PROTOCOLO Nº: 724828/16

ORIGEM: MUNICÍPIO DE TOLEDO

INTERESSADO: ADELAR JOSE HOLSBACH, ASSOCIAÇÃO DOS MUNICIPIOS DO PARANÁ, CONSELHO DE SECRETARIOS MUNICIPAIS DE SAUDE DO PARANA COSEMS, LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT, MICHELE CAPUTO NETO

ASSUNTO: CONSULTA

PARECER: 984/18

Consulta. Retorno. Possibilidade de criação, pelo Município que não atua na gestão plena da saúde, de programa de incentivo à qualificação de especialidades hospitalares. Considerações quanto à hierarquização nos níveis de atenção de saúde. Alteração das conclusões alcançadas no anterior parecer de mérito. Resposta à consulta, nos termos do presente opinativo.

Retornam ao Ministério Público de Contas os presentes autos de consulta formulada pelo então Prefeito do Município de Toledo, Sr. Adelar José Holsbach, questionando esta Corte sobre a possibilidade de criação, pelo Município, de programa de incentivo à qualificação de especialidades hospitalares com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional tendo por finalidade o atendimento da população do Município e pergunta se os cuidados com a atenção básica representaria óbice à criação do referido programa.

Conforme consta do relato apresentado em nossa anterior manifestação (Parecer nº 399/17, peça nº 10), este Ministério Público de Contas entendia pela impossibilidade de um Município que se encontra em Gestão Estadual dos recursos do SUS (não Gestão Plena) criar Programa de Incentivo à Qualificação de Especialidades Hospitalares, seja excepcional, transitório ou permanente, com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional, possibilidade que somente existiria se o Município assumisse a Gestão Plena da Saúde ou, cumprindo integralmente as suas obrigações na atenção básica, transferisse os recursos à instituição por intermédio do Estado.

Por meio do Despacho nº 1440/17-GCFAMG¹, o Relator deferiu pedido da Associação dos Municípios do Paraná (AMP)², em conjunto com o

¹ Peça 18

² Peça 13

Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), bem como do Secretário Estadual de Saúde³, para participarem do feito como *amicus curiae*.

Foi deferida a suspensão do feito por 30 dias, prorrogada por mais 120 dias no Despacho nº 1575/17-GCFAMG, para que o Secretário de Estado da Saúde apresentasse *“os estudos e deliberações da CIB/PR a respeito da gestão associada entre gestores do SUS e referidos impactos decorrentes da realidade administrativa, funcional, técnica e financeira dos entes governamentais envolvidos no SUS, no âmbito municipal e estadual”*.

Após, citando precedentes desta Corte, o Município de Toledo protocolou pedido de desistência do presente expediente, sustentando que o procedimento de Consulta não se trata de atividade típica de controle externo, por ter natureza estritamente objetiva e não enfrentar situação em concreto, sendo possível, assim, o acolhimento da desistência, visto que tal deliberação não acarreta prejuízo ao interesse público (peça 28).

Ato contínuo, o Relator deixou de analisar o pedido de desistência da ação formulado pelo Município de Toledo, fundamentando que não entende viável e razoável qualquer manifestação a respeito do encerramento sem antes analisar as manifestações dos interessados. Ainda, aduziu que eventual encerramento desta Consulta poderia representar ofensa à prerrogativa dos agentes de Estado em obter manifestação de cunho normativo desta Casa sobre tema diretamente afeto às atividades (Despacho nº 456/18-GCFAMG).

O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná - COSEMS/PR manifestou-se à peça 32, em suma, no sentido de que os municípios são Gestores assim como os outros entes, Estado e União, e possuem responsabilidade tripartite no financiamento das ações e serviços de saúde no SUS. Por isso, sustenta que podem sim financiar com recursos próprios procedimentos de média e alta complexidade. Aduziu, ainda, que os gestores dos SUS poderão num processo de regionalização solidária, observando a legislação do SUS vigente, em especial a Resolução 23/2017 e a Resolução nº 37/2018 da CIT, pactuar nos colegiados de gestão CIR e CIB, como será dado o financiamento e repasse dos recursos aos prestadores de serviços.

