

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

LUCAS CARLOS CAMERINI PAGLIARINI

**A NECESSIDADE DE SE OBSERVAR A REPARTIÇÃO DE
COMPETÊNCIAS ADMINISTRATIVAS NA
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Paracatu

2021

LUCAS CARLOS CAMERINI PAGLIARINI

**A NECESSIDADE DE SE OBSERVAR A REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS
ADMINISTRATIVAS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Monografia apresentada ao curso de Direito do
Centro Universitário Atenas, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
direito.

Área de Concentração: Ciências Jurídicas

Orientadora: Prof^a. Msc. Amanda Cristina de
Souza Almeida

Paracatu

2021

LUCAS CARLOS CAMERINI PAGLIARINI

A NECESSIDADE DE SE OBSERVAR A REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ADMINISTRATIVAS NA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Monografia apresentada ao curso de Direito do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em direito.

Área de Concentração: Ciências Jurídicas

Orientadora: Prof^a. Msc. Amanda Cristina de Souza Almeida

Banca Examinadora:

Paracatu- MG, ____ de _____ de 2021.

Prof.^a Msc. Amanda Cristina de Souza Almeida

Prof. Msc. Rogério Mendes Fernandes

Prof. Edinaldo Júnior Moreira

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me guiado durante todo esse processo, além de ter me concedido a oportunidade de estar concluindo um curso superior, pois, sendo conhecedor das limitações ligadas ao ensino, enfrentadas por nosso país, posso afirmar que é um privilégio que infelizmente muitas pessoas ainda não possuem e me sinto imensamente grato por concluir mais esta etapa de minha vida.

Agradeço também aos meus pais, que lutaram muito, desde pouca idade para que esse sonho fosse hoje possível, abdicando de coisas que jamais saberei, para sentirem na pele o orgulho de ver um filho concluindo o ensino superior, conseqüentemente sem passar pelas dificuldades em que passaram.

Um muito obrigado à minha nobre orientadora, professora e mestre Amanda Almeida, profissional exemplar e excelente pessoa, a qual tive a honra de ter ao meu lado desde o início do curso, me auxiliando e, de forma brilhante, exercendo seu papel de mestre, apontando todos os atalhos a serem percorridos para se chegar à realização deste sonho.

Aos professores da instituição de ensino que estiveram comigo, dispondo de tempo e conhecimento para que assim se formassem novos profissionais, fica a minha gratidão pelo tempo e vínculo criados. Também aos meus colegas de classe, pois passamos longos anos nos auxiliando e nos fortalecendo, passando por incontáveis adversidades, para que chorássemos juntos a alegria de mais uma vitória, em particular aos meus grandes amigos que levarei para a vida, Anderson Oliveira Vieira e Bruno Fagundes.

Incumbe agradecer também ao coordenador do curso, professor e mestre Douglas Yamamoto, que desde o início sempre se mostrou disposto a ajudar os discentes desta instituição, solucionando todas as demandas, que não foram poucas, no decorrer do nosso curso, aconselhando e trabalhando em prol de seus coordenados com simpatia e alegria. Com toda certeza a sua presença tornou a conclusão deste sonho menos árduo.

Aos meus grandes amigos que laboraram comigo por aproximadamente quatro anos de preciosos serviços prestados ao judiciário mineiro, me permitindo assim crescer e aprender a cada dia, vivendo ao meu lado os dispêndios e as felicidades da corrida por um sonho, em especial à Thais Lara Veloso, Victor Corrêa Andrade, João Antônio de Almeida Rodrigues, Marina Melo Medeiros e tantos outros que passaram e felizmente permaneceram em minha vida.

O meu muito obrigado ao meu mentor, tutor, professor, chefe e amigo José Rubens Borges Matos, que desde sempre me mostrou que é possível alcançar um grande

sonho através de trabalho duro, persistência e fé. Uma pessoa incrível que pude ter a alegria de ter por perto, me ensinando e, mais que isso, demonstrando na prática o real significado das palavras justiça e ombridade, apontando-me todos os caminhos para quiçá um dia me tornar um respeitável profissional e um bom ser humano.

Agradeço também de forma especial a Leonardo Costa da Silva e Maryna Alves, que me adotaram como filho neste período curto em que estabeleci moradia em Paracatu, sempre me acolhendo, me aconselhando. Não tenho palavras que descrevam a gratidão que sinto por vocês.

Merecem meus agradecimentos todas as amizades que cultivei durante minha breve estadia na cidade de Paracatu. Todas as pessoas que mesmo por um curto momento foram capazes de amenizar a saudade de casa e enfrentar uma nova vida em um lugar totalmente desconhecido, em especial à Paloma Caldas Oliveira, que demonstrou desde o início o tamanho da importância que teria durante a minha caminhada, da mesma forma que agradeço aos meus amigos que permaneceram no Estado de Goiás, me dando forças e me impulsionando a nunca desistir.

Agradeço ainda ao meu amigo e colega de república, Dieverson Santos Rocha, que durante muitas vezes ouviu, aconselhou e me orientou a tomar boas decisões durante a conclusão deste curso e deste trabalho, tendo acompanhado de perto toda a dificuldade enfrentada para se chegar até aqui.

A todos que possuem o mínimo de participação nesta conquista, saibam que serei eternamente grato.

RESUMO

A judicialização da saúde refere-se à busca do Judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento ora negado pelo SUS, seja por falta de previsão na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos), seja por questões orçamentárias. É reflexo de um sistema de saúde deficitário, que não consegue concretizar a contento a proteção desse Direito Fundamental. Porém, a expansão da judicialização tem preocupado gestores e juristas, pois, sem critérios, pode conduzir a um desequilíbrio do orçamento, prejudicando políticas públicas já avançadas. Nesse artigo, é discutido sobre a importância da repartição de competências para atender toda a população; preencher aos regramentos do SUS; incentivar trabalho interdisciplinar entre judiciário e área médica e a razoabilidade nas decisões judiciais; e atualização da lista da RENAME.

Palavras-chave: Saúde. Repartição de Competências. Judicialização da saúde. Solidariedade entes federativos. Direitos sociais. SUS.

ABSTRACT

The judicialization of health refers to the search for the Judiciary as the last alternative for obtaining the medication or treatment now denied by SUS, either due to lack of provision in RENAME (National List of Medicines), or due to budgetary issues. It is a reflection of a deficient health system, which fails to successfully fulfill the protection of this Fundamental Right. However, the expansion of judicialization has worried managers and lawyers, because, without criteria, it can lead to an imbalance of the budget, damaging public policies that have already been put forward. In this article, it is discussed the importance of sharing competences to serve the entire population; fill in the SUS rules; encourage interdisciplinary work between the judiciary and the medical field and reasonableness in judicial decisions; and updating the RENAME list.

