

# REFLEXÕES SOBRE A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA E O RESSARCIMENTO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A PARTIR DA TESE FIXADA EM REPERCUSSÃO GERAL PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

*REFLECTIONS ON JOINT LIABILITY AND REIMBURSEMENT IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM BASED ON THE THESIS ESTABLISHED IN GENERAL REPERCUSSION BY THE FEDERAL SUPREME COURT*

**Tarsila Costa do Amaral**

Advogada, especialista em Direito Sanitário pelo Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) e Mestre em Saúde Coletiva: Políticas, Planejamento e Gestão pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP)



## RESUMO

Este artigo analisa a tese, fixada pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do Recurso Extraordinário em repercussão geral RE nº. 855178, sobre a responsabilidade solidária dos entes federativos no atendimento de demandas prestacionais relacionadas à efetivação do direito à saúde e o ressarcimento no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de pesquisa bibliográfica, consulta à legislação e jurisprudência correlatas. Discute-se também a regionalização e a contratualização do Sistema Único de Saúde como condições essenciais à definição das responsabilidades sanitárias, em todos os níveis de atenção. Conclui-se que o entendimento exarado pelo Supremo Tribunal Federal sobre a responsabilidade solidária no Sistema Único de Saúde poderá estimular o ajuizamento de ações de ressarcimento, dificultando a articulação política entre os gestores do Sistema, além de não gerar, de maneira direta, a diminuição do número de ações promovidas sem a observância dos regramentos organizativos do Sistema Único de Saúde. Tampouco abrandará os impactos assistenciais e financeiros causados pela judicialização da saúde aos entes federativos.

**Palavras-chave:** Solidariedade. Ressarcimento. Judicialização. Sistema Único de Saúde. Regionalização.

## ABSTRACT

This article analyzes the thesis, set by the Federal Supreme Court in the judgment of the Extraordinary Appeal with general repercussion number 855178, on the joint liability of the federal entities in the fulfillment of installmental demands related to the realization of the right to health and the compensation in the Unified Health System with of bibliographic research and consultation to related legislation and jurisprudence. Regionalization and contracting of the Unified Health System are also discussed as essential conditions for defining health responsibilities at all levels of care. It is concluded that the understanding exhaled by the Federal Supreme Court about joint and several liability in the Unified Health System may stimulate the filing of reimbursement actions, hindering the political articulation among the System managers, besides not directly generating the reduction in the number Actions promoted without observing the organizational rules of the Unified Health System will not mitigate the assistance and financial impacts caused by the judicialization of health to federative entities.

**Keywords:** Solidarity. Refund. Judicialization. Unified Health System. Regionalization.

## SUMÁRIO

1 Introdução. 2 A responsabilidade solidária dos entes federados na efetivação do direito à saúde. 2.1 Algumas reflexões quanto ao enquadramento do Tema 793 ao caso concreto. 2.2 Das certezas e incertezas quanto à divisão de competências no SUS. 2.3 da contratualização das competências administrativas no SUS. 2.4 Do direcionamento pelo julgador ao ente competente. 2.5 De que tipo de ressarcimento estamos falando? 3 A ação de ressarcimento promovida pelo município de Jundiá em face do Estado e da União. 4 Conclusão. Referências.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos 10 anos, o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil tomou proporções alarmantes a partir de um crescimento exponencial do número de ações judiciais promovidas contra União, Estados, Municípios e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

Em 2018, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa (INSPER) publicou pesquisa que apontou um aumento de 130% entre os anos de 2008 e 2017, o que evidencia que a judicialização da saúde deixou de ser um problema apenas para o SUS e passou a ser tratado com igual preocupação pelo Poder Judiciário (CNJ; INSPER, 2019).

Desde a realização da audiência pública da saúde convocada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009, o debate entre Poder Judiciário e outros setores da sociedade interessados no tema da judicialização da saúde foi ampliado e se qualificou, permitindo que discussões no campo da Saúde Coletiva, da Bioética e da Medicina Baseada em Evidências (MBE) deixassem de estar restritas apenas à academia e à pesquisa (MACHADO, 2014) (SANTOS; DELDUQUE; MENDONÇA, 2015).<sup>2</sup>

Os anos de 2018 e 2019 foram marcados por julgamentos importantes no campo da judicialização da saúde, em especial o julgamento pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) do Recurso Especial Repetitivo nº. 1657156<sup>3</sup> e os julgamentos dos

- 1 O número de demandas judiciais relativas à saúde aumentou 130% entre 2008 e 2017, enquanto o número total de processos judiciais cresceu 50%. Segundo o Ministério da Saúde em sete anos houve um crescimento de aproximadamente 13 vezes nos seus gastos com demandas judiciais, atingindo R\$ 1,6 bilhão em 2016 (CNJ; INSPER, 2019, p. 13).
- 2 Em abril de 2018, por ocasião do julgamento do Recurso Especial Repetitivo REsp 1657156, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) fixou a seguinte tese: “A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento.” (BRASIL, 2018b).
- 3 O RE 657718 tratou do tema da obrigatoriedade de registro do medicamento pleiteado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e fixou a seguinte tese: “(Tema 500) 1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais. 2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial. 3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras); (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil. 4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União’, vencido o Ministro Marco Aurélio. Ausente, justificadamente, o Ministro Celso de Mello. Plenário, 22.05.2019”. (BRASIL, 2019a).

Recursos Extraordinários RE 657718<sup>4</sup> e RE 855178<sup>5</sup>, em repercussão geral, pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

Este artigo dedica-se a analisar a tese fixada pelo STF no julgamento do RE 855178, que deu origem ao Tema 793, no tocante ao entendimento exarado sobre a responsabilidade solidária dos entes federativos no atendimento de demandas relacionadas à efetivação do direito, bem como sobre a possibilidade de instrumentalização das ações de ressarcimento.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica a partir dos seguintes descritores: “solidariedade passiva”, “ressarcimento ao SUS”, “contratualização do SUS” e “judicialização da saúde”, além de consulta à legislação vigente e jurisprudência correlata.