Por sua vez, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná apresentou manifestação à peça 37, ponderando que *a resposta à presente consulta não poderá estar adstrita apenas a avaliação da “gestão do sistema de saúde”, mas deverá partir pela análise do que estabeleceu como sua base de atuação prevista em seu plano de saúde, visto que diante dos conceitos constitucionais e das regras de financiamento sua participação no sistema é colaborativa/“solidária”*. Nesse sentido, informou que não faz objeção ao pedido de desistência da Consulta, tendo em vista a grande controvérsia em torno do tema.

Após, em cumprimento ao Despacho nº 730/18 – GCFAMF, os autos foram remetidos à Coordenadoria de Gestão Municipal – CGM para manifestação complementar.

³ Peça 15

Na sequência, a CGM (Instrução nº 3767/18 – peça 42) lavrou novo opinativo, em que se posicionou, preliminarmente, pelo encerramento do expediente, por entender que a Consulta é uma faculdade dos legitimados, não havendo qualquer obrigatoriedade na sua formulação, sendo que o Regimento Interno desta Casa admite expressamente tal hipótese.

Alternativamente, ratificou as razões expostas no Parecer nº 177/16-COFIT (peça 9), concluindo pela impossibilidade de o Município que se encontra em Gestão Estadual dos recursos do SUS criar Programa de Incentivo à Qualificação de Especialidades Hospitalares (...) possibilidade que somente existe caso o Município assumira a Gestão Plena da Saúde ou que, cumprindo integralmente as suas obrigações na atenção básica, transfira os recursos à instituição por intermédio do Estado, impedindo assim invasão na esfera de atribuições do Estado e, nesses casos, nem eventuais contratualizações entre a entidade beneficiada e outros entes da federação, nem a falta de cumprimento de metas anteriormente ajustadas pela instituição a impediriam de receber o benefício.

Após, vieram os autos para reexame deste *Parquet* especializado.

Preliminarmente, tendo em vista o pedido de desistência efetuado pelo consulente, bem como a manifestação do Secretário Estadual de Saúde e da Unidade Técnica desta Corte no mesmo sentido, este Ministério Público de Contas entende que nada obsta o encerramento do expediente.

Como o feito é de natureza estritamente objetiva, não se tratando, pois, de atividade típica de controle externo, em que a cognição da Corte é mister constitucional de natureza indisponível, não se vislumbra óbice ao acatamento do pedido formulado. Em outras palavras, como os processos de Consulta compreendem tão-somente o enfrentamento abstrato de teses jurídicas desvinculadas de qualquer situação concreta, o pedido de desistência formulado não tem o condão de provocar dano ou prejuízo de qualquer ordem ao interesse público.

Caso superado esse entendimento, debruçando-nos uma vez mais sobre a temática, o momento é oportuno para rever, ainda que parcialmente, as conclusões sustentadas em nosso anterior opinativo de mérito, sobretudo em face das fundamentações trazidas à discussão pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, que congrega as secretarias municipais da saúde, à peça 32.

Nesse passo, cabe refletir que o art. 198 da Constituição da República, ao consagrar a existência de um Sistema Único de Saúde, integrado de “*uma rede regionalizada e hierarquizada*”, buscou privilegiar dentre suas diretrizes a *descentralização das ações e serviços públicos*, atribuindo direção única em cada esfera de governo.

A Lei nº 8.080/1990, por sua vez, ao disciplinar o direito constitucional à saúde, estabeleceu como princípio a “*ênfase na descentralização dos serviços para os municípios*” (art. 7º, IX, “a”), definindo como atribuição comum à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a promoção da *articulação da política e dos respectivos planos de saúde* (art. 15, XVIII). Ao mesmo tempo, releva notar que à direção estadual compete “*promover a descentralização para os*

Municípios dos serviços e das ações de saúde” (art. 17, I), enquanto a efetiva *execução dos serviços públicos de saúde* se insere na competência da direção municipal (art. 18, I).

