

PROTOCOLO Nº: 329249/21
ORIGEM: MUNICÍPIO DE MORRETES
INTERESSADO: SEBASTIAO BRINDAROLLI JUNIOR
ASSUNTO: CONSULTA
PARECER: 69/22

Consulta. Município de Morretes. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Média e alta complexidade. Direito à saúde. Competência material comum. Expansão das políticas de saúde pelo Município. Possibilidade. Necessidade de manutenção do equilíbrio orçamentário e fiscal. Contabilização dos gastos como despesa com pessoal. Parecer ministerial pelo conhecimento e oferecimento de resposta.

Trata-se de consulta formulada pelo Município de Morretes, por meio de seu Prefeito Municipal, Sebastião Brindarolli Junior, por meio da qual indaga (peça 3) se deverão ser contabilizados como despesa com pessoal os gastos relacionados à prestação de serviços de saúde de média complexidade (ligados ao SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), quando executados por Consórcio de Saúde do qual fazem parte Municípios de pequeno porte.

O parecer jurídico do consulente foi colacionado na peça 4, em que aduz, inicialmente, que “Municípios de pequeno porte, como é o caso de Morretes, são dispensados do fornecimento de atendimento médico de média e alta complexidade, segundo normativa do Ministério da Saúde e, em razão disso, para não deixar a sua população desassistida, os municípios do Litoral Paranaense, formalizaram um consórcio intermunicipal para atendimento de demandas de média e alta complexidade em saúde, onde cada um contribui financeiramente e possui atendimento para casos em que a sua estrutura básica não comporta”. Em razão disso, conclui “pela desnecessidade da inclusão dos valores pagos ao contrato de rateio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Litoral do Paraná – CISLIPA, na alínea ‘outros gastos com pessoal’ do Município de Morretes”.

O Relator, Conselheiro Fernando Augusto Mello Guimarães, ao conhecer a Consulta, determinou a remessa dos autos à Escola de Gestão Pública para verificação da existência de precedente nesta Corte a respeito do objeto da consulta (Despacho nº 450/21, peça 6).

A Supervisão de Jurisprudência e Biblioteca, então, apresentou a Informação nº 62/21 (peça 7), em que mencionou a existência do Acórdão nº 1357/18 – Tribunal Pleno (Consulta nº 296362/16) e do Acórdão nº 125/07 – Tribunal Pleno (Consulta nº 422094/06).

A Coordenadoria-Geral de Fiscalização, ao analisar a matéria constante do feito, aduziu que “vislumbram-se impactos imediatos em sistemas ou em fiscalizações realizadas pelas Coordenadorias”, motivo pelo qual recomendou que, após o julgamento do processo, sejam os autos encaminhados à CGF para avaliação quanto à “eventual necessidade de atualização dos sistemas e das orientações às equipes de fiscalização” (Despacho nº 692/21, peça 9).

A Coordenadoria de Gestão Municipal, por fim, manifestou-se por meio da Instrução nº 3589/21 (peça 10), em que concluiu, inicialmente, que “segundo o entendimento dessa Corte de Contas firmado nos Acórdãos nº 3258/20 e nº 282/21, ambos do Tribunal Pleno, conclui-se pela desnecessidade do cômputo como despesa de pessoal das despesas efetuadas por Municípios em consórcios públicos, destinados exclusivamente a manutenção e gestão do SAMU, porquanto responsável por serviços de média e alta complexidade”.

Ainda, consignou que “para a contabilização da referida despesa, o Município poderá utilizar o Grupo de Natureza de Despesa 3 (Outras Despesas Correntes) e, caso se trate de Despesa decorrente de Contrato de Rateio pela Participação do Ente Federativo em Consórcio Público, o elemento de despesa 70 (Rateio pela Participação em Consórcio Público), mantendo-se atento, quanto a eventuais alterações efetuadas nas normativas responsáveis pela regulamentação da matéria, para que as classificações orçamentárias sigam atualizadas”.

É o breve relatório.

