assegura o debate e a negociação das partes que compõem o sistema, uma vez que suas deliberações são adotadas por consenso e não por votação. Dessa forma, a CIB e a CIT colaboram no processo de elaboração da política sanitária nas três esferas estatais. O Decreto 7.508/11, ao regulamentar a Lei 8.080/90, reza que:

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB é formada por representantes das Secretarias Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, auxiliando, portanto, na direção estadual da política de saúde. Já a Comissão Intergestores Tripartite – CIT é composta por representantes do Ministério da Saúde, de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A representação de estados e municípios é regional, isto é, há um representante para cada uma das cinco regiões do Brasil. Desse modo, a CIT é essencial na direção nacional das políticas do Sistema Único de Saúde.

Cumpre assinalar que as decisões tomadas pela CIB não são absolutas, podendo sofrer impugnação através de recurso interposto pelo Município. Deve o recurso ser dirigido à própria CIB e, não sendo reconsiderada a decisão, será este encaminhado para julgamento pelo Plenário da CIT, após a manifestação do Grupo de Trabalho da Gestão do SUS convocado pela Câmara Técnica da CIT, conforme estabelece o art. 15 da Portaria GM/MS nº 699/2006, *in verbis*:



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.”

Resta claro, portanto, que não há qualquer ingerência da União quanto às deliberações da CIB, de forma que o valor do Teto MAC resulta de pactuação na qual a União não interfere e pela qual não se responsabiliza.

Sendo assim, ao Estado e ao Município com gestão plena compete gerenciar as verbas e os estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados com o SUS, cabendo aqueles entes habilitar ou não um estabelecimento de saúde no SUS e determinar qual estabelecimento fará determinado procedimento. Procura-se, através dos blocos de financiamento, conferir maior flexibilidade ao gestor local na condução da política pública regional, pois as verbas repassadas a título de teto MAC não estão vinculadas, de forma imediata, aos valores dos serviços efetivamente prestados pelos estabelecimentos públicos ou credenciados ao SUS. Explica-se.

Com o fito de prestar assistência à população local que necessite dos procedimentos classificados como de Média e Alta Complexidade, as Secretarias de



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Estado de Saúde realizam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual ou Regional de Atenção em Média e Alta Complexidade. Nesse mesmo sentido, a Secretaria Municipal de Saúde, em se tratando de Município com gestão plena, deve igualmente estabelecer um planejamento municipal ou regional hierarquizado para formar a Rede Municipal ou Regional em Média e Alta Complexidade, objetivando prestar assistência à população local necessitada.

Feitas essas explanações, pode-se dizer, em apertada síntese, que a Rede de Atenção em Média e Alta Complexidade é estruturada da seguinte forma: cabe à União repassar aos Estados e Municípios os recursos federais a título de Teto MAC e a estes compete a implementação dos procedimentos em referência para que a população local seja assistida. Uma vez transferidos os recursos pela União, esta se desonera da sua obrigação e qualquer falha quanto ao gerenciamento da rede de atenção deve ser imputada ao Estado ou Município faltante, visto que o numerário foi repassado e cabia a estes entes fazerem a gerência. Ressalte-se que a União repassa automaticamente o valor integral do Teto para os Estados ou Municípios com gestão plena, conforme pactuado na CIB ou na CIT, independentemente de haverem financiado serviços que consumam todo o crédito federal.

Em outras palavras, a União transfere integralmente um valor pré-determinado para o financiamento das ações relativas àquele Bloco. Sendo o gasto inferior ao Teto MAC, o Município fica com o valor economizado; por outro lado, caso o gasto seja superior ao crédito, cabe ao Município complementar o valor repassado. Isso porque, conforme o artigo 198, § 2º, da CF, com redação alterada pela EC nº 29/2000, os Estados e Municípios devem destinar parcela da receita dos impostos para as ações e serviços de saúde.

A EC nº 29 de 2000 importou em uma valiosa conquista do país para a constituição do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos dos três entes federados para um processo de financiamento mais estável do SUS. Assim, o repasse dos valores para financiamento do Teto MAC pode e deve ser complementado pelos outros entes, quando houver necessidade.

Todavia, não raras vezes, são levadas à apreciação do Poder Judiciário demandas propostas por Estados ou Municípios pleiteando a condenação



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

da União ao pagamento de importâncias em dinheiro referentes a tratamentos de média e alta complexidade que foram custeados pelo ente autor na rede particular de saúde em virtude da insuficiência do SUS ou de seus conveniados. Alegam os autores, precipuamente, que a responsabilidade pela gestão e o financiamento dos procedimentos em análise seriam de atribuição exclusiva da União, diante da previsão constitucional acerca da hierarquização do SUS e das Portarias GM/MS nº2209/2001, 589/2001 e 494/2006. Em outras ações judiciais, pede-se que o Judiciário aumente o teto limitador, sob a fundamentação de que o limite imposto não cobre os atendimentos efetivamente prestados pelo ente.