Keywords: *Health. Distribution of Competencies. Judicialization of health. Solidarity between federal entities. Social rights. SUS.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	8
1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA	8
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 OBJETIVO GERAL	9
1.3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	9
1.3.3 JUSTIFICATIVA	9
1.4 METODOLOGIA DE ESTUDO	10
1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO	11
2. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	12
2.1 HISTÓRICO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	12
2.2 A ATENÇÃO A SAÚDE ATRIBUÍDA PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	14
2.3 A IMPORTÂNCIA DO SUS	16
3. DA REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ADMINISTRATIVAS	20
4. OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA	23
4.2 DA REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS OBSERVANDO OS TIPO DE ATENÇÃO A SAUDE	24
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, é mais comum do que se parece a necessidade de buscar auxílio junto ao poder judiciário para cumprirmos demandas relacionadas a saúde. Isto porque, muitas das vezes os Municípios, Estados e até mesmo a União, devido ao enorme número de demandas bem como atendendo-se a burocracia para se realizar atos interligados ao governo, deixam a desejar quando o assunto é saúde.

É aí que entra o papel importantíssimo da necessidade de ser observar a repartição de competências na busca pela judicialização da saúde, o que tem por força maior, além de buscar desafogar as Varas responsáveis por julgar tais processos, visa também um melhor atendimento aos jurisdicionados, ora necessitados por um auxílio do Poder Judiciário.

O direito a saúde, encontra previsão no artigo 6º da nossa Carta Magna. Vejamos:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Também é de se observar que a saúde é um direito fundamental, sendo direito de todos e dever do Estado, tendo sua competência comum da União, dos Estados-membros, do Distrito Federal e dos Municípios.

Isso porque, o artigo 23, inciso II da Constituição Federal, institui um federalismo solidário, assim como veremos mais à frente.

Assim sendo, o presente trabalho objetiva analisar a necessidade de se observar a divisão de competências, bem como respeitá-la, tendo em vista que, apesar de ser solidária, tem o cumprimento de medidas judiciais direcionadas para um ente específico, analisando a atenção primária, secundária ou terciária, atribuída por lei, doutrina e jurisprudências dos tribunais.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

A competência dos entes federativos em relação à saúde, apesar de ser solidária, pode e deve ser atribuída a qualquer um deles, sem observância de algum aspecto?

1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA

Identificar as dificuldades e aclarar as diversas repartições que determinam as competências dos entes federativos que deverão realizar a assistência à saúde, apesar de ser solidária.

Tendo em vista que o Estado, possui o dever de garantir a todos o básico para uma vida digna, é necessário não afastar eventual repartição de competências.

Debatendo os assuntos inerentes ao caso, tem-se que na prática e na teoria existem alguns conflitos, que tentaremos esclarecer no decorrer do trabalho.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Diferenciar, na prática, as competências administrativas dos entes federativos em relação a judicialização da saúde que, com a precariedade que não se mostra atual, demanda cada vez mais dos operadores do direito.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Discorrer sobre a importância da judicialização da saúde;
- b) Simplificar, dentro do âmbito da saúde, a repartição de competências administrativas dos entes federativos;
- c) Identificar e especificar os 03 (três) tipos de atenção à saúde, quais sejam, primária, secundária e terciária.

1.4 JUSTIFICATIVA

O homem possui, na atualidade, uma extensa gama de direitos constitucionalmente tutelados que visam a sua proteção de maneira holística, ou seja, observando-o integralmente e como ente com necessidades múltiplas, que trazem em seu bojo a essencialidade. Outrossim, acabam por representar, conforme entendimento de Martins “o ponto interseccional entre a liberdade e a igualdade, uma vez que a primeira representa o fator

que propicia as condições de reivindicação e fruição dos direitos fundamentais e a falta da segunda pode ocasionar a falta de liberdade”. O *déficit* de qualquer das duas levaria a uma posição inerte do cidadão perante o Estado, incapacitando-o de lutar por seus direitos, cujos objetivos jamais se divorciam da efetivação da igualdade. Do mesmo modo, sem esta a outra não restaria garantida, pois impossível de ser integralmente usufruída: desaparece a garantia da liberdade fática de escolher, sem a qual a jurídica carece de todo valor. Ou, nas palavras de Stein, “a liberdade é apenas real quando se possuem as condições da mesma, os bens materiais e espirituais para tanto para pressupostos da autodeterminação”.

Entretanto, em face do previsto na Constituição Federal, da má distribuição de renda, da pobreza e da necessidade imperiosa de garantir ao ser humano a proteção de sua dignidade, muitas vezes a efetivação desses direitos depende essencialmente de atividades estatais, pois sem elas milhares de cidadãos permaneceriam indefinidamente afastados dessas prerrogativas.

Trata-se da busca da igualdade substancial. A grande questão é que a garantia da igualdade tem se mostrado um desafio aos Estados modernos. As desigualdades sociais são cada vez mais patentes, fazendo com que a sociedade civil pressione os governantes por soluções.

Não obstante haja um suporte jurídico, ele é fatidicamente abstrato na maioria das vezes; os cidadãos, por si só, não têm condições de reequilibrar concretamente a consecução de garantias.

Desse modo, há de ter atenção à distribuição de competências, seja para acelerar o andamento do processo, seja para garantir a satisfação jurisdicional de maneira incisiva, o que de certo será discutido no decorrer do presente trabalho.

1.5 METODOLOGIA DE ESTUDO

Este estudo se classifica como exploratório, por ter como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Serão realizadas diversas pesquisas bibliográficas em artigos científicos depositados nas bases de dados Doutrinas, Jurisprudências, Google, Biblioteca Digital, Revistas Acadêmicas, e também em livros de graduação relacionados ao tema, do acervo da biblioteca da faculdade Atenas.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

O primeiro capítulo apresenta a introdução com a contextualização do estudo; formulação do problema de pesquisa; as proposições do estudo; os objetivos geral e específico; as justificativas, relevância e contribuições da proposta de estudo; a metodologia do estudo, bem como definição estrutural da monografia.

