

O CONTRATO ORGANIZATIVO DE AÇÕES PÚBLICAS EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO NORTEADOR DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO SUS

Tarsila Costa do Amaral

Resumo

O presente artigo traz reflexões sobre a responsabilidade solidária na judicialização da saúde e o processo contínuo de regionalização do SUS. Além disso, o trabalho retoma o regramento do Decreto Federal nº. 7.508 de 28 de junho de 2011 e sugere o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (COAP) como instrumento jurídico de pactuação e definição de competências administrativas assistenciais que, junto de outros arranjos normativos, deverá nortear o Poder Judiciário na indicação do ente federativo responsável pelo cumprimento e/ou ressarcimento de ordens judiciais relacionadas a saúde, nos exatos termos do que orientou o STF no Tema 793, fixado pelo no julgamento do RE855178.

Apresentação

O julgamento do Recurso Extraordinário 855178 - Tema 793 - pelo Supremo Tribunal Federal (STF) (BRASIL, 2019), reconheceu a responsabilidade solidária no atendimento de demandas judiciais prestacionais de saúde e estabeleceu o ressarcimento ao ente federativo que suportou o ônus do cumprimento das ordens judiciais. Com isso tornou-se urgente adoção de instrumentos efetivos de pactuação interfederativa tripartite que indiquem de maneira objetiva as competências pelo planejamento, financiamento e execução de ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A redação do Tema 793 pressupõe ser possível identificar com clareza na legislação sanitária e nas normativas infra-legais que regulamentam o SUS, o ente responsável pelo atendimento de demandas de saúde “judicializadas”. Contudo, o

regramento do Sistema nem sempre indica com objetividade a responsabilidade pelo atendimento de determinada demanda de saúde, que por vezes é compartilhada e perpassa todos os níveis de complexidade da assistência.

Este artigo traz reflexões sobre a responsabilidade solidária na judicialização da política pública de saúde e a solidariedade tripartite que se conforma na estruturação de redes hierarquizadas, organizadas, descentralizadas e regionalizadas que coexistem no SUS em sua grandeza territorial e assistencial.

O presente artigo visita o processo contínuo de regionalização do SUS e aponta o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (COAP) como instrumento de pactuação legítimo para uso dos gestores do SUS na definição de suas respectivas responsabilidades, bem como um documento viável para nortear a tomada de decisões por parte do Poder Judiciário, quando instado a indicar o ente responsável pelo ônus do cumprimento de ordens judiciais relacionadas a saúde, conforme previsto no Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011.

Distinção entre a responsabilidade solidária na judicialização da saúde e a solidariedade tripartite do SUS

Na elaboração da tese fixada pelo Tema 793, o Supremo Tribunal Federal (STF) estabeleceu que a repartição de competências entre os entes federativos no dever de garantir acesso à saúde para a população deve observar os critérios constitucionais de descentralização e hierarquização do SUS, cabendo à autoridade judicial a prerrogativa para apontar qual das instâncias gestoras do SUS deverá arcar com o ônus do cumprimento das decisões emanadas pelo Judiciário em uma lógica de ressarcimento interfederativo.

A redação fala em “competência comum” e em direito de regresso ou ressarcimento sem considerar que a solidariedade no SUS não se conforma na divisão de responsabilidades *per se*, mas sim do compartilhamento destas em prol de um objetivo comum.

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, 2019).

A leitura da tese traz uma noção bastante simplista da solidariedade e desconsidera a ausência de instrumento jurídico administrativo para operacionalizar o ressarcimento sem a necessidade de propositura de ações judiciais para esse fim. Não se tem notícia da formalização de pactuações extrajudiciais entre Estados, Municípios e União quanto ao compartilhamento dos custos financeiros e assistenciais decorrentes da judicialização da saúde, até o momento.

De outro lado, a compreensão do instituto da solidariedade no SUS passa necessariamente pela desconstrução da ideia ampla e genérica de solidariedade prevista no artigo 23 da Constituição Federal, a partir da qual não é possível ter clareza das dimensões de caráter

“conceitual, constitucional, legal e decretual, dentre elas, 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, pág. 5).

Ao analisar o Tema 793 e a solidariedade ali conceituada, indaga-se sobre um possível equívoco por parte do Judiciário na interpretação da natureza jurídica da solidariedade no SUS, que é muito mais ampla do que a solidariedade do direito das obrigações. O Sistema se organiza regionalmente a partir de redes e linhas de cuidado pactuadas nos três níveis de gestão e que variam de acordo com a necessidade de cada território (AMARAL, 2019).

Além disso, 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).

Este regramento deve garantir o atendimento das demandas de saúde mais prevalentes no território mediante articulação política, planejamento e financiamento adequados. São premissas desafiadoras já que o SUS é um sistema público de modelo universal subfinanciado e “desfinanciado” desde a vigência da Emenda Constitucional 95/2016 a partir da qual

“O orçamento da saúde, no âmbito do governo federal, foi congelado por 20 anos, passando a ser reajustado apenas pela apuração da inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). A EC 95 desconsiderou as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, a transição demográfica, a necessária expansão da rede pública, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e os custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas e a própria inflação de saúde, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional” (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Nesse contexto, a judicialização da saúde atua como uma agravante destes problemas estruturais, gerando impactos importantes no planejamento assistencial e orçamentário do Sistema.

