



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST

ASSUNTO: Bloco de atenção Média e Alta Complexidade do Sistema Único de Saúde.

EMENTA: Do bloco de financiamento “Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”. Divisão de competências entre os entes federados na atenção em saúde. Transferência dos Recursos Federais em Blocos de Financiamento. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade -CNRAC e da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade –CERAC. Teto MAC. Autorização de Internação Hospitalar. Tratamento Fora do Domicílio e da Programação Pactuada Integrada. Internação em UTI. Decisões Judiciais que obrigam a União a realizar procedimentos de média e alta complexidade.

RELATÓRIO

Senhor Consultor Jurídico,

Tendo em vista o crescente número de demandas judiciais cujos objetos são procedimentos de média e alta complexidade e diante de petições iniciais que, muitas vezes, tentam erigir premissas sem sustentáculo no ordenamento jurídico, pretende-se, por meio destas breves linhas, explicar a

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

sistemática de funcionamento do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Espera-se, assim, munir as mais diversas instituições como, por exemplo, Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, todas diretamente envolvidas no fenômeno da “judicialização da saúde”, com o conhecimento necessário para assegurar que, no desempenho das respectivas atribuições, tenham uma atuação consciente, crítica e, sobretudo, voltada para o fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, em cumprimento aos comandos constitucionais.

É o relatório.

FUNDAMENTAÇÃO

Ante a variedade de atos normativos infralegais que orientam as ações do SUS, torna-se visceral tecer algumas considerações sobre a divisão de competências e as atribuições de financiamento de cada ente da federação, para, posteriormente, ser feita uma análise mais aprofundada do chamado Teto MAC (limite máximo dos recursos transferidos pela União aos Estados e aos Municípios para ações referentes aos procedimentos de saúde de média e alta complexidade) e das demandas judiciais mais recorrentes referentes a esta matéria.

Do bloco de financiamento “Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar”

O bloco de financiamento Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar “é composto por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.”¹

Também pode ser definido como “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde.”²

Como exemplos das principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes, temos: assistência ao paciente oncológico, cirurgia cardiovascular, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos de neurocirurgia, cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, distrofia muscular progressiva, para citar alguns.

Da Divisão de competências entre os entes federados na atenção em saúde

A concretização do SUS, consoante o disposto na Constituição da República, é de responsabilidade dos três entes da federação. A Lei Maior estatui que o SUS perfaz um sistema único, organizado como uma rede regionalizada e hierarquizada, sendo o princípio da descentralização uma diretriz dos serviços públicos de saúde (artigo 198).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) possui disposição neste sentido:

¹ [Http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm)

² [Http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/)



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;”

A descentralização do sistema ocorre com ênfase na municipalização (princípio do SUS, inc IX, art 7º, da Lei 8.080/90, supra transcrito).

A Lei atribuiu aos Municípios responsabilidade pela execução e prestação direta dos serviços de saúde (art. 18, incisos I, IV e V, da Lei n.º 8.080/90). Isso compatibiliza o sistema com o estabelecido pela Constituição no seu artigo 30, VII:

"Compete aos Municípios (...) prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população".

Nesse sentido, destaca-se que uma das competências do Ministério da Saúde é “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

abrangência estadual e municipal” (incs. XV, do art. 16). Do mesmo modo, entre as competências das Secretarias Estaduais de Saúde, encontra-se: “promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde” (art. 17, inc. I).

Ocorre que, em geral, os serviços de saúde de média ou alta complexidade, encontram-se na abrangência dos Estados-membros.

Todavia, pode ser pactuada, entre os Municípios e a Secretaria Estadual de Saúde, a gerência e a gestão do serviço de média e alta complexidade, com o repasse dessas atribuições a um Município ou a consórcios municipais. Assim, é possível inferir que os serviços de saúde que atendam apenas à população do próprio município devem ser municipalizados, mesmo que envolvam atendimentos de média e alta complexidade, já que se pode criar um consórcio de municípios para oferecer o serviço de forma regular.

O desenvolvimento da regionalização e hierarquização das ações de saúde de média e alta complexidade é crucial para se alcançar a integralidade da assistência, em atendimento ao comando constitucional.

