

# Especificidades da participação do Município no Sistema Único de Saúde

Consultor Jurídico do IBAM, Procurador-Geral Adjunto do Município de Joinville, SC

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde é "direito de todos e dever do Estado", com certeza (CF, art. 196), cabendo, porém, ao "Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle" (art. 197, *itálico acrescido*), cujos serviços devem estar disponíveis numa "rede regionalizada e hierarquizada" (art. 198). Os corretos entendimento e aplicação desses enunciados é que fixam as responsabilidades, que são solidárias, em face da hierarquização, mas não são conjuntas, já que assim não dispõe a legislação que regulamenta o sistema.

Disse o e. Supremo Tribunal Federal:

"O direito à saúde representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, inclusive àqueles portadores do vírus HIV, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar. O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (...)" (RE 271286 AgR/RS, 2ª T., Relator Min. Celso de Mello, DJU de 24.11.00, p. 101).

Três pontos merecem destaque nessa decisão: (1) o Estado (gênero) tem o dever de prestar serviços de saúde; (2) esse dever há de ser exercido através de regulamentação que garanta a efetiva prestação dos serviços; e (3) nenhuma das esferas de Poder pode mostrar-se indiferente, em face da solidariedade entre elas.

Essa solidariedade diz respeito à interdependência entre os entes da Federação, que fazem parte de um sistema. Nenhum deles atua isoladamente e se um não for capaz, nem estiver habilitado para praticar determinada ação, a obrigação é do outro. Por isso que a responsabilidade é solidária, mas não é conjunta. Desse modo, não é possível concordar com muitas decisões judiciais que determinam a responsabilidade conjunta e solidária da União, do Estado e do Município em matéria de prestação de serviços de saúde, posto que tais julgados não estão conformes à lei e agridem a repartição constitucional de competências entre os entes federados.

Ajustada à lei, *verbi gratia*, é a seguinte decisão:

"Administrativo. Fornecimento de medicamentos pela União aos Estados da Federação. Talidomida. Autora portadora de mieloma múltiplo. 1. Legitimidade da União, pois compete ao Ministério da Saúde, através da Vigilância Sanitária, disciplinar o uso de medicamentos e autorizar o seu repasse aos Estados. Interesse de agir, na medida em que a apelada obteve sentença favorável junto à Justiça Estadual, cuja

eficácia está comprometida pelo não fornecimento do medicamento pela União (...)." (TRF 4ª R., AC 450972-RS, 3ª T., Rel. Juíza Tais Schilling Ferraz, DJU de 29.05.02).

Nesta hipótese, como em outras, como será demonstrado adiante, a responsabilidade é da União. Inadmissível é a aceitação de, em tais casos, determinar o Judiciário que são responsáveis solidários e conjuntos a União, o Estado e o Município.

## **2. A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O SISTEMA ÚNICO**

O SUS foi concebido como um sistema, isto é, como um conjunto, cujas partes encontram-se coordenadas entre si, funcionando segundo uma estrutura organizada, submetida a princípios e diretrizes fixados legalmente. Sendo um sistema, as partes que o compõem integram uma rede regionalizada e hierarquizada (CF, art. 198), sob o comando da União, a quem cabe definir as regras gerais sobre a matéria. O sistema é único porque subordinado aos lineamentos básicos emanados da União, que os estabelece nos termos do explicitado no art. 23 e seu inciso II, da Constituição Republicana. Aos Estados cabe, segundo o mesmo dispositivo, detalhar as regras aplicáveis no âmbito de suas atividades ou segundo o que a legislação federal lhes atribuir. Aos Municípios, no exercício de uma competência que é apenas residual, cabe disciplinar as questões restritas às suas peculiaridades. Com a propriedade que sempre lhe foi peculiar, esclarece Hely Lopes Meirelles, ao tratar da competência do Município em assuntos de interesse local:

"... o interesse local se caracteriza pela predominância (e não pela exclusividade) do interesse do Município, em relação ao do Estado e da União. Isso porque não há assunto municipal que não seja reflexamente de interesse estadual e nacional. A diferença é apenas de grau, e não de substância.

