



INFORMATIVO

Edição 1 - Outubro de 2017



1. JURISPRUDÊNCIA

STJ

ADMINISTRATIVO. PROPOSTA DE AFETAÇÃO. RECURSO ESPECIAL. RITO DOS RECURSOS ESPECIAIS REPETITIVOS. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.

CONTROVÉRSIA ACERCA DA OBRIGATORIEDADE E FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS NÃO INCORPORADOS AO PROGRAMA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS DO SUS.

1. Delimitação da controvérsia: obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria n. 2.982/2009 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais) .

2. Recurso especial afetado ao rito do art. 1.036 e seguintes do CPC/2015 (art. 256-I do RISTJ, incluído pela Emenda Regimental 24, de 28/09/2016).

(ProAfR no REsp 1657156/RJ, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 26/04/2017, DJe 03/05/2017)

QUESTÃO DE ORDEM

O SENHOR MINISTRO BENEDITO GONÇALVES: Trata-se de (1) ofício encaminhado pelos Juízes de Direito das Varas da Fazenda Pública do Estado de São Paulo (fls. 369-370, e-STJ); (2) correio eletrônico enviado pelo Juiz de Direito da Comarca de São Vicente do Sul (SC) ao Núcleo de Gerenciamento de Precedentes do STJ - NUGEP; (3) petição de n. 233.613/2017 (fls. 369-370, e-STJ), protocolizada pelo recorrente Estado do Rio de Janeiro. Solicitam-se esclarecimentos sobre a extensão da suspensão do processamento dos feitos que versem sobre a controvérsia do recurso especial repetitivo em epígrafe.

Além disso, o ente público aponta a existência de erro material no acórdão de fls. 326-330, e-STJ), tendo em vista o equívoco na Portaria indicada. Defende, contudo, que haja a alteração da delimitação da tese a ser discutida no presente recurso repetitivo, pois “entende que o mais adequado seria a superação da delimitação da controvérsia com base nas Portarias acima apontadas para que passe a ser vinculada aos termos do disposto nos artigos 19-M, I, 19-P, 19-Q e 19-R da Lei Federal 8.080/1990, com a redação conferida pela Lei Federal n. 12.401/2011, de modo que a delimitação da matéria passe a ser “a obrigação do Poder Público de fornecer medicamentos e tratamentos terapêuticos não incorporados ao Sistema Único de Saúde” (fl. 378, e-STJ).

É o breve relato. Seguem as considerações sobre as questões apresentadas. 1.) SUSPENSÃO DO PROCESSAMENTO DO FEITO, NOS TERMOS DO ART. 1.037, II, DO CPC/2015, E SUA EXTENSÃO.

Não obstante o inciso II do art. 1.037 do CPC/2015 preceituar que o relator “determinará a suspensão do processamento de todos os processos pendentes, individuais ou coletivos, que versem sobre a questão e tramitem no território nacional”, sem explicitar o alcance dessa suspensão, deve-se fazer uma leitura sistemática do diploma processual vigente. Assim, as normas que tratam da suspensão dos processos, constantes do art. 313 combinado com o art. 314 do CPC/2015, bem como do art. 982, § 2º, do CPC/2015, que cuida da suspensão dos feitos no Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas - IRDR, devem também ser aplicadas aos recursos repetitivos, tendo em vista

que ambos compõem um mesmo microsistema (de julgamento de casos repetitivos), conforme se depreende do art. 928 do CPC/2015. Vejam-se os dispositivos acima citados: TÍTULO II DA SUSPENSÃO DO PROCESSO [...] Art. 313. Suspende-se o processo: [...] IV- pela admissão de incidente de resolução de demandas repetitivas; Art. 314. Durante a suspensão é vedado praticar qualquer ato processual, podendo o juiz, todavia, determinar a realização de atos urgentes a fim de evitar dano irreparável, salvo no caso de arguição de impedimento e de suspeição.

TÍTULO I DA ORDEM DOS PROCESSOS E DOS PROCESSOS DE COMPETÊNCIA ORIGINÁRIA DOS TRIBUNAIS CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS [...] Art. 928. Para os fins deste Código, considera-se julgamento de casos repetitivos a decisão proferida em: I - incidente de resolução de demandas repetitivas; II - recursos especial e extraordinário repetitivos. CAPÍTULO VIII DO INCIDENTE DE RESOLUÇÃO DE DEMANDAS REPETITIVAS [...] Art. 982. Admitido o incidente, o relator: I - suspenderá os processos pendentes, individuais ou coletivos, que tramitam no Estado ou na região, conforme o caso; [...] § 2º Durante a suspensão, o pedido de tutela de urgência deverá ser dirigido ao juízo onde tramita o processo suspenso.