Ao final, será descrita a experiência do Município de Jundiaí, SP, que recentemente promoveu ação de ressarcimento em face da União e do Estado de São Paulo para reaver valores gastos com o cumprimento de ordem judicial para fornecimento de medicamento denominado Imunoglobulina Humana, incorporado à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), no Grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), cuja competência administrativa de financiamento é do Ministério da Saúde e de dispensação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

## **2 A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS NA EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

O Recurso Extraordinário RE 855178 analisou a questão da responsabilidade solidária dos entes federativos no atendimento das demandas prestacionais na área da saúde e fixou a tese que deu origem ao Tema 793:

‘Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro’, nos termos do voto do Ministro Edson Fachin, Redator para o acórdão, vencido o Ministro Marco Aurélio, que não fixava tese. Presidência do Ministro Dias Toffoli. Plenário, 23.05.2019. (BRASIL, 2019b).

Para compreender do que se trata a solidariedade no âmbito do SUS, é necessário desligar-se da noção de igualdade ou de cotas equivalentes que, uma vez estabelecidas, tornam-se regra e parâmetro para responsabilidades. A solidariedade no SUS está diretamente ligada à “responsabilidade cooperativa, colaborativa, soli-

dária no sentido da integração dos serviços de uns com os outros” (SANTOS, 2017).

O art. 198 da Constituição fala em uma rede regionalizada e hierarquizada, que constitui um sistema único que deve garantir a integralidade de cuidado, com prioridade às atividades preventivas. A integralidade, portanto, deve ser garantida pela União, Estados e Municípios e o art. 7º., II da Lei 8.080/90 define a integralidade como sendo o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Trata-se de um sistema que pressupõe uma rede de serviços de saúde que vão da baixa complexidade tecnológica à alta complexidade e elevados custos distribuídos regionalmente e, além disso, com dependência interfederativa. Assim, imaginar que os entes federativos devem responder às necessidades dos cidadãos de maneira solidária, ou seja, igualmente, é contraditório (SANTOS, 2017).

A integralidade no SUS se concretiza a partir do atendimento das necessidades dos usuários do SUS em todos os níveis de complexidade e não a partir de ações e serviços onde necessariamente estejam presentes ações executadas pela União, Estado e Municípios conjuntamente. Santos afirma que o STF adotou uma posição deveras conservadora em aplicar o

amplo conceito de solidariedade entre os entes federativos nas responsabilidades comuns do artigo 23 da Constituição, que no tocante ao SUS não é cabível por motivos de ordem conceitual, constitucional, legal e decretual, dentre eles, a forma organizativa do sistema que determina a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos em rede regionalizada (regiões de saúde) e hierarquizada quanto à complexidades dos serviços, sendo que essa hierarquia não significa responsabilidade solidária, mas, sim, compartilhamento de ações e serviços, sob a responsabilidade de cada ente *per se*. (SANTOS, 2019).

O SUS se organiza em regiões de saúde a partir da construção de redes de atenção à saúde, que variam de acordo com cada território. Os critérios de rateio de recursos para concretização do financiamento tripartite, previsto na Constituição e regulamentado pelas Leis 8.080/90, 8.142/90 e Lei Complementar nº. 141/2012. O art. 17 da LC nº. 141/2012, preveem que

o rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do *caput* dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal. (BRASIL, 2012).

Significa dizer que não se trata de uma regra estática de divisão de recursos. Não se pode atribuir aos municípios de pequeno porte, de baixa arrecadação tributá-

ria as mesmas obrigações e responsabilidades imputadas ao município de São Paulo na construção de sua rede integralizada de saúde, por exemplo, pois estes terão características sociais e epidemiológicas absolutamente diferentes.

Para entender a solidariedade no SUS é preciso ter em conta que os entes federados terão obrigações compatíveis com o seu porte demográfico, suas condições socioeconômicas, sua situação geográfica e epidemiológica, de modo a reduzir e não a aprofundar as desigualdades federativas (SANTOS, 2017).

A partir do entendimento do STF sobre responsabilidade solidária entre os entes federados no atendimento de demandas prestacionais de saúde, é legítimo pleitear tratamentos de saúde complexos e de custo altamente elevado a municípios absolutamente incapazes de arcar com seu cumprimento.

Que município brasileiro de pequeno porte possui orçamento suficiente para atender à população com toda a carta de serviços prevista pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, ao mesmo tempo, cumprir ordem judicial para fornecimento do medicamento recém incorporado ao SUS, denominado nusinersena<sup>6</sup>, nome comercial Spinraza®, que custará ao tesouro municipal o montante de aproximadamente R\$1,2 milhão? A ordem liminar para cumprimento, por vezes imediato, terá de ser atacada pelo município? Como poderá um município – e esse caso é muito mais frequente – prover um procedimento cirúrgico altamente especializado se não dispõe de equipe médica ou leito cirúrgico que viabilize a realização da cirurgia?

Sem entrar no mérito dos mecanismos jurídicos vigentes para suspensão/revogação de liminares e tutelas de urgência, o que o Tema 793 nos diz é que poderá o autor da ação demandar exclusivamente contra este município, já que o município é solidário nesta obrigação com o Estado e a União.

Então, é preciso considerar o argumento de SANTOS (2017) quanto à regra de rateio de recursos para a saúde que, de forma geral, prevê repasses federais a título de incentivos a partir da adesão dos Estados e Municípios a programas específicos, dando a entender que serviços de alto custo devem ser custeados pela União e executados pelos Estados ou Municípios de grande porte e de referência regional. Segundo a autora, esta lógica não seria suficiente para resolver todos os desafios em articular redes integrais solidariamente.