O segundo capítulo explicita um pouco sobre o conceito histórico e, adentra de maneira superficial a realidade vivida diariamente pelos jurisdicionados e a dificuldade encontrada ao necessitar o auxílio de um Estado defasado e corrupto, em que deveria, sem a usurpação de competências, amparar sua população, bem como discorreu um pouco sobre a judicialização da saúde na teoria e na prática, relatando a repartição de competências trazida pela legislação específica bem como na Constituição Federal. Neste capítulo também foi tratado um pouco sobre a importância do Sistema Único de Saúde e sua interferência na judicialização do tema.

No terceiro capítulo, foi discorrido a respeito da repartição de competências administrativas, suas espécies, como elas ocorrem e qual seu resultado na prática.

O quarto capítulo falou basicamente sobre todos os níveis de atenção à saúde quais sejam primárias, secundárias e terciárias, informando ainda sobre o financiamento da saúde, a repartição de competência observando esses níveis, sua consequência na prática e o que ocorre em caso de não ser respeitada tal divisão. Foi explicitado ainda neste capítulo a consequência se caso um ente federativo realizar um procedimento que é de competência de outro.

O quinto capítulo resume de maneira simplificada o explanado no trabalho, realizando um apanhado geral sobre todo o discutido.

2. A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

2.1 HISTÓRICO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

No passado, Montesquieu se valeu de seu antecessor John Locke e também de Aristóteles para mencionar a reformulação das políticas institucionais, baseado nos três poderes, sendo que a divisão de funções do Estado desta maneira, poderia corrigir a ditadura praticada da época.

Ao mencionar sobre a república, Montesquieu (1996, p. 32) assim manifestou-se: “o governo é exercido diretamente pelo povo, que define os rumos políticos por meio de participação direta dos cidadãos”.

Partindo de outros vários conceitos sobre as formas implantadas na época de governo, teve início a sua participação nos Estados, conforme percebiam as funções e atributos de cada um dos poderes, tirando suas próprias conclusões sobre a importância de todas as funções serem atribuídas a um só órgão.

Contudo, mesmo que houvesse tal separação, o filósofo considerava uma ideia fraca, pois estariam intrinsicamente dos cidadãos, sendo que, para ter total funcionalidade, deveriam sobrepor o interesse público acima do particular, o que todos sabemos que raramente ocorre, ante a ganância, narcisismo dentre outras personalidades características da população em geral.

Ao implementar a ideia de divisão do Estado em três poderes, também mencionou sobre a divisão de cada um, para se equilibrar a sociedade, respeitando uns aos outros, impedindo desta forma a desarmonia dos entes federativos, para só então haver a real e sonhada estabilidade política.

Para isto foi criado o que se chama de equipotência dos poderes, sendo que para isso ocorrer, mister se faria necessária um controle mútuo entre o executivo, o judiciário e o legislativo.

Há época, o Rei exercia o posto de chefe do executivo, devendo administrar as terras sobre seu domínio, judiciário obteria o dever de ser intérprete das legislações vigentes, enquanto o legislativo demonstraria os anseios de seus governados.

O que foi pensado por Montesquieu há anos atrás, hoje em nosso ordenamento jurídico contemporâneo é também tido por sistema de freios e contrapesos, originalizado do popularmente conhecido *check and balances*.

Ao se diferenciar todas as atribuições dos poderes, seria garantida a soberania do

povo, havendo total proteção dos direitos fundamentais.

Entretanto, nosso país viveu em 1964, mais precisamente no mês de maio, o período ditatorial, onde, conforme se expressam livros e jornais históricos, muitos dizem haver a cassação dos direitos e garantias individuais, sendo mais precisamente do Judiciário, havendo sua estagnação política (SANTOS, 1996).

Findada a ditadura bem como com a implantação de nossa Constituição Federal vigente até os dias atuais, houve esperança para que se fosse conquistado novamente direitos antes perdidos, dentre eles, as garantias fundamentais, expressas principalmente no artigo 5º e seguintes da nossa Carta Magna.

Conceitua Boaventura de Sousa Santos (2003, p.02) que os tribunais, ao desempenharem suas funções, afetam de modo direto as políticas internas, como será visto mais a frente em nosso trabalho, no momento de se debater a respeito da possível usurpação de competências que de certa forma ocorre no tema em comento.

A partir do momento que começa a ocorrer tal fato, se enfraquece a democracia, podendo inclusive colapsar.

Em tempos não muito distantes, o Supremo Tribunal Federal foi chamado para debater assuntos políticos que, como todos sabem, causaram enormes e irreversíveis impactos em todo o país.

Ou seja, recorreu-se a última instância do Poder Judiciário para se discutir problemas internamente políticos. Cito o exemplo da tentativa fracassada de nomear o ex-presidente Luís Inácio Lula da Silva para Ministro de Estado, onde novamente houve a interferência ativa do Poder Judiciário em um ato administrativo discricionário do chefe do Executivo.

Assim, vemos o choque constante entre os poderes, sendo que ambos interferiram de maneira totalmente direta e abrupta em atos previstos na constituição, atos estes privativos inclusive.

Schmitt, (2003, p.43), de maneira totalmente acertada, assim aduziu:

Quando a política se subordina às ligações jurídicas, perde a qualidade de autêntica democracia, numa estrutura de divisão de poderes onde instituições e procedimentos controlam-se e equilibram-se mutuamente.

Caso amplie os direitos dos cidadãos, é possível ver benesses nas judicializações, inclusive da saúde, desde que mantida sob o controle do povo (YEPES, 2007).

De mais a mais, a saúde pública somente teve espaço a partir da nossa atual carta magna, como um dos direitos fundamentais, previsto no artigo 6º, havendo o compromisso de todos e dever do Estado para que se garantisse seu cumprimento, universal e igualitário. Em 1990, houve o advento da Lei Orgânica de nº 8.080, chamada também de Lei da Saúde.

É cediço que nosso Estado Maior está longe de viver dias de glórias no que se refere à plenitude de acesso a saúde. Um exemplo claro disto é a falta de leitos e de cilindros de oxigênios durante a pandemia do Covid-19.

Assim, há um enorme crescimento nos dias de hoje da judicialização da saúde, com enormes demandas onde é necessário o auxílio do Poder Judiciário para assegurar o cumprimento do fornecimento de medicamentos e procedimentos que é, ou pelo menos deveriam ser obrigação do Estado.

Nota-se que, os principais influenciadores desta não assistência do Estado, está ligado primeiramente a enorme demanda que diariamente acomete os já superlotados e defasados sistemas de saúde de propriedade do Estado, bem como a corrupção, pois é algo que afeta diretamente o repasse de verbas para a saúde bem como para outras áreas necessárias para uma boa vida plena.