Dos dispositivos transcritos, torna-se patente que a suspensão do processamento dos processos pendentes, determinada no art. 1.037, II, do CPC/2015, não impede que os Juízos concedam, em qualquer fase do processo, tutela provisória de urgência, desde que satisfeitos os requisitos contidos no art. 300 do CPC/2015, e deem cumprimento àquelas que já foram deferidas. 2.) DELIMITAÇÃO DO TEMA DA CONTROVÉRSIA.

Advirta-se, inicialmente, que a questão suscitada referente aos medicamentos incluídos em listas de Secretaria de Saúde do Estado ou de Município não se enquadra na delimitação da tese controvertida a ser apreciada pelo presente recurso repetitivo. No que se refere à questão aduzida pelo recorrente Estado do Rio de Janeiro quanto à delimitação do tema, é forçoso reconhecer sua pertinência e importância. Com efeito, a atual delimitação dada à tese controvertida, a ser analisada em sede de julgamento de recursos repetitivos, está calcada em ato normativo infralegal (Portaria), cuja vigência é frequentemente extinta, sendo substituído por novo ato mais atualizado. Além disso, são diversos

os programas de fornecimentos de medicamentos pelo SUS, cada qual disciplinado por um ato normativo específico. Assim, a Portaria n. 1.554/2013 cuida do financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Já a Portaria n. 2.583/2007 define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde aos usuários portadores de diabetes mellitus. A Portaria 2.982/2009, por sua vez, trata da assistência Farmacêutica na Atenção Básica. A Relação Nacional de Medicamento Essenciais (RENAME) encontra sua disciplina na Portaria n. 1, de 2 de janeiro de 2015. Estes são somente alguns exemplos de atos que tratam da dispensação de medicamentos aos usuários do SUS.

Evidente, portanto, que a vinculação a uma determinada portaria, com a sua indicação na delimitação do tema controvertido, resulta em um indesejável estreitamento da questão e inviabiliza a posterior irradiação dos efeitos do julgamento do caso repetitivo, pois limitaria sua aplicação somente aos medicamentos que se enquadram em referido ato normativo, deixando de abranger as demais situações daqueles que buscam o Judiciário para obter medicamento de outra classe. A proposta do ente público recorrente possui abrangência demasiadamente larga, ao incluir o fornecimento de medicamento e também quaisquer tratamentos terapêuticos que não se encontram incorporados ao Sistema Único de Saúde. Tem-se que, o recurso repetitivo deve fixar-se tão somente na questão do fornecimento de medicamentos não incorporados pelo SUS. Isso porque os autos tratam tão somente dessa temática, não podendo o julgamento do caso repetitivo extrapolar os limites fixados pelo acórdão da Corte de origem e tratados na petição do recurso especial, sob pena de vulneração indevida do necessário requisito do prequestionamento.

Veja-se que a própria Lei n. 8.080/1990 distingue ambos os casos em seu artigo 19-M, que possui a seguinte redação: Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravamento à saúde a ser tratado ou, na falta do

protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011) II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Assim, do confronto entre o recurso especial e o acórdão prolatado pela Corte de origem, verifica-se que o presente repetitivo amolda-se à hipótese do inciso I (dispensação de medicamentos), não se discutindo, em nenhum momento, sobre a oferta de procedimentos terapêuticos, constante do inciso II. Ante o exposto, propõe-se adequar o tema afetado de n. 106 para que tenha a seguinte redação: “Obrigação do Poder Público de fornecer medicamentos não incorporados, através de atos normativos, ao Sistema Único de Saúde”. É o que se propõe. Comunique-se aos senhores Ministros integrantes da Primeira Seção e aos Presidentes dos Tribunais Regionais Federais e dos Tribunais de Justiça.

Vista ao Ministério Público Federal, pelo prazo de 15 (quinze) dias (art. 1.038, inciso III e § 1º, do CPC/2015).

(QO na ProAfr no REsp 1657156/RJ, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 24/05/2017, DJe 31/05/2017)

TRF 4ª REGIÃO

APELAÇÃO CÍVEL Nº 5004915-44.2013.4.04.7100/RS

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. PROADI-SUS. PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.

1. A legislação assegura a participação da sociedade no SUS, ao conferir aos Conselhos de Saúde ampla atuação no âmbito da saúde, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Artigo 198, III, da CF/88, Lei 8.080/90, artigo 7º, inciso VIII, Lei 8.142/90, artigo 1º, II e parágrafo 2º.

2. No que tange ao Município de Porto Alegre, não há exigência legal no sentido de que o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre participe nos processos de decisão, implementação e prestação de contas de serviços tomados diretamente pela União no Município de Porto Alegre, vez que o controle social na esfera federal deve se dar por meio do Conselho Nacional de Saúde, e não pelo Conselho Municipal.