Diante de tudo que fora exposto, resta insofismável o equívoco das alegações supracitadas. Não há que se falar em aumento do teto limitador por meio de decisão judicial. Com efeito, o Estado ou Município com gestão plena é responsável por analisar a produção e pagar os serviços dos prestadores. Se o valor efetivamente produzido pelos estabelecimentos do SUS ou conveniados for menor que o valor repassado, o ente federativo fica com o crédito remanescente; se, ao invés, o montante do Teto for insuficiente, deve o ente compor o débito com seus próprios recursos.

Por meio destas considerações busca-se apenas mostrar qual a compreensão correta acerca da matéria e afastar os argumentos muitas vezes desarrazoados usados pelos demais entes federados. Ademais, não é de atribuição do Poder Judiciário a análise do valor repassado ao título de Teto MAC, sendo certo que tal teto resulta de pactuação por meio da CIB e da CIT, não havendo qualquer arbitrariedade ou imposição da União quanto ao seu valor. Se, reiteradamente, o valor do Teto MAC repassado for insuficiente, cabe ao Município solicitar a revisão de seu valor no âmbito as CIB e ao Estado, no da CIT, não devendo o Poder Judiciário se imiscuir nesta seara e determinar unilateralmente o aumento do Teto, pois irá influenciar no repasse para os demais entes federados.

Passemos à análise de alguns procedimentos custeados pelo Teto MAC que são corriqueiramente objeto de demanda judicial.

2.2.2) Da Autorização de Internação Hospitalar



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Conforme já mencionado, os estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados ao SUS são de responsabilidade do gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do Sistema. Logo, a contratação e a remuneração dos hospitais e clínicas particulares são de responsabilidade do gestor local. Entretanto, são recorrentes as decisões judiciais determinando que a União repasse aos estabelecimentos conveniados as verbas destinadas a cobrir as despesas dos atendimentos prestados, sem a limitação financeira imposta pelos convênios. Essas decisões vão de encontro à organização dos repasses federais em blocos de financiamento.

As Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) são procedimentos necessários à internação dos pacientes e cabe ao gestor municipal em gestão plena ou ao estadual a definição do número de AIHs destinadas a cada hospital contratado no âmbito de sua administração, bem como o pagamento dos valores em decorrência da produção da Unidade, obedecendo ao limite financeiro estabelecido pela CIB.

Ao celebrar o convênio com o hospital para a prestação de serviços ao SUS, o gestor tem a discricionariedade de definir o volume de serviços ambulatoriais e hospitalares a ser comprado na rede conveniada, de acordo com a necessidade da população assistida e a disponibilidade financeira do ente. Portanto, no convênio firmado deve constar o número máximo de atendimento mensal.

Ao mais, é preciso tornar claro que a produção que superar o limite previsto no convênio é compensada com as dos meses subseqüentes que forem inferiores ao limite. Assim, existe uma regulação das produções dos meses, de modo a tentar não prejudicar as partes envolvidas.

No entanto, o estabelecimento de saúde conveniado que, reiteradamente, apresentar produção acima do limite estabelecido no convênio de prestação de serviços firmado com o gestor estadual ou municipal de saúde poderá solicitar ao ente conveniado a revisão de seu número máximo de atendimentos. Frise-se: a solicitação deve dirigir-se ao ente conveniado e este, se julgar necessário, poderá pleitear o aumento de seu Teto MAC através de recurso na CIB. Evidente está, portanto, a ausência da responsabilidade solidária irrestrita da União



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

em integrar este tipo de demanda, visto que ela cumpre sua obrigação ao repassar os recursos federais.

2.2.3) Do Tratamento Fora do Domicílio e da Programação Pactuada Integrada

A Portaria 55, de 24 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Atenção à Saúde (Ministério da Saúde) instituiu o Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Trata-se de um instrumento do SUS que objetiva garantir tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, devido à ausência de condições técnicas. Destarte, se esgotados todos os tratamentos na localidade de residência do necessitado, procede-se a uma ajuda de custo ao paciente e, em alguns casos, também a seu acompanhante.

Caso o Município possua gestão plena do Sistema Municipal, o pagamento das despesas com deslocamentos dentro do Estado é efetuado pelas Secretarias Municipais de Saúde, com base na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, autorizado conforme a disponibilidade orçamentária dos municípios. Contudo, em se tratando de Município que não possua gestão plena, ou seja, apenas seja gestor na Atenção Básica, a quitação dos custos com o TFD será de responsabilidade do Estado, consoante definição da Portaria GM 2.023, de 2004.