Preliminarmente, verifica-se que os requisitos de admissibilidade, previstos no art. 311 do Regimento Interno da Corte, foram satisfeitos por esta consulta: (i) o consulente é autoridade legítima; (ii) a dúvida foi formulada mediante quesito objetivo e em tese; (iii) o questionamento versa sobre matéria inserida no âmbito de competência interpretativa do Tribunal de Contas; (iv) a petição inicial foi instruída com parecer jurídico emitido pela assessoria técnica do consulente.

Ainda preliminarmente, esclareça-se que tramitam nesta Corte as Consultas nº 295714/16, 564948/17 e 292848/20, que abordam o tema central deste feito, qual seja, a contabilização, como despesa de pessoal, dos gastos com

terceirização de serviços de saúde de média e alta complexidade prestados por Municípios e Consórcios.

Assim, para assegurar a formação de jurisprudência coerente e íntegra, recomenda-se o apensamento dos processos para que seja prolatada decisão única, consoante previsão do art. 364 do Regimento Interno.

Sobre o mérito, de antemão, o Ministério Público de Contas, com o devido respeito à unidade técnica, entende que não há argumento, seja de ordem constitucional ou legal, capaz de embasar a conclusão de que aos Municípios compete apenas a prestação dos serviços inerentes à atenção básica da saúde.

Em verdade, a análise da legislação aplicável à espécie conduz ao raciocínio de que, dada a unidade e organicidade do SUS, os entes federativos deverão agir de maneira articulada e coordenada para a implementação das políticas de saúde, sendo inviável a restrição, *a priori*, da competência de cada um deles nessa matéria. Essa é a base da chamada gestão tripartite do Sistema Único de Saúde.

Veja-se que o art. 198 da Constituição, ao consagrar a existência de um sistema público de saúde, buscou privilegiar dentre suas diretrizes a descentralização das ações e serviços públicos, atribuindo direção única em cada esfera de governo. Ademais, o art. 23, II, da Constituição, estabelece como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”.

Conclui-se, portanto, que o acesso aos bens e serviços inerentes à saúde pública se operacionaliza mediante a ação integrada e conjunta dos diversos agentes que integram o SUS, o que conforma verdadeiro exemplo de federalismo cooperativo. Em outras palavras, a existência de competência constitucional comum impõe à União, Estados, Distrito Federal e Municípios a atuação conjunta e coordenada para que o direito seja tutelado de maneira adequada.

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 de ordem geral, que indica um movimento no sentido de privilegiar a atuação local 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).

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)

Recentemente, ao julgar a ADI 6.343, o entendimento da Suprema Corte foi reforçado, como se extrai do seguinte excerto da ementa do julgado:

2.A gravidade da emergência causada pela pandemia do coronavírus (COVID-19) exige das autoridades brasileiras, em todos os níveis de governo, a efetivação concreta da proteção à saúde pública, com a adoção de todas as medidas possíveis e tecnicamente sustentáveis para o apoio e manutenção das atividades do Sistema Único de Saúde.

3.A União tem papel central, primordial e imprescindível de coordenação em uma pandemia internacional nos moldes que a própria Constituição estabeleceu no SUS.

4.Em relação à saúde e assistência pública, a Constituição Federal consagra a existência de competência administrativa comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios (art. 23, II e IX, da CF), bem como prevê competência concorrente entre União e Estados/Distrito Federal para legislar sobre proteção e defesa da saúde (art. 24, XII, da CF); permitindo aos Municípios complementar a legislação federal e a estadual no

que couber, desde que haja interesse local (art. 30, II, da CF); e prescrevendo ainda a descentralização político-administrativa do Sistema de Saúde (art. 198, CF, e art. 7º da Lei 8.080/1990), com a consequente descentralização da execução de serviços, inclusive no que diz respeito às atividades de vigilância sanitária e epidemiológica (art. 6º, I, da Lei 8.080/1990).

5. Não compete, portanto, ao Poder Executivo federal afastar, unilateralmente, as decisões dos governos estaduais, distrital e municipais que, no exercício de suas competências constitucionais, adotaram ou venham a adotar, no âmbito de seus respectivos territórios, importantes medidas restritivas como a imposição de distanciamento ou isolamento social, quarentena, suspensão de atividades de ensino, restrições de comércio, atividades culturais e à circulação de pessoas, entre outros mecanismos reconhecidamente eficazes para a redução do número de infectados e de óbitos, como demonstram a recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) e vários estudos técnicos científicos, como por exemplo, os estudos realizados pelo Imperial College of London, a partir de modelos matemáticos (The Global Impact of COVID19 and Strategies for Mitigation and Suppression, vários autores; Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand, vários autores).

