

(Artigo publicado in: Revista do tribunal regional federal - Quarta Região. Ano 25, número 84. Porto Alegre: 2015. p. 77-103)

A REPONSABILIDADE SOLIDÁRIA E SUBSIDIÁRIA DOS ENTES POLÍTICOS NAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

João Pedro Gebran Neto¹ e Renato Luís Dresch²

“Embora seja desejável atingir a finalidade apenas para um único homem, é mais nobilitante e mais divino atingi-la para uma nação ou para as cidades.”
(Aristóteles. Ética a Nicômaco).

1. Introdução

A saúde pública é um direito humano fundamental, que foi incluído como tal no art. 6º da Constituição Federal brasileira, consagrando-a como direito de todos e dever do Estado a ser garantido mediante políticas públicas, assegurado o acesso universal e igualitário com atendimento integral (CF, artigos 196 e 198).

A questão atinente ao acesso universal e igualitário, com atendimento integral à saúde, não mais é objeto de controvérsia. As discussões giram em torno dos limites da integralidade em razão da cláusula da reserva do possível, assim como quanto aos limites da responsabilidade de cada um dos gestores.

¹ **João Pedro Gebran Neto**, Juiz Federal da 5ª Vara de Curitiba, Seção Judiciária do Paraná, Coordenador do Comitê Executivo da Saúde do Paraná, mestre em Direito Constitucional pela UFPR.

² **Renato Luís Dresch**, Juiz de Direito do Estado de Minas Gerais, titular da 4ª Vara de Fazenda Pública Municipal de Belo Horizonte, coordenador do Comitê Executivo da Saúde do Estado de Minas Gérias, Professor de Direito Processual Civil e Ações Constitucionais.

Entretanto, a experiência tem demonstrado que a adoção da solidariedade como único critério para solução da responsabilidade dos entes públicos na prestação dos direitos sanitários tem ensejado mais problemas que soluções.

A jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, firmada a partir da decisão proferida pelo Ministro Gilmar Mendes na Suspensão de Tutela Antecipada nº 175, acabou por reafirmar a responsabilidade solidária entre Municípios, Estados, Distrito Federal e União, embora reconheça que a matéria deverá ser objeto de exame específico pela Suprema Corte no julgamento do RE 566.471 e da Proposta de Súmula vinculante nº 04, ambos em tramitação naquela Casa.

A considerar-se a solidariedade vigorante em todas as ações, é possível que um mesmo indivíduo ajuíze três ações distintas, uma contra a União, outra contra o Estado ou Distrito Federal, e uma terceira contra o Município, todas elas deduzindo a mesma pretensão.

Como a orientação jurisprudencial fixou que não há litisconsórcio necessário, tampouco litispendência, ou mesmo conexão, então haverá três possibilidades de obter um mesmo provimento. Sem embargo do mérito da pretensão, mas partindo do pressuposto que um medicamento seja devido, então os três entes comprarão medicamentos para um mesmo paciente, havendo gasto indevido e desnecessário de recursos.

Além disso, a possibilidade de ajuizamento de três demandas com uma mesma pretensão contra os três entes contribuiria para o fenômeno da multiplicação de processos, prejudicando também a Administração da Justiça.

Por vezes o problema fica ainda mais intrincado, quando um ente custeia e fornece medicamentos que, por força da lei e dos convênios, deveriam ser custeados por outros.

Isto porque há várias decisões judiciais negando, em ação subsequente, o direito de ressarcimento ao Município, o qual inicialmente figurou sozinho em demanda para aquisição de medicamento com base no princípio da solidariedade, cuja negativa baseou-se no entendimento de que os recursos estão abarcados dentre aqueles já repassados nos termos da Lei nº 8.080/90.

Sem embargo do mérito das decisões da Suprema Corte sobre o tema e as consequências jurídicas dali decorrentes, é importante consignar que, a partir da Lei nº 12.401/2011 - que alterou significativamente a estrutura do Sistema Único de Saúde (regulado pela Lei nº 8080/90) -, já não é mais possível sustentar-se a existência de plena solidariedade entre os entes políticos para responder todas e quaisquer ações judiciais onde se busque o direito prestacional à saúde pública.

É certo que mesmo a partir da nova lei nem todos os problemas estão solucionados, pois a inexistência de uma clara repartição de competência entre os gestores cria confusão de tal monta que nem mesmo os próprios representantes judiciais dos operadores da saúde pública se entendem. Frequentemente, quando figuram como litisconsortes passivos em processos judiciais de acesso à saúde, tanto a União, como os Estado e os Municípios costumam alegar, simultaneamente, a ilegitimidade passiva para responderem pelas ações e serviços de saúde.

A falta de um regramento integrado e claro da competência de cada um dos gestores serve para incrementar uma desordenada judicialização, sem que se consiga identificar o real responsável pela ação ou serviço de saúde, impactando cada vez mais a gestão administrativa, causando o chamado “efeito deslocativo no orçamento público”, sobretudo para os Estados e os Municípios. Por essa razão é necessário discutir as implicações jurídicas das normas administrativas que repartem a competência de cada gestor.

2. Da divisão de competências

O art. 23, II, da Constituição Federal estabelece a **competência comum** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para cuidar da saúde. A doutrina³ e a jurisprudência do STF entendem que a **competência comum** inserida no texto constitucional significa que a prestação do serviço por uma entidade não exclui igual competência de outra, ou seja, que se trata de solidariedade.

Portanto, da disposição constitucional de competência comum entre os gestores se extrai o entendimento da existência de solidariedade entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Contudo, esta solidariedade se refere ao dever de implementarem as políticas públicas para a consecução do seu fim.