O montante necessário à execução do TFD encontra-se previsto na Programação Pactuada e Integrada de cada ente federado, bem como insertos no teto financeiro dos Municípios e dos Estados. O dever da União limita-se ao repasse automático fundo a fundo dos recursos federais que compõem o teto, sendo certo que é da responsabilidade das Secretarias de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a previsão dos dados do TFD, como o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos para sua utilização, considerando a realidade de cada região e a definição dos recursos financeiros. Por conseguinte, não há que se atribuir responsabilidade à União para proceder ao TFD, haja vista que esta esgota sua obrigação ao transferir os valores devidos.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Acerca do processo de Programação Pactuada Integrada- PPI, saliente-se que esta faz parte do Pacto de Gestão, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Os fluxos de referência entre os municípios poderão ocorrer dentro da própria unidade federada ou em outra (PPI Interestadual).

Destarte, os encaminhamentos para outros municípios quando a oferta for insuficiente ou inexistente, deverá ser objeto da programação, que será pactuada nos fóruns regionais, com vistas à constituição ou consolidação das redes regionais (intermunicipal e interestadual).

Os gestores cujos municípios integram as regiões de saúde, em reuniões mediadas pelo gestor estadual, analisarão as necessidades e a capacidade regional. No caso das regiões formadas por municípios de mais de um estado, deverão participar os estados (com aprovação dos pactos nas respectivas CIBs) e municípios envolvidos, com a mediação do gestor federal.

Esta metodologia possibilitará que os recursos pactuados e aprovados na CIB sejam transferidos para o custeio dessas ações e serviços de saúde. Quando esta transferência se der entre estados diferentes, os recursos correspondentes não deverão compor o limite financeiro do estado de referência, devendo permanecer nele alocados enquanto perdurar o pacto estabelecido. Assim, se terá o limite financeiro para a população própria, limite financeiro para a população referenciada dentro do estado, limite financeiro para o referenciamento da população para outros estados e valor alocado para atendimento à população de outros estados. O produto das negociações será encaminhado ao Ministério da Saúde, para avaliação e publicação.

2.2.4) Da internação em UTI



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

As Unidades de Tratamento Intensivo também se inserem na assistência de média e alta complexidade do SUS. As UTIs são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros pontos.

Há diversas normas que regulam o credenciamento e o funcionamento das UTI's. De modo geral, pode-se resumir que, dentre vários outros aspectos, delega-se ao gestor estadual e/ou municipal a definição e o cadastramento dessas unidades, mediante aprovação na Comissão Intergestores Bipartite.

Nesse sentido, o art. 10, § 3º, da Portaria/GM 1.559, de 01 de agosto de 2008, portaria que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, dispõe: *“Cabe aos municípios: V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada”*.

Por conseguinte, o gestor local realiza uma vistoria, para avaliar se uma determinada unidade de tratamento cumpre todos os requisitos que estão na Portaria que regulamenta a UTI. Após, caso conclua afirmativamente, enviará a avaliação à CIB, para discutir sobre a necessidade do credenciamento diante dos dados epidemiológicos e orçamentários. Posteriormente, levará ao Ministério da Saúde, para habilitação e publicação no Diário Oficial da União. Depois disso, o gestor local poderá cadastrá-la.

Acrescente-se ainda as informações constantes no Parecer Técnico 241/2010 da Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Especializada, Coordenação Geral de Atenção Hospitalar:

“A distribuição, a fiscalização, a regulação e o fornecimento dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI credenciados ao SUS são de competência do Gestor Estadual e/ou Municipal, consoante o Princípio de Descentralização. Ao Ministério da Saúde caberá o credenciamento de leitos de UTI, cujos processos serão formalizados pelos gestores estaduais, que detêm as informações pertinentes ao



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

serviço de saúde local. Para tanto, é necessária a manifestação do gestor local e que sejam identificados os municípios ou regiões onde há déficit de leitos de UTI, encaminhando ao Ministério da Saúde a solicitação para o credenciamento dos respectivos leitos, atendendo aos critérios da Portaria GM 3432/98, de 12/08/98, e ao fluxo estabelecido pela PT/GM/MS 598, de 23/03/2006. Diante dos fatos, a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar entende coerente com o Pacto pela Saúde 2006, no qual o gestor local é responsável pela execução do atendimento, pela verificação da disponibilidade dos leitos e real ocupação dos mesmos, considerando que a organização da rede é de responsabilidade dos gestores (Estadual e Municipal)."

Assim, de acordo com o mencionado parecer técnico, percebe-se que a atribuição da União é de credenciar os leitos de UTI necessários para se atender à população de uma localidade. No entanto, para isso, a União precisa ser solicitada pelos gestores locais. Para credenciar leitos de UTI, torna-se imperioso que os gestores locais, por conhecerem a realidade, os dados e as deficiências dos municípios e regiões em que atuam, forneçam essas informações imprescindíveis ao planejamento e atuação do Ministério da Saúde.

