

JUSTIÇA CIDADANIA

ISSN 1807-779X
9 771807 790001 0 01242
Edição 124 - Novembro de 2010
R\$ 16,90

MINISTRO CEZAR PELUSO
PRESIDENTE DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

DOM QUIXOTE PERSONIFICA OS DIREITOS DA CIDADANIA

Editorial: RESPEITO À DIGNIDADE HUMANA E À LIBERDADE

A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE

Edelberto Luiz da Silva
Consultor Jurídico do Ministério da Saúde

O federalismo é uma decorrência natural da extensão do nosso território, cujo sentido reside na descentralização do Estado para torná-lo acessível à população, na satisfação de suas necessidades essenciais, a cargo dos poderes públicos.

A descentralização é também um princípio básico de Administração, tanto pública, quanto privada e, assim, foi considerada na Reforma Administrativa introduzida pelo Decreto-lei nº 200, de 1967, nos termos de seu artigo 10.

Por força desse conceito, as atividades da Administração Pública Federal seriam amplamente descentralizadas.

A administração casuística, assim entendida a decisão de casos individuais deveria ficar a cargo do nível de execução, especialmente quanto aos serviços de natureza local, em contato com os fatos e o público. Daí a recomendação para que a execução de programas federais, de caráter nitidamente local, fosse delegada a Estados e Municípios, mediante convênio.

Já haveria, aí, fundamento suficiente para a descentralização das ações e serviços de saúde.

A despeito disso, o constituinte, inspirado no pensamento da Reforma Sanitária, erigiu a descentralização à categoria de diretriz a ser observada na execução das ações e serviços de saúde, sob direção única em cada esfera de governo.

Coerentemente com essa diretriz e para robustecê-la, inseriu na responsabilidade do Município, a prestação de serviços de atendimento à saúde da população, com a cooperação técnica e financeira da União e dos Estados-membros (CF, art. 30, VII).

O Município é, assim, a única instância integrante do SUS, com responsabilidade claramente definida pela Constituição, silente quanto à área de atuação dos demais entes políticos integrantes do SUS, salvo em relação à participação no custeio do atendimento direto a pacientes.

Em perfeita simetria com essas coordenadas constitucionais, o sistema único de saúde foi organizado pela Lei nº 8.080, em cuja elaboração houve muito esmero na divisão de responsabilidade entre União, Estados, Municípios e Distrito Federal, com a nítida preocupação de evitar superposição de ações, em homenagem ao princípio da direção única, e, do mesmo modo, a duplicação de meios para a consecução da mesma finalidade.

Pelo artigo 16, à União caberiam as ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, apenas para exemplificar em que situações deveria assumir os encargos de execução.

Além disso, cumpria-lhe promover a descentralização daquelas outras cometidas a Estados e Municípios, respectivamente, pelos artigos 17 e 18, este último explícito em remeter ao Município a responsabilidade de gerir e executar os serviços públicos de saúde, além de poder contratar a iniciativa privada para prestá-los, em caso de insuficiência de suas disponibilidades, segundo faculta o artigo 197 da Constituição.

O financiamento do SUS não é responsabilidade exclusiva da União, mas também de Estados e Municípios cujas parcelas de participação serão estabelecidas em Lei Complementar, atualmente em trâmite pelo Congresso Nacional.



A transferência de recursos do Orçamento da União para Estados e Municípios, especialmente para aplicação em ações assistenciais de saúde, é providenciada mediante repasses regulares e automáticos, previstos na Lei nº 8.142, de 1990, em substituição aos convênios, que representariam um grande embaraço burocrático à descentralização, já determinada no texto constitucional, assim insusceptível de convenção. Tal medida evidenciou-se necessária para agilizar a remessa de recursos, ao fito de oferecer condições a Estados e Municípios de promover a saúde de seus habitantes.

A descentralização da assistência médica, aí compreendida a farmacêutica, passaria por um processo de transição, que se iniciou com a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS, operada pela Lei nº 8.689, de 1993, com a transferência de seus encargos para Estados e Municípios, que só poderiam ser executados pela União em caráter transitório e supletivo.

Desde então, a União viu-se despojada de meios para a prestação de assistência médica diretamente a indivíduos, que passou à responsabilidade de Estados e Municípios, segundo o seu grau de complexidade.

Com abstração de todo esse contexto constitucional e legal, em que o Ministério da Saúde vem pautando a sua atuação, chegamos, com frequência cada vez mais crescente, ordens judiciais para oferecer a pacientes condições de recuperação de sua saúde ou controle de sua doença, a pretexto de responsabilidade solidária da União na garantia do direito à saúde.