(STF, Plenário, ADI 6.343, Rel. para Acórdão Min. Alexandre de Moraes, DJe 30/04/2020)

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.

Nesse contexto jurídico-normativo, seria impossível a definição de competências estanques e pré-determinadas a serem exercidas por realidades municipais tão díspares, de sorte que reduzir a atuação municipal à atenção básica constitui generalização incompatível com a organização tripartite do SUS e com o federalismo cooperativo que se impõe sobre a matéria.

Ora, 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.

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. Trata-se, em verdade, de legítimo exercício de competência material comum outorgada pela Constituição aos entes federati vos.

Apenas ilustrativamente, seria absurdo cogitar que municípios de grande porte, como capitais e outros pujantes centros urbanos, estivessem legalmente circunscritos a apenas gerir a atenção básica do SUS, e que as respectivas políticas municipais abrangendo serviços de média e alta complexidade seriam mero exercício de poder discricionário. Em suma, municípios com capacidades distintas não devem ser artificialmente equiparados, como se a todos eles fossem concedidos os mesmos deveres legais no âmbito da saúde.

Nesse passo, ao assumir a execução (ainda que indireta) de quaisquer serviços que extrapolem a atenção básica à saúde, o Município nada mais faz que cumprir o dever constitucional que compartilha com Estado e União, alinhado que está com todo o arcabouço normativo que ampara as políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde – inclusive, na esfera municipal, a fixação de diretriz específica em seu Plano de Saúde.

Da mesma forma, a normativa infraconstitucional que disciplina a organização e funcionamento do SUS não restringe a atribuição dos Municípios à atenção básica. É o caso, por exemplo, da Portaria nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde, que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”.

De acordo com o consulente, o referido ato normativo circunscreveria a atuação dos Municípios à atenção básica. Argumenta o parecer técnico colacionado (peça 4) que “os serviços especializados, os plantões médicos prestados em período noturno, finais de semana e feriados e os serviços de saúde de média e alta complexidade têm sido considerados de natureza complementar às ações de atenção básica de saúde a que se refere a Portaria nº 2.488/2011, do Ministério da Saúde e, desta forma, extrapolam a competência municipal e não devem ser considerados no índice de pessoal dos municípios”.

Ocorre, porém, que referido ato normativo apenas delimita as atribuições de cada ente federativo no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Nesse sentido, são definidas as funções da União, Estados, Distrito Federal e Municípios no planejamento, coordenação e execução da política, de modo a concatenar a atuação de todos os atores que integram o SUS. E, por óbvio, não poderia uma normativa infraconstitucional restringir competência outorgada pela própria Constituição aos Municípios.

De modo que se conclui, sem qualquer margem de dúvida, que os serviços de média e alta complexidade não foram excluídos da esfera de atribuição dos Municípios. Em relação a tais serviços, portarias específicas regulamentarão as incumbências de cada ente federativo, garantindo-se, assim, uma divisão equitativa de papéis que viabilize a universalização de cada política do SUS. Este é o modelo, afinal, sobre o qual se organiza a gestão tripartite do sistema público de saúde.

Considerando esse contexto, é importante frisar que não se está questionando a natureza do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Trata-se, pois, de atividade ligada preponderantemente à atenção secundária do SUS, ou seja, serviço de média complexidade. Isso, no entanto, não prejudica a natureza comum da competência constitucional de efetivação do direito à saúde, de sorte que nada impede a sua assunção pelos Municípios, individualmente ou mediante a constituição de Consórcios.

Tal assunção não se caracteriza como extraordinária, muito menos situação de atuação “complementar” do Município. Trata-se, com efeito, de reconhecimento da capacidade para a incorporação do serviço, inclusive com o recebimento de incentivos financeiros por parte da União e do Estado. Por inexistir qualquer nota de excepcionalidade nesse movimento, os gastos com a sua prestação deverão ser contabilizados de acordo com a LRF, inclusive no que diz respeito às despesas com pessoal.