Nossa Carta Magna atribuiu o federalismo solidário, em seu artigo 23, III, em que estipula ser de competência comum da União, Estados, Municípios e Distrito Federal o zelo pela saúde populacional.

Embasado por todo o exposto, o presente trabalho visa dialogar sobre a organização sistêmica da saúde no Brasil, bem como a importância de se observar a repartição administrativa, em especial à decisão recente proferida pela Suprema Corte, partindo desta perspectiva de responsabilidade comum entre os entes retro citados.

2.2 A ATENÇÃO A SAÚDE ATRIBUÍDA PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Começamos com o próprio texto da Constituição Federal, o qual organiza o sistema de maneira regionalizada, descentralizada e hierarquizada, conforme seu artigo 198, notando assim a necessidade de se confirmar a competência comum entre os entes federativos.

Afirma José Afonso da Silva (2005) que o significado de competência comum, trata-se na verdade de que uma prestação com tal caráter não exclui a dos demais entes, sendo que é uma espécie de competência dever, prestado diretamente à população.

O Supremo Tribunal Federal entendo no mesmo sentido, em que a responsabilidade é solidária entre os entes federativos. A Advocacia Geral da União, no processo de Suspensão de Tutela Antecipada de nº 1758, manifestou-se especialmente sobre a aplicação das regras administrativas na competência dos gestores.

Pois bem, o artigo 23, inciso II da CF, deve ser interpretado juntamente com o

artigo 198, onde analisados simultaneamente mostram as diretrizes que orientam as organizações sobre o sistema de saúde, em relação aos serviços públicos de saúde.

O artigo 198 da Constituição Federal, ao regulamentar sobre a Lei 8.080/90, abrangeu a organização dos serviços prestados pelo serviço público, de moto a evitar duplicar meios para fins igualitários.

Em relação a este assunto, não há possibilidade de se cumprir com o princípio da eficiência da prestação do serviço público sem observar atentamente à repartição de competências, posto que todos necessitam manter suas estruturas para atender a mesma finalidade.

Neste ponto, poderia ocorrer ofensa ao princípio da economicidade, a partir do momento em que a Constituição Federal induz que a organização do Sistema Único de Saúde deva se dar de maneira descentralizada e direcionada a cada esfera governamental de maneira isolada, havendo ainda a responsabilidade solidária

Após instituídas as políticas públicas, haverá por consequência a individualização das competências para cada esfera governamental, de modo em que a União e os demais Estados-membros somente responderão de maneira subsidiária por omissões e ações de responsabilidade dos Municípios.

Desta feita, para impetrar as demandas judiciais, bem como na hora de decidir, deverá se observar quem será o responsável pela ação do serviço reclamado, direcionando desta forma de maneira menos onerosa a todos.

Por força de disposição da lei Constitucional, deverá ser autônoma cada esfera governamental, direcionando especificamente à aquela que deve, ou deveria, cumprir a demanda, atribuindo as limitações de suas demandas.

Noutro vértice, em insistindo na solidariedade, que parece ser o mais correto, deverá permanecer, ainda que com as regras de repartição de competências, a criação de estruturas designadas para o mesmo fim.

Por serem autônomas, tanto em esfera federal qual estadual ou municipal, a repartição de responsabilidades permite uma maior eficiência de prestação de serviços entre os entes, visando assim diminuir o desperdício errôneo de verbas repassadas.

Ante à autonomia atribuída aos Estados e Municípios, pela própria constituição, junto ao fato de que os governantes possuem ideologias diferenciadas, não há como imaginar um sistema único para a prestação de saúde.

Ponderam Daniel Sarmiento e Cristina Telles (2019, pág. 205) que, enquanto a nossa carta magna remeter a descentralização, caso faça uma leitura de solidariedade, ocorrerá

a desorganização do sistema de saúde, havendo o cumprimento duplicado ou até triplicado do texto constitucional.

Neste trabalho, discordamos totalmente da linha de raciocínio dos nobres estudiosos do tema, sendo que, após vasta vivência na área, percebe-se que é de extrema valia a descentralização dos entes com a abrangência da solidariedade, sendo que no dia a dia é difícil visualizar uma prestação digna à saúde.

Junto com o exposto, resta demonstrado o propósito de conferir aos entes mais próximos aos cidadãos a atribuição prioritária para prestação dos serviços inerentes a saúde, até pela facilidade de manter e prover as demandas, deixando as demais atribuições para cada ente de maneira menos onerosa, sendo que a não colocação de normas junto ao Sistema Único de Saúde torna de difícil realização as prioridades do sistema retro mencionado.

Assim, a falta de uma consolidação firme nas normas do Sistema Único de Saúde, impõe dificuldade em compreender o sistema, mas, a falta de clareza das normas, para com a população, não justifica que o operador da lei deixe tal feito à revelia, esquivando-se do dever de observar as normas administrativas, escolhendo pela intitulada “solidariedade preguiçosa”, o que novamente nos coloca no caminho de observar a importância muitas vezes esquecida de se notar a repartição de competências.

Em inexistindo legislações aptas a regulamentar normas inerentes à saúde, observar-se-á sempre a regra da solidariedade, trazida no artigo 23, II, da Constituição Federal.

Deve desta forma pondera-se que, ao se judicializar o acesso a saúde, o magistrado deve analisar a existência de norma apta a determinar a repartição de competências entre os poderes e entes federativos, utilizando, quase que na maioria das vezes, a observância do princípio da solidariedade.

2.3 A IMPORTÂNCIA DO SUS

Antes de realmente explicitar sobre as competências individuais de cada um dos entes, bem como sua observância, é notória a aprendizagem a respeito do Sistema Único de Saúde, que também adentrou em nosso ordenamento jurídico com o advento da Constituição Federal de 1988.

Trata-se de um sistema de saúde que atende mais de 190 milhões de brasileiros, onde 80% deste número depende única e exclusivamente dele para ter acesso à saúde.

Como todo programa estatal, é financiado pelos impostos pagos quase que

diariamente, dentre outras espécies de financiamento governamental, dentro do orçamento da seguridade social. O SUS teve início através de movimentos sociais, onde mais uma vez, por força da democracia, teve advento no mundo contemporâneo.

Foi instituído com a necessidade de se desafogar o modelo privado de acesso à saúde ou os suplementares que são os populares planos de saúde, visando sempre a qualidade no fornecimento da assistência.