A responsabilidade solidária não se presume, segundo a lição do Código Civil, mas decorre da lei ou do contrato.

Parece, pois, extremamente discutível que possa ser estabelecida por construção jurídica, quando a Constituição e as leis definiram a quem toca no caso de atendimento à saúde.

A responsabilidade solidária concebe-se no âmbito do SUS sobre o conjunto das ações, mas não em cada tipo de ação nitidamente inserida na competência de cada ente político. Aqui, vale lembrar o princípio da direção única, que repele a existência de mais de um comando nas ações de cada qual.

A concepção de uma responsabilidade solidária tem levado os magistrados à condenação indistinta e simultaneamente da União, Estados e Municípios na prestação jurisdicional reclamada pelo autor.

Tal conduta tem contribuído para tumultuar o cumprimento da ordem ao invés de apressá-lo, especialmente diante da

“ Outro **obstáculo a vencer** é a **distancia do domicílio do paciente**, a ser coberta, desde a **Capital federal**, por via **aérea e terrestre**, até onde ele se encontra, com **inevitável consumo de tempo**, demasiado **precioso** para quem se **encontre em risco de morte**. ”

exiguidade dos prazos, a conspirar contra uma articulação segura entre os entes políticos para atendê-la, com a confiabilidade de que um deles o fará, para evitar a exposição dos demais à forte carga de intimidação, que tem atingido até o Ministro da Saúde.

Daí resulta, muitas vezes, o tríptico cumprimento do comando judicial, com grande desperdício dos recursos orçamentários destinados à saúde.

A condenação da União, em especial, oferece grande dificuldade para cumprimento da determinação da justiça e gera graves consequências sobre as quais cabem algumas reflexões.

Com a remessa de recursos do orçamento da União para o atendimento objeto da demanda judicial não parece haver razão maior para não ser prestado pela unidade federativa que os recebeu, especialmente no caso de medicamentos, cuja aquisição não difere de qualquer outro procedimento de compra.

O Ministério da Saúde não administra unidade de saúde de atendimento direto a pessoas, salvo na cidade do Rio de Janeiro, em que alguns hospitais herdados do extinto INAMPS integram ainda a sua estrutura regimental.

Não dispõe, pois, de rede assistencial ramificada por todo o território nacional. As decisões judiciais, portanto, só podem ser cumpridas em Brasília, de modo improvisado, porque, de ordinário, o seu objeto não se compreende no campo de atividade do Ministério.

Essa circunstância leva ao consumo de tempo na observação das formalidades exigidas pela Lei nº 8.666, de 1993, para os procedimentos de compra. Daí decorre perda de tempo precioso, talvez fatal para o paciente.

As decisões judiciais são imprevisíveis, seja quanto à sua oportunidade, seja quanto ao seu objeto, de modo que

é impraticável a formação de estoques, ao risco mesmo de perda de validade dos medicamentos. Estados e Municípios, responsáveis pela dispensação, respectivamente, de medicamentos especiais e de atenção básica, atentos à prevalência de doenças em seus territórios teriam certamente mais condições de formar estoques estratégicos.

Outro obstáculo a vencer é a distancia do domicílio do paciente, a ser coberta, desde a Capital federal, por via aérea e terrestre, até onde ele se encontra, com inevitável consumo de tempo, demasiado precioso para quem se encontre em risco de morte.

Tais providências encarecem o custo direto de cada prestação jurisdicional em cerca de R\$ 600,00, com a publicação do ato de dispensa de licitação e o transporte do medicamento, por empresa contratada, até a residência do autor, único meio capaz de minimizar os riscos de ser desviado.

O esforço para situar o atendimento próximo da população fica comprometido, porque a condenação da União propicia um retraimento de Estados e Municípios e a resultante desse processo é a reversão da descentralização fundada naquele objetivo.

O acolhimento de pretensão deduzida em juízo supõe que a obrigação seja devida pela parte ré, resistente em satisfazê-la.

O Ministério da Saúde sequer tem a oportunidade de atender antecipadamente o pedido do paciente, porque com ele não estabelece relação direta.

As decisões judiciais endereçadas ao seu cumprimento só teriam sentido se fosse sua obrigação atender o pleito do autor na via administrativa. Se há esse convencimento e se se mantém essa tendência de condená-lo a tanto, terá, para afastar a coima de omissor, de estruturar uma rede de serviços assistenciais por todo o território nacional. Tal solução é inconcebível e inexecutável.