Estabelecida essa premissa, é que se deve partir em busca dos assuntos da competência municipal, a fim de selecionar os que são e os que não são de seu interesse local, isto é, aqueles que predominantemente interessam à atividade local. Seria fastidiosa – e inútil, por incompleta – a apresentação de um elenco casuístico de assuntos de interesse local do Município, porque a atividade municipal, embora restrita ao território da Comuna, é multifária nos seus aspectos e variável na sua apresentação, em cada localidade.

Acresce, ainda, notar a existência de matérias que se sujeitam simultaneamente à regulamentação pelas três ordens estatais, dada a sua repercussão no âmbito federal, estadual e municipal. Exemplos típicos dessa categoria são o trânsito e a saúde pública, sobre as quais dispõem a União (regras gerais: Código Nacional de Trânsito, Código Nacional de Saúde Pública), os Estados (regulamentação: Regulamento Geral de Trânsito, Código Sanitário Estadual) e o Município (serviços locais: estacionamento, circulação, sinalização, etc.; regulamentos sanitários municipais). Isso porque sobre cada faceta do assunto há um interesse predominante de uma das três entidades governamentais. Quando essa predominância toca ao Município, a ele cabe regulamentar a matéria, como assunto de seu interesse local." (In Direito Municipal Brasileiro, São Paulo: Malheiros Editores, 1993, pp. 120-121).

Vitor Nunes Leal já tinha enunciado as regras a respeito, esclarecendo que os poderes federais concorrentes prevalecem sobre os poderes estaduais concorrentes e

estes sobre os poderes municipais da mesma espécie (cf. Problemas de Direito Público, Rio de Janeiro: Forense, 1960).

Seguindo esses princípios, os artigos 16 a 18 da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90, enumeram as competências de cada ente federativo. Melhor especificação foi feita na Norma Operacional Básica (NOB) – SUS 01/96, seguida da NOAS-SUS 01/01 e, atualmente, detalhada na NOAS-SUS 01/02, baixada pela Portaria MS/GM nº 373/02. As competências são para legislar e para atuar. Essa legislação específica, com minúcias, o que cabe a cada membro do sistema. Como a participação não é igual, as responsabilidades jamais são conjuntas.

Na organização do SUS os Municípios estavam inseridos em gestão básica ou em gestão plena, segundo a nomenclatura de uso comum. A NOAS-SUS 01/02, publicada sob o título Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso, redefiniu a hierarquização, para estabelecer como meta a participação dos Municípios em dois níveis: gestão plena de atenção básica ampliada e gestão plena do sistema municipal. Simplificadamente, podemos dizer que coexistem hoje três níveis de inserção dos Municípios no SUS: gestão básica (que a NOAS-SUS 01/02 pretende eliminar), gestão básica ampliada (gestão plena de atenção básica ampliada) e gestão plena (gestão plena do sistema municipal). Os Estados também participam do SUS de modo desigual. Podem estar em gestão avançada ou em gestão plena.

A diversidade entre os níveis mencionados diz respeito às diferenças existentes quanto às capacidades de prestação de serviços, de recursos humanos, técnicos, financeiros e de equipamentos disponíveis e da forma de integração à política de saúde do Estado respectivo, no caso dos Municípios, e da União, quanto aos Estados.

É assim que está montado o sistema, em linhas gerais. As responsabilidades quanto à prestação mesma de serviços de saúde, ou seja, as responsabilidades referentes à execução das ações finalísticas, dividem-se entre a União, os Estados e os Municípios. Nos Estados, depende da política fixada pelo próprio Estado, por determinação autônoma. Qualquer que seja o nível de inserção de cada Município ao SUS – gestão básica, gestão básica ampliada ou gestão plena – determinados serviços devem ser prestados. Mas não todos, mesmo para os Municípios em gestão plena, posto que a matéria depende do que tiver sido fixado na política estadual. No capítulo I.4 da NOAS, por exemplo, lê-se, com clareza, que as ações de média complexidade devem ser garantidas pelo gestor estadual. As de alta complexidade/alto custo (capítulo I.5) são de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, podendo tais ações caber aos Municípios em gestão plena, quando contarem com os serviços respectivos (capítulo I.5, item 25).