Para manter o bom funcionamento do sistema, ou somente o seu simples funcionamento, os municípios destinam 15% do que arrecadam com ações de saúde e os Estados destinam aproximadamente 12% advindos do mesmo meio.

Por sua vez, a União tem um cálculo mais abrangente, onde se contabiliza o gasto anual anterior, mais a variação nominal do PIB, definindo assim a aplicação mínima do ano, investida na saúde.

O SUS é direito de todos e possuem acesso a ele todo e qualquer brasileiro que contribua com impostos para seu funcionamento, possuindo assim acesso integral, igualitário e universal, não havendo distinção de seus usuários, podendo inclusive ser usufruído por estrangeiros que estiverem de passagem pelo Brasil e necessitarem de alguma assistência.

A partir deste estudo, é possível também tomar ciência de que é de competência do SUS o controle da água potável, da fiscalização de alimentos pela vigilância sanitária em supermercados, restaurantes, lanchonetes em todos os lugares de livre acesso ao público. A maioria dos procedimentos de média e alta complexidade é exercida pelo SUS, como doação de sangue, leite materno, quimioterapia e transplantes de órgãos.

A título de curiosidade, os hospitais filantrópicos, junto com as Santas Casas, que são hoje, referência em questão e saúde, recebem recursos, que são passados do Ministério da Saúde para o ente responsável, Estado ou Município, através de contrato, efetuando repasses aos estabelecimentos de saúde ligados ao SUS.

O repasse Federal é composto pela produção dos serviços, onde a tabela do SUS é usada como referência, bem como por incentivos diversos que aumentam substancialmente o volume das transferências em que, hoje em dia, cerca de 50% dos valores repassados pelos Estados e Municípios não é mais baseado na tabela do SUS e sim por incentivos de outras modalidades.

A Unidade Básica de Saúde, conhecida popularmente como Posto de Saúde é de responsabilidade de gerenciamento do Município, ou seja, de cada Prefeitura Brasileira. Para facilitar o acesso do cidadão, os Municípios mapeiam as áreas de atuação de cada UBS por bairro ou região. Em razão disto, é obrigatório ao cidadão, caso tenha escolha, procurar a

unidade mais próxima a sua residência, em casa de necessidade de atendimento.

Todo o cadastramento é realizado através do comparecimento do cidadão até a Unidade Básica de Saúde, onde será realizado um cartão do SUS, com número e cor, para identificar a sua equipe da Estratégia de Saúde da Família, onde será acompanhado a saúde do usuário.

O cartão é um documento gratuito que reúne dados sobre quando e onde o usuário foi atendido nas redes públicas.

Através deste cartão, os profissionais de saúde podem ter acesso ao histórico dos atendimentos, facilitando a marcação de consultas e exames, garantindo ainda o acesso a medicamentos gratuitos.

As UPAS, por sua vez, devem ser procuradas somente em casos de urgência e emergência traumáticas e não traumáticas, além de prestar assistência de saúde nos feriados e finais de semana, quando a UBS está fechada.

Com base nisto, os hospitais desempenham a função de fornecer aos usuários do SUS o atendimento mais especializado, de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas e tratamentos clínicos de acordo com cada necessidade.

O hospital seria como se fosse o final de uma cadeia de consumo, onde o usuário é atendido em uma UBS ou UPA, e após, encaminhado para cada ala específica.

Conforme a Política Nacional de Atenção Hospital, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológicas específicas, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, apresentando potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde.

Vale ressaltar que o SUS é usado, ou ao menos dizem que é utilizado, como modelo referência internacional, em razão do seu alcance e multiplicidade de serviços de saúde, bem como por conta de suas campanhas de vacinação, prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas por meio de equipes da Estratégia de Saúde da Família, sem mencionar o tratamento oncológico em seus diversos níveis, o que, confrontando com a situação pandêmica atual, mostra-se de certa forma defasada.

Menciona-se também que no modelo de gestão do SUS, há a descentralização, onde o Governo Federal, Estadual e Municipal dividem as responsabilidades de forma integrada, garantindo o atendimento de saúde gratuito a qualquer cidadão através das parcerias internas.

Em lugares sem acesso ao serviço público, há contratações de serviços

hospitalares particulares, para garantir a assistência às pessoas necessitadas, integrando desta forma ao SUS todos os cantos do Brasil.

3. DA REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ADMINISTRATIVAS

No presente estudo será tratado apenas das competências chamadas e materiais próprias, onde, visando resumir de maneira direta, trago um trecho da doutrina de Luiz Alverto David Araújo e Vida Serrano Nunes Júnior:

“As competências concorrentes podem ser classificadas em próprias e impróprias. Aquelas são assim designadas por indicação expressa do texto constitucional (art. 24), que preconiza o exercício simultâneo e limitado de competências por mais de uma das ordens federativas. Estas, diferentemente, não são expressamente previstas na Constituição, mas encontram-se implícitas na definição das competências comuns”.

Tal espécie de competência, exclui qualquer hipótese de limitação às regras gerais.

É de se destacar que o artigo 24 da Constituição Federal não menciona de maneira expressa a atuação dos Municípios, a própria carta magna lhe confere posição de ente federativo autônomo, podendo haver todas as espécies de competências ligadas diretamente a ele, como privativa, concorrente ou até mesmo exclusiva.

A presente omissão é debatida e já encontra-se corrente majoritária através de estudiosos como Fernanda Dias Menezes de Almeida, que assim aduz:

“Isto não significa que estes estejam excluídos da partilha, sendo-lhes dado suplementar a legislação federal e estadual, no que couber, conforme dispõe o artigo 30, II, da Constituição. Como dissemos antes, trata-se de modalidade de competência legislativa concorrente primária, porque prevista diretamente na Constituição, mas diferente da competência concorrente primária que envolve a União e os Estados. E diferente porque a Constituição não define os casos e as regras de atuação da competência suplementar do Município, que surge delimitada implicitamente pela cláusula genérica do interesse local”.

Isto porque, ao analisar as normas presentes na Constituição Federal, este exerce a sua competência concorrente para suplementar as legislações omissas federais e estaduais.

Desta forma, competência concorrente administrativa é aquela em que todos os entes podem legislar e tutelar sobre um determinado assunto, independente do âmbito de atuação, visando assim, em especial sobre nosso tema, garantir o cumprimento da judicialização da saúde, direito este, afirma-se novamente, fundamental.

Conforme é cediço pela maioria dos operadores do direito, a competência administrativa para tratar do assunto saúde pública é concorrente entre os entes federativos.