Alguns destes desafios foram oportunamente comentados no artigo publicado por SANTOS (2019), na Revista Jurídica do *site* Consultor Jurídico. No texto intitulado “Decisão do STF sobre responsabilidade solidária ignora regras de ouro do SUS”, a advogada sanitária aponta um cenário pouco otimista que leva em conta o adiamento do julgamento pelo pleno do STF da Ação Direta de Inconstitucionalidade ADI 5.595, que trata da questão do financiamento da saúde, especificamente da revogação da Emenda Constitucional 95/2016 que, de forma simplista e direta, “congelou” os investimentos federais em saúde e educação pelos próximos 20 anos. E não só “congela” o aporte de recursos, mas causa regressividade destes, uma vez que a demanda financeira do SUS está diretamente ligada às seguintes variáveis:

5 PORTARIA Nº 24, DE 24 DE ABRIL DE 2019: Torna pública a decisão de incorporar o nusinersena para atrofia muscular espinhal (AME) 5q tipo I, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

i) o aumento populacional; ii) a mudança do perfil epidemiológico da população que envelhece — e, se hoje representa 13%, daqui a 20 anos serão 29%, segundo o IBGE —; iii) a inflação da saúde, sempre superior aos índices oficiais, o IPCA; iv) as novas tecnologias, sempre caras, e as velhas ainda não incorporadas; v) a necessidade de se preencher os vazios assistenciais; vi) a violência urbana que encarece o SUS, dentre outros fatores. (SANTOS, 2019).

Assim, parece precário discutir a judicialização da saúde e, sobretudo, solidariedade no SUS, sem discutir o financiamento do Sistema e ignorando a ótica da macrojustiça. Tão frágil quanto é ignorar as regras de organização, hierarquização, regionalização e descentralização previstas na Constituição, nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 e em todo o arcabouço normativo que orienta as políticas públicas de saúde é ficar o Judiciário autorizado a condenar qualquer um dos entes federativos a prover atendimentos que não são de sua alçada e que, muito frequentemente, sequer lhes seja possível atender na prática, como já comentado.

Ao analisar o Tema 793 e a solidariedade ali consolidada, indaga-se haver um equívoco em relação à própria natureza jurídica da solidariedade, eis que mesmo reconhecida é passível de relativização quando, por exemplo, o medicamento não está incorporado ao SUS.

Durante o julgamento do RE 855178 houve divergência de entendimentos quanto à adoção da solidariedade como regra geral. Pontuou nesse sentido o ministro Luiz Roberto Barroso quando mencionou aquelas demandas em que o medicamento ou o tratamento prescrito não está incorporado ao SUS ou sequer possui registro junto à ANVISA.

O ministro defendeu que, nestes casos, a ação deve ser proposta apenas em face da União, eis que caberia ao Ministério da Saúde a competência para o registro do fármaco por meio da ANVISA, bem como a sua eventual incorporação ao SUS após análise da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC):

Portanto, não vejo nenhuma razão para a solidariedade quando não se trate de medicamento que não conste na lista do SUS. Quando o ente responsável não o faz, ele é quem não o fez. Se for o município, a ação deve ser oposta em face do município. Se for o estado, que seja ao estado. E quando for a União, à União. A solidariedade não é grátis. Ela tem um custo para o sistema e se pudermos evitar esse custo sem prejuízo para o paciente é melhor. (POMPEU, 2019).

É razoável o posicionamento do ministro Barroso, já que a ordem judicial, por si só, não garante a viabilidade de atendimento. Quem milita rotineiramente nas secretarias municipais de saúde e procuradorias jurídicas municipais espalhadas pelo Brasil sabe que é frequente a ocorrência de multas e outras penalidades, decorrentes

do descumprimento de ordens judiciais para a entrega de medicamentos ou realização de cirurgias, diante da impossibilidade de atendimento de prazos ou obstáculos técnicos e orçamentários para a viabilização do cumprimento da ordem. E, por vezes, o paciente não pode esperar os trâmites burocráticos ou eventual articulação política entre Município, Estado e União.

## **2.1 Algumas reflexões quanto ao enquadramento do Tema 793 ao caso concreto**

O Tema 793 indica que o autor da demanda judicial relacionada à saúde poderá litigar com qualquer um dos entes federativos à sua escolha e que caberá ao juiz direcionar o cumprimento da demanda ao ente originalmente competente por aquele atendimento (conforme as regras de regionalização e hierarquização do SUS).

Em seguida, com a competência de atendimento definida e direcionada a quem de direito, o juiz da causa deve determinar o ressarcimento daquele que arcou sozinho com o ônus do atendimento.

Temos então que há legitimidade de qualquer dos entes federativos (União, Estado e Município) para figurar no polo passivo de ação judicial relacionada à saúde, ou seja, não se trata aqui de hipótese de litisconsórcio necessário, a princípio. Contudo, a tese fixada nos conduz a três premissas, que são as seguintes: (i) o julgador deve observar os critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS; (ii) o julgador deve direcionar o cumprimento da ordem judicial conforme a repartição de competências administrativas do SUS relacionadas a cada ente federado (previstas em Lei ou em atos normativos infralegais); e (iii) o julgador deve determinar o ressarcimento ao ente que suportou o ônus do atendimento.

A partir destas três premissas oriundas do Tema 793, cabem algumas reflexões que serão abordadas a seguir.

## **2.2 Das certezas e incertezas quanto à divisão de competências no SUS**

Primeira questão: a repartição de competências assistenciais e financeiras no SUS não se encerra em listas ou tabelas, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), as Relações Municipais de Medicamentos (REMUMES) e a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). As listas orientam as ofertas de assistência terapêutica e as portarias orientam os diversos programas federais e protocolos para atenção a populações específicas, com agravos de saúde específicos. Contudo, de maneira fragmentada e desconsiderando, muitas vezes, a complexidade do processo de regionalização do SUS, que ainda está claramente em construção (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Atualmente, o que temos são “zonas de certeza” e “zonas de incerteza” no que tange à definição das responsabilidades de cada ente da federação no atendimento de ações prestacionais na área de saúde. E são estas listas e portarias que orientam gestores e juízes no direcionamento destas ações judiciais, inclusive para fins de ressarcimento.

Em texto intitulado “*Da responsabilidade solidária na assistência à saúde no*

SUS”, publicado pelo site Migalhas em 1/07/2019, as juízas federais Ana Carolina Morozowski e Luciana da Veiga Oliveira descrevem algumas destas “zonas de certeza e incerteza” para justificar a indicação de um ou outro ente federativo como originalmente responsável por determinado atendimento (MOROZOWSKI; OLIVEIRA, 2019).