A discussão que se impõe diz respeito aos limites da solidariedade, sobretudo quando já tiverem sido implantadas políticas públicas que repartem e especificam a competência entre os gestores, distribuindo administrativamente a responsabilidade de cada um dos gestores. Esta divisão organizativa não pode ser compreendida como contrária à solidariedade, mas como modo de consecução do dever constitucional, devendo corresponder a competência e a legitimidade passiva das ações judiciais, de sorte que a responsabilidade recaia sobre aquele que detém atribuição para a aquisição e distribuição dos medicamentos em cada esfera, evitando dificuldade de cumprimento (inclusive aumento dos custos com aquisição e distribuição individual ou fora do sistema já implantado em cada ente).

³ SILVA, José Afonso da. *Comentário Contextual à Constituição*. 3ª ed. São Paulo: Malheiros, 2007, p. 273.

Como exemplo, veja-se que a União, em regra, não possui unidades de saúde o que resulta na dificuldade quando ocorre sua condenação para promover a entrega de medicamentos, encerrando em grande ônus e custos financeiros na operação. De outra banda, os pequenos Municípios, que possuem unidades de saúde, muitas vezes não têm recursos para suportar o ônus judicialmente imposto, como ocorre com o tratamento oncológico. Assim, quando, em razão da solidariedade, somente um ente figura no polo passivo, a ordem judicial eventualmente poderá ser dirigida contra aquele que não dispõe dos meios operacionais para o cumprimento, já que a aquisição e distribuição é definida pela legislação de forma diversa entre os três entes da federação.

Assim, repita-se, a partir da vigência da Lei nº 12.466/2011, que modificou diversas disposições da Lei nº 8080/90 (incluindo vários artigos 19), impõe-se a revisão doutrinária e da jurisprudência do Supremo Tribunal Federal sobre o tema.

3. A organização administrativa e a repartição de competência entre os gestores

A orientação básica sobre organização do Sistema Único de Saúde – SUS está na Constituição Federal, dispondo o art. 198 que “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada de hierarquizada e constituem um sistema único*”, ordenando ainda a sua descentralização e a direção única em cada esfera de governo, além de estabelecer critérios gerais de financiamento.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e suas alterações) dispõe sobre as condições para a organização, a promoção, a proteção e recuperação da saúde pública, fixando no art. 15 as atribuições a serem exercidas pela União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios em seu âmbito administrativo, apresentando os artigos 16, 17 e 18 a competência de cada gestor.

O art. 16 da Lei Orgânica da Saúde atribui à **União** a condição de financiador e coordenador do sistema. No que se refere à execução de políticas públicas, a União participa apenas na execução direta das ações de vigilância epidemiológica; na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios; na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais.

De acordo com o art. 17 da Lei Orgânica da Saúde, aos **Estados** compete o financiamento e a coordenação estadual do sistema, cabendo-lhe executar supletivamente as ações e serviços de saúde (III), assim como executar em caráter complementar os serviços de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária, de

alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador (IV); participar da execução de ações de saneamento básico (VI); executar em caráter suplementar a política de insumos e equipamentos para a saúde (VIII); colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (XIII).

Aos **Municípios**, o art. 18 da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) impõe o planejamento, a organização, o controle e avaliação das ações e os serviços de saúde e gerência e execução dos serviços públicos de saúde (I); participação da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho (III); execução dos serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador (VI); execução, no âmbito municipal, a política de insumos e equipamentos para a saúde (VII); gerência de laboratórios públicos de saúde e hemocentros (VIII); colaboração com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras (IX).

Verifica-se que há um norte legal que estabelece regras de repartição de competência entre os gestores, razão pela qual se torna relevante a análise da repartição das competências.

Esta matéria veio a ser regulamentada pelo Decreto nº 7508/2011, que buscou organizar e planejar a política de saúde do SUS e a articulação interfederativa. Especificamente quanto à competência de cada ente estabeleceu:

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;

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.

E, pouco adiante, a mesma norma refere que a interação entre os entes políticos se fará mediante **contrato organizativo da ação pública da saúde**, cujo objeto “é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários” (art. 34).

Em seu artigo 35, estabelece o Decreto em comento:

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Não se olvida que o direito à saúde tem assento constitucional, não sendo exigível que a sua fruição se perca nos muitos escaninhos existentes no serviço público. Entretanto, também deve ser valorizada a opção legislativa daqueles democraticamente eleitos para o estabelecimento de políticas públicas as quais devem, segundo as possibilidades financeiras e políticas, organizar a prestação do serviço, de modo a distribuir equitativamente os direitos prestacionais sociais, analisando as necessidades e elegendo prioridades, de modo a maximizar a eficácia, a isonomia e a economicidade da política pública de saúde.

Se, dentro do quadro constitucional, foi organizado pelo legislador infraconstitucional o modo de prestação material deste direito fundamental, deve ser concedida pelo Poder Judiciário deferência a esta política pública, desde que atendidos os demais preceitos constitucionais.

4. A regulação da assistência farmacêutica

Através da Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecendo os princípios dessa política. Em seguida foi editada a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006⁴, que estabeleceu o Pacto pela Saúde, prevendo o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica organizado em três componentes sendo: a) Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; b) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e, c) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, fixando blocos de financiamento e estabelecendo a responsabilidade das três esferas de gestão.