3. Mantido o acordado entre as partes, no que tange ao prosseguimento da atuação das ações e contas do projeto/contrato assinado entre o gestor e o Hospital de Excelência. Apenas nesse ponto resta acolhido o pedido do MPF em relação à União.

4. Em relação ao Município de Porto Alegre, confirmado o deferimento dos pedidos acolhidos em sede de antecipação de tutela.

5. Improvidas as apelações do Ministério Público Federal e do Município de Porto Alegre/RS.

ACÓRDÃO

Vistos e relatados estes autos em que são partes as acima indicadas, decide a Egrégia 3a. Turma do Tribunal Regional Federal da 4ª Região, por unanimidade, negar provimento às apelações do Ministério Público Federal e do Município de Porto Alegre/RS, nos termos do relatório, votos e notas de julgamento que ficam fazendo parte integrante do presente julgado.

Porto Alegre, 19 de setembro de 2017.

Desª. Federal MARGA INGE BARTH TESSLER
Relatora

2 - NOTÍCIAS STF

Quinta-feira, 31 de agosto de 2017

MINISTRO SUSPENDE REGRAS SOBRE ORÇAMENTO IMPOSITIVO NA ÁREA DA SAÚDE

O ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal (STF), deferiu liminar na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5595 para suspender a eficácia dos artigos 2º e 3º da Emenda Constitucional (EC) 86/2015 (Emenda do Orçamento Impositivo), que tratam da área de saúde. A urgência da medida, segundo o ministro, se justifica porque, dado o novo regime orçamentário que passará a

submeter também o piso federal da saúde a partir de 2018, a concessão da liminar em data posterior pode, como alega o procurador-geral da República, Rodrigo Janot, exacerbar o “quadro crônico de subfinanciamento da saúde pública do país, que causa número formidável de mortes e agravos evitáveis à saúde dos cidadãos brasileiros”.

Na ADI, o procurador-geral sustenta que os dois dispositivos reduzem o financiamento federal para as ações e serviços públicos de saúde mediante piso anual progressivo para custeio pela União, e incluem nele a parcela decorrente de participação no resultado e compensação financeira devidos pela exploração de petróleo e gás natural. A medida, segundo Rodrigo Janot, atenta diretamente contra os direitos fundamentais à vida e à saúde e outros princípios constitucionais.

Decisão

Ao deferir a liminar, que será submetida a referendo do Plenário, o ministro Lewandowski destacou que o orçamento público deve obedecer aos imperativos de tutela que amparam os direitos fundamentais. “O direito à saúde, em sua dimensão de direito subjetivo público e, portanto, prerrogativa indisponível do cidadão, reclama prestações positivas do Estado que não podem ser negadas mediante omissão abusiva, tampouco podem sofrer risco de descontinuidade nas ações e serviços públicos que lhe dão consecução, com a frustração do seu custeio constitucionalmente adequa-

do”, afirmou.

O ministro observou que o Conselho Nacional de Saúde rejeitou as contas do Ministério da Saúde de 2016 com base no apontamento de déficit na aplicação do piso federal em saúde. “A isso se soma a demanda crescente do SUS, sobretudo nos últimos anos, quando houve um agravamento no quadro de desemprego no país”, assinalou. A norma jurídica questionada, no seu entendimento, piora substancialmente a desigualdade no acesso a direitos fundamentais, situação que justifica a imediata concessão da cautelar pleiteada.

Segundo o relator, as alterações introduzidas pelos artigos 2º e 3º da EC 86/2015 no financiamento mínimo do direito à saúde “inegavelmente constroem a estabilidade jurídica e o caráter progressivo do custeio federal das ações e serviços públicos de saúde”.

TRABALHADORES DA SAÚDE PEDEM IMPUGNAÇÃO DE LEI QUE LIBEROU FABRICAÇÃO E VENDA DE ANOREXÍGENOS

Sexta-feira, 15 de setembro de 2017

A Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde (CNTS) questiona no Supremo Tribunal Federal (STF), por meio da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5779, a Lei 13.454/2017, que autoriza a produção, a comercialização e o consumo dos anorexígenos sibutramina, anfepramona, femproporex e mazindol. O relator é o ministro Celso de Mello.

A CNTS diz que sua iniciativa de impugnar a lei partiu do amplo conhecimento quanto à ineficácia desses medicamentos e dos efeitos colaterais perniciosos que podem causar em seres humanos, evidenciando o desrespeito a direitos e garantias individuais assegurados pela Constituição da

República, como o direito à saúde (artigos 6º e 196), à segurança e à vida (caput do artigo 5º) e a princípios como o da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III).