Vale, aqui, lembrar que a responsabilidade da União relativa às ações de alta complexidade/ alta especialidade/ alto custo, é realizada em hospitais próprios e nos 45 Hospitais Universitários, distribuídos pelo território nacional, que são entidades de referência nacional, integrantes do SUS. Como diz a página do Ministério da Educação na Internet ([www.educacao.gov.br](http://www.educacao.gov.br)), "São unidades de saúde, únicas em algumas regiões do país, capazes de prestarem serviços altamente especializados, com qualidade e tecnologia de ponta à população. Garantem, também, o suporte técnico necessário aos programas mantidos por diversos Centros de Referência Estaduais ou Regionais e à

gestão de sistemas de saúde pública, de alta complexidade e de elevados riscos e custos operacionais. Os Hospitais Universitários são importantes Centros de Formação de Recursos e de Desenvolvimento de Tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços de assistência à população possibilita o constante aprimoramento do atendimento, com a formulação de protocolos técnicos para as diversas patologias, o que garante melhores padrões de eficiência e eficácia, colocados à disposição para a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS)."

Reafirmando o que foi dito: Especifica o capítulo II.1 da NOAS que cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional, devendo as Secretarias dos Estados elaborar as suas programações. A responsabilidade de cada Município depende das determinações inseridas nos planos estaduais (capítulo II.2). Em suma: a responsabilidade entre os entes da Federação é repartida. À União cabem os procedimentos de alta complexidade/alto custo; aos Estados, os de alta e média complexidade; aos Municípios, de acordo com o seu nível de vinculação ao SUS, as ações básicas e as de baixa complexidade e, segundo acordado com os Estados, as de média e alta complexidade para as quais possuam recursos financeiros, humanos e materiais. Por tais razões, não se pode exigir dos Municípios, mesmo dos que se encontram em gestão plena, que prestem a totalidade dos serviços de saúde.

Impor aos Municípios a prestação de todo e qualquer serviço de saúde, consiste em macular a divisão de competências prevista legalmente. Mas cabe inclusive provimento jurisdicional para fazer com que o sistema funcione, tal como previsto na lei. E, nesse sentido, cabe exigir do Município, do Estado ou da União, a prestação dos serviços cometidos a cada qual deles, mas não exigir do Município o que é de competência da União, por exemplo, ou exigir a prestação de serviços de saúde de forma "solidária e conjunta", posto que nessa hipótese, a execução acaba recaindo, injustamente, sobre o Município, que é a parte mais frágil.

### **3. O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS**

É absolutamente incabível dizer que o Município possui responsabilidade de fornecer todo e qualquer medicamento.

Diz a Lei nº 6.360/76:

Art. 6º.....

Parágrafo único. É atribuição exclusiva do Ministério da Saúde o registro e a permissão do uso dos medicamentos...

Art. 10. É vedada a importação de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e demais produtos de que trata esta Lei, para fins industriais e comerciais, sem prévia e expressa manifestação favorável do Ministério da Saúde.

Art. 12. Nenhum dos produtos de que trata esta Lei, inclusive os importados, poderá ser industrializado, exposto à venda ou entregue ao consumo antes de registrado no Ministério da Saúde.

Art. 80. As atividades de vigilância sanitária de que trata esta Lei serão exercidas:

I – no plano federal, pelo Ministério da Saúde, na forma da legislação e dos regulamentos;

II – nos Estados, Territórios e no Distrito Federal, através de seus órgãos próprios, observadas as normas federais pertinentes e a legislação local supletiva.

Art. 87. O Poder Executivo baixará o regulamento e os atos necessários ao cumprimento desta Lei". (Itálicos acrescidos).