⁴ - Portaria GM/MS n. 399/2006. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acessado em 30.7.2013

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – **RENAME** compreende o elenco dos medicamentos padronizados para o atendimento de doenças ou de outros agravos no âmbito do SUS e está estruturada do seguinte modo: **I** - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; **II** - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; **III** - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; **IV** - Relação Nacional de Insumos; e **V** - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

A RENAME atualmente em vigor foi aprovada pela Portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012⁵, e, de acordo com o art. 26, parágrafo único, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, será atualizada a cada dois anos pelo Ministério da Saúde.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste no financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, que é de responsabilidade dos três gestores do SUS, embora o Município seja o responsável pela execução dessa política com o fornecimento dos medicamentos. No elenco dos medicamentos do componente básico, constante do anexo I da RENAME, inserem-se, entre outros, o financiamento dos medicamentos previstos nos programas de hipertensão e diabetes, exceto insulina; asma e rinite; saúde mental; saúde da mulher; alimentação e nutrição e combate ao tabagismo.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste no financiamento para as ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos, para doenças de perfil endêmico e outras que ponham em risco a saúde da coletividade, cujo financiamento e o fornecimento de medicamentos é de responsabilidade do Ministério da Saúde, inserindo-se nessas, entre outros: **a)** Alimentação e Nutrição; **b)** Combate ao Tabagismo; **c)** Programa de DST/AIDS (antirretrovirais); **d)** Controle de Endemias Focais como: Cólera, Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Filariose, Influenza, Leishmaniose, Malária, Meningite, Micoses Sistêmicas, Peste Raiva Humana; e Tracoma); **e)** Doença Enxerto contra Hospedeiro; **f)** Hanseníase; **g)** Lupus; **h)** Mieloma Múltiplo; **i)** Coagulopatias; **j)** Tuberculose; **l)** Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados; **m)** Imunobiológicos; **n)** Insulina, além de outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica consiste no financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos que não são dispensados ordinariamente, dependendo de pedido específico de cada paciente que será submetido a um procedimento individualizado, tanto que a aquisição e fornecimento desses

⁵ Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CONITECPORTARIAMS5332012.pdf>. Acessado em 16.9.13.

medicamentos depende de uma Autorização de Procedimento de Alta Complexidade – APAC, conforme regulamentado pela Portaria nº 1554/2013, alterada pela Portaria nº 1996/2013.

4.1 Do Componente Básico da Assistência Farmacêutica

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS, destina-se à atenção primária, constituindo o fornecimento dos medicamentos e insumos para o tratamento dos problemas mais comuns que são passíveis de atendimento em nível primário.

A partir de 1º de agosto de 2013, a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, passou a regulamentar o Componente Básico de Assistência Farmacêutica estabelecendo normas de execução e de financiamento.

De acordo com o art. 9º da Portaria MS/GM nº 1.555, de 30 de julho de 2013, inserem-se no Componente Básico de Assistência Farmacêutica todos os medicamentos constantes dos Anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.555/2013, o financiamento do Componente Básico de Assistência Farmacêutica é da competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, nas seguintes proporções:

Art. 3º O financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas nesta Portaria, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

*I - **União: R\$ 5,10** (cinco reais e dez centavos) **por habitante/ano**, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;*

*II - **Estados: R\$ 2,36** (dois reais e trinta e seis centavos) **por habitante/ano**, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e*

*III - **Municípios: R\$ 2,36** (dois reais e trinta e seis centavos) **por habitante/ano**, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS.*

O Componente Básico de Assistência Farmacêutica fornecido pela União, os Estados, Distrito Federal e os Municípios deve estar disponibilizado de forma contínua.

De acordo com os artigos 8º e 9º da Portaria GM/MS nº 1.555/2013, a execução das ações e serviços de saúde no âmbito do Componente Básico da

Assistência Farmacêutica é descentralizada, sendo de responsabilidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a “*seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME*”.

Além disso, na forma do art. 10 da Portaria nº 1.555/2013, “*Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.*”

Considerado o perfil epidemiológico local ou regional os Municípios poderão definir na atenção básica outros medicamentos, além daqueles previstos no Elenco de Referência Nacional e Estadual, desde que contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, criando a chamada Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME.

Portanto, em razão de normatização administrativa, os Municípios, o Distrito Federal e os Estados são responsáveis solidários pela aquisição e a disponibilização do Componente Básico e Assistência Farmacêutica, considerando-se como tal aqueles que constam do anexo I e IV da RENAME. No caso de haver falha na dispensação dos Medicamentos do Componente Básico de Assistência Farmacêutica, como seu cofinanciador, a União é responsável subsidiária por aqueles componentes.

4.2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

O Ministério da Saúde considera estratégicos todos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que possuam impacto socioeconômico. São as doenças que atingem ou põem em risco a saúde das coletividades e têm como importante estratégia o controle e tratamento de seus portadores.⁶

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica é destinado para o tratamento de agravos específicos, agudos ou crônicos, as doenças que se configuram como problemas de saúde pública, realizando-se o controle a partir de políticas nacionais.

Os medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica têm o financiamento e a aquisição centralizadas pelo Ministério da Saúde e são

⁶ LIMA, Grazielle Silva de. *Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica*. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/510.pdf>. Consultado em 29.7.2013.

distribuídos para as Secretarias Estaduais de Saúde, sendo que essas têm a responsabilidade de fazer o armazenamento e distribuição aos municípios.

O Ministério da Saúde possui os seguintes programas Estratégicos da Assistência Farmacêutica: Controle da Tuberculose; Controle da Hanseníase; DST/AIDS; Endemias Focais: Cólera, Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Filariose, Influenza, Leishmaniose, Malária, Meningite, Micoses Sistêmicas, Peste, Raiva Humana e Tracoma); Sangue e Hemoderivados; Alimentação e Nutrição; Controle do Tabagismo; Influenza; Imunizações (vacinas)⁷.