Segundo a argumentação da confederação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) propôs, em 2011, a retirada do mercado da sibutramina e das outras substâncias, anorexígenos anfetamínicos, devido a seus graves efeitos adversos, como dependência física e psíquica, ansiedade, taquicardia, hipertensão arterial. No entanto, “sem prévia motivação e justificativa administrativa plausível, ou interesse público relevante”, o presidente da Câmara dos Deputados,

Rodrigo Maia, no exercício do cargo de presidente da República, sancionou a Lei 13.454/2017, “autorizando o uso de substâncias cujos efeitos colaterais e toxicidade sobre o organismo humano são desconhecidos e colocam em risco a saúde da população”.

Ao pedir a concessão de liminar para suspender a eficácia da lei, a CNTS sustenta que, diante do crescimento da obesidade no país (a prevalência da doença passou de 11,8 em 2006 para 18,9% em 2016, segundo o Ministério da Saúde), há grande perigo de que um grande contingente de brasileiros recorra a esses medicamentos, “acre-

ditando nas promessas de resultados que cientificamente não só foram desmentidas, mas podem colocar em grave risco a sua saúde, especialmente dos diabéticos e hipertensos”.

No mérito, o pedido é de declaração definitiva da inconstitucionalidade do artigo 1º da lei e, por consequência, da sua totalidade, tendo em vista que o artigo 2º trata somente da cláusula de vigência.

CF/AD

TRF 4ª Região

- Participação popular

PREFEITURA DEVE INCLUIR CONSELHO MUNICIPAL EM DECISÕES SOBRE VERBA O SUS

2 de outubro de 2017, 11h05

As prefeituras devem incluir o Conselho Municipal de Saúde (CMS) nas deliberações do município sobre novos contratos, convênios e projetos que venha a ajustar no Sistema Único de Saúde (SUS). A decisão é do Tribunal Regional Federal da 4ª Região julgar um caso envolvendo a prefeitura da Porto Alegre.

A ação foi movida pelo Ministério Público Federal a pedido do conselho municipal de saúde da capital gaúcha, que buscava participar das deliberações sobre ações e serviços de saúde ligados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi) — ação do Ministério da Saúde que objetiva fortalecer a parceria do SUS com hospitais filantrópicos.

Segundo o MPF, a União e o município estariam ignorando o CMS nos processos de decisão relativos às verbas destinadas à saúde. Os conselhos municipais são órgãos colegiados de caráter deliberativo e permanente, formados por prestadores de serviço, representantes do governo, pro-

fissionais da saúde e também usuários. Eles objetivam garantir a participação popular na execução de políticas públicas setoriais.

Segundo a relatora do caso, desembargadora federal Marga Inge Barth Tessler, a legislação assegura a participação da sociedade no SUS, ao conferir aos conselhos de saúde ampla atuação no âmbito da saúde, na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Com a decisão, fica garantida a participação do CMS de Porto Alegre, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde e o hospital de excelência, nas deliberações sobre a destinação do percentual de 30% do valor usufruído com a isenção das contribuições sociais reservado ao gestor municipal, devendo o parecer do conselho ser anexado na prestação de contas.

O acórdão acrescenta que os casos antigos

aprovados e realizados sem a manifestação prévia dos conselheiros deverão ser encaminhados para análise do CMS. Além disso, estabeleceu que eventuais discordâncias em relação às recomendações oferecidas pela entidade deverão ser fundamentadas. Com informações da Assessoria

de Imprensa do TRF-4.

5004915-44.2013.4.04.7100/TRF

Revista Consultor Jurídico, 2 de outubro de 2017, 11h05

3 - ARTIGOS

Contas à Vista

ENTRE EXTREMOS DE VINCULAÇÃO E DISCRICIONARIEDADE, O SUS (DES)CAMINHA

15 de agosto de 2017, 8h00

Por Élica Graziane Pinto e Francisco Funcia

Para Alice que não sabia onde desejava ir, qualquer caminho serviria, bem alertara o Gato de Cheshire. Ainda que a obra de Lewis Carroll seja uma notável ficção dedicada ao público infantil, a trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país de maravilhas, por ora, submersas, em muito se assemelha à indecisão de rumos e aos passos errantes da menina.

Enquanto Alice havia sido instigada a refletir sobre a primordial e inaugural decisão de para onde ir, o SUS tem sido levado a um falseado problema sobre o modo como serão aplicados os escassos recursos públicos na federação, independentemente de para onde o planejamento da saúde indica ser necessário.

Gastar mais com despesas de pessoal e assistência ambulatorial e hospitalar é uma demanda típica do curto prazo dos mandatários políticos, mas isso não é propriamente condizente com as necessidades de saúde da população em cada região, com base no seu perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico.

Paradoxalmente, se quisermos uma real e consistente mudança de rumos no SUS, deveremos fazer com que a política pública siga estritamente o caminho das suas metas intertemporais de atenção integral à saúde e respectivos custos já fixados no planejamento que a rege, na forma dos artigos 36 da Lei 8.080/1990 e 30 da LC

141/2012.