Os principais instrumentos de regionalização são o Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão (componente do Pacto pela Saúde), o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada.

A linha executiva do SUS traça que a realização das ações de saúde deve ser implementada por seus gestores locais (de acordo com suas características regionais, demográficas e epidemiológicas). Essa configuração restou formalizada definitivamente em 26 de janeiro de 2006, pelos Gestores do SUS, por ocasião de reunião da Comissão Intergestores Tripartite, culminando no Pacto pela Saúde.

Com efeito, as redes devem ser pactuadas com relação a todas as responsabilidades e a todas as ações de saúde que forem necessárias para o atendimento integral da população. A configuração da rede e das regiões será definida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Cada CIB deverá



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde.

A Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, dispôs sobre as diretrizes do Pacto pela Saúde, o qual apresentou um avanço em relação à Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS. Isso confirma que gestores dos três entes federados concordaram com a descentralização e assumiram espontaneamente a responsabilidade de concretizá-la.

Da Transferência dos Recursos Federais em Blocos de Financiamento

Com o escopo de permitir a descentralização do Sistema, torna-se necessária a transferência de recursos federais em blocos de financiamento aos Estados e Municípios, uma vez que o financiamento do SUS possui, como fonte conjunta, recursos dos orçamentos dos três entes federados.

Inicialmente, é mister ressaltar que os atos normativos infralegais que tratam da transferência dos recursos federais em blocos de financiamento são adotados por decisão baseada em consenso dos gestores: representantes dos Municípios, dos Estados, do Distrito federal e da União. Não há que se falar, portanto, em imposição dos atos da União sobre os demais entes.

A regulamentação do financiamento e da transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde é feita, primordialmente, pela Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007, a qual estatui que os recursos serão transferidos na forma de blocos de financiamento. Estes, por sua vez, são constituídos por componentes, conforme as especificidades das ações e dos serviços de saúde pactuados.

O financiamento da União para o Sistema Único de Saúde (SUS) através de blocos de financiamento visa a possibilitar que Municípios, Estados e o Distrito Federal assumam a responsabilidade gerencial,

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

sendo os recursos que compõem os blocos transferidos do fundo federal para o fundo estadual e municipal, em conta única e específica para cada bloco de financiamento. Assim, estabelece o art. 4º da referida Portaria:

“Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

- I- Atenção Básica
- II- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III- Vigilância em Saúde;
- IV- Assistência Farmacêutica
- V- Gestão do SUS.”
- VI- Investimentos.

As ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são financiadas pelo Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, previsto no inciso II, supracitado, o qual subdivide-se em 2 componentes. São eles:

“Art. 13. O Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial Hospitalar será constituído por dois componentes:

- I- Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar- MAC; e
- II- Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC.”



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

As ações de média e alta complexidade em saúde e os incentivos transferidos mensalmente serão custeadas especificamente pelo Componente Limite Financeiro em Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC (genericamente chamado de Teto MAC) dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC, por sua vez, é composto pelos recursos vocacionados ao financiamento dos itens previstos no artigo 16 da Portaria em tela, a saber:

“Art. 16- Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação- FAEC, considerado o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I -procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade- CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III- ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV- novos procedimentos, não relacionados aos constantes na tabela vigente ou que não possuem parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de 6 meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária á sua agregação ao Componente Limite Financeiro em Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC.

§ 1º- Projetos de Cirurgia Eletiva de Média e Alta Complexidade são financiados por meio do Componente-FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.”



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

De modo geral, os procedimentos financiados pelo FAEC não possuem limites financeiros, sendo repassados os recursos da produção aprovada. Já o repasse dos recursos ao MAC ocorre pela produção estimada, como será analisado abaixo.

Portanto, conclui-se que os pagamentos dos custos com os procedimentos hospitalares de média e alta complexidade são efetuados com as verbas integrantes do Bloco de Financiamento da Atenção na Média e Alta Complexidade, através de seus 2 componentes.

Compreendida a sistemática dos repasses de recursos aos Estados e Municípios, claro está que os procedimentos de média e alta complexidade não são realizados pelo Ministério da Saúde, mas sim por meio dos gestores locais. Neste bloco de financiamento, a União assume o papel de definir as políticas públicas e repassar regularmente os valores definidos no limite financeiro dos Estados e Municípios com gestão plena, isto é, aqueles que pactuaram que irão oferecer os serviços neste bloco de atenção. Destarte, é descabida a inclusão da União como legitimada passiva em demandas judiciais cujo objeto é a realização dos procedimentos em comento, haja vista que cabe aos demais entes federados a realização dos procedimentos.