Como se vê, a União aprova e controla a comercialização e o uso de medicamentos, nada cabendo aos Municípios, a teor da regra contida no art. 80. Os Estados, os Territórios e o Distrito Federal podem até exercer atividades próprias. Mas não os Municípios, que se submetem, integralmente, às normas da União e dos Estados respectivos.

A regulamentação da Lei nº 6.360/76 consta da Portaria nº 3.916/98, do Ministério da Saúde. Vale citar os seguintes trechos desta Portaria:

"APRESENTAÇÃO (...)... a Política Nacional de Medicamentos tem como propósito 'garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais'. Com esse intuito, suas diretrizes são o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais... e as responsabilidades dos gestores do Sistema Único da Saúde – SUS – na sua efetivação.

### 3. DIRETRIZES

(...)

3.1. Adoção de relação de medicamentos essenciais (...) Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência (...). O Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, imprescindível instrumento de ação do SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e controle da maioria das patologias prevalentes no País.

(...)

3.3. (...). O processo de descentralização, entretanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais... a saber: a. doenças que configuram problemas de saúde pública...; b. doenças consideradas de caráter individual... com o uso de medicamentos de custos elevados; c. doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado.

(...)

## 5. RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GOVERNO NO ÂMBITO DO SUS

(...)

### 5.2. Gestor federal

Caberá ao Ministério da Saúde, fundamentalmente, a implementação e a avaliação da Política Nacional de Medicamentos...

(...)

u. adquirir e distribuir produtos em situações especiais...

(...)

### 5.3. Gestor estadual

(...)

g. assegurar a adequada dispensação dos medicamentos...

(...).

m. definir o elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo Estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional...

(...).

#### 5.4. Gestor municipal

(...).

h. definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME...

i- assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população...". (Itálicos acrescidos).

Fica bastante claro da leitura da regulamentação baixada pelo Ministério da Saúde que a ele cabe estabelecer a Política Nacional de Medicamentos. Nesta, os Municípios são obrigados a disponibilizar os remédios constantes da RENAME. Os de alto custo e os referentes a situações excepcionais são de responsabilidade da União e dos Estados, aos quais cabe a aquisição e distribuição.

No caso da AIDS, diz o art. 1º da Lei nº 9.313/96 que "O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde."

Ora, se cabe ao Ministério da Saúde, privativamente, o registro, a autorização de importação e comercialização de medicamentos e, no caso específico, incluí-lo entre os destinados ao combate à AIDS, incompetente é o Município para decidir se este ou aquele medicamento deve ser utilizado para a doença e estará cometendo uma ilegalidade se adotá-lo sem a devida aprovação.

Estando o controle, a fiscalização, o comércio e o uso de medicamentos sob a ação e a fiscalização do Ministério da Saúde, não pode o Município ser compelido a praticar ato para o qual não se encontra autorizado. Isso significa romper o pacto federativo, um dos princípios fundamentais da República.

No que se refere à AIDS, a política nacional de combate à doença é determinada pelo Ministério da Saúde, através dos Consensos de Terapia. O Consenso em vigor é o que consta do documento Recomendações para Terapia Anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV, que inclui o que há de mais atual a respeito. Com base no consenso e tendo em vista a incidência da doença, por Estados e Municípios, o Ministério da Saúde fabrica, adquire ou importa os medicamentos e os distribui aos Estados da Federação, que, por sua vez, os redistribuem às unidades sanitárias estaduais localizadas nos Municípios. Os municípios não fazem a lista, não determinam que medicamentos devem ser utilizados e nem os distribui, salvo quando os recebem das unidades sanitárias estaduais.

E nem se diga que o direito à saúde é um dever do Estado, conceito que abrange a União, os Estados e os Municípios. A questão não é bem assim e merece explicitação. O SUS é um sistema integrado, por isso é denominado como único. Nele, a União, os Estados e os Municípios possuem competências determinadas. À União cabe definir regras gerais, inclusive sobre a forma, o tipo e o nível de integração de cada Município ao sistema. No caso dos medicamentos, são eles elencados pela União, cabendo ao Município adquirir aqueles de uso geral, constantes da RENAME, inclusive para doenças sexualmente transmissíveis. Mas para a AIDS, a União estabelece o Consenso Terapêutico, define os medicamentos e os fornece aos Estados, conforme já assinalado. O mesmo ocorre com outros medicamentos especiais, de alto custo ou para doenças raras.