Desde 26 de janeiro deste ano, contudo, tem havido um profundo debate sobre o modo de financiamento das ações e serviços públicos de saúde em nosso arranjo federativo, com a revisão do modelo até então vigente de transferência dos recursos da União para os entes subnacionais. A despeito de ser necessária uma melhor definição (nos moldes já assinalados pelo Tribunal de Contas da União[1] e do Conselho Nacional de Saúde[2]) dos repasses fundo-a-fundo e dos critérios de rateio para as transferências intergovernamentais no âmbito da política pública de saúde, o perigo mora em mudanças abruptas que oscilam de um extremo ao outro.

Tal como um pêndulo bipolar, o que está em discussão é a busca de ampliar a discricionariedade dos gestores municipais e estaduais em face da metodologia vigente de repasses que condiciona a contas e finalidades específicas, para os devidos propósitos de prestação de contas junto à União.

A mudança pretendida pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) — instância de governança federativa do SUS de que participam gestores dos três níveis da federação — seria a simplificação do regime de repasses para apenas duas grandes e genéricas categorias: despesas correntes e despesas de capital. Ou seja, repasses federais que superam a casa de R\$65 bilhões ao ano seriam

feitos para Estados e Municípios apenas e tão somente com esse filtro: custeio ou investimento/ inversão financeira, sem que as instâncias federais de controle e os conselhos de saúde consigam rastrear devidamente o caminho do dinheiro.

Ora, considerando que a responsabilidade é solidária, a descentralização da responsabilidade de gasto por parte do governo federal jamais lhe permitiria abdicar do dever de fiscalizar o regular emprego dos recursos públicos pelos entes subnacionais para que os devidos fins previstos no planejamento setorial da saúde sejam alcançados. Esse, aliás, é o comando do artigo, 36, parágrafo 2º da Lei Orgânica do SUS: “É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.”

Nessa empreitada da CIT, vemos um espaço significativo e deveras temerário de ampliação da discricionariedade alocativa dos prefeitos e governadores, bem como uma postura omissa do governo federal, que se comporta como quem apenas empurra o problema para outrem, quase como um mero agente financeiro.

Ao nosso sentir, o risco é de que os gestores subnacionais, ao poder gastar mais livremente os recursos da saúde, tenderão a aplicá-los quase integralmente em despesas de pessoal e repasses ao terceiro setor no âmbito da assistência ambulatorial e hospitalar. Com isso, tememos que se instaurar um paulatino desarranjo na atenção básica e na vigilância em saúde, assim como não saberemos muito bem para quais fins estruturantes aqueles gastos operacionais de pessoal e repasses ao terceiro setor serão destinados.

A fragilidade do processo de flexibilização em comento se insere no contexto de crônico subfinanciamento[3] da saúde, onde as prioridades alocativas certamente tenderão a esvaziar as ações de prevenção, proteção e promoção da saúde, em favor das ações e serviços assistenciais que visam tão somente à sua recuperação.

Atualmente, a Portaria do Ministério da Saúde nº 204, de 29 de janeiro de 2007, prevê regras delimitadas de repasses em seis blocos de financiamento (atenção básica; atenção de média e alta com-

plexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; gestão do SUS e investimentos na rede de serviços de saúde). Sabemos que é necessário aprimorar tal metodologia, mas aqui questionamos: qual mudança é necessária para chegarmos ao melhor destino escolhido pela e em prol da sociedade? Refutamos, pois, a tese de que basta flexibilizar a utilização dos recursos, de que qualquer caminho serve...

No âmbito das transferências da União para os entes subnacionais (sobretudo para os municípios), vinculadas ao Sistema Único de Saúde, a modalidade fundo-a-fundo seria aquela pela qual os recursos seriam repassados de forma ágil e sem as exigências que caracterizam a modalidade convencional (transferências voluntárias). É muito interessante ainda observar o elevado número de contas bancárias abertas para a movimentação financeira dos recursos que constituem o Fundo Municipal de Saúde, a maioria delas envolvendo ações vinculadas a uma mesma política, promovendo uma verdadeira irracionalidade administrativa e financeira no atendimento às necessidades da população. Em várias situações, a abertura de contas bancárias atende somente o objetivo de facilitar o processo de prestação de contas pelos profissionais da área contábil nos municípios – vincula a prestação de contas do recurso recebido com documentos que evidenciam o processo de conciliação bancária.

Mas, desde que não sejam recursos de natureza convencional, cujas regras firmadas anteriormente precisam ser seguidas para a adequada prestação de contas, tais valores existentes nessas contas deveriam ser integralmente repassados para um “caixa único” do SUS (materializado pela abertura de uma conta única), para utilização em ações e serviços públicos de saúde, sempre em respeito aos critérios pactuados na CIT e deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde (para o caso de transferências estaduais para os municípios, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite e deliberados pelo Conselho Estadual de Saúde).