Em outras palavras, é irregular o chamamento da União para uma responsabilidade que ela já cumpre, porquanto isso, por desdobramento, culminaria da duplicidade, onerosa e injusta, de dispêndio de recursos para fins idênticos.

Contudo, nem sempre os serviços ambulatoriais e hospitalares estão disponíveis na localidade onde os usuários residem. Frise-se que não se trata de uma falha do SUS, mas de uma questão de estratégia. Com efeito, para a obtenção de um nível de qualidade adequado, muitas vezes, é imprescindível a manutenção de um número mínimo de demanda e, dessa forma, nem sempre é desejável a expansão numérica dos serviços de alta complexidade. Tendo em vista a relevância de manter a garantia de acesso dos usuários do SUS aos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade não ofertados ou ofertados com grande restrição de demanda na localidade onde

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

residem e levando em conta tanto os elevados custos para implantação e manutenção da infra-estrutura desses serviços como a escassez de recursos humanos especializados, foi instituído, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde- SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade -CNRAC.

Convém, neste momento, fazer uma análise mais detida sobre os procedimentos regulados pela CNRAC.

Da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade -CNRAC e da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade -CERAC

Conforme visto algumas linhas atrás, o Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade é constituído por dois Componentes: o Teto MAC e o FAEC. Cumpre assinalar que a lei 8080/90, em seu artigo 16, inciso III, alínea “a”, estatui que compete à direção nacional do SUS, isto é, ao Ministério da Saúde, definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade em âmbito nacional. Por esta razão, os procedimentos regulados pela CNRAC são financiados pelo Componente FAEC, cujos recursos são provenientes da União, nos termos do artigo 16, inciso I da Portaria GM/MS 204/2007.

Nesse mesmo sentido, a CNRAC foi instituída pela Portaria GM/MS 2.309/2001, a qual a subordinou à Secretaria de Atenção à Saúde-SAS e definiu que o Ministério da Saúde financiará os procedimentos com recursos do FAEC, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os Estados e Municípios.

Com o escopo de fazer mais detalhamentos sobre a CNRAC e implementá-la, foi publicada a Portaria SAS 589/2001, a qual determina, em seu artigo 3º, como as solicitações de atendimento de pacientes serão inscritas na Central:

“Art. 3º - Estabelecer que somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Parágrafo Único – Haverá insuficiência quando a oferta de serviços em determinada área assistência for menor que o parâmetro de cobertura definido pelo Ministério da Saúde, e na inexistência desse parâmetro, da média nacional de execução do procedimento.”

Previamente à realização do procedimento, as solicitações deverão ser encaminhadas pela Central Estadual de Regulação à CNRAC. Os procedimentos realizados em pacientes de outros Estados que não forem anteriormente encaminhados e autorizados pela CNRAC não serão custeados pelo FAEC.

Ressalte-se, por oportuno, que as Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade-CERAC foram criadas com o desiderato de descentralizar os serviços de autorização dos procedimentos que fazem parte da CNRAC. Com efeito, pela dicção do artigo 17, inciso IX da lei 8080/90 depreende-se que compete à direção estadual do SUS identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional. Portanto, através da CERAC, os Estados assumem sua função de gestor do sistema público de alta complexidade em âmbito Estadual e Regional, complementando o papel das CNRAC, as quais atuam em âmbito nacional.

Objetivando otimizar e disciplinar as atividades da CNRAC e das CERACs, foi publicada a Portaria SAS nº 258/ 2009, por meio da qual foram também definidas as atribuições das CERACs, a saber:

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“Art. 6º São atribuições da CERAC:

I - garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, de alta complexidade contemplada no elenco de procedimentos da CNRAC;

II - acompanhar o processo da assistência ambulatorial e hospitalar eletivo de alta complexidade, no âmbito estadual;

III - incluir/excluir laudos de solicitação para realização de procedimento;

IV - avaliar insuficiência de serviços; e

V - informar os estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES responsáveis pela solicitação e execução dos procedimentos que compõem o elenco da CNRAC.”