Aliás, as decisões mencionadas pela unidade técnica em seu instrutivo (Acórdão nº 3258/20 – Tribunal Pleno, proferido na Representação nº 562442/18, e Acórdão nº 282/21 – Tribunal Pleno, proferido na Representação nº 776094/18), referem-se a casos concretos, o que impõe certa dose de cautela para que suas conclusões sejam generalizadas para a análise abstrata da questão posta nestes autos.

Demais disso, referidos Acórdãos não apontam fundamento constitucional ou legal que pudesse justificar a delimitação da competência municipal à atenção básica. Constatações que reforçam o raciocínio vertido até aqui, que

prestigia a competência constitucional comum em matéria de saúde pública, bem como o protagonismo municipal na gestão do SUS.

Por tais considerações é que o Ministério Público de Contas, com a devida vênia ao instrutivo técnico e ao parecer do consultante, conclui que inexistente fundamento para excepcionar a regra do art. 18 da Lei de Responsabilidade Fiscal. Tal dispositivo, por constituir relevante mecanismo de racionalização e planejamento da estruturação das ações do Poder Público, que em regra demandam a mobilização de pessoal, deve ser reforçado para garantir que a eventual expansão das políticas públicas de saúde observe o necessário equilíbrio orçamentário e fiscal.

Destaque-se que esse também é o entendimento adotado pelo Tribunal de Contas de Minas Gerais, consolidado em processo de consulta, como se denota da ementa ora colacionada:

CONSULTA - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - 1) AÇÕES E SERVIÇOS NOS NÍVEIS DE BAIXA, MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - POSSIBILIDADE - A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (BAIXA COMPLEXIDADE) SÓ É PERMITIDA QUANDO ESGOTADA A CAPACIDADE INSTALADA DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS - 2) REPASSE DE RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - POSSIBILIDADE, DESDE QUE O REPASSE NÃO SEJA INTEGRAL - VEDAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DA TOTALIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE AO CONSÓRCIO - 3) CONTRATAÇÃO DE PESSOAL - POSSIBILIDADE, DESDE QUE PARA ATUAR NOS SERVIÇOS COMUNS DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS - A CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NECESSITA SER PRECEDIDA DE CONCURSO PÚBLICO - **DESPESAS COM PESSOAL: CÔMPUTO NO TOTAL DE GASTOS COM PESSOAL DE CADA CONSORCIADO - LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL (LRF) - CESSÃO DE SERVIDORES - POSSIBILIDADE - CONSULTA N. 657438 - NECESSIDADE DE CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO. (CONSULTA n. 896648. Rel. CONS. WANDERLEY ÁVILA. Sessão do dia 25/06/2014. Disponibilizada no DOC do dia 05/08/2014.)**

No corpo da referida consulta, foi oferecida resposta sobre a contabilização de gastos decorrentes do contrato de rateio que fixa a participação de cada Município no consórcio:

4) Que as despesas com pessoal, realizadas pelo consórcio na efetivação das ações de saúde de interesse comum, **devem ser computadas no total dos gastos com pessoal dos entes consorciados em atendimento ao disposto nos art. 18 a 20 da LRF**, guardando a

proporcionalidade de participação estabelecida no contrato de rateio. Ressalto que, na ocorrência de cessão de servidores efetivos dos municípios consorciados para o consórcio, deverão ser observados todos os requisitos necessários à legalidade do respectivo ato de cessão, conforme relacionados no parecer desta Corte, em resposta à Consulta nº 657.438.

Isso posto, o Ministério Público de Contas opina pelo conhecimento da consulta, e, no mérito, pelo oferecimento da seguinte resposta: os gastos relacionados à prestação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) deverão compor o índice de despesa com pessoal, nos termos dos artigos 18 e 20 da Lei de Responsabilidade Fiscal, ainda quando executados por consórcio público.

Curitiba, data da assinatura digital.

Assinatura Digital

MICHAEL RICHARD REINER
Procurador-Geral em exercício do Ministério Público de Contas