Em outros termos, o poder discricionário do gestor municipal na condução da política de saúde local deve ser condicionado a esses critérios estabelecidos para a transferência de recursos, que, por sua vez, não de estar em consonância com as diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde, nas Conferências Estaduais de Saúde e nas Conferên-

cias Municipais, uma das instâncias máximas de deliberação do SUS nos termos da Lei 8142/90, da Lei Complementar nº 141/2012, bem como em obediência aos princípios constitucionais da participação da comunidade e da gestão tripartite no SUS. Nesses termos, a 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro/2015, foi organizada em respeito ao princípio legal do planejamento ascendente no âmbito do SUS e é o grande norte do caminho que a política pública de saúde deve seguir no Brasil.

Em face de tais questões, perguntamo-nos: o que ocorrerá se a flexibilização de critérios para as transferências fundo-a-fundo (cuja metodologia é fundada apenas na bifurcada classificação por categoria econômica das despesas: correntes e de capital) se efetivar? Há ainda muita coisa a ser feita para que a Atenção Básica seja prioridade em termos de organização dos serviços na rede de atenção à saúde, o mesmo ocorre nas ações de vigilância em saúde. Como estabelecer e operacionalizar a relação necessária para a formulação dos planos municipais de saúde (que estão sendo elaborados neste ano) com as diretrizes estabelecidas pela 15ª Conferência Nacional de Saúde e, nessa perspectiva, com os objetivos e metas fixadas no Plano Nacional de Saúde aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde para o período 2016-2019?

Ao invés de avançarmos em tal linha de reflexões, corremos o risco de entregar volumosas quantias de dinheiro de forma “livre” para Prefeitos e Governadores pagarem despesas de pessoal ou contratarem entidades do terceiro setor, sem qualquer compromisso mensurável e, portanto, suscetível de monitoramento com as necessidades de saúde da população, à luz das dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e da capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

O que está em debate na forma mais ou menos vinculada dos repasses federativos não é a qualidade do planejamento governamental para a política pública de saúde. Diferentemente do fortalecimento da relação instrumental entre os orçamentos públicos e o planejamento setorial da saúde, na forma do art. 30 da Lei Complementar nº 141/2012, tememos que haja uma flexibilização que tenderá a fortalecer o financiamento do mo-

delo atualmente baseado na Média e Alta Complexidade, que gera demanda por recursos adicionais e de forma organizada e um tanto quanto oligopolista pelos hospitais privados e filantrópicos contratados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. Nessa evidente tensão entre discricionariedade e vinculação dos repasses federativos na política pública de saúde, o que reclama profunda reflexão é a própria fixação do caminho para o SUS. Sem nos orientarmos pelo seu planejamento setorial, sinceramente tememos o risco de, no limite, faltarem vacinas e insumos básicos em face da tendência de inchaço da folha de pessoal e de repasses ao terceiro setor apenas no âmbito da média e alta complexidade. Não podemos negligenciar a raiz dos nossos problemas, tratando apenas alguns dos seus sintomas de forma distorcida.

O controle da discricionariedade pressupõe, por definição, que haja finalidades suficientemente claras e estruturantes que lhe orientam intertemporalmente a razão de existir. Descentralizar a responsabilidade de fixação da justa distribuição dos recursos da saúde entre as diversas áreas que lhe concernem, sem o aprofundamento real da relação entre planejamento e execução, é literalmente jogar a imensa pressão do mercado da saúde e de eventuais interesses corporativos para o curto prazo dos mandatários políticos subnacionais. Mas isso significaria admitir qualquer caminho para chegar a lugar distinto do que foi traçado nos artigos 196 e 198 da nossa Constituição.

[1] Os Acórdãos nº 2888/2015 e 316/2017, ambos proferidos pelo Plenário do TCU, bem evidenciam a falta de atendimento pela União do art. 17, §1º da LC 141/2012, para fins de consolidação dos critérios de rateio pactuados federativamente na Comissão Intergestores Tripartite e homologada pelo Conselho Nacional de Saúde.

[2] Como se pode ler na Recomendação CNS nº 06, de 10 de março de 2017, disponível em www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco006.pdf e na Recomendação CNS nº 29, de 7 de julho de 2017, disponível em www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco029.pdf

[3] Sem prejuízo do debate ainda pendente de apreciação no Supremo Tribunal Federal nos autos da ADI 5595, consideramos que o maior exemplo de criticidade do subfinanciamento do SUS pode ser encontrado na rejeição do Relatório Anual de Gestão de 2016 do Ministério da Saúde pelo Con-

selho Nacional de Saúde, dentre outros motivos, por déficit de aplicação federal no setor e também por falta de compensação dos restos a pagar cancelados que haviam sido computados no piso federal em saúde em anos anteriores, como se pode ler em www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso551.pdf

Élida Graziane Pinto é procuradora do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo, pós-doutora em Administração pela Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação

Getulio Vargas (FGV/RJ) e doutora em Direito Administrativo pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Francisco Funcia é economista e mestre em Economia Política pela PUC-SP, consultor da FGV e do Conselho Nacional de Saúde e professor do curso de Economia da USCS.