Assim, cabe a cada um atuar nas áreas que melhor favorecerem os cidadãos, sendo

que, conforme explanado acima, é de se entender ser mais fácil o cumprimento de uma decisão pelo Município, onde o cidadão habita, do que pelo Estado ou pela União, considerando além da territorialidade, o alto número de demandas que diariamente chega, tratando-se de saúde.

Contudo, tanto Município, Distrito Federal, Estado e União possuem competência para que seja garantido aos cidadãos o cumprimento dos direitos fundamentais expressos na Constituição Federal de 1988 quando o assunto é saúde, abrangendo inclusive os serviços de vigilância sanitária.

Ives Gandra Martins conceitua de forma brilhante ao relatar que: “A saúde é, todavia, no elenco das finalidades a que o Estado está destinado a dedicar-se. Talvez, a mais relevante e que mereça atenção maior”. Noutro vértice, Wolgran Junqueira Ferreira aduz que “Na hierarquia de valores, não se coloca a saúde pública em primeiro plano, tornando-se o Brasil um país doente”.

Por fim, não é de se esquecer que vivemos atualmente em uma pandemia que há aproximadamente 02 (dois) anos chegou em nosso país. Não é tema deste trabalho discutir exatamente sobre a doença da COVID-19, contudo, por ter ligação extremamente íntima com o assunto em comento, trago manifestação recente do Ministro Marco Aurélio Mello, na decisão que deferiu a medida cautelar e reconheceu a competência comum de todos os entes da federação para combater a COVID-19, onde assim manifestou-se: “as providências não afastam atos a serem praticados por estado, Distrito Federal e municípios considerada a competência concorrente na forma do artigo 23, inciso II, da Lei Maior”.

No âmbito da legislação concorrente, a doutrina tradicionalmente classifica-a em cumulativa sempre que inexistir limites prévios para o exercício da competência, por parte de um ente, seja a União, seja o Estado-membro. Por outro lado, é classificada como não-cumulativa, quando propriamente estabelece a chamada repartição vertical, pois, dentro de um mesmo campo material, reserva-se um nível superior ao ente federativo União, que fixa os princípios e normas gerais, deixando-se ao Estado-membro a complementação.

Adotou nossa Constituição, a competência concorrente, não-cumulativa ou também denominada de vertical, de forma que a competência da União está adstrita ao estabelecimento de normas gerais, devendo os Estados e Distrito Federal especificá-las através de suas respectivas leis. É a chamada competência suplementar dos Estados-membros e do Distrito Federal.

Ou seja, a União, através de lei geral, informa tudo que deverá ser obrigatório constar nas leis estaduais, que por sua vez, incumbe aos Estados, regulamentar da forma como

bem entender, mas sempre adstrito ao que denominam as normas gerais da Constituição. Tal instrumento foi retirada da Constituição de Weimar.

Doutrinariamente, podemos dividir a competência suplementar dos Estados-membros e do Distrito Federal em duas espécies. A primeira chamada de complementar, dependerá de prévia existência de lei federal a ser especificada pelos Estados-membros e Distrito Federal. Por sua vez, a segunda, conhecida como supletiva, aparecerá em virtude da inércia da União em editar a lei federal, quando então os Estados e o Distrito Federal, temporariamente, adquirirão competência plena tanto para edição das normas de caráter geral, quanto para normas específicas.

Sobre o tema, Raul Machado Horta assim preleciona: "As Constituições federais passaram a explorar, com maior amplitude, a repartição vertical de competências, que realiza a distribuição de idêntica matéria legislativa entre a União Federal e os Estados-membros, estabelecendo verdadeiro condomínio legislativo, consoante as regras constitucionais de convivência. A repartição vertical de competências conduziu à técnica da legislação federal fundamental, de normas gerais e de diretrizes essenciais, que recai sobre determinada matéria legislativa de eleição do constituinte federal. A legislação federal é reveladora das linhas essenciais, enquanto a legislação local buscará preencher o claro que lhe ficou, afeiçoando a matéria revelada na legislação de normas gerais às peculiaridades e às exigências estaduais. A Lei Fundamental ou de princípios servirá de molde à legislação local. É a *Rahmengesetz*, dos alemães; a *Legge-cornice*, dos italianos; a *Loi de cadre*, dos franceses; são as normas gerais do Direito Constitucional Brasileiro".

4. OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA

Mostra-se infinitamente necessária na observação da repartição de competências, o fato de ser atribuído à judicialização da saúde três espécies de atenção.

São três os níveis de atenção à saúde pública no Brasil: primário, secundário e terciário. Eles foram adotados para organizar os tratamentos oferecidos pelo SUS a partir de parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Sua finalidade é proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos. Cada um destes níveis apresenta características e demandas específicas. O primário é a porta de entrada para o SUS, o nível primário é constituído principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde. As ações de que dá conta são voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde. Significa afirmar que apresenta também um caráter preventivo.

Nas UBSs, deve ser possível que os pacientes realizem exames e consultas rotineiros, contando com profissionais de medicina geral e familiar. Estes têm que garantir uma atenção integral à saúde e considerar o paciente inserido em sua família e comunidade. Precisam valorizar, portanto, a pessoa atendida como um ser único e diferente de qualquer outro.

A ideia é, mais do que prover assistência médica, estar perto das pessoas e promover a saúde e a qualidade de vida localmente. Tal tipo de trabalho, de prevenção e conscientização, é importante até mesmo para otimizar a alocação de recursos utilizados em internações e tratamentos de doenças que poderiam ter sido evitadas.

Por sua vez, o nível secundário é composto pelos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios. Este nível envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia e outras especialidades médicas. As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) se encaixam aqui. É geralmente o acolhimento na atenção primária que encaminha os pacientes para o nível secundário, quando necessário.

São encontrados nos hospitais e centros de atendimento desta categoria equipamentos para exames mais avançados, como ecocardiogramas e endoscopias. Além disso, os profissionais de saúde que atuam na atenção secundária são preparados para realizar tratamentos de complexidade média, como é o caso dos que envolvem doenças crônicas ou agudas.

Por fim, o nível terciário de atenção à saúde fornece atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte. Também envolve procedimentos

que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, transplantes e partos de alto risco. Os especialistas da categoria estão aptos para tratarem casos que não puderam ser atendidos na atenção secundária por serem mais singulares ou complexos. Há ainda assistência a cirurgias reparadoras, processos de reprodução assistida, distúrbios genéticos e hereditários, entre outros tipos de cuidados para processos menos corriqueiros.