Em recente publicação, Vieira (2020) analisou a judicialização da saúde no Brasil e concluiu que a judicialização da saúde apresentou um crescimento de

131% entre 2008 e 2017 nos tribunais de primeira instância, além de apontar para um perfil heterogêneo de demandas nas diversas regiões do país, com pleitos que tratam de itens incorporados e não incorporados ao Sistema.

Essa pluralidade de perfis e variedade de itens solicitados ao Judiciário torna complexa a definição das competências dos entes federativos, sobretudo quando o pleito judicial trata de medicamentos ou procedimentos que não fazem parte da oferta prevista na regulamentação do SUS. E mesmo quando fazem, ainda assim, é desafiador estimar quanto daquela demanda prestacional em saúde cabe a cada nível de gestão do SUS.

Da necessidade de contratualização das competências no atendimento de demandas em saúde no SUS

O SUS atua na lógica de atendimento regulado e em rede e a definição de competências de cada ente passa pela compreensão da necessidade de continuidade no processo de regionalização do Sistema.

Os autores Mendes et. al. (2015, pág. 14) conceituam a regionalização como algo mais do que *“um processo de organização das ações e dos serviços de saúde no território, visando assegurar a integralidade da atenção”* e concluem que se trata, em verdade, de *“uma construção política que deve favorecer o diálogo entre os atores locais e os gestores federados para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde dos territórios específicos”*.

Significa dizer que, uma vez atendido pela Rede de Saúde em sua região, o usuário do SUS poderá acessar serviços da Atenção Básica, de gestão municipal, e ser referenciado para serviços especializados, cujo escopo tenha maior complexidade, como unidades hospitalares habilitadas junto ao Ministério da Saúde (União). Um único usuário do SUS poderá transitar entre serviços de baixa, média e alta complexidade, a depender do agravo de saúde a ser cuidado.

Daí se conclui que 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) (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Em alguns casos, quando o objeto da demanda judicial trata de medicamentos que estão presentes nos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica, é possível falarmos em “zonas de certeza”, como sugeriram as juízas federais Ana Carolina Morozowski e Luciana da Veiga Oliveira em texto intitulado “*Da responsabilidade solidária na assistência à saúde no SUS*”, publicado pelo site Migalhas em 1/07/2019 (MOROZOWSK; OLIVEIRA, 2019).

As Portarias GM/MS nº 02, de 28 de setembro de 2017 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, que regulamentam o Componente Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica trazem com clareza as competências de cada ente federativo, bem como indicam em protocolos clínicos específicos que orientam o cuidado dos usuários na assistência. Nestes casos será possível ao julgador apontar sem tanta dificuldade, qual o ente responsável pelo ressarcimento, como orienta o Tema 793.

Mas como dito anteriormente, a judicialização da saúde é um fenômeno de muitas dimensões e características e nem sempre o objeto do pedido terá correspondência com as normativas que organizam o Sistema.

Diante desse impasse e da necessidade de respostas rápidas e efetivas para tais questionamentos, o SUS e o Judiciário deverão reconhecer um modelo efetivo de contratualização destas responsabilidades e competências, considerando as variáveis regionais e os critérios previstos em lei, sem perder de vista as diretrizes constitucionais e principiológicas do SUS.

O COAP como instrumento orientador e definidor de responsabilidades na gestão do SUS e sua relevância frente aos desafios impostos pela judicialização da saúde

O Decreto 7.508/2011, que definiu portas de entrada do SUS e instituiu o COAP na política pública de saúde, é frequentemente ignorado nas decisões judiciais sobre saúde. O mesmo ocorre com as deliberações das Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), onde são pactuadas as regras de financiamento e assistência compartilhada do SUS (AMARAL, 2019).

A complexidade da legislação sanitária e do arcabouço normativo do SUS desafiam operadores do direito a compreender os abismos que separam a tecnicidade da norma e a complexidade do mundo real em termos de saúde coletiva. Por isso é necessário garantir apoio técnico ao Judiciário e instrumentos de pactuação mais objetivos e resolutivos aos gestores no campo extrajudicial.

Nesse sentido, o artigo 33 do Decreto Federal nº 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).

O COAPS, ou COAP, é um instrumento jurídico de pactuação e de negociação interfederativa regional que, embora previsto há mais de uma década, não se materializou de maneira uniforme no país, mas não cabe a este trabalho investigar os fatores que podem ter contribuído para esse refreamento da estratégia nos diversos estados brasileiros.