Revista Consultor Jurídico, 15 de agosto de 2017, 8h00

Políticas públicas

USO ERRADO DA TEORIA DE PRECEDENTE GERA INSTABILIDADE JURISPRUDENCIAL

20 de maio de 2017, 12h00

Por Vitor Burgo e Clarice Viana Binda

A discussão sobre os precedentes judiciais se agigantou após a entrada em vigor do Código de Processo Civil de 2015. Não à toa! A despeito de todas as críticas já formuladas à teoria dos precedentes, em boa hora a legislação processual apresentou uma estrutura minimamente segura para orientar a construção da jurisprudência.

A propósito, o artigo 926 determina que os tribunais devem uniformizar sua jurisprudência e mantê-la estável, íntegra e coerente. Para tanto, não apenas os esforços argumentativos (dos quais trataremos mais adiante) são exigidos; é possível dispor de instrumentos forjados exatamente para reduzir a incerteza decisória, a exemplo dos repetitivos, do IRDR e do IAC.

Mais que eliminar grande volume de processo (já que sabemos que os efeitos desejados nesse campo não são sentidos a contento), essas ferramentas conferem maior unidade à jurisprudência dos tribunais pátrios, uma vez que deslocam o julgamento de uma determinada questão de um órgão fracionário para outro mais qualificado e com poder uniformi-

zador (artigo 1036 para os Repetitivos, devidamente complementado pelas disposições regimentais do RISTJ e RISTF; arts. 978 caput e §1º, para o Incidente de Resolução de Demandas Repetitivas; art. 947, §§ 1º a 3º, para o Incidente de Assunção de Competência).

O uso do repetitivo, já experimentado pelo STJ e STF desde 2008 (portanto, antes da vigência do CPC/15) nos mostra, entretanto, que a simples disposição de mecanismos pelo sistema não garante bons resultados. E mais: pode importar em verdadeiro desastre. É o que nos parece sobre a recente afeição do REsp 1.657.156 (tema 106 STJ), que buscará uniformizar o entendimento do STJ sobre a “obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais)”.

Temos aqui três considerações a fazer (em verdade são receios a apresentar, mas não

queremos parecer alarmistas).

A primeira diz respeito à observância do Repetitivo 566.471 do STF – que está referenciado no próprio descritivo do tema 106 no STJ – e que versa sobre a “obrigatoriedade de o Poder Público fornecer medicamento de alto custo”. O STJ já desafetou, anteriormente, repetitivo (REsp 1104382) por supostamente conflitar com o RE 566471. Embora entre os recursos não houvesse semelhança, o STJ achou por bem desafetá-lo, de maneira que o mecanismo de desafetação existe, e é louvável, para evitar situações de conflito de entendimento com o STF, que ao fim e ao cabo suplantara o firmado pelo STJ.

Dessa vez, porém, o STJ afeta recurso com desenho de tese que revela em termos processuais, continência em relação à tese do STF. Pensando sob o prisma do valor, os medicamentos que estão fora da Portaria do MS podem ser considerados de alto custo ou não. Os medicamentos considerados de alto custo receberão, portanto, tratamento duplicado mesmo sabendo que a decisão do STF sobre o assunto prevalecerá? Qual a necessidade de afetar tese repetida? E ainda: decisão anterior no repetitivo do STF não causaria desajuste no julgamento desse?

Aí que entra nossa segunda consideração: a construção de precedentes exige esforço argumentativo que, por vezes, não identificamos nos Tribunais. A par do guia de redação previsto no artigo 489, §1º, que é tomado de empréstimo para construção dos precedentes pelo artigo 927, §1º, o trabalho de redação de um precedente é eminentemente argumentativo e não pode ser descuidado em sua técnica, sob pena de perpetuação de decisões inconsistentes ou frágeis. A tão só sobreposição temática da tese com a construída pelo STF no RE 566.471 já demonstra falta de cuidado com a organicidade da jurisprudência e com a própria integridade da decisão que se pretende proferir, que poderá ser desmantelada por entendimento superior – ou constitucional, como se queira.

Ademais, quando se busca um entendimento uniforme num instrumento de tamanho impacto na Justiça brasileira, o mínimo de esforço argumentativo para tamanha sedimentação exige uma minuciosa coleta de dados de nível nacional a fim de se verificar qual a real situação (e não apenas a retratada nas teses das respectivas partes) do fornecimento de medicamentos por imposição judicial. Qual a porcentagem

de fornecimento de medicamentos de alto custo são judicializados frente ao tema “Judicialização da saúde”? Quantos destes fazem parte da lista do SUS? Qual a porcentagem de fornecimento de medicamentos em relação ao tipo, ao custo, ao estado da federação, ao ente federativo obrigado, para qual público é destinada a maioria dessas decisões judiciais? Até o momento, não parece haver uma pesquisa dos tribunais brasileiros nesse sentido.