A atenção básica é primordial em um sistema de saúde organizado e deveria atuar a partir de atributos essenciais e derivados. Os primeiros incluiriam a possibilidade de atendimento contínuo; fácil acesso; proximidade das pessoas; e integralidade, ou seja, o olhar para o paciente levando-se em conta toda a sua complexidade. Quanto aos atributos derivados, haveria a necessidade de contextualizar o histórico do paciente a partir de seu contexto familiar e comunitário, bem como de se levar em consideração os seus valores, crenças e expectativas. É papel da atenção primária, a coordenação do cuidado, que dependeria substancialmente de uma boa relação com as atenções secundária e terciária

Em relação ao explanado, mister se faz diferenciar as UBSs, UPAs e Hospitais, sendo que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) são utilizadas para a atenção primária; as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para a secundária; e os hospitais, para o acolhimento no nível terciário.

Nas UBSs, são realizados processos rotineiros, como consultas com clínico geral, vacinação, cuidados relacionados ao pré-natal e atendimento odontológico. Dependendo de seu porte e localização, estas unidades podem apresentar de uma equipe de saúde da família a quatro grupos de atenção básica. Já as UPAs realizam medidas de emergência, funcionando 24 horas por dia. Os casos tratados incluem traumas, fraturas, infartos, derrames etc. Por sua vez, os hospitais providenciam assistência médica de média e alta complexidade e têm diferentes perfis. Há, por exemplo, hospitais gerais, especializados, de urgência, universitários, clínicas básicas e unidades de ensino e pesquisa.

4.2 DA REPARTIÇÃO DE COMPETÊNCIAS OBSERVANDO OS TIPO DE ATENÇÃO A SAUDE

Mostra-se infinitamente necessária na observação da repartição de competências, o fato de ser atribuído à judicialização da saúde três espécies de atenção.

A atenção primária, é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, pelas equipes de saúde da família, pelos agentes comunitários de saúde, e pelos núcleos de apoio da família, bem como o fornecimento de medicamentos de menor dificuldade de acesso ou

procedimentos ambulatoriais de menor complexidade, exercida única e exclusivamente pelos Municípios.

A atenção secundária, por sua vez, é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar que não seja tão simples quanto a primária e nem complexa quanto a terciária, interpretado doutrinariamente como procedimentos de média complexidade, tais como diagnósticos um pouco mais complicados, bem como procedimentos mais específicos. Geralmente atribuído aos Municípios e, com mais frequência, aos Estados.

Por fim, a atenção terciária é tida como a de alta complexidade, onde há níveis elevados de especialização, como medicamentos extremamente raros de se conseguir, tratamentos oncológicos, ou procedimentos de alto custo, transplantes com alto índice de risco de morte ou neurocirurgias. Também se enquadra neste nível de atenção as cirurgias reparadoras de mutilações ou queimaduras graves, em que geralmente remete-se à União, por possuir maiores condições de custear e diligenciar tais tratamentos.

Tais divisões existem justamente para que não haja a obrigação de um Município pequeno, de 5.000 habitantes por exemplo, fornecer a um de seus habitantes uma cirurgia de alta complexidade, em que os valores ultrapassariam, quiçá, o valor do seu PIB.

Merhy, Cecílio e Nogueira (1991) denominam e explicam as dimensões tecnológicas e assistenciais deste modelo, enfatizado por Campos (1992) e Merhy (2002):

Entendendo, deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando numa dimensão assistencial e uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos technoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político. (Merhy, Cecílio e Nogueira, 1991, pág. 84)

Hofmeister (2003), desde cedo chama atenção para o modo como a sociedade brasileira, por ser carente, não disponibiliza recursos para a realização humana, bem como a precariedade e despreparo na ausência de projetos positivos nas famílias. Segundo seu pensamento, os investimentos para tais áreas é imprescindível, podendo assim realizar-se a reflexão e ações que permitam a reconstrução de núcleos seguros ligados à saúde.

Há de se considerar também o entendimento de Sawaia (2003) existe o questionamento se, aprofunda ou não a desigualdade social produzida pelo neoliberalismo e a conduta cultural do individualismo, para fundamentar estratégias de enfrentamento às dificuldades encontradas neste âmbito.

Como maneira de facilitar o entendimento desta divisão de atenção aos

tratamentos, têm-se a necessidade de observar a tabela procedimental do SUS/MG¹, claro, respeitando-se a legislação federal, bem como a definição das competências através da atenção primária, secundária ou terciária.

Não apenas a título de conhecimento, mas sim visando passar maior abrangência de informações, mister se faz mencionar que, os medicamentos fornecidos pelos entes federativos, precisam, na maioria das vezes, estarem necessariamente incluídos na lista do RENAME².

No julgamento do REsp 1.657/156, o Superior Tribunal de Justiça decidiu que, o Poder Público, para fornecer medicamentos não incorporados no RENAME, devem cumprir, de maneira cumulativa, os seguintes requisitos: A) Demonstração através de laudo médico fundamentado da imprescindibilidade do medicamento, bem como a ineficácia de todos os outros fornecidos pelo SUS; B) A incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; C) A existência do registro do medicamento junto à ANVISA.

Superada tal fase, bem como compreendida a repartição da atenção aos procedimentos relacionados a saúde, vem-se a questão. E se um dos entes federativos usurpar o dever de realizar o cumprimento de um outro ente?

Como foi discutido no tema 793 do Supremo Tribunal Federal, foi determinado que o magistrado, ao proferir decisão ordenando a realização de algum procedimento específico, ou fornecimento de medicamento, deverá condenar os entes de maneira solidária, direcionando o cumprimento da sentença para um dos entes federativos.

Suponhamos que exista um procedimento cirúrgico que é de fornecimento obrigatório do Município. A parte ingressa com ação judicial contra o Município e o Estado, ante a solidariedade de ambos. Na liminar, o magistrado defere a realização do procedimento, os requeridos não cumprem a referida decisão, e realiza-se o sequestro de valores dos cofres do Estado, visando assim a imediata realização do procedimento.

Mais tarde, ao proferir a sentença terminativa, o magistrado entende que a realização do procedimento deve ser direcionada ao Município, contudo, já houve seu cumprimento pelo Estado.

O que deveria ser feito nesses casos, e qual prejuízo pode ocorrer para os entes federativos em caso de não se observar tal repartição de competências?