Caso a União não seja instada a agir pelos gestores locais, considera que a situação naquela localidade encontra-se regular, com as Unidades de Tratamento Intensivo operando normalmente. Não seria razoável obrigar a União a agir por iniciativa própria, em todo o país, quando os gestores locais são omissos em apontar suas necessidades. A União não possui aparato para uma operação como essa, que seria extremamente dispendiosa, o que corrobora para que o sistema seja descentralizado, até mesmo para que este seja mais eficiente.

Os valores de diárias de UTI compõem o valor da internação hospitalar. Assim, poderá ocorrer de ultrapassar o limite de média e alta complexidade. Ao mais, pode acontecer de um paciente necessitar de internação em um município em que não há Unidade de Tratamento Intensivo em hospital público ou conveniado ao SUS. Caso isso ocorra, uma das soluções para a questão seria que o gestor local procedesse à internação e custeio do necessitado em UTI de hospital particular, a fim de garantir-lhe o tratamento adequado. Outra saída



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

seria por meio dos procedimentos previstos no programa Tratamento Fora do Domicílio – TFD ou na Programação Pactuada Integrada – PPI.

Nesses casos, se ultrapassados os recursos provenientes do teto dos procedimentos de média e alta complexidade, o gestor necessitará, como já explicado, requerer nas comissões intergestores o aumento da transferência da verba para seu ente, por meio das vias regulares. Por conseguinte, ao comprovar a necessidade de um aumento no repasse dos recursos federais, deverá solicitar a revisão de seu valor no âmbito da CIB e/ou da CIT, não cabendo ao Poder Judiciário determinar unilateralmente o aumento do Teto ou impor à União a obrigação de executar diretamente o procedimento médico requerido.

2.3) Política Oncológica

O Ministério da Saúde, em meados da década de 1990, reuniu as suas instâncias técnicas internas, inclusive o Instituto Nacional de Câncer - INCA, para, sob a coordenação da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, procederem a uma revisão completa de todas as normas e tabelas de procedimentos oncológicos.

A partir deste esforço, e sob os princípios básicos da assistência integral e integrada à população brasileira, da atualização de procedimentos e da geração de dados para a avaliação dos resultados, o Ministério da Saúde publicou três Portarias, respectivamente:

(a) Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/1998 (substituída pelas portarias GM/MS nº 2.439, de 08/12/2005, e SAS/MS nº 741, de 19/12/2005), referente à estruturação da rede e ao credenciamento e habilitação em Oncologia;

(b) Portaria GM/MS nº 3.536, de 02/09/1998 (substituída pela Portaria SAS/MS nº 296, de 15/07/1999, por sua vez substituída pela Portaria SAS nº 346, de 23/06/2008), referente à autorização por APAC de procedimentos radioterápicos e quimioterápicos; e



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

(c) Portaria SAS/MS nº 145, de 02/09/1998, relacionada à inclusão de procedimentos de quimioterapia e de radioterapia e seus respectivos valores na Tabela do SIA-SUS (substituída pelas portarias GM nº 2.848, de 06/11/2007, e SAS nº 346, de 23/06/2008).

Atualmente a norma básica da assistência oncológica é a Portaria SAS 2.439/05, de maneira que na área de Oncologia, o SUS é estruturado para atender de forma integral e integrada os pacientes que necessitam de tratamento para neoplasias malignas. Atualmente, a Rede de Atenção Oncológica está formada por estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON). Para que um paciente tenha acesso a tratamento oncológico no âmbito do SUS, independentemente do tipo de tumor, o mesmo deve ser atendido em hospital credenciado e habilitado em Oncologia, sendo importante frisar que a qualificação como CACON/UNACON é obtida através de credenciamento, realizado pelo gestor local, e posterior habilitação pelo Ministério da Saúde.

Os hospitais habilitados como UNACON ou CACON devem oferecer assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico, estadiamento e tratamento do paciente. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Já os Serviços Isolados de Radioterapia ou de Quimioterapia são responsáveis por realizar procedimentos relativos apenas à radioterapia ou à quimioterapia, respectivamente, devendo estabelecer relações formais com hospitais para a cobertura das demais modalidades assistenciais.

A qualificação como CACON/UNACON é obtida através de credenciamento, realizado pelo gestor local, e posterior habilitação pelo Ministério da Saúde. Trata-se de ato complexo de duas esferas distintas de governo. Convém, contudo, deixar bem claro que a efetiva contratação é realizada pelo gestor local. A habilitação, ato do gestor federal depende apenas da averiguação do cumprimento dos requisitos estabelecidos na portaria, através de documentos enviados pelo



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

gestor local ao gestor federal. Os conceitos e definições encontram-se no Anexo I da Portaria SAS 741/2005.