Segundo as autoras, seriam “zonas de certeza” aquelas regras de organização e financiamento do SUS em que as competências administrativas estão melhor delimitadas em listas ou programas protocolizados e incorporados no SUS, e “zonas de incerteza” aqueles casos em que ainda não há uma pactuação clara entre os entes federados para o atendimento.

Um dos casos citados como “zonas de certeza” são os medicamentos dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica, onde estão delimitadas as responsabilidades de cada ente federado no fornecimento de medicamentos à população, tanto sob o aspecto do financiamento como na organização e viabilização do acesso ao medicamento pela população.

Quando a hipótese de ressarcimento envolver medicamentos presentes nestes três Componentes (Básico, Especializado e Estratégico), de fato, será possível demonstrar, casuisticamente (mediante análise de documentos médicos presentes nos autos) de qual ente seria originalmente a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento pleiteado na ação judicial.

O que preocupa são as chamadas “zonas de incerteza”. São aqueles casos em que a ação judicial proposta pelo usuário tem por objeto o fornecimento de um procedimento ou medicamento não incorporado ao SUS ou, ainda, um equipamento altamente tecnológico e de elevado custo, como as bombas de infusão de insulina, por exemplo, mas que é utilizado para tratar diabetes (cujo tratamento preventivo e de controle é realizado na Atenção Primária pelos municípios). Nesses casos “incertos”, torna-se mais complicado aferir de quem seria a responsabilidade pelo fornecimento daquele tratamento. Nesse ponto, se discute se a responsabilidade pelo atendimento seria da União, conforme pontuamos ao citar a fala do ministro Barroso quando do julgamento do RE 855178.

Mas há itens já incorporados ao SUS, por exemplo, cujas competências administrativas para o fornecimento ainda estão em processo de definição por questões que vão desde problemas orçamentários até a viabilidade técnica ou política, como é o caso das insulinas análogas ou do anticoagulante enoxaparina, que já tem decisão de incorporação exalada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC), mas que ainda não estão disponíveis, pois a pactuação necessária à viabilização do acesso à população ainda está pendente.

Certamente nem todos os casos enfrentados na judicialização da saúde terão as competências administrativas de cada ente, seja para assistência, seja para financiamento, definidas em portarias, sistemas ou listas, o que exigirá por parte dos gestores e do Judiciário reflexão urgente quanto à necessidade de contratualização destas responsabilidades e competências dos gestores de saúde no âmbito municipal, estadual e federal, consideradas as variáveis regionais e os critérios previstos em lei, sempre sem perder de vista as diretrizes constitucionais e principiológicas do

SUS.

### 2.3 Da contratualização das competências administrativas no SUS

Diante do desafio de se compreender quais são de fato as competências sanitárias de cada instância gestora do SUS e para que se possa demandar cada um dos entes de maneira mais efetiva acerca destas responsabilidades, “é preciso pensar em soluções que não firam o princípio federativo das autonomias, nem os princípios constitucionais da descentralização” (SANTOS; CAMPOS, 2015, p. 442). Esta é nossa segunda questão para reflexões.

Apesar de bastante complexo, é possível adotar um instrumento de pactuação que concilie uma regionalização integrativa com seus serviços e recursos financeiros. Uma administração pautada em negociações e consensos, sem se afastar dos aspectos essenciais para o SUS. Há que se contemplar as atribuições de cada ente na região de saúde quanto às referências sanitárias e o financiamento.

O Decreto 7.508/2011, que regula a Lei 8.080/90, definiu as portas de entrada do Sistema, não cabendo aos usuários dos serviços de uma região escolher em quais locais preferem ser atendidos, como é comum observarmos em pedidos judiciais – determinado demandante exigindo que seu procedimento cirúrgico seja realizado por determinado hospital de excelência localizado na capital do Estado, por exemplo. Existe foro adequado previsto na Lei 8.080/90 para pactuação de responsabilidades entre os entes federados que são as Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), fóruns onde também são discutidas as regras de financiamento do SUS.

O artigo 33 do Decreto 7.508/2011 prevê que “o acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde” (COAPS). Trata-se de um instrumento jurídico de pactuação e de negociação interfederativa regional que, ao longo dos oito anos subsequentes à sua propositura, não se materializou em todo país, por razões que não cabem a este trabalho investigar. Contudo, parece-nos que o COAPS poderia ser utilizado como uma resposta efetiva à judicialização da saúde no tocante à definição de competências e responsabilidades assistenciais e financeiras de cada ente federativo na efetivação das políticas públicas de saúde.

O artigo 36 do citado Decreto (incisos III, VIII e IX) prevê que devem constar no COAPS (i) as

responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde”; (ii) os “investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades”; (iii) os “recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução. (BRASIL, 2011).

A clareza nas pactuações e competências administrativas do SUS é o que garantirá embasamento ao julgador para que possa direcionar o cumprimento da ação judicial ao ente administrativamente responsável, assim como balizará as eventuais ações de ressarcimento propostas em seguida.

#### 2.4 Do direcionamento pelo julgador ao ente competente

Uma terceira questão que emerge do Tema 793 tem relação com o direcionamento, pelo julgador, do cumprimento da ação pelo ente originalmente competente para o atendimento daquele caso específico.

Não está claro, pela leitura da tese fixada, em que momento o juiz deverá direcionar o cumprimento da obrigação, especialmente se o ente para o qual o cumprimento deverá ser direcionado não integrou o polo passivo da demanda, não foi citado para contestar e não participou de nenhum ato processual até o momento em que lhe será imputado o cumprimento da ordem judicial. Nesse sentido, teríamos uma hipótese de litisconsórcio passivo necessário (BRASIL, 2015)<sup>7</sup>? Se for este o entendimento e o ente competente não vier a integrar o polo passivo da lide, caberá então a extinção do feito, nos termos do art. 485, inciso VI do CPC?