¹ <https://wp.ufpel.edu.br/protparcial/files/2016/02/CODIGOS-SUS.pdf>

Pois bem, caso não haja a observância correta da repartição de competências, pode ser que um dos entes federativos acabe por arcar com uma obrigação que, mesmo direcionada para um, seja cumprida por outro, haverá o desconto no repasse de verbas deste ente federativo. Ou seja, nota-se o repasse que é feito pela União aos Estados, pelos Estados os Municípios, abate-se, anualmente, os gastos realizados de maneira incorreta, por um ente federativo, bem como repassa-se maiores valores caso seja necessário.

Ainda, na medida em que o magistrado deve direcionar ao ente correto a responsabilidade pela realização do financiamento, é necessário observa que este esteja presente na relação judicial, ou seja, que seja parte nos autos.

Há enormes discussões sobre como deveria agir o juiz em situações de não haver a inclusão do ente que deveria arcar com o ônus financeiro no polo passivo. Entende-se desta forma que, se o ente que deveria ser responsável, não estiver na lide, o próprio juiz deve, de ofício, determinar a inclusão deste ente, mesmo que se altere a competência, como nos casos de uma ação ingressa na justiça comum, sendo que a competência para realizar tal procedimento é da União.

Em relação ao financiamento da saúde, a portaria 6/17 do Ministério da Saúde, deve ser constituído em dois componentes, o limite financeiro da média e alta complexidade junto ao fundo de ações estratégicas de compensação.

Pode ocorrer que, em certas ocasiões, o financiamento das ações de saúde seja feito com recursos do Fundo Nacional da Saúde, onde é custeado diretamente pela União. Tal fundo é administrado pelo Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

Assim sendo, é de se concluir que, a importância mostra-se desde o início presente, posto que o não cumprimento do estabelecido em lei, bem como pela decisão acertada do Supremo Tribunal Federal, acarreta em prejuízo insuportável para quaisquer um dos entes federativos, onde se retira verbas de outras áreas como educação ou segurança pública, podendo até mesmo gerar aumentos de impostas da população, para se garantir a imprescindível distribuição de verbas.

Apesar de ser solidária, a ausência do direcionamento da determinação judicial, pode resultar em um dano que afetará a toda a sociedade.

Assim, mostra-se totalmente necessária a observância dos seguintes aspectos, no que diz respeito à judicialização da saúde: a complexidade da prestação por parte do ente federativo, o nível de atenção empenhado pelo SUS para o determinado procedimento a ser realizado bem como o direcionamento para qual ente federativo que deverá cumprir a referida ordem.

Em se tratando de medicamentos e prestação de serviços ambulatoriais, deve, além dos detalhes retromencionados, observar-se a lista do RENAME e, em se tratando de medicamentos que não encontram-se nesta lista, haverá a necessidade de se observar se tal medicamento possui registro na ANVISA, laudo médico em que consta a ineficácia dos demais medicamentos destinados para aquele fim, sem contar da hipossuficiência da parte para a adquirir tal medicamento.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluídas todas as explicações retro, pode se ter em mente, que a judicialização da saúde é oriunda de outros países, chegando ao Brasil com ênfase através da promulgação da Constituição Federal de 1988, onde foi garantida junto com todos os direitos fundamentais que conhecemos hoje em dia.

Abrangeu-se o SUS e toda sua estrutura, suas competências, considerando que não é possível debater sobre a judicialização da saúde sem adentrar a hierarquização ou falta dela perante o Sistema Único de Saúde.

Notou-se que o tema da judicialização da saúde, adentra ao Poder Judiciário inúmeras técnicas que respaldam a organização e logística dos entes federativos bem como seu financiamento e repasse de verbas.

Após, houve a judicialização da saúde bem como a inclusão em normas regulamentadas, tratando especificadamente sobre a distribuição das competências administrativas entre os entes federativos, os níveis de atenção à saúde, bem como qual nível deve ser atribuído a qual ente.

Retratou ainda de maneira superficial sobre a consequência, na prática, da usurpação de competências entre os entes, dando foco no repasse de verbas e redistribuição de impostos arrecadados anualmente.

Também falou sobre as teses recentemente fixadas pelo Supremo Tribunal Federal, em decorrência do novo Corona Vírus, o que acabou por trazer maior clareza nas decisões proferidas pelos Juízes Singulares, bem como orientou de maneira a garantir maior segurança jurídica aos jurisdicionados, a luz da Constituição Federal.

O presente trabalho buscou discutir sobre a importância de se observar a repartição das competências administrativas, visando não acarretar em prejuízo para qualquer um dos entes federativos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Fernanda Dias Menezes de. **Competências na Constituição de 1988**. 5ª ed., São Paulo: Altas S/A, 2010.
- ARAUJO, Luiz Alberto David; Júnior, Vidal Serrano. **Custo de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro; Verbatim, 2013.
- BASTOS, Celso Ribeiro e MARTINS, Ives Gandra da Silva. **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1993. v. 3, t. 1, p. 383.
- BRASIL. Constituição de (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080 (1990). **Lei da Saúde**. Brasília DF; Senado Federal, 1990.
- CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- FERREIRA, Wolgran Junqueira. **Comentários à Constituição de 1988**. Campinas: Lumen iuris, 1989. v. 1, p. 402.
- HOFMEISTER, W. Prefácio. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- MACHADO HORTA, Raul. **Estudos de direito constitucional**. Belo Horizonte: Del Rey, 1995. p. 366.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. & NOGUEIRA, F. R. C. **Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de Saúde**. Revista Saúde em Debate, 33, 83-9, 1991.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MONTESQUIEU. **O Espírito das Leis**. São Paulo; Martins Fontes, 2000.
- PEREIRA, Bruno Yepes. **Curso de Direito Internacional Público**. São Paulo, Saraiva, 2003.
- SANTOS, Boaventura de Souza; MARQUES, Maria Manuel Leitão; PEDROSO, João. **Os Tribunais nas Sociedades Contemporâneas**. Coimbra, 1995.
- SARMENTO, Daniel; TELLES, Cristina. **Judicialização da Saúde e Responsabilidade federativa: solidariedade ou subsidiariedade?**. Rio de Janeiro: Campus Jurídico, 2012.
- SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R. & VITALE, M. A. F. (Orgs.) **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.
- SCHMITT, Carl. **O Guardiã da Constituição**. Belo Horizonte; Del Rey, 2007.
- SILVA, José Afonso. **Comentário Contextual à Constituição**. São Paulo, Malheiros 2005.