O anexo II da RENAME/2012 apresenta a relação dos programas e medicamentos a serem financiados pelo Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, para o controle de: **1)** Agentes contra a leishmaniose e a tripanossomíase; **2)** Agentes antinematóides; **3)** Antibacterianos Aminoglicosídeos; **4)** Antibacterianos Quinolônicos; **5)** Antidepressivos; **6)** Antifibrinolíticos; **7)** Antimaláricos; **8)** Antimicóticos para uso sistêmico; **9)** Antitrematóides; **10)** Antivirais de ação direta; **11)** Eletrólitos com Carboidratos; **12)** Corticosteróides para uso sistêmico simples; **13)** Hormônios do lobo posterior da pituitária; **14)** Imunoglobulinas; **15)** Imunossupressores; **16)** Macrolídeos, Lincosamidas e Estreptograminas; **17)** Medicamentos para tratamento da Hanseníase; **18)** Medicamentos para tratamento da Tuberculose; **19)** Medicamentos usados em Transtornos de Dependência; **20)** Outras preparações de vitaminas simples; **21)** Outros analgésicos e antipiréticos; **22)** Outros produtos do trato alimentar ou metabolismo; **23)** Soluções aditivas intravenosas; **24)** Soros imunes; **25)** Tetraciclina; **26)** Vacinas; **27)** Vasodilatadores periféricos; **28)** Vitamina A e D, incluindo combinações das duas; **29)** Vitamina K e outros hemostáticos.

A competência de cada instituição é distribuída do seguinte modo: **I - Ministério da Saúde:** Protocolo de tratamento; Planejamento e programação; Financiamento e Aquisição centralizada; distribuição aos Estados e Municípios. **II - Secretarias Estaduais de Saúde:** Armazenamento; Distribuição às Regionais ou Municipais; Programação; **III - Secretarias Municipais de Saúde:** Armazenamento; Distribuição às Unidades de Saúde; Programação; Dispensação.⁸

As campanhas nacionais coordenadas pelo Ministério da Saúde são realizadas sem prejuízo das ações locais e regionais para eliminar focos de agravos de doenças endêmicas, que apresentem impactos sociais e econômicos, tanto que além dos Medicamentos do Componente Estratégico, constante do anexo II da RENAME, Estados e Municípios podem instituir outros de interesse local.

⁷ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29009 (Acessado em 18.9.13)

⁸ http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto. (Acessado em 16.9.2013)

Embora a aquisição dos medicamentos do Componente Estratégico de Assistência Farmacêutica seja de responsabilidade do Ministério da Saúde, a programação dos componentes que deverão ser adquiridos para a reposição do estoque é feita pela Assistência Farmacêutica Estadual, que é a responsável pela logística e distribuição às Regionais e aos Municípios. Também cabe aos Municípios fazer a programação dos componentes necessários para cumprir os programas estratégicos. Com isso se estabelece uma responsabilidade comum dos três gestores pela **programação, armazenamento, distribuição e dispensação.**

4.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

O denominado **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF**, o anteriormente designado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), está regulado pela Portaria nº 1554, de 30 de julho de 2013, tratando-se de uma estratégia de acesso a medicamentos no Sistema Único de Saúde para assegurar a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de acordo com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O acesso aos medicamentos deve ser garantido ao usuário mediante pactuação com a definição das responsabilidades entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

O art. 3º da Portaria GM/MS nº 1.554/2013 dividiu os medicamentos que fazem parte do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF** em três grupos, considerando características específicas, de acordo com as quais são definidas as responsabilidades mediante os seguintes critérios:

- I) **Grupo 1**, que é subdividido em **Grupo 1A**, cuja aquisição está sob responsabilidade do Ministério da Saúde e o **Grupo 1B**, cuja aquisição é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mediante a transferência de recursos pelo Ministério da Saúde. Este **Grupo** consistente no Anexo I da Portaria 1.554/2013, é definido utilizando os seguintes critérios: *I - maior complexidade do tratamento da doença; II - refratariedade ou intolerância a primeira e/ou a segunda linha de tratamento; III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e, IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde* (art. 5º). Os medicamentos deste Grupo constituem parte do anexo III da RENAME.
- II) **Grupo 2** é composto dos Medicamentos de responsabilidade das Secretarias da Saúde do Estado do Distrito Federal. Este **Grupo** consistente no Anexo II da Portaria 1.554/2013, é definido utilizando como critérios: *I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e II - refratariedade ou intolerância a primeira linha de tratamento* (art. 6º). Os medicamentos deste Grupo constituem outra parte do anexo III da RENAME.;
- III) **Grupo 3** se compõe de Medicamentos de responsabilidade das Secretarias da Saúde do Distrito Federal e dos Municípios. Este **Grupo** consistente no Anexo III da Portaria 1.554/2013, estando definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, (art. 7º). Os

medicamentos deste Grupo compõem parte do Anexo I da RENAME, constando do anexo III da Portaria GM/MS nº 1.554/2013.

Os **Grupos 1 e 2** ainda contemplam a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, previstas no Grupo 06, Subgrupo 04, do Anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.554/2013.

Embora o SUS deva estabelecer uma programação anual para a aquisição centralizada dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, esses não são disponibilizados de forma contínua, razão pela qual, de acordo com os artigos 22 a 56 da Portaria GM/MS nº 1.554/2013, a **execução** desse componente envolve um procedimento administrativo **de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento**.

O interesse jurídico para ajuizar ação a fim de garantir o acesso aos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF nasce a partir do indeferimento ou inclusão do procedimento administrativo.

Embora a Portaria 1554/13 não estabeleça prazo para a finalização do procedimento administrativo, de modo que a enfermidade é que deve definir a urgência, contudo, considerando-se a saúde como um direito humano fundamental, não parece razoável exigir do paciente prazo superior a 30 dias para apreciação da solicitação.

5. A responsabilidade do gestor federal

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) atribui ao Conselho Nacional de Saúde a coordenação nacional do SUS, respondendo a União essencialmente pela coordenação, apoio e o financiamento do sistema, enquanto a execução das ações e serviços de saúde fica mais a cargo dos Estados e dos Municípios. Dentre as ações de responsabilidade do gestor federal destaca-se a **definição das políticas, a coordenação** dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade; a rede de laboratórios de saúde pública; a vigilância epidemiológica e sanitária, sendo o seu principal financiador.