Ao lado dessa disciplina legal, que indica um movimento no sentido de privilegiar a atuação local, regional e descentralizada no âmbito da saúde, cumpre ainda salientar que, conforme o art. 36, § 1º da mesma legislação, “*a base das atividades e programação de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS)*” é estipulada nos *planos de saúde*, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações que não estejam neles previstas (§ 2º).

Expostas as premissas legais, depreende-se que *inexiste na legislação qualquer delimitação genérica acerca das ações e serviços públicos prestados em cada ente federativo*, dada a *unidade e organicidade* do SUS. Em verdade, a garantia fundamental de acesso à saúde pública se operacionaliza, na prática, mediante a *ação integrada e conjunta* dos diversos agentes que dela se ocupam, do que deflui que a *hierarquia* não redunde na estipulação de “níveis de competência ou de serviço” – como se a atuação do Estado em determinada área excluísse o dever prestacional do Município (ou vice-versa).

Não por outra razão, o Supremo Tribunal Federal já assentou a tese de que, sendo o direito à saúde alcançado por uma prestação estatal (em gênero), há *responsabilidade solidária* dos entes federados, que poderão ser *demandados isolada ou conjuntamente* para o seu cumprimento:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA.

O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.

(STF, Plenário, RE 855178, Rel. Min. Luiz Fux, DJe 16/03/2015)

Nessa exata medida, parece-nos que a pressuposição da existência de “*Município habilitado apenas na Gestão Plena de Atenção Básica quanto aos serviços de saúde*” é, em si, falaciosa e contraditória com a assunção de prestações que excedam a atenção básica (média e alta complexidade).

Com efeito, ainda que a atuação municipal adote como partida procedimentos mais básicos e universais, já se demonstrou que tal competência não é genericamente estabelecida em lei (dado que a Constituição incumbiu ao Estado, enquanto gênero, abrangendo também os Municípios, a obrigação de prover o direito à saúde). E, por outro lado, a prestação de ações e serviços que inicialmente não eram efetivados no Município pressupõe a *autorização no respectivo plano de saúde* (que, assim, contempla competências mais abrangentes que a atenção básica) e compatibilidade com a programação anual orçamentária.

Tornando explícito o conteúdo do argumento, seria impossível a definição genérica de um conteúdo mínimo a ser prestado por realidades municipais tão díspares, de sorte que reduzir a atuação municipal à atenção básica constitui generalização incompatível com a organização do SUS e com a ordem constitucional. Repita-se: a assunção de obrigações excedentes à atenção básica *pressupõe* planejamento específico do Município e integração com as demais esferas, o que não autoriza, de maneira alguma, a conclusão de que nessa hipótese a prestação exorbita sua competência.

Firme esse entendimento, há que se ressaltar que, ante a eventual formalização de Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, seria possível a exata distinção das obrigações assumidas⁴ – situação que, portanto, autorizaria compreensão diversa da sustentada até aqui.

Nesse propósito, observa-se que o comando constitucional disciplina a *hierarquização* nos níveis de atenção de saúde (Nível de Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade, ou ainda Atenção Primária, Secundária e Terciária) e não de hierarquia de competências e responsabilidades entre os gestores.

Nesse sentido, colaciona-se trecho elucidativo da petição juntada pela COSEMS/PR (peça 32):

Mormente se tem utilizado a denominação Gestão Plena, quando um Município assume a gestão dos recursos federais do Teto Financeiro da Média e Alta Complexidade - MAC, além dos recursos da Atenção Básica, de vigilância em saúde, de assistência farmacêutica, etc., e **mesmo quando a gestão dos recursos da MAC fica a cargo do Gestor Estadual, exemplo do caso em tela, não se pode dizer que o gestor não é pleno, pois essa denominação caiu por terra há muito tempo, além do que restou comprovado que o Gestor Municipal é o responsável juntamente com Estados e União pela integralidade da atenção à saúde da população.**

(...)

Entendemos que o Município, mesmo não detendo a Gestão do Teto Financeiro Federal da MAC, é gestor pleno nas suas responsabilidades, sendo que podemos citar como exemplo o Município que mesmo não possuindo atendimentos de média e alta complexidade no seu território para sua população, tem como atribuição pactuar nos colegiados de gestão (CIR ou CIB), a referência para esses atendimentos, não restando dúvida que a gestão por meio de habilitações em uma ou outra modalidade está totalmente ultrapassada.