Contudo, com base do relato de experiência do estado do Ceará em relação à implantação do COAP em 100% das regiões de saúde do estado (GOYA et al., 2017), é possível afirmar que, para aquele território, *“o COAP foi considerado um avanço em relação ao Pacto pela Saúde, destacando a positividade da responsabilização federativa trina pelo direito à saúde”* (GOYA et al., 2017, pág. 4).

No Ceará, adesão ao COAP tornou a gestão orçamentária dos recursos da saúde mais transparente e proporcionou o fortalecimento institucional da Comissão Intergestores Regional (CIR). Observou-se uma maior institucionalidade das Câmaras Técnicas do SUS cearense, destacando-se a implantação de Câmaras de Auditoria e de Assistência Farmacêutica em algumas Regiões.

Um outro ponto relevante é a medida de governança regional advinda da implantação do COAP (GOYA et al., 2017, pág. 5), para

“impor atenção sobre as conexões entre Estado, Sociedade e Mercado, em suas diferentes representações, estabelecendo a quadro institucional estável que favoreça: i) a participação e a negociação de uma ampla gama de atores; ii) a administração de conflitos e o estabelecimento de relações co-operativas entre atores

(governos, organizações e cidadãos); iii) o estabelecimento de uma ação coordenada, direção ou rumo voltado para a consecução de metas e objetivos definidos e acordados” (GOYA et al., 2017, pág. 5).

Com base na experiência do Ceará, é possível afirmar que o COAP se configura como uma ferramenta importante, junto de outras estratégias, para dar respostas efetivas à definição de competências e responsabilidades assistenciais e financeiras de cada ente federativo na efetivação das políticas públicas de saúde, o que pode impactar de maneira positiva a aplicação do Tema 793 na judicialização. O artigo 36 (incisos III, VIII e IX) do Decreto Federal nº 7.508/2011 prevê que devem constar no COAP

(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).

De modo que é possível cogitar a hipótese de que a adesão ao COAP poderá dar maior transparência em relação às responsabilidades sanitárias de cada ente federativo frente às necessidades de saúde de cada região e, no caso da judicialização da saúde, o COAP dará subsídios ao julgador no direcionamento das responsabilidades de cada ente federativo pelo cumprimento de ordens judiciais, reduzindo assim, a necessidade de promoção de ações de ressarcimento pelos entes federativos nos tribunais do país (AMARAL, 2019).

Considerações finais

A judicialização da saúde no Brasil é um problema a ser compreendido, prevenido e enfrentado e para tanto é necessário o estudo aprofundado dos princípios e diretrizes que norteiam o SUS de modo a que o Sistema Jurídico contribua com o fortalecimento e a qualificação dos processos de judicialização da saúde.

A questão das competências interfederativas trazida à baila com o julgamento do RE855178 e a definição do Tema 793, suscita reflexões importantes em relação à organização regionalizada do SUS, o planejamento e o financiamento tripartite, impondo a necessidade de pactuações objetivas que norteiem a definição das responsabilidades sanitárias de cada instância gestora do SUS.

Nesse sentido, diante da complexidade da lógica regulatória assistencial no SUS, o Decreto Federal nº 7.508/2011 previu a adoção do COAP como instrumento jurídico para aprimoramento da gestão administrativa, para explicitar e organizar as pactuações estabelecidas entre os gestores do SUS, possibilitando a integração das ações e serviços em saúde e a identificação das necessidades e fragilidades reais de saúde de determinada região, conferindo transparência a tal realidade e dirimindo sistematicamente as lacunas relacionadas a definição de competências decorrentes do dever de garantir assistência à saúde universal, integral e equânime a toda a população (SANTOS, 2015).

Com a adoção do COAP, casos judicializados serão direcionados assertivamente ao ente competente, de maneira pormenorizada, publicizada e em consonância com a capacidade assistencial e orçamentária do Sistema, desde que, obviamente, haja articulação política, planejamento e financiamento adequados ao cumprimento de tais obrigações.

Referências

AMARAL, T. C. DO. 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. **Revista Jurídica da Escola Superior do Ministério Público**, 2019.

GOYA, N. et al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1235–1244, abr. 2017.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: Subsídios para a análise. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 423–

436, 2015.

MENEZES, A. P. DO R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. DOS. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.

MOROZOWSK, A. C.; OLIVEIRA, L. DA V. **Da responsabilidade solidária na assistência à saúde no SUS.** Disponível em: <<https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI305311,91041-Da+responsabilidade+solidaria+na+assistencia+a+saude+no+SUS>>. Acesso em: 6 ago. 2019.

SANTOS, L. **Decisão do STF sobre responsabilidade solidária ignora regras de ouro do SUS.** Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2019-mai-29/lenir-santos-decisao-supremo-ignora-regras-ouro-sus2>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. DE S. SUS Brasil: A região de saúde como caminho. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 438–446, 2015.

SANTOS, P. P. A. DE C. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: Instrumento de Gestão Administrativa em prol da Responsabilidade Sanitária. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, v. 4, n. 2, p. 102, 2015.

VIEIRA, F. S. **Direito à saúde no brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Economica, 2020.