O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não distribuem nem fornecem diretamente medicamentos para tratamento de câncer, assim como a tabela de procedimentos quimioterápicos do SUS não refere medicamentos, mas sim situações tumorais e indicações terapêuticas especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado. Ressalte-se que a guarda e aplicação de quimioterápicos são procedimentos de risco para os doentes e profissionais, razão pela qual exige pessoal qualificado e experiente, sob supervisão médica, ambiente adequadamente construído e mobiliado para tal (Farmácia Hospitalar e a Central de Quimioterapia) e procedimentos especificamente estabelecidos por normas operacionais e de segurança.

Ademais, a prescrição médica é prerrogativa e responsabilidade do médico assistente e os medicamentos padronizados, do estabelecimento de saúde que presta o atendimento. Cabe exclusivamente ao médico assistente a prerrogativa e a responsabilidade pela prescrição, conforme as condutas adotadas no SUS e habilitado para a assistência oncológica o fornecimento do(s) medicamento(s) prescritos. Os esquemas quimioterápicos prescritos devem ser codificados pelo respectivo procedimento conforme a situação nele descrita no subsistema APAC (Autorização para procedimento de alta complexidade) – SIA (sistema de informações ambulatoriais)-SUS. Obviamente, a prescrição e o fornecimento devem basear-se em informações adequadas e condutas terapêuticas estabelecidas na literatura.

É de ressaltar a edição das Portarias SAS/MS nº 420 e 421, de 25/08/2010: esta última altera, recompõe ou atualiza a maioria dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia na Tabela Unificada do SUS, mantendo e estabelecendo normas de autorização e controle. Esta é a maior mudança na atenção oncológica desde 1999. A referida Portaria previu a liberação R\$ 412,7 milhões para serem investidos na reestruturação da assistência oncológica. Os recursos serão utilizados para aumentar o valor de 66 procedimentos, permitindo que esquemas quimioterápicos recentes, que adotam novos medicamentos,



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

possam ser adquiridos e fornecidos pelos hospitais habilitados no SUS para tratar o câncer.

Com relação aos medicamentos oncológicos, visando ao cumprimento dos Princípios e Diretrizes do SUS, estabelecidos no Art. 7 da Lei 8.080/90, as normas vigentes do Ministério da Saúde estabelecem que todos os medicamentos para tratamento do câncer (inclusive aquelas de uso via oral) devem ser fornecidos pelo Estabelecimento de Saúde (clínica ou hospital) público ou privado, cadastrado no SUS, para atendimento deste tipo de doença e somente para os pacientes que estiverem recebendo o seu tratamento no próprio estabelecimento de saúde.

Com isso, os medicamentos oncológicos foram excluídos da Tabela de Medicamentos Excepcionais do SUS, por meio da Portaria SAS/MS nº 184, de 16 de outubro de 1998 (republicada em 03 de novembro de 1998). Esses passaram a integrar o Sistema de Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) ONCO. Para receber quimioterápicos o paciente deve seguir os seguintes passos:

- 1) o paciente é atendido por médico em hospital ou serviço isolado de quimioterapia cadastrado no SUS;
- 2) o médico avalia e prescreve o tratamento indicado, conforme as condutas adotadas no hospital;
- 3) o paciente é submetido ao tratamento indicado e, inclusive, recebe do hospital ou serviço isolado os quimioterápicos de que irá fazer uso;
- 4) o médico preenche o laudo de solicitação de autorização para cobrança do procedimento do SUS e o encaminha ao gestor local (Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde);
- 5) o gestor autoriza a cobrança conforme as normas vigentes do Ministério da Saúde e fornece ao hospital ou serviço isolado um número de APAC;
- 6) o hospital ou serviço isolado de quimioterapia cobra do SUS no final do mês o valor mensal do respectivo tratamento;



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

7) o SUS paga ao hospital ou serviço isolado de quimioterapia o valor relativo ao procedimento.

Tendo em vista realizarem serviços tão relevantes, os CACON/UNACON devem ser ressarcidos, através do sistema denominado APAC/ONCO. Por meio de tal sistemática a União, com base em médias históricas, repassa aos Estados ou Municípios um determinado valor (teto MAC). Este valor é global e envolve, além da assistência oncológica, outros procedimentos classificados como de média ou alta complexidade, v.g, cirurgias, internações e outros

De posse destes valores, os gestores locais (Municípios ou Estados) ressarcem os prestadores, com base nas informações lançadas no sistema APAC, através de tabela com valores pré-determinados. Caso desejem, Estados e Municípios podem complementar este valor. Frise-se que a União ordinariamente não repassa verbas diretamente a hospitais para o tratamento oncológico. O repasse ocorre quase sempre através dos gestores locais, sendo que apenas em relação aos hospitais universitários federais há repasse de verbas diretamente da União ao prestador. Neste caso o valor repassado à União é descontado do teto MAC.