E, ainda, estaria superada a decisão do STJ quando do julgamento do Recurso Especial Repetitivo REsp 1.203.244 – SC<sup>8</sup> (BRASIL, 2016), que entendeu como “desnecessário” o chamamento da União à lide, sob o argumento de que este seria um “obstáculo inútil à garantia fundamental do cidadão à saúde”?

O Tema 793 nos coloca defronte a duas situações que deverão ser enfrentadas de forma diversa no decorrer do processo.

<sup>7</sup> “Art. 114. O litisconsórcio será necessário por disposição de lei ou quando, pela natureza da relação jurídica controvertida (unitário ou simples), a eficácia da sentença depender da citação de todos que devam ser litisconsortes” (BRASIL, 2015).

<sup>8</sup> Ementa: “PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO MATÉRIA DECIDIDA SOB O RITO DO ART. 543-C DO CPC E DA RESOLUÇÃO STJ 8/2008. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. AÇÃO MOVIDA CONTRA O ESTADO. CHAMAMENTO DA UNIÃO AO PROCESSO. ART. 77, III, DO CPC. DESNECESSIDADE. VOTO CONDUTOR. MATÉRIA ESTRANHA AO CASO. DECOTE. REDISCUSSÃO DA CONTROVÉRSIA IMPOSSIBILIDADE .1. Trata-se de Embargos de Declaração apresentados contra acórdão submetido ao regime do art. 543-C do CPC e da Resolução STJ 8/2008, que assim decidiu a matéria controvertida: “o chamamento ao processo da União com base no art. 77, III, do CPC, nas demandas propostas contra os demais entes federativos responsáveis para o fornecimento de medicamentos ou prestação de serviços de saúde, não é impositivo, mostrando-se inadequado opor obstáculo inútil à garantia fundamental do cidadão à saúde”. 2. Merece reparo o voto condutor tão somente para decotar os trechos sem relação com o presente caso. 3. No mérito da controvérsia, esta Turma desproveu o recurso com fundamento claro e suficiente, e os argumentos do embargante denotam mero inconformismo e intuito de rediscutir a controvérsia, não se prestando os aclaratórios a esse fim. 4. Sob pena de invasão da competência do STF, descabe analisar questão constitucional (arts. 196 e 198, §1o, da CF) em Recurso Especial, mesmo que para viabilizar a interposição de Recurso Extraordinário. 5. Embargos de Declaração parcialmente acolhidos, sem efeito infringente” (BRASIL, 2016).

A primeira hipótese é a seguinte: havendo litisconsórcio passivo entre os entes federados, o juiz irá direcionar o cumprimento da obrigação ao ente responsável administrativamente pelo atendimento do usuário demandante.

De maneira diversa, se a ação judicial for promovida contra apenas um dos entes federados e ficar demonstrado durante a instrução processual que este não é o responsável sanitário pelo atendimento do usuário, restará ao ente demandado arcar com o ônus do cumprimento da ordem e, em seguida, propor de ação de ressarcimento contra quem de direito sem, contudo, deixar de atender à necessidade de saúde do usuário.

## 2.5 De que tipo de ressarcimento estamos falando?

A tese fixada sobre responsabilidade solidária levantou a hipótese de propositura de ações judiciais para ressarcimento no âmbito do SUS. Nesse caso, a hipótese de ressarcimento é aquela na qual o ente federativo que assumiu o ônus pelo cumprimento da ordem judicial para atendimento do demandante cobra sua reparação daquele ente que seria administrativamente responsável por esta obrigação. Diferentemente do ressarcimento analisado em repercussão geral pelo STF em setembro de 2018, quando do julgamento do Recurso Extraordinário RE 597064, que tratou do ressarcimento ao SUS pelas Operadoras de Saúde Suplementar (OSS) fixando o Tema 345, que reconhece como

constitucional o ressarcimento previsto no art. 32 da Lei 9.656/98, o qual é aplicável aos procedimentos médicos, hospitalares ou ambulatoriais custeados pelo SUS e posteriores a 4/6/1998, assegurados o contraditório e a ampla defesa, no âmbito administrativo, em todos os marcos jurídicos. (BRASIL, 2018a).

Segundo o Tema 345, as OSS ficam obrigadas a ressarcir o SUS em relação às despesas causadas ao Sistema por beneficiários de planos de saúde privados pela decretação da constitucionalidade do artigo 32 da Lei nº. 9.656/98. Este ressarcimento é viabilizado através de procedimento administrativo instaurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para apuração da hipótese de dano e cobrança do valor a ser ressarcido.

O Tema 793 aborda a questão do ressarcimento entre entes federativos e com isso abre todo um campo de discussão sobre a organização legislativa e normativa do SUS, suas particularidades e eventuais instrumentos jurídicos e administrativos para efetivação do ressarcimento de entes federados que solidariamente estão responsáveis pelo atendimento de ações judiciais que versem sobre a prestação de serviços de saúde para a população.

O art. 32, §7º, estabelece que a competência para estabelecer os fluxos administrativos destinados à apuração e efetivação do ressarcimento pelas OSS será da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que publicou a Resolução Normativa – RN N° 358, de 27 de Novembro de 2014, para este fim.

Significa dizer que, para o ressarcimento devido pelas OSS ao SUS, existe um mecanismo administrativo de apuração da ocorrência de dano, com previsão de garantia de ampla defesa à OSS e, uma vez constatada a lesão ao SUS, apura-se o valor a ser ressarcido e efetiva-se a cobrança, tudo isso na esfera administrativa.

Sem adentrar os detalhes dos mecanismos de ressarcimento no âmbito da saúde suplementar, o que nos interessa é pontuar que não existe um instrumento administrativo pactuado entre União, Estado e Município para apuração de danos sofridos por um ente em decorrência, ou não, de judicialização de atendimentos em saúde que não lhe cabia garantir.

Se todos os Estados e Municípios da Federação houvessem aderido à proposta do Decreto 7.508/11 e firmado com a União os Contratos Organizativos de Ação Pública de Saúde, (COAPS) talvez fosse possível a regulamentação de um mecanismo administrativo de “ressarcimento entre entes”, do mesmo modo que foi pactuado no âmbito da saúde suplementar.