Em suma e repetindo: Os Municípios devem fornecer os medicamentos da RENAME, definidos segundo a política estadual. Os da AIDS são de responsabilidade da União, que os repassa aos Estados e estes aos Municípios. Os especiais e extraordinários devem ser adquiridos pela União ou pelos Estados. A Portaria do

Ministério da Saúde nº 1.318/GM, de 23.07.02, relaciona os medicamentos de alto custo e os excepcionais, destinados a pacientes crônicos ou que fazem seu uso por períodos prolongados. Diz a Portaria no § 2º do art. 2º, que tais medicamentos "deverão ser dispensados de acordo com os respectivos critérios técnicos definidos pela Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal".

Na introdução às suas disposições, diz este texto legal:

"Considerando a necessidade de criar mecanismos que permitam o acesso dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde – SUS a medicamentos, assim denominados, excepcionais;

Considerando que os usuários destes medicamentos são pacientes crônicos e/ou fazem seu uso por períodos prolongados e ainda o alto custo destes tratamentos;

Considerando a necessidade de ampliar as situações clínicas em que os medicamentos excepcionais são indicados e de incrementar a cobertura assistencial e o quantitativo de pacientes atendidos;

Considerando a necessidade de incrementar a eficiência da administração/aquisição/distribuição de medicamentos excepcionais, racionalizando as compras e a dispensação destes medicamentos de forma a maximizar os resultados obtidos com os recursos disponíveis, reduzindo custos e aumentando qualitativa e quantitativamente os serviços;

Considerando a necessidade de incrementar a equidade no atendimento das demandas por medicamentos excepcionais e de utilizar parâmetros de avaliação de custo-benefício de cada tratamento/medicamento no processo de seleção/compra/dispensação de medicamentos;

Considerando o dinamismo do mercado farmacêutico brasileiro, os processos de aquisição/distribuição/dispensação de medicamentos pelos estados, o incremento das demandas assistenciais e de cobertura e, ainda, a necessidade de adequar o rol de medicamentos excepcionais disponíveis, bem como a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS a esses fatores;

Considerando o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002;

Considerando o Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria GM/MS nº 263, de 05 de fevereiro de 2002;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 346, de 15 de maio de 2002, que define a forma e a redação da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS no que diz respeito ao Grupo 36 – Medicamentos, resolve:"

Entre as determinações que se seguem, cabe transcrever o que diz o art. 7º:

"Art. 7º. Determinar que as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal adotem as providências necessárias ao cumprimento do disposto nesta Portaria, bem como viabilizar, a contar da competência setembro/2002, o acesso aos pacientes aos medicamentos cujos procedimentos foram incluídos no Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS pela presente Portaria". (Maiúsculas acrescidas).

Resumindo, os Municípios não fazem as listas de medicamentos, não determinam que medicamentos devem ser utilizados e nem os dispensa, no caso dos de

natureza excepcional ou para a AIDS, salvo quando os recebem das Unidades Sanitárias Estaduais.

Ora, estando o controle, a fiscalização, o comércio e o uso de medicamentos sob a ação e a fiscalização do Ministério da Saúde, e definindo esse mesmo Ministério que os medicamentos excepcionais ou de alto custo devem ser fornecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, não podem os Municípios ser compelidos a disponibilizar medicamentos do gênero. Os Municípios são responsáveis, apenas, pelo fornecimento: (a) dos medicamentos da RENAME, salvo os que não foram incluídos na sua relação própria, nos termos da política estadual; e (b) dos medicamentos contra AIDS e medicamentos especiais ou excepcionais, desde que recebidos dos Estados respectivos.