Além de **coordenar** o sistema, cabe ao Ministério da Saúde participar da execução das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; da identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; da prestação de cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; da promoção da descentralização para as Unidades Federadas a aos Municípios dos serviços e ações de saúde de abrangência estadual e municipal; da execução das ações

de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais que possam escapar do controle da direção estadual ou que representem risco de disseminação nacional.

A União executa os serviços de saúde de forma supletiva e transitória, enquanto a sua principal participação é a de financiador e coordenador da execução dos serviços realizados pelos Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

O Ministério da Saúde possui a seguinte responsabilidade:

- a) Pelo planejamento e participar do financiamento do **Componente Básico da Assistência Farmacêutica** (RENAME anexo I e IV), tornando-se responsável pela sua aquisição, distribuição e dispensação desses medicamentos;
- b) Financiar e adquirir as insulinas disponíveis na RENAME (insulina humana NPH 100 UI/ml e insulina humana regular 100 UI/ml) distribuindo-as às Secretarias Estaduais de Saúde, ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a quinhentos mil habitantes (Portaria GM/MS nº 1.555/2013, arts. 5º). Também cumpre ao Ministério da Saúde financiar com Estados e Municípios os antidiabéticos previstos na RENAME;
- c) Financiar e adquirir os anticoncepcionais e insumos do Programa Saúde da Mulher, constantes do Anexo I e IV da RENAME, distribuindo-as às Secretarias Estaduais de Saúde, ao Distrito Federal, aos Municípios das capitais dos Estados e aos Municípios com população superior a quinhentos mil habitantes (Portaria GM/MS nº 1.555/2013, art. 6º);
- d) Pelo protocolo de tratamento, planejamento e programação, financiamento, aquisição centralizada e distribuição aos Estados e Municípios do **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica**, conforme anexo II da RENAME;
- e) Pela incorporação de novos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, previstos no anexo III da RENAME;
- f) Pela **aquisição** centralizada dos medicamentos do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF** que compõem o **Grupo 1A** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013, fornecendo-os às Secretarias de Saúde dos Estados e do distrito Federal que serão os responsáveis pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação;
- g) Pela **transferência de recursos** aos Estados e Distrito Federal, dos medicamentos que compõem o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que compõem o **Grupo 1B** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013, respondendo solidariamente pela sua dispensação;
- h) Pelo **fornecimento de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS**, conforme anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.554/2013;
- i) Pelo fornecimento dos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos de uso Hospitalar, conforme anexo V da RENAME;

- j) No que se refere ao tratamento do câncer, a Política Nacional de Atenção Oncológica encontra-se instituída pela Portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, ratificada pela Portaria GM/MS nº 2.048, de 3 de setembro de 2009, visando a **promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos**. Embora haja participação do Gestor Pleno Municipal e Estadual para o credenciamento dos UNACONS e CASONs, assim como pelo encaminhamento dos pacientes para o tratamento oncológico, **a remuneração do serviço é realizado na integralidade pelo Ministério da Saúde**. O pagamento é realizado por bloco, *per capita*, para cada paciente tratado no sistema, em que o procedimento contempla “todo o tratamento necessário, incluindo os medicamentos.”⁹

6. Da responsabilidade do gestor estadual

O art. 17 da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) atribui à direção estadual do SUS a responsabilidade pela descentralização dos serviços de saúde para os Municípios. Cabe-lhe acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas, prestando **apoio técnico e financeiro** aos Municípios. Também lhe cabe **executar de forma suplementar** as ações e serviços de saúde de responsabilidade dos Municípios, coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa, além de colaborar com a União nos serviços de vigilância sanitária.

A Secretaria Estadual de Saúde é a responsável gerencial na coordenação, organização e gestão e cofinanciador do Sistema Único de Saúde dos Municípios, por conseguinte compartilha a responsabilidade com as ações e serviços de saúde, não executadas pelas Secretarias Municipais de Saúde mesmo nas obrigações pactuadas com os Municípios.

A Secretaria Estadual de Saúde possui a seguinte responsabilidade:

- a) Pelo planejamento, financiamento e execução e disponibilização de forma contínua do **Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF**, conforme anexo I e IV da RENAME anexo I e IV) (Portaria GM/MS, nº 1.555/2013, arts. 8º, 9º e 10);
- b) **Distribuir aos Municípios as insulinas** humana NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100 UI/ml, adquiridas pelo Ministério da Saúde, financiando em conjunto com os municípios, os insumos complementares para o tratamento e monitoramento do diabetes mellitus, descritos na Portaria 2.583/2007 (seringa com agulha acoplada para a aplicação de insulina, tiras reagentes para a dosagem da

⁹ CONASS. *Coleção Para Entender a Gestão do SUS. A assistência Farmacêutica no SUS. Vol. 7. Brasília: CONASS. 2011. p. 135.*

- glicemia capilar e lancetas para perfuração digital) (Portaria GM/MS nº 1.555/2013, arts. 3º, II e 5º, p. Único);
- c) **Distribuir os medicamentos e insumos do Programa Saúde da Mulher**, aos Municípios que não os receberam diretamente pelo Ministério da Saúde. Responde solidariamente nas demandas judiciais pela falta dos componentes nos Municípios pela ausência dos componentes (Portaria GM/MS nº 1.555/2013, art. 6º, II;
 - d) Pelo armazenamento, distribuição às Regionais ou Municipais, além da programação do **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica** conforme anexo II da RENAME, anexo II;
 - e) Pela disponibilização de forma contínua, dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica que compõem o **Grupo 3** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013 (art.10). Há responsabilidade solidária entre Estados e Municípios.
 - f) Pela **programação, armazenamento, distribuição e dispensação**, dos medicamentos contemplados pelo **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica** (RENAME, anexo III) que compõem o **Grupo 1A** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013. Responde solidariamente com a União nas demandas judiciais para ao cesso a esses medicamentos;
 - g) Pela **aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação**, mediante transferência de recursos do Ministério da Saúde, dos medicamentos contemplados pelo **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF** que compõem o **Grupo 1B** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013;
 - h) Pelo **financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação** dos medicamentos contemplados do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, de conforme anexo III da RENAME que compõem o **Grupo 2** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013;
 - i) Pelo **financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação** dos medicamentos contemplados do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, de conforme anexo III da RENAME que compõem o **Grupo 2** da Portaria GM/MS nº 1.554/2013;
 - j) **Disponibilizarão**, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Portarias GM/MS nº 1.555/2013, art. 10)
 - k) **Pelo fornecimento** de Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, conforme anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.554/2013;
 - l) Pelo fornecimento dos medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos de uso Hospitalar, conforme anexo V da RENAME.