⁴ Nos termos do art. 33 do Decreto nº 7.508/2011, trata-se do “*acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde*”, cujo objeto “*é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários*”. Ainda, segundo o art. 36, inciso III do mencionado ato normativo, é disposição essencial do Contrato Organizativo a definição de “*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*”.

Neste sentido, **não cabe mais dizer que o Município está invadindo a esfera de atribuições do Estado, não cabe dizer que o Município não está em gestão plena, ou que só poderia realizar os serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB, ou que é responsável apenas pela atenção básica, já que com seus recursos próprios sempre realizaram e financiaram procedimentos de média e alta complexidade.**

Ainda, com o devido respeito à manifestação formulada em sede de Parecer, não podemos concordar com a alegação de que a aplicação de recursos públicos municipais visando a criação de programas de incentivo à hospitais que prestam atendimento de média e alta complexidade, seria “burla ao sistema de saúde” ou “invasão nas atribuições do Estado” e mais ainda quando diz que o Estado “é responsável pela média e alta complexidade”, acreditamos que **ficou devidamente comprovado que não é atribuição exclusiva, mas sim solidária.**

(...)

Mesmo não assumindo a gestão do Teto Financeiro Federal da MAC, não encontramos óbice para que os municípios repassem recursos às entidades que realizam atendimentos de média a alta complexidade, (essa hipótese, deverá é claro, ser pactuada nos colegiados de gestão CIR e CIB, para fortalecimento do processo de regionalização, de forma solidária (REGIONALIZAÇÃO SOLIDÁRIA), de acordo com o que prevê a Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017 e a Resolução CIT nº 37 de 28 de março de 2018, sem desprezar a direção única no SUS), mesmo porque, desde a década de 90, os Municípios estabeleceram os Consórcios Intermunicipais de Saúde, que no Paraná foram criados justamente para prestar serviços de média e alta complexidade, subsidiados com recursos próprios municipais.

Além desse exemplo, temos outro caso bem típico de financiamento de serviços/procedimentos de MAC, que são os repasses dos municípios para subsidiar o SAMU, onde cabe aos municípios financiar 25% do valor total de custeio desse serviço, juntamente com Estados e União.

Em que pese a atenção básica ainda não cobrir 100% da população, o que não é algo atribuível única e exclusivamente à vontade da gestão, já que outros fatores influenciam na cobertura, **os Municípios sempre financiaram e ainda financiam procedimentos de MAC, seja quando realizam um exame de urina, uma ultrassonografia (procedimento de média complexidade) para uma gestante, seja quando financia uma consulta de especialidade (procedimento de média complexidade) no Consórcio ou quando subsidia o custeio dos atendimentos do SAMU.**

(...)

Desta forma, não procede a alegação de que só podem realizar ou financiar procedimentos de MAC no caso de assumirem a gestão plena, o que atualmente não ocorre mais, ou de não possuírem a gestão dos recursos do Teto MAC Federal, pois, **na prática diária dos Municípios a gestão do SUS que garante a atenção à saúde da população em níveis de complexidade, não é fragmentada.**

A repartição das responsabilidades ao longo da história se deu através da edição de portarias ministerial ou de pactuações nos colegiados de gestão (CIT, CIB). Essas pactuações são cumpridas de modo a organizar o sistema, assim, **quando o município alega que não é gestor pleno, podemos concluir que não assumiu a gestão integral do Teto MAC Federal relativo aos prestadores de serviços localizados em seu município, apenas esse recurso é que fica sob gestão do Estado e não a gestão da saúde do município como um todo.** Importante lembrar que existem municípios que não possuem em seu território

nenhum serviço com TETO MAC Federal, portanto nunca poderão assumir a gestão do teto MAC (antiga gestão plena), o que não os desobriga de realizar e/ou custear com os seus recursos próprios procedimentos e serviços de média e alta complexidade.

(...)