Diante dessa lacuna, a solução imediata convalidada pelo STF é a “judicialização da judicialização”. Ou seja, para reparar um dano causado pela judicialização da saúde, o ente federado lesado terá de promover novas ações judiciais para seu ressarcimento. E, pior, se a única solução para o problema tiver de ser o litígio, teremos uma verdadeira “guerra civil” entre as instâncias gestoras do SUS, contrariando toda a lógica da regionalização, que deve ser construída sobre os alicerces da cooperação e da colaboração para garantia de acesso, equidade, integralidade e sustentabilidade do Sistema (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Sob o aspecto jurídico instrumental, o ressarcimento ao qual se referiu o STF quando fixou a tese que deu origem ao Tema 793 sobre a responsabilidade solidária no SUS é o ressarcimento civil, que emana justamente da relação de solidariedade passiva previsto nos artigos 283 e 285 do Código Civil (Lei 10.406/2002). Então vejamos:

#### Da Solidariedade Passiva

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.

[...]

Art. 285. Se a dívida solidária interessar exclusivamente a um dos devedores, responderá este por toda ela para com aquele que pagar. (BRASIL, 2002).

Para fundamentação da hipótese de ressarcimento, importante lançar mão do arcabouço normativo do SUS, legal ou infralegal, para delimitar a competência do ente que se pretende demandar, lembrando que existem zonas de certeza e de incerteza no regimento do SUS. Para que seja viável e bem sucedida a ação de ressarcimento, recomenda-se que se inicie o enfrentamento a partir de casos situados

nestas zonas de certeza, conforme comentamos.

### **3 A AÇÃO DE RESSARCIMENTO PROMOVIDA PELO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ EM FACE DO ESTADO E DA UNIÃO**

Neste artigo, falamos sobre a solidariedade reconhecida pelo STF no atendimento de demandas judiciais prestacionais da área da saúde, sobre as “zonas de certeza e incerteza” na definição das competências administrativas do SUS, sobre a necessidade de contratualização destas competências, sobre os instrumentos jurídicos processuais para direcionamento do cumprimento da ação pelo ente originalmente responsável pelo atendimento e sobre a natureza jurídica do ressarcimento “entre entes”.

Neste tópico, descreveremos a experiência do município de Jundiaí, SP, com a propositura de Ação Ordinária pelo Rito Comum (Processo judicial nº 5004572-08.2018.4.03.6128 em trâmite pela 1ª. Vara Federal de Jundiaí, SP – processo público) com pedido de tutela antecipada, em face do Estado e da União, cujo objeto tratou dos seguintes pleitos: (i) determinação à FAZENDA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO, através da Secretaria de Estado da Saúde, que retome o fornecimento do medicamento IMUNOGLOBULINA HUMANA – “Imunoglobulina Endovenosa 45 g” (medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Portaria SAS/MS nº 495, de 11 de setembro de 2007), ao paciente A M. da S., diretamente ou por intermédio do Município de Jundiaí, enquanto durar o seu tratamento, evitando-se a perpetuação do dano gerado ao Município por força de ordem judicial proferida no Processo 1018692-54.2015.8.26.0309 (processo público que tramitou pela Vara da Fazenda Pública da Comarca de Jundiaí, SP) pela desassistência da União e do Estado, sob pena de multa diária; (ii) condenação as Rés na restituição ao Município de Jundiaí dos valores gastos com a compra do medicamento Imunoglobulina Humana (medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Portaria SAS/MS no 495, de 11 de setembro de 2007), fornecido ao paciente A M. da S., por força de ordem judicial.

Em 13/05/2019 a ação foi julgada parcialmente procedente, com apreciação do mérito, para

i) condenar a UNIÃO à restituição ao Município de Jundiaí dos valores gastos com a compra do medicamento Imunoglobulina Humana (medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – Portaria SAS/MS no 495, de 11 de setembro de 2007) fornecido ao paciente A. M. da S., cujos valores serão apurados em execução de sentença; ii) condenar a UNIÃO a fornecer ao Município, diretamente ou por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o medicamento enquanto mantido o tratamento de A M. da S.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Sentença proferida em 13/05/2019, publicada em 14/05/2019, nos autos do processo judicial nº 5004572-08.2018.4.03.6128 (processo público) que tramita na 1ª. Vara Federal da Comarca de Jundiaí, SP, Justiça Federal 3ª. Região.

Os fundamentos para o pedido foram as Portarias de Consolidação nº 02 e nº 06, de 28 de setembro de 2017, que definem as regras de financiamento e dispensação dos medicamentos do CEAF. Os medicamentos do Grupo 1A, do qual faz parte a imunoglobulina humana, são financiados pelo Ministério da Saúde e dispensados pelas farmácias estaduais, de gestão das Secretarias de Estado.

Neste caso e em muitos casos similares, o que acontece muito na prática é o usuário não obter acesso ao medicamento pelas vias administrativas ou ter o seu fornecimento interrompido, como foi o caso do paciente A. M. da S., e “judicializar” o medicamento em desfavor do município, que não tem qualquer gestão sobre o financiamento ou a dispensação deste fármaco. Nesta hipótese, seria relativamente simples demonstrar ao julgador da demanda a correta competência para cumprimento da ordem de fornecimento. O problema é que, na prática, mesmo nestes casos onde a competência administrativa é mais evidente, não há jurisprudência que demonstre o direcionamento do cumprimento da ação para o Ministério da Saúde e para a Secretaria de Estado, haja vista o reconhecimento da solidariedade dos entes. Para se ter uma ideia, o município de Jundiáí sustentou este fornecimento com recursos próprios, sem repasses do Estado ou da União, pelo período de três anos e ainda está fornecendo o medicamento ao paciente, uma vez que até o presente momento nem a União nem o Estado retomaram o fornecimento da imunoglobulina.