7. Da responsabilidade do gestor municipal

De acordo com o art. 30, VII, da Constituição Federal, cabe ao Município prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população. O art. 18 da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) fixa a competência da direção municipal do Sistema de Saúde.

No que se refere à assistência farmacêutica, a Secretaria Municipal da Saúde é a responsável pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica, que tem como referência os anexos I e IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, os quais devem ser todos disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Além da Atenção Primeira na Assistência Farmacêutica, cabe ao Município a aquisição e dispensação dos medicamentos do Componente Especializada da Assistência Farmacêutica prevista no **Grupo 3 (Anexo III)**, como previsto na Portaria nº 1.554/2013. Ocorre que o **Grupo 3** referido foi todo extraído do anexo I da RENAME, de modo que se tratam de medicamentos que já eram da sua responsabilidade.

A Secretaria Municipal da Saúde possui a seguinte responsabilidade:

- a) Pelo planejamento, financiamento e execução e disponibilização de forma contínua do **Componente Básico da Assistência Farmacêutica – CBAF**, conforme anexo I e IV da RENAME (Portaria GM/MS, nº 1.555/2013, artigos. 8º, 9º e 10);
- b) Pelo armazenamento, **distribuição** às unidades de saúde, programação e dispensação do **Componente Estratégico da Atenção Farmacêutica**;
- c) Disponibilizarão, de forma contínua, os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme Anexo I da RENAME e no arts. 3º, III e 10 da Portaria GM/MS nº 1.555/2013);
- d) **Financiar** em conjunto com o governo estadual, **os insumos complementares** para o tratamento e monitoramento do **diabetes mellitus**, descritos na Portaria 2.583/2007 (seringa com agulha acoplada, tiras reagentes e lancetas) (Portaria GM/MS nº 1.555/2013, art. 3º, III).

8. Os efeitos da repartição administrativa de competência entre os gestores

Como antes referido, o art. 23, II, da Constituição Federal dispõe a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para cuidar da saúde, vindo a jurisprudência brasileira, especialmente do Supremo Tribunal Federal, firmar que se trata de obrigação de responsabilidade solidária.

Esta solidariedade, entretanto, se limita à obrigatoriedade de implementar as políticas públicas de modo conjunto e coordenado, consoante interpretação conjunta do referido preceito constitucional com os artigos 196 e 198 da Carta Magna. Este último prevê a instituição de um sistema único de saúde que se organize numa rede regionalizada e hierarquizada, além de estabelecer como diretriz a descentralização para atingir o atendimento integral, tudo financiado com recursos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Ora, não se pode negar que na organização administrativa há uma repartição da competência entre os entes, de modo a atingir a finalidade constitucionalmente prevista: *cuidar da saúde*.

Como coordenador e principal financiador do Sistema Único de Saúde, a União é corresponsável para as ações e serviços de saúde, sendo parte legítima para figurar no polo passivo das demandas de saúde pública em que tenha responsabilidade em financiar ou prestar diretamente a prestação sanitária.

É necessário ponderar que, em razão da garantia constitucional de acesso universal e igualitário e o atendimento integral e a competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (CF, art. 23, II), a repartição da competência entre os gestores não afasta, por si só, a responsabilidade do gestor hierarquicamente superior, quando outro situado em posição inferior na organização federativa não cumprir a sua obrigação. Isso significa dizer que a União pode ser responsável pela deficiência ou ausência dos serviços de saúde de responsabilidade dos Estados e dos Municípios. Do mesmo modo o Estado pode ser responsável no caso de deficiência ou ausência dos serviços de responsabilidade dos Municípios.

O art. 19-P da Lei nº 8.080/90, acrescentado pela Lei nº 12.401/2011, estabelece que, na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada 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. Como a Constituição Federal assegura a integralidade no tratamento, na inexistência de política pública deve ser admitida a responsabilidade comum (solidária) do art. 23, II, da Constituição Federal.

Como o art. 198 da Constituição Federal prevê a organização regionalizada e hierarquizada do sistema único de saúde, não há como afastar a legalidade das normas administrativas de organização do SUS com a repartição da competência entre os gestores, decorrendo daí o fracionamento da solidariedade que se transforma em subsidiariedade.

Em razão da organização federativa, com ascendente verticalização hierárquica administrativa entre os Municípios, o Estado e a União, não há como impor ao Município obrigações de responsabilidade do Estado ou da União.

Ao decidir a STA 175-CE, o Ministro Gilmar Mendes pondera em seu voto que, *em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou impropriedade da política de saúde existente.* Essa conclusão importa dizer que as normas administrativas de repartição de competência entre os gestores fazem parte das políticas públicas de saúde, de modo que não podem ser desprezadas.

Nas demandas judiciais para o acesso às ações e serviços de saúde é necessário ponderar sobre a existência de normas de repartição da competência entre os gestores, para que se possa fixar a responsabilidade de cada gestor.