Ademais, como disse o eminente Desembargador Federal Teori Albino Zavascki, do Tribunal Regional Federal da Quarta Região, apreciando o Pedido de Suspensão de Liminar nº 2002.04.01.057140-9/SC, em que eram condenados a União, o Estado e o Município a fornecer todo e qualquer medicamento, ainda que importado, constando ou não da lista oficial,

"(...). A sentença, com a determinação genérica e universal nela contida, assume um indistigível caráter normativo de extensão subjetiva tão abrangente quanto o da própria lei, mas em sentido contrário a ela. Em outras palavras, a sentença tem, na prática, uma eficácia revocatória da lei, imprópria para os provimentos jurisdicionais." (in DJESC de 20.03.03, p. 401-2).

De semelhante teor é a decisão do Desembargador Cláudio Barreto Dutra, Relator do Agravo de Instrumento nº 2003.008000-0/0000-00, de Joinville, apreciado pela Câmara Cível Especial do Tribunal de Justiça de Santa Catarina, em 30.04.03:

"No presente contexto, vislumbra-se a relevância da fundamentação, porquanto o medicamento requisitado é especial e de alto custo, sendo que incumbiria ao Estado o fornecimento de substâncias curativas excepcionais, como os medicamentos contra AIDS e o remédio pleiteado pela agravada.

(...)

Evidencia-se o periculum in mora, uma vez que a confirmação da decisão desencadeará inúmeros pedidos judiciais de medicamentos excepcionais de custo elevado contra o Município, acarretando o comprometimento de suas finanças unicamente com insumos especiais, os quais, em tese, não é obrigado a fornecer".

A correta dispensação de medicamentos submete-se ao seguinte: (a) o Município deve fornecer todos os medicamentos, receitados por médicos do SUS, constantes da RENAME, ou recebidos do Estado; (b) cabe ao Município requisitar do Estado os medicamentos especiais, extraordinários ou de alto custo; (c) o Estado tem o dever de fornecer os medicamentos, desde que aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, requisitando-os da União, quando for o caso; (d) à União compete repassar os medicamentos ao Estado, estabelecer o fluxo das requisições, determinar normas sobre o custeio e compensações financeiras entre os fundos de saúde e fixar normas adequadas para o cumprimento das determinações constitucionais.

#### 4.O SUS como sistema público

Quando alguém necessita de cuidados médicos e recorre ao SUS, procura, salvo exceções, uma unidade de saúde municipal. Essa unidade tem o dever de prestar o atendimento e de fornecer os medicamentos receitados. Se o Município não puder prestar o serviço cabível, tendo em vista as obrigações assumidas, nos termos de seu nível de inserção ao SUS, o que está definido na política estadual, ou não contar com o medicamento exigível, por não se encontrar incluído na sua relação de medicamentos, elaborada com base na RENAME, ou por não tê-los recebido do Estado,

se medicamento especial contra a AIDS ou medicamento excepcional, deve o Município encaminhar o paciente ao Estado ou requisitar, do Estado, o medicamento.

Como o SUS é um sistema hierarquizado, essa é a forma de participação solidária do Município. Encaminhado ao Estado ou requisitado o medicamento da instância superior, cessam as obrigações do Município, salvo quanto à continuidade de atendimento do paciente, dentro de suas possibilidades, e quanto à cobrança das ações a serem desenvolvidas pelo Estado. É por isso que são absolutamente incabíveis as imposições de obrigação solidária e conjunta da União, do Estado e do Município. E repita-se, não se pode aceitar o argumento simplista de que, estando o Município em gestão plena, é obrigado a tudo. Não é. A gestão plena é submetida aos condicionamentos constantes da política estadual e, de outra parte, o Estado e a União, que integram o sistema, possuem competências determinadas.

Cabe aduzir que a prestação de serviços de saúde, nos termos da CF, é um dever do Estado (art. 196) a ser cumprido "nos termos da lei...diretamente ou através de terceiros" (art. 197), podendo as instituições privadas participar complementarmente do SUS, "segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio" (art. 199, § 1º).