Ao Ministério da Saúde incumbe tão-somente o repasse dos recursos aos gestores locais para o custeio desses procedimentos, através do Teto MAC. Posteriormente os gestores locais repassam recursos aos prestadores de serviço através da sistemática APAC/ONCO – autorização para procedimentos de alta complexidade em oncologia, não tendo competência sobre o processo de distribuição da medicação a ser utilizada.

Regulando o sistema APAC/SIA, para ressarcimento pelo serviço prestado, foi publicada Portaria SAS 346/2008. No que tange à quimioterapia, a norma expressamente determina que no valor repassado se inclui o fornecimento de medicamentos antineoplásicos:



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Art. 28 - O valor dos procedimentos de quimioterapia é mensal e inclui os itens abaixo relacionados, das aplicações, fases e ciclos que se repitam dentro de um mesmo mês, para os respectivos tumores:

II – Consulta médica;

III – Medicamentos anti-tumorais (antineoplásicos);

IV – Medicamentos utilizados em concomitância à quimioterapia: antieméticos (antidopaminérgicos, bromoprida, anti-histamínicos, corticóides e antagonistas do receptor HT3), analgésicos, antiinflamatórios, diuréticos, antagonistas dos receptores H2 e outros;

V – Soluções em geral (soros glicosado e fisiológico, ringer, eletrólitos e outros);

VI – Material em geral (equipos, luvas, escalpes, seringas, agulhas, dispositivos de microgotejamento, máscaras, aventais e outros);

VII – Impressos;

VIII – Capela de fluxo laminar;

IX – Limpeza e manutenção do serviço.

A política pública de atendimento oncológico, desde 1998, não padroniza nem fornece medicamentos para tratamento de câncer. A tabela de procedimentos não se refere a medicamentos, mas a situações tumorais específicas, que são pagas mediante APAC. O CACON possui total liberdade para padronizar e conduzir o atendimento de quem busca tratamento junto a tais unidades. Livremente padronizam, adquirem e fornecem os antineoplásicos que prescrevem e devem se responsabilizar pelas condutas que adotam.

A indicação de uso de um medicamento antineoplásico é sempre de competência do médico assistente do doente, conforme protocolos de tratamento fundamentados em evidências científicas e adotados na instituição onde este médico atua (UNACON, CACON ou Serviço Isolado de Quimioterapia).



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O tratamento escolhido dependerá de fatores específicos de cada caso, tais como: evolução da doença, os tratamentos já realizados e as condições clínicas do paciente. Os CACON, UNACON e serviços isolados de quimioterapia ficam responsáveis pelo fornecimento da medicação adequada, que integra apenas como mais um componente da situação tumoral.

Cabe ressaltar que a condenação dos entes federativos em fornecer medicamento antineoplástico representa teratologia. Em primeiro lugar importa em desrespeito à política pública estabelecida, já que esta previu que o tratamento deveria ser dado integralmente pelo CACON/UNACON. Em segundo lugar importa em grande prejuízo ao erário que pagará duas vezes por um serviço prestado de forma incompleta. Explica-se, paga-se ao CACON, por meio da APAC lançada e se desembolsam recursos para fornecimento de medicamento, quando caberia ao CACON fazê-lo, gerando com uma só conduta prejuízo ao erário e enriquecimento sem causa para o CACON.

3) A DESCONSIDERAÇÃO DA DELIMITAÇÃO DE ATRIBUIÇÕES COMO FATOR DE DESORGANIZAÇÃO DO SUS. PREJUÍZO AOS FINS MAIORES DO SISTEMA.

Deve-se destacar, ainda, que a preocupação com a observância das normas constitucionais e legais relativas à delimitação de competência no âmbito do SUS não é tão-somente para ver consagrada a legislação pátria (o que, por si só, já seria de muita relevância), mas também porque a subversão à lógica do SUS, com a condenação indistinta dos réus ao fornecimento de medicamentos via judicial, vem impondo graves prejuízos à própria população. É o que se passa a demonstrar, com a pontuação dos principais problemas operacionais que vem sendo enfrentados em razão da adoção, pelo Judiciário, da teoria da solidariedade passiva irrestrita aos entes.

- **O NÃO CUMPRIMENTO DA DECISÃO ou O CUMPRIMENTO EM DUPLICIDADE.**



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Uma vez prolatada decisão judicial em que reste firmada conclusão sobre a solidariedade passiva relativamente ao fornecimento de medicamentos, os três entes políticos são intimados para seu cumprimento. No entanto, diante da ausência de definição quanto à atribuição de cada réu no cumprimento da obrigação imposta, não raro ocorrem duas situações opostas: ou nenhum réu executa o comando judicial (imaginando que o outro o fará) ou mais de um providencia o seu atendimento.