Em sua defesa, a União alegou preliminarmente os institutos da coisa julgada e da ilegitimidade passiva. No mérito, defendeu que eventual condenação nos autos da ação de ressarcimento afrontaria a garantia constitucional da ampla defesa, tendo em vista que não teria sido citada no processo originário em que o Município foi condenado e negou qualquer responsabilidade pelo ressarcimento, argumentando ser “gestora do SUS”, que realiza repasses para atendimento de média e alta complexidade e que caberá aos Estados e Municípios “a operacionalização do Sistema”.<sup>10</sup>

O Estado também evocou a ilegitimidade ativa do município, sustentando “tratar-se de direito personalíssimo do Sr. A. M. Da S.” e alegou sua ilegitimidade passiva “pois caberia à União a aquisição do medicamento”. O Estado alegou que não haveria interesse de agir quanto ao fornecimento do medicamento ao usuário e, no mérito, a obrigação imputada ao município em outro processo não poderia ser transferida para o Estado.

Estamos diante de um caso que está entre no rol das “zonas de certeza” entre as diversas competências administrativas dos entes federados na efetivação do direito à saúde. Existe norma clara e objetiva acerca do assunto (Portarias de Consolidação nº. 2 e nº. 6 de 28 de setembro de 2017) e, ainda assim, tanto a União como o Estado não reconhecem o dever de ressarcir o município de Jundiáí, que assumiu o fornecimento interrompido por estes e vem atendendo ao usuário com recursos próprios desde o ano de 2015, tendo investido no tratamento desde único paciente o montante de R\$ 234.422,15, em recursos do tesouro municipal, sem atualizações (valor apurado até 13/08/2018).

\_\_\_\_\_ O magistrado neste caso, fundamentou a parcial procedência da seguinte

<sup>10</sup> Idem nota anterior.

forma:

É de se concluir, então, que i) reconhecida a obrigação como solidária, entre a União, o Estado e o Município, ii) que o cidadão pode a seu alvedrio escolher qual ente público levar a juízo para satisfazer tal obrigação, iii) e que o ente público escolhido não pode se utilizar do chamamento ao processo, previsto no artigo 130, III, do CPC, a única solução possível para a devida imputação do gasto ao Sistema Único de Saúde – quando o ente já tenha aplicado nos Serviços Públicos de Saúde os mínimos previstos no artigo 198 da Constituição Federal e na Lei Complementar 14, de 2012, e os demais entes se neguem à regularização – é a busca do ressarcimento por meio da ação judicial. Não se pode perder de vista que o Sistema Único de Saúde é ‘O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público’ (art. 4º da Lei 8.080, de 1990,) e que ele ‘será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, (art. 198 da Constituição Federal), sendo que o citado artigo 195 da Constituição Federal prevê inúmeras contribuições sociais, mas todas instituídas e arrecadadas pelas União.

Ou seja, é a União o principal ente mantenedor da Seguridade Social e do Sistema Único de Saúde, tendo ela inclusive a competência supletiva de ‘instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social’ (art.195, § 4o, da CF).

Em suma, tendo a jurisprudência fixado a cobertura (pelo Sistema Único de Saúde) ampla, geral e quase irrestrita de todos os agravos à saúde, seria incoerente e contraditório manietar os municípios, e também os estados, da possibilidade de se ressarcirem das despesas com saúde, quando apenas eles responderam ao pedido na esfera judicial.

No presente caso, inclusive, resta patente a procedência do pedido também pelos aspectos fáticos.

Deveras, na petição inicial, o Município informou e afirmou que o medicamento Imunoglobulina Humana, na dosagem de 45 gramas está incluído em tratamento disponível gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas previstos na Portaria SAS/MS 495, de 11/09/2007. Acrescentou que o fornecimento de tal medicamento se dá conforme as regras de financiamento dispostas na PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 6, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, através do COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CEAF, e que tal medicamento se encontraria no GRUPO 1A, com previsão de aquisição pelo Ministério da Saúde e distribuição mensal pela Secretaria de Estado da Saúde.

Não houve qualquer impugnação da União e do Estado quanto a tais fatos e alegações.

E, de fato, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28/09/2017, do Ministério da Saúde, que consolida “as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde”, prevê em seu artigo 540, § 3º,

que:

‘Art. 540. O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica está diretamente relacionado ao Grupo em que se encontram alocados. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 66)

[...]

§ 3º Os medicamentos pertencentes ao Grupo 1 são financiados pelo Ministério da Saúde, sendo que, para o Grupo 1A, na forma de aquisição centralizada, e para o Grupo 1B, na forma de transferência de recursos financeiros. (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 66, § 3º)” (negritei)

Já a Portaria de Consolidação no 2, de 28/09/17, sem seu Anexo XX-VIII e artigo 49, estipula que:

“Art. 49. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos, conforme características, responsabilidades e formas de organização distintas: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º).

I - Grupo 1: medicamentos sob responsabilidade de financiamento pelo Ministério da Saúde, sendo dividido em: (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I)

a) Grupo 1A: medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e (Origem: PRT MS/GM 1554/2013, Art. 3º, I, a)’

Assim, por força da própria regulamentação, a responsabilidade pelo financiamento do remédio é do Ministério da Saúde e o fornecimento deve ser feito pela Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, no caso.

Nessa perspectiva, de rigor a parcial procedência do pedido responsabilizando a União pelos valores pagos e a pagar pelo Município de Jundiaí em razão do fornecimento dos remédios tratados nestes autos e o Estado de São Paulo pelo fornecimento dos medicamentos ao Município, a partir do momento em que a União passe a cumprir a sua obrigação de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecimento à Secretaria de Saúde.

Observo, contudo, que não cabe a condenação ao fornecimento direto ao beneficiário – Adão Monteiro da Silva – pois tal questão já foi objeto da ação judicial anterior, o que não impede eventual acerto administrativo com o interessado, de modo que ele passe a buscar os medicamentos em órgão próprio.<sup>11</sup>

#### 4 CONCLUSÃO

Como vimos, o Tema 793, que trata da responsabilidade solidária dos entes federativos no atendimento das demandas judiciais prestacionais da área da saúde,

<sup>11</sup> Sentença proferida em 13/05/2019, publicada em 14/05/2019, nos autos do processo judicial nº 5004572- 08.2018.4.03.6128 (processo público) que tramita na 1ª. Vara Federal da Comarca de Jundiaí, SP, Justiça Federal 3ª. Região.

traz em seu contexto inúmeros questionamentos e zonas nebulosas em relação à aplicação prática de seu ensinamento.