As mesmas regras constam da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), onde está dito que o SUS é o conjunto das ações e serviços de saúde prestados pelo Poder Público (art. 4º), podendo haver participação complementar da iniciativa privada (art. 4º, § 2º), mediante contrato ou convênio (art. 24, parágrafo único).

A assistência à saúde é prestada através de um sistema complexo, que engloba os Postos de Saúde, os Ambulatórios de Referência, os Hospitais e os terceiros credenciados, contratados ou conveniados.

As internações hospitalares são feitas através da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, procedimento regulado desde a Resolução nº 227, de 27.07.90, do antigo INAMPS. O fluxo de internação encontra-se regulado no Manual do SIH-SUS. Diz o Manual:

"5 – Fluxo da internação

5.1. Consulta

A consulta médica que gerou a internação poderá ocorrer em:

- a) Consultório médico credenciado ou cadastrado no SUS;
- b) Unidades Ambulatoriais (Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Privadas Filantrópicas ou Lucrativas) integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS.
- c) Em ambos os casos o médico que realizou a consulta solicitará a AIH através do Laudo Médico".

A norma é precisa e ampla. Só exclui internações solicitadas por médicos não vinculados ao SUS. Visa-se, assim, manter a organização do sistema e impedir internamentos de usuários que, por disponibilidade financeira, apadrinhamento, indicação política ou qualquer outra via anômala, venham a ser internados, não através do SUS, mas através de médicos privados.

Não fosse assim, ocorreriam duas formas de acesso ao SUS: uma através das unidades próprias, credenciadas, contratadas ou conveniadas, que fazem parte de um sistema, e outra, aleatória, proveniente de consultórios privados desvinculados do SUS. Ora, o SUS é um sistema público, que deve atender a todos com absoluta igualdade (CF, caput dos arts. 5º e 37), sem privilégios de qualquer natureza. A porta de entrada a internações hospitalares é a consulta realizada no âmbito do SUS, onde é praticado o princípio da impessoalidade.

De outra parte, permitir que médicos privados emitam a AIH, significa permitir que pratiquem uma usurpação de função pública, o que é vedado pelo Código Penal.

O SUS atende a todos com igualdade, praticando o princípio da impessoalidade. Por isso determinar que esse ou aquele paciente deve ser atendido antes de outros ou com preferência, significa quebrar esse princípio, o que é abominável, face ao contido no art. 5º da Constituição.

Considerações do mesmo teor podem ser feitas com relação aos medicamentos. Todos têm direito de recebê-los, desde que sejam receitados por médicos integrantes do SUS. Permitir que qualquer médico privado emita receitas de remédios a serem fornecidos pelo SUS significa uma interferência indevida da atividade privada na atividade pública.

#### 5. Conclusão

De tudo o que foi dito, extrai-se:

Primeiro, que o dever do Estado, quanto à prestação dos serviços de saúde, é repartido entre a União, os Estados e os Municípios, cada qual com responsabilidades próprias e definidas, diferenciadas por Estados e Municípios, segundo as políticas estaduais respectivas. Assim sendo, cada Município, mesmo que se encontre em gestão plena, só é obrigado a prestar os serviços a ele atribuídos pela política de saúde do Estado ao qual se encontra vinculado.

Segundo, que os Municípios só estão obrigados a fornecer os medicamentos que constarem de sua relação, elaborada nos termos da política estadual e com base na RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Os medicamentos especiais e extraordinários devem ser fornecidos pelos Estados ou pela União.

Terceiro, que o SUS é um sistema público, que atende a todos com igualdade, sendo inadmissível admitir-se a possibilidade de médicos ou clínicas privadas encaminharem pacientes para internação nas unidades públicas de saúde ou receitarem medicamentos a serem fornecidos pelo Poder Público. As internações, os atendimentos e o fornecimento de medicamentos só pode ser admitido através de encaminhamentos feito pelo SUS, seja por profissionais integrantes de cargos públicos de carreira, seja por terceiros credenciados, contratados ou conveniados.