Um entendimento inflexível quanto à solidariedade atenta contra os princípios e diretrizes **da eficiência** da administração pública, **da descentralização político-administrativa**, **da regionalização e hierarquização** da rede de serviços de saúde, todos contemplados constitucionalmente.

Ocorre que na organização do sistema, por imperativo constitucional (CF, art. 198, I), os gestores não perdem sua autonomia, de modo que, não se admitido o fracionamento da solidariedade, é de se exigir que cada qual dos gestores (União, Estados e Municípios) mantenha uma estrutura física e administrativa independente para atender idênticas demanda de saúde.

Daniel Sarmento e Cristina Telles ponderam que a solidariedade importaria em desorganização do sistema de saúde, levando ao cumprimento duplicado ou triplicado, enquanto a Constituição Federal remete a descentralização:

“ A própria referência a um sistema (art. 198, caput) já remete a um todo orgânico, cujas partes integrantes devem atuar de maneira harmônica e complementar. Aliando-se a isso a opção expressa pela descentralização como matriz organizacional do USS (arts. 198,I e 30, VII), fica claro o propósito de conferir aos entes mais próximos aos cidadãos – os Municípios – a atribuição prioritária pela prestação direta dos serviços relacionados à saúde, deixando-se aos demais entes atribuições específicas, que demandem enfoque regional – no caso dos Estados – ou nacional – no caso da União -, e subsidiárias.”¹⁰

Por essa razão, deve ser ponderado que, sendo judicializado o acesso à saúde, o julgador não pode deixar de atentar sobre a existência ou não de política pública de repartição da competência entre os gestores. **Em caso positivo, a ordem judicial deve ser emitida em face daquele que foi definido como responsável administrativo.**

Caso inexistir política pública, aplica-se a regra do art. 23, II, da Constituição Federal, podendo responder solidariamente cada um dos três gestores. Mesmo nesse

¹⁰ - SARMENTO, Daniel; TELLES, Cristina. *Judicialização da saúde e repsonsabilidade federativa: solidariedade ou subsidiariedade?* (In: ASENSI Felipe Durtra e PINHEIRO, Roseni (coord.) *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: Campus Jurídico, 2012. p. 122.

caso, para evitar confusão no cumprimento da ordem, que poderá redundar em descumprimento ou cumprimento em duplicidade, parece razoável que decisão judicial fixe um comando sucessivo no cumprimento da ordem, se houver litisconsórcio passivo, bem como discrimine, se for o caso, a quem compete realizar cada tarefa da obrigação de fazer (como comprar, distribuir, ministrar, etc.) e arcar com os custos finais da prestação.

Embora seja possível que nas demandas se forme litisconsórcio passivo, especialmente quando há corresponsabilidade dos gestores, para evitar a duplicidade ou sobreposição dos serviços, é importante que se observe minimamente os graus de responsabilidade, com o reconhecimento de que a repartição administrativa da competência leva a um fracionamento da solidariedade pelo cumprimento das políticas públicas.

E, considerando que não seja a pretensão deduzida contra mais de um ente, em litisconsórcio passivo, deve ser admitido o chamamento ao processo. Isto porque o regime jurídico da solidariedade das obrigações¹¹ viabiliza que o ente acionado possa pedir a citação daqueles que não o foram, ou, por outras palavras, chamar ao processo os demais coobrigados.

É o que prevê expressamente o artigo 77, III, do CPC, ao dispor que é admissível o chamamento ao processo “*de todos os devedores solidários, quando o credor exigir de um ou de alguns deles, parcial ou totalmente, a dívida comum*”.

Assim, em face da solidariedade constitucionalmente prevista, não se formando desde logo o litisconsórcio passivo, o ente demandado pode promover o chamamento ao processo do(s) outro(s) ente(s), para que se dê adequada interpretação ao instituto da solidariedade.

Este aspecto é de fundamental importância para se manter a organização do SUS, porquanto o custeio das diferentes políticas públicas sanitárias é compartilhado entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios, não sendo possível que apenas um deles arque com ônus financeiro o qual, por vezes, cabe exclusivamente a outro, ou mesmo lhe cabe parcialmente. E veja-se que, para além daquelas situações concretas que não há previsão de políticas públicas, existem muitas outras em que há expressa previsão normativa de financiamento por um ou mais entes e dispensação por outro. É inviável que se exija o cumprimento integral da obrigação de um único responsável, quando outros também devem concorrer para obrigação.

¹¹ - O regime jurídico da solidariedade acha-se regulado pelo Código Civil, que estabelece que que “*Há solidariedade, quando na mesma obrigação concorre mais de um credor, ou mais de um devedor, cada um com direito, ou obrigado, à dívida toda*” (art. 264, CC) tendo o credor “*... direito a exigir e receber de um ou de alguns dos devedores, parcial ou totalmente, a dívida comum...*” (art. 275).

Também não é correto, do ponto de vista da organização estrutural do SUS – e até mesmo por economia processual –, que não seja permitida a solução imediata na mesma lide da responsabilidade de cada ente, sob pena de multiplicarem-se ações recíprocas entre os entes políticos, imputando a responsabilidade pelo pagamento a quem de direito.

Sobre este aspecto, desde logo deve ser refutada eventual objeção quanto à dificuldade do indivíduo em identificar qual o ente competente para o fornecimento da pretensão sanitária judicialmente buscada, dada a regulação infralegal de atribuições. Isto porque, em primeiro lugar, o demandante estará representado por advogado (ou Defensor Público ou representante do Ministério Público) o qual possui plenas condições técnicas de identificar o ente (ou os entes) contra o qual deve direcionar a lide. Segundo lugar, porque a inicial deve vir instruída com negativa da administração pública, cuja fundamentação já indicará se o motivo é técnico ou ilegitimidade. Terceiro, ainda que a lide venha a ser direcionada para quem não seja designadamente o responsável legal pela providência pretendida, sempre haverá espaço para o chamamento à lide do verdadeiro responsável, bem como a solidariedade dos entes políticos nos casos de vácuos de políticas públicas.