Mas, para além disso, vemos o uso indevido do termo Estado para designar Poder Público ou Fazenda Pública. É inadequado porque: (i) o REsp nasce de contenda cujo réu é o Estado do Rio de Janeiro; (ii) Estado, embora seja um termo de múltiplos sentidos, designa o ente intermediário de nosso federalismo. Logo, seria possível extrair a ideia de que o repetitivo abrangeria somente o ente Estado, deixando de fora a União e os Municípios, que poderiam ser, no curso do julgamento da tese, livremente demandados e condenados por não estarem abrangidos pela suspensão processual.

Acreditamos, porém, que essa conclusão seja equivocada pois o Ministro Benedito, relator do REsp em análise, já usou o termo de forma genérica no REsp 450.960, seguindo tese e redação do Ministro Sérgio Kukina, apresentada no AgRG no AREsp 24.283. Além do mais, no andamento virtual é possível ver que os TRFs também foram notificados da suspensão processual determinada pelo Relator. Logo, por sua competência, não são somente os Estados que estão contemplados.

Por fim, nossa última preocupação está ligada ao risco de quebra de uma poderosa ferramenta de atualização dessa política pública de saúde. A dispensação de medicamentos, pelo Poder Público, que estejam previstos nas listas de dispensação não responde pelas expressivas ações judiciais em curso no País.

Os Comitês e os NATs têm desenvolvido papel de grande destaque na resolução extrajudicial dessas demandas sociais. Os pleitos não resolvidos são justamente aqueles que indicam medicamentos fora das listas públicas, seja por mero capricho de algum cidadão ou por necessidade premente embasada por profissionais médicos.

A atualização das listas não pode ser simplesmente relegada ao arbítrio do Poder Executivo, justamente porque sua adequação às demandas sociais é matéria passível de controle pelo Poder Judiciário. Compete a este identificar quando a lista atende a critérios científicos ou simplesmente econômicos, pondo em risco o bem-estar da população.

Exemplos potentes do bom uso das ações judiciais para atualização das listas são os litígios envolvendo os componentes do coquetel antirretroviral (HIV/AIDS) e as insulinas fornecidas aos portadores de diabetes, que receberam especial atenção do Poder Judiciário em razão da quantidade de queixas acerca da efetividade dos medicamentos previstos nas listas.

Afinal, o Judiciário não pode abdicar de seu papel de controlador da constitucionalidade das políticas públicas. Não podemos esquecer de que, apesar de toda imposição constitucional e internacional de gasto público com a saúde para a sua progressiva realização como direito humano, o Brasil é o único país com sistema universal de saúde que tem um gasto privado superior ao público.

Vitor Burgo Doutor pela Universidade de São Paulo, Professor da FDV e da GVLaw Clarice Viana Binda Defensora Pública Titular do Núcleo de Direitos Humanos da DPE-MA

Revista Consultor Jurídico, 20 de maio de 2017, 12h00

4 – RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO CAODS – JANEIRO A AGOSTO -2017

Expedição e recebimento de documentos

	Nº de Memorandos e Ofício expedidos	Nº de Memorandos e Ofícios recebidos
JANEIRO	54	48
FEVEREIRO	119	54
MARÇO	66	87
ABRIL	81	48
MAIO	51	89
JUNHO	43	127
JULHO	79	146
AGOSTO	82	172
TOTAL	575	682

APOIO CAODS - MINUTAS - ACP

JANEIRO	3
FEVEREIRO	14
MARÇO	14
ABRIL	3
MAIO	2
JUNHO	4
JULHO	9
AGOSTO	6

TOTAL	29
-------	----

APOIO CAODS - MINUTAS - RECOMENDAÇÃO E OUTROS ATOS

JANEIRO	2
FEVEREIRO	5
MARÇO	25
ABRIL	19
MAIO	19
JUNHO	12
JULHO	16
AGOSTO	18
TOTAL	117

Registradas **213 (DUZENTOS E TREZE)** solicitações de apoio dos órgãos de execução.

SOLICITAÇÕES DE APOIO DOS ÓRGÃOS DE EXECUÇÃO POR TEMÁTICA	
Assistência farmacêutica/RENAME/REMUNE	48
TFD/DUCARA	22
Saúde Mental	21
Regulação (consulta, procedimento cirúrgico, agendamento, leitos)	41
Unidades de Saúde/Irregularidades	41
Minutas e arquivos/apoio geral	14
Projetos	15
Atenção básica	11