Com efeito, estando todos os co-réus afetos a uma mesma obrigação, antes de iniciar o atendimento, diligencia-se pela verificação de eventual cumprimento pelo outro ente. Tal procedimento, que objetiva resguardar o interesse público, tem o inconveniente de retardar o efetivo cumprimento da ordem judicial (uma vez realizada gestão junto aos demais entes condenados, aguarda-se por um período razoável a resposta do co-réu), fato que, por si só, já justificaria que a decisão judicial impusesse a um só ente a obrigação de fornecer os remédios pleiteados.

Some-se a isso que é comum a gestão realizada junto aos demais entes restar infrutífera, ante a ausência de resposta dos co-réus acerca do efetivo cumprimento. Em face da omissão, dá-se início ao procedimento de aquisição do medicamento pleiteado. Ocorre que, frequentemente, após a entrega do remédio ao autor, recebe-se a informação de que outro ente veio a cumprir a decisão, configurando a duplicidade no fornecimento da medicação e, por consequência, o desperdício das verbas públicas, que deixam de ser direcionadas a outras ações e políticas públicas de saúde já previamente planejadas.

• **A IMPOSSIBILIDADE DE VERIFICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA PELA UNIÃO (AUSÊNCIA DE CONTROLE ACERCA DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO)**

Como já informado, a União em razão das atribuições previstas na Lei 8.080/90, não está estruturada para atender diretamente aos cidadãos, de modo que, não existindo um local ao qual possa dirigir-se o autor para buscar a medicação, esta lhe é entregue em sua residência. O maior inconveniente gerado



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

por essa forma de cumprimento da obrigação, a par de impor à União um gasto adicional, é que não há como proceder-se ao recolhimento da prescrição médica atualizada.

Com efeito, a remessa medicamentosa é entregue na residência do demandante por empresa contratada para esse fim, que, naturalmente, não possui atribuição e, menos ainda, aptidão técnica, para verificação das prescrições médicas. Com isso, não obstante seja comum que os magistrados, preocupados em evitar fraudes, registrem em suas decisões que o fornecimento dar-se-á, mensalmente e mediante prescrição médica atualizada, tal controle não há como ser operacionalizado pela União, que, então, entrega tantas remessas quantas forem necessárias, enquanto vigente a decisão judicial, com base na prescrição juntada aos autos.

Tal forma de cumprimento da obrigação que, ressalte-se, é a única ao alcance da União, em virtude das atribuições legais que lhe competem, tem tornado o fornecimento de medicamentos pela via judicial muito propícia ao surgimento de fraudes, bem como tem se mostrado incentivo a que se demande em face da União, em razão da comodidade que isso representa ao autor. A esse respeito, deve-se registrar que é comum o contato dos demandantes com o Ministério da Saúde informando a sua preferência em receber da União os remédios pleiteados, em razão da entrega ser em seu domicílio.

É de se mencionar que a entrega, pela União, da medicação na Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde não é alternativa viável, eis que foi outrora adotada pela União e representou prejuízo aos cofres federais, já que era bastante comum a entrega da medicação, pela Secretaria, a outro paciente que viesse a dele necessitar, o que causava a falta da medicação ao autor da demanda. Como a responsabilidade era reputada solidária na decisão, pouco importava que tivesse a União adquirido o medicamento: a decisão era considerada descumprida por todos os entes, que sofriam conjuntamente as imposições de multas e outros meios de coerção ao cumprimento do julgado.

Destaque-se, ainda, que, com vistas a evitar descontinuidade no tratamento pleiteado (rememore-se que o procedimento de compra demora 2 a 3 meses e não dispõe o Ministério da Saúde de local para o qual possa se dirigir o



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

demandante quando acabar a medicação, tampouco de estoque de medicamentos), a União efetua aquisições suficientes ao atendimento de 6 meses do tratamento, o que também pode conduzir ao desperdício de verbas públicas e ao favorecimento de fraudes, eis que é possível que, durante esse período, o autor deixe de utilizar os medicamentos, seja por alteração na prescrição médica ou mesmo por falecimento.

4) CONCLUSÃO

Toda disposição normativa do Sistema Único de Saúde é voltada à concretização do princípio da descentralização, que impõe a adoção de repartição de atribuições entre os entes que o compõem.