Para finalizar o ponto, recomendável que, tratando-se de obrigação a ser financiada por ente diverso daquele obrigado diretamente a realizar a prestação material, seja especificada a divisão das responsabilidades, imputando-se discriminadamente o destinatário de cada obrigação, bem como estabelecendo prazo para o ente responsável pelo financiamento promover o ressarcimento ao que realizou a obrigação de fazer judicialmente imposta.

9. Dos procedimentos e internações hospitalares

No que se refere à responsabilidade quanto aos procedimentos e internações hospitalares aplica-se a mesma orientação adotada quanto aos medicamentos. Sempre que houver política pública que estabeleça protocolo clínico de repartição da responsabilidade entre os gestores, esses protocolos devem ser observados, evitando-se com isso que se imponha responsabilidade aos gestores que não possu estrutura para o tratamento.

Inexistindo protocolo clínico para o tratamento pretendido é que se admite impor a responsabilidade solidária e as consequências de fato e de direito que lhe são inerentes, como acima explicitado.

10. Conclusões

O direito fundamental à saúde comporta, não apenas no seu mérito, mas também na sua perspectiva procedimental, diversos questionamentos que não estão suficientemente solvidos na doutrina e na jurisprudência pátria.

A partir da alteração legislativa promovida pela Lei nº 12.401/2011 na Lei do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8080/90) ocorreu uma redefinição da jurisprudência sobre legitimidade passiva, solidariedade, competência, entre outros institutos e deve ser compreendida pelos operadores do direito.

Buscou-se, no presente trabalho, trazer alguns fundamentos para subsidiar reflexão sobre um dos temas mais candentes dentro do Poder Judiciário.

Novos caminhos estão sendo construídos para a consecução dos direitos e objetivos constitucionalmente previstos, obrigando a administração pública a movimentar-se no sentido do atendimento do comando constitucional, mas o papel do Poder Judiciário deve ser também de auxiliar na organização do sistema e na deferência das políticas públicas já organizadas, sob pena de passarmos a invadir competências que foram republicaneamente destinadas a outros poderes.

O direito deve ser pensado eticamente, no sentido expresso por Aristóteles, de modo que não seja salvaguardado apenas o direito de um único indivíduo, mas que o direito possa ser deferido para todos aqueles que estejam na mesma situação, de modo que a finalidade atinja todas as cidades e a nação.

Assim, à guisa de síntese do exposto, apresenta-se sistematicamente as seguintes conclusões:

1. A solidariedade entre os entes públicos, decorrentes dos arts. 23, II, e 196, ambos da Constituição Federal, não implica, necessariamente, na solidariedade da prestação de todo e qualquer serviço ou tratamento de saúde.
2. A responsabilidade solidária entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios tem por escopo impor a organização do Sistema de Único de Saúde para assegurar o acesso universal e igualitário, com atendimento integral nas políticas públicas de saúde. Havendo políticas públicas com a repartição de atribuições entre os entes gestores, estas devem ser consideradas para fins do exame da competência e legitimidade passiva nas ações judiciais sobre direito à saúde, atendendo-se, desse modo, ao comando do art. 8º, XIII, da Lei 8.080/90, evitando a duplicidade de meios para fins idênticos, efetivando-se o princípio constitucional da eficiência da administração pública.

3. De acordo com as normas em vigor, a execução das políticas públicas do Componente da Assistência Farmacêutica indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, caberá aos Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 10, da Portaria 1555/2013).
4. As obrigações relativas às políticas públicas dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica estão distribuídas em três grupos, segundo a complexidade, garantia da integralidade e manutenção do equilíbrio financeiro dos entes gestores, com a divisão das responsabilidades entre estes entes, na forma dos artigos 3º, 54, 55 e 56, todos da Portaria nº 1554/2013 (alterada pela Portaria nº 1996/2013), do Ministério da Saúde, a saber:

Art. 54 . A responsabilidade pela programação, armazenamento e distribuição dos medicamentos dos Grupos 1A e 1B é das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, sendo a responsabilidade pela aquisição dos medicamentos do Grupo 1A do Ministério da Saúde e dos medicamentos do Grupo 1B das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Alterado pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de setembro de 2013).

Art. 55 . A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 2 é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal. (Alterado pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 11 de setembro de 2013)

Art. 56 . A responsabilidade pela programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos do Grupo 3 é das Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios e está estabelecida em ato normativo específico que regulamenta o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

5. Tratando-se de pretensão a obrigação estatal cuja prestação não se encontra prevista em política pública, ou a obrigação está compartilhada entre mais de um ente, deve ser reconhecida a solidariedade dos entes, nos termos dos arts. 264 e 275, ambos do Código Civil, sendo a obrigação exigível de qualquer um deles, assegurado ao ente público a denúncia à lide dos demais entes corresponsáveis, na forma do art. 77, III, do CPC.
6. Havendo política pública que estabeleça obrigações a mais de um ente público, a decisão que determinar a prestação material deverá definir, na medida do possível, a quem cabe prestar diretamente a obrigação como responsável pelo custeio ou reembolso como previsto no art. 35, VII da Lei 8.080/90, em atenção na legislação do SUS e nos contratos organizativos.
7. Em razão da organização federativa, com ascendente verticalização hierárquica administrativa entre os Municípios, o Estado e a União, não há como impor ao Município obrigações de responsabilidade do Estado ou da União.

8. Na ausência de política pública definida é possível a formação de litisconsórcio passivo, sendo conveniente estabelecer os limites da responsabilidade de cada um dos entes.

Brasília, novembro/2013