Havia grande expectativa por parte dos operadores do direito e dos gestores do SUS em relação à fixação da tese sobre a solidariedade no SUS, e parece-nos que o Tema 793 não esgotou todas as perguntas sobre o assunto; tampouco trouxe solução viável aos problemas causados pela judicialização da saúde quando operacionalizada contra ente diverso daquele que de fato seria o responsável pelo atendimento do usuário.

O Supremo decidiu adiar a discussão sobre o financiamento do SUS, uma das principais causas da judicialização da saúde, e a macrojustiça (SANTOS, 2019). A solidariedade compreendida pelo STF está muito aquém, conceitualmente falando, da solidariedade cooperativa prevista nas diretrizes e princípios do SUS e esperada em seu processo de regionalização, ainda em construção (SANTOS; CAMPOS, 2015). Pende a definição de instrumentos administrativos viáveis ao ressarcimento, de modo que a repartição de competências possa ser exigida contratualmente para que se evite a “judicialização da judicialização” e o estabelecimento de uma verdadeira “guerra civil” entre as instâncias gestoras do SUS.

O estímulo ao ajuizamento de ações de ressarcimento, na prática, não diminuirá o número de ações promovidas sem a observância dos regramentos do SUS, tampouco abrandará os impactos assistenciais e financeiros causados pela judicialização da saúde aos entes federativos. Não parece ser este o caminho para garantir acesso universal, integral e equânime aos usuários do SUS.

Como bem observado por SANTOS (2019), o STF não reconhece “as regras de ouro do SUS”, que é ser sistêmico e regionalizado. E a responsabilidade solidária no SUS, fixada nos termos do Tema 793, com estímulo à proliferação de ações de ressarcimento “entre entes”, significará atrasos importantes na redução das desigualdades causadas pela judicialização da saúde e na sustentabilidade do Sistema.

## REFERÊNCIAS

CNJ; INSPER. **Relatório Analítico Propositivo Justiça Pesquisa**. Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Brasília, DF: Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <http://cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2019/03/66361404dd5ceaf8c5f7049223bdc709.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. **Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm). Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil. Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm) Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. **Embargos de Declaração no Recurso Especial n. 1.203.244 – SC.** Processual Civil. Embargos de Declaração matéria decidida sob o rito do art. 543-c do CPC e da resolução STJ 8/2008. Sistema Único de Saúde. Fornecimento de medicamentos. Ação movida contra o Estado. Chamamento da união ao processo. Art. 77, III, do CPC. Desnecessidade. Voto condutor. Matéria estranha ao caso. Decote. Rediscussão da controvérsia impossibilidade. [...]. Embargante: Estado de Santa Catarina. Embargado: Eliana Teske. Relator: Min. Herman Benjamin, 09 mar. 2016. Disponível em: [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=AT-C&sequencial=55927729&num\\_registro=201001375288&data=20160525&tipo=5&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=AT-C&sequencial=55927729&num_registro=201001375288&data=20160525&tipo=5&formato=PDF). Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Recurso Especial nº 1.657.156 – RJ.** Administrativo. Recurso Especial Representativo de Controvérsia. Tema 106. Julgamento sob o rito do art. 1.036 do cpc/2015. Fornecimento de medicamentos não constantes dos atos normativos do SUS. Possibilidade. Caráter excepcional. Requisitos cumulativos para o fornecimento. Recorrente: Estado do Rio de Janeiro. Recorrido: Fátima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira. Relator: Min. Benedito Gonçalves, 25 de abril de 2018b. Disponível em: [https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1641175&num\\_registro=201700256297&data=20180504&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1641175&num_registro=201700256297&data=20180504&formato=PDF). Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 345:** Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde – SUS das despesas com atendimento a beneficiários de planos privados de

saúde. Leading case: RE 597064. Relator: Min. Gilmar Mendes, 7 fev. 2018a.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 500**: Dever do Estado de fornecer medicamento não registrado pela ANVISA. Leading case: RE 657718. Relator: Min. Marco Aurélio, 22 de maio de 2019a. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4143144&numeroProcesso=657718&classeProcesso=RE&numeroTema=500>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793**: Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Leading case: RE 855178. Relator: Min. Luiz Fux, 23 de maio de 2019b. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4678356&numeroProcesso=855178&classeProcesso=RE&numeroTema=793>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MACHADO, Teresa Rabichez de Carvalho. Judicialização da saúde: analisando a audiência pública no Supremo Tribunal Federal. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 561–568, 2014.

MOROZOWSKI, Ana Carolina; OLIVEIRA, Luciana da Veiga. Da responsabilidade solidária na assistência à saúde no SUS. **Migalhas**, 1 jul. 2019. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI305311,91041-Da+responsabilidade+solidaria+na+assistencia+a+saude+no+SUS>. Acesso em: 13 ago. 2019.

POMPEU, Ana. Responsabilidade por fornecimento de remédios é solidária, reafirma Supremo. **Consultor Jurídico**, 22 maio 2019. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2019-mai-22/responsabilidade-fornecimento-remedios-solidaria-stf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

SANTOS, Alethele de Oliveira; DELDUQUE, Maria Célia; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. Os discursos na Audiência Pública da Saúde e seu impacto nas decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 184–192, jun. 2015.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos. SUS Brasil: A região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438–446, 2015.

SANTOS, Lenir. Judicialização da saúde: é preciso rever a responsabilidade solidária. **Consultor Jurídico**, 26 ago. 2017. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2017-ago-26/lenir-santos-preciso-rever-responsabilidade-solidaria-saude>. Acesso em: 14 ago. 2019.

**Submetido em:** 20/08/2019

**Aprovado em:** 01/10/2019