Com a crescente judicialização da saúde, tornaram-se bastante comuns decisões judiciais que desorganizam o modo como estruturado o SUS. Para elucidar, pode-se citar aquelas que impõem à União a realização direta de procedimentos de média e alta complexidade, como uma cirurgia ou uma internação. Quando o Poder Judiciário impõe esse tipo de obrigação à União, desorganiza o modo como é estruturado o SUS, causando prejuízos a toda população. Por outro lado, quando o Poder Judiciário profere decisões que respeitam a estrutura do Sistema, o que vai de encontro à ideia de solidariedade irrestrita entre os entes, torna-se um aliado na organização do SUS, auxiliando, inclusive, no controle e no planejamento dos gastos públicos.

Conforme expusemos, verificou-se que, dependendo da forma como é efetuado o financiamento e o repasse de recursos e/ou medicamentos pela União para os Estados e Municípios, levando-se em conta a gestão implementada e as pactuações existentes, será possível determinar a responsabilidade de cada um dos entes em relação à aquisição e distribuição dos medicamentos.

Não cabe à União, salvo as exceções já reguladas por lei, a responsabilidade pelo fornecimento direto de medicamentos, em razão da completa inexistência de responsabilidade jurídica (constitucional, legal e infralegal) pela execução da política nacional de assistência farmacêutica, tarefa a ser desempenhada pelos Estados e Municípios. Isso porque o Ministério da Saúde é



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO

CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

responsável pela definição de políticas públicas de saúde, bem como pelo repasse financeiro para os Gestores Estaduais (que recebem recursos para ações nos municípios que não aderiram ao Pacto de Gestão do SUS) e Gestores Municipais dos Municípios (que recebem recursos para ações de saúde em seu município).

Consoante demonstrou-se, em relação à Rede de Atenção em Média e Alta Complexidade, cabe à União repassar aos Estados e aos Municípios os recursos federais referentes ao Teto MAC. A esses entes compete a implementação dos procedimentos em referência para que a população local seja assistida. Uma vez transferidos os recursos pela União, esta se desonera da sua obrigação e qualquer falha quanto ao gerenciamento da rede de atenção deve ser imputada ao Estado ou ao Município faltante.

Ao explicar a sistemática de funcionamento do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, demonstramos que a descentralização e hierarquização do SUS determinam que a realização das ações de saúde referentes a esse bloco deve ser implementada por seus gestores locais. O desenvolvimento da regionalização e hierarquização das ações de saúde de média e alta complexidade é crucial para se alcançar a integralidade da assistência, em atendimento ao comando constitucional.

Ao se aclarar a sistemática dos repasses de recursos aos Estados e Municípios, tornou-se indubitável que os procedimentos de média e alta complexidade não são e não podem ser realizados pelo Ministério da Saúde/União, mas sim por meio dos gestores locais. Isso porque, neste bloco de financiamento, a União assume o papel de definir as políticas públicas e repassar regularmente os valores necessários aos Estados e Municípios. Após repassar os recursos aos outros entes, a União se desembaraça da sua obrigação. Os erros relativos ao gerenciamento da rede de atenção devem ser imputados ao Estado ou ao Município faltante, já que o numerário foi transferido e cabia a esses entes gerenciá-lo.

Procurou-se evidenciar a atribuição de cada Ente na execução dos serviços de saúde, bem como demonstrar que o Ministério da Saúde não possui meios físicos de cumprir eventuais decisões judiciais que determinam a direta execução de procedimentos relativos à internação, cirurgia e exames.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Sobrepor outra visão à forma de funcionamento e de financiamento do SUS pode ser também considerado um fator gerador de desorganização do SUS, dada a natureza descentralizada, hierarquizada e regionalizada da sua gestão e estruturação. Por fim, alerta-se para que a transferência de responsabilidade para o SUS por atendimento realizado fora de suas normas operacionais ou de sua rede de estabelecimentos credenciados e habilitados (conforme parâmetros de necessidade e critérios de qualidade e sustentabilidade devidamente estabelecidos) gera distorções e problemas para esse Sistema (que não pode ser tomado como um mero fornecedor de procedimentos ou de medicamentos), como: desregulação do acesso assistencial com justiça e equidade; perda da integralidade assistencial; ausência do controle e avaliação da assistência prestada; quebra das prioridades definidas para a saúde pública; financiamento público da assistência privada sem o devido contrato para utilização de recursos, que são orçamentados e de aplicação planejada conforme as políticas públicas definidas.

A desconsideração dessa premissa leva à completa desorganização do SUS, com prejuízos claros aos seus fins maiores, razão pela qual a adoção da tese de solidariedade passiva irrestrita entre os entes que compõem o Sistema Único de Saúde deve ser fortemente rechaçada.

É o parecer.

À Consideração superior.

Brasília, 01 de julho de 2012.

LUIS FELIPE GALEAZZI FRANCO

Advogado da União

ALESSANDRA VANESSA ALVES

Advogada da União

Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

De acordo, Brasília, 01 de julho de 2012.

JEAN KEIJI UEMA

Consultor Jurídico