Dito tudo isto, podemos concluir que, **não é a condição de gestão que nem mais se aplica que determina as responsabilidades dos gestores no SUS, mas as legislações vigentes, principalmente a Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012, já citada, as pactuações que ocorrem nos colegiados de gestão (CIT, CIB e CIR),** que depois se traduzem em portarias ou resoluções e que passam a ter força de lei para os gestores do SUS.

(sem grifos no original)

Nessa linha de raciocínio, a assunção pelo município, de uma ou outra condição de gestão (ou Gestão Plena da Atenção Básica ou a Gestão Plena do Sistema) não limitará sua competência constitucional. Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a definição genérica de um conteúdo mínimo a ser prestado por realidades municipais tão distintas seria prejudicial à população, de modo que reduzir a atuação municipal à atenção básica constitui generalização incompatível com a organização do SUS e com a ordem constitucional.

Definido o novo entendimento deste *Parquet* Especializado acerca da temática debatida, propomo-nos a rever, pontuadamente, a resposta ao quesito formulado pelo consulente.

Como se relatou, a gestão do SUS se dá a nível tripartite, os princípios e diretrizes do SUS, dispostos na Constituição Federal e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelecem que a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) seja fundamentada na distribuição de competências entre a União, os estados e os municípios, cabendo às três esferas de governo, de maneira conjunta, definir mecanismos de controle e avaliação dos serviços de saúde, monitorar o nível de saúde da população, gerenciar e aplicar os recursos orçamentários e financeiros, definir políticas de recursos humanos, realizar o planejamento de curto e médio prazo e promover a articulação de políticas de saúde, entre outras ações.

Não se olvide, ainda, que respeitada a integralidade de atendimento, abrangida pela regionalização, cada ente público só é responsável pela execução dos respectivos **planos de saúde**, em compatibilidade com a programação anual orçamentária, segundo a regra do art. 36 e seus parágrafos, da Lei nº 8.080/90:

"§ 1º. Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde — SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde."

Desse modo, considerando que inexistente na legislação delimitação absoluta acerca das ações e serviços públicos prestados em cada ente federativo, dada a unidade e organicidade do SUS, pode-se afirmar que a assunção de obrigações excedentes à atenção básica pressupõe planejamento específico do Município e integração com as demais esferas, desde que as ações estejam devidamente contempladas no respectivo plano de saúde, de forma que não se pode admitir como correta a assertiva de que ocorre, nessa hipótese, prestação que exorbita sua competência.

Nesse desiderato, **retificando** o quanto exposto em nossa manifestação anterior, os gestores dos SUS poderão num processo de regionalização solidária, observando a legislação do SUS vigente e o plano anual de saúde, pactuar sobre como será dado o financiamento e repasse dos recursos aos prestadores de serviços. Assim, pode-se concluir no sentido de que **não é vedado, pelo ordenamento jurídico que rege a matéria, a um Município que se encontra em Gestão Estadual dos recursos do SUS (não Gestão Plena), criar Programa de Incentivo à Qualificação de Especialidades Hospitalares com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional, desde que o faça mediante planejamento prévio e pactuação nos órgãos colegiados de gestão da saúde (notadamente CIB e CIT).**

As demais questões suscitadas pelo gestor, relacionadas ao repasse efetivo de recursos ao ente hospitalar, não devem ser objeto de resposta, pois relacionadas diretamente a situação concreta que foi exposta de maneira apenas parcial no âmbito da consulta, carecendo, portanto, de elementos que possam embasar o oferecimento de resposta objetiva e abstrata sobre o tema. Ainda, o enfrentamento de tais questões exigiria a análise e interpretação concreta dos instrumentos de contratualização mantidos pelo ente hospitalar, o que é incompatível com o objeto do processo de consulta.

Diante de todo o exposto, o Ministério Público, revendo as conclusões expostas no Parecer nº 399/17, manifesta-se pela resposta à consulta nos termos deste opinativo.

Curitiba, 23 de novembro de 2018.

Assinatura Digital

FLÁVIO DE AZAMBUJA BERTI
Procurador-Geral do Ministério Público de Contas