Assim, a CERAC ora atua como executante ora como solicitante dos procedimentos de alta complexidade. Atuando como executante, ela deverá informar a rede de prestadores que executam os procedimentos previstos no elenco do CNRAC e definir a data e o prestador que irá realizar o procedimento solicitado pela Central Nacional ou Estadual.

Atuando como solicitante, a CERAC só poderá encaminhar o paciente para a CERAC executante após confirmação da disponibilidade para a realização do procedimento solicitado.

Por fim, cabe esclarecer que os procedimentos regulados pela CNRAC e pelas CERACs possuem caráter estritamente eletivo, nos termos do parágrafo 2º do artigo 1º da Portaria 258/2009.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Feitas estas considerações introdutórias sobre as formas de financiamento, pode-se passar agora ao estudo mais aprofundado do Teto MAC.

Do Teto MAC

É mister ressaltar que o valor transferido aos entes federativos estaduais e municipais não resulta de escolha da União. Em verdade, o valor do Teto MAC é estabelecido pela Comissão Intergestores Bipartite -CIB, constituindo esta uma Instância de Pactuação entre o Estado e o Município referente aos serviços que serão prestados à população dentro dos limites territoriais respectivos. Resta claro, portanto, que não há qualquer ingerência da União quanto às deliberações da CIB, de forma que o valor do Teto MAC resulta de pactuação na qual a União não interfere e pela qual não se responsabiliza.

Ao Estado e ao Município com gestão plena compete gerenciar as verbas e os estabelecimentos de saúde públicos ou particulares conveniados com o SUS, cabendo aqueles entes habilitar ou não um estabelecimento de saúde no SUS e determinar qual estabelecimento fará determinado procedimento.

Procura-se, através dos blocos de financiamento, conferir maior flexibilidade ao gestor local na condução da política pública regional, pois as verbas repassadas a título de teto MAC não estão vinculadas, de forma imediata, aos valores dos serviços efetivamente prestados pelos estabelecimentos públicos ou credenciados ao SUS. Explica-se.

Com o fito de prestar assistência à população local que necessite dos procedimentos classificados como de Média e Alta Complexidade, as Secretarias de Estado de Saúde realizam um planejamento regional hierarquizado para formar a Rede Estadual ou Regional de Atenção em Média e Alta Complexidade. Nesse mesmo sentido, a Secretaria Municipal de Saúde, em se tratando de Município com gestão plena, deve igualmente estabelecer um

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

planejamento municipal ou regional hierarquizado para formar a Rede Municipal ou Regional em Média e Alta Complexidade, objetivando prestar assistência à população local necessitada.

Feitas estas explanações, pode-se dizer, em apertada síntese, que a Rede de Atenção em Média e Alta Complexidade é estruturada da seguinte forma: cabe à União repassar aos Estados e Municípios os recursos federais a título de Teto MAC e a estes compete a implementação dos procedimentos em referência para que a população local seja assistida. Uma vez transferidos os recursos pela União, esta se desonera da sua obrigação e qualquer falha quanto ao gerenciamento da rede de atenção deve ser imputada ao Estado ou Município faltante, visto que o numerário foi repassado e cabia a estes entes fazerem a gerência.

A União repassa automaticamente o valor integral do Teto para os Estados ou Municípios com gestão plena, conforme pactuado na CIB ou na CIT, independentemente de haverem financiado serviços que consomem todo o crédito federal. Em outras palavras, a União transfere integralmente um valor pré-determinado para o financiamento das ações relativas àquele Bloco. Sendo o gasto inferior ao Teto MAC, o Município fica com o valor economizado; por outro lado, caso o gasto seja superior ao crédito, cabe ao Município complementar o valor repassado. Isso porque, conforme o artigo 198, parágrafo 2º da Carta Magna, com redação alterada pela Emenda Constitucional nº 29/2000, os Estados e Municípios devem destinar parcela da receita dos impostos para as ações e serviços de saúde.

A Emenda Constitucional nº 29 de 2000 importou em uma valiosa conquista do país para a constituição do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos dos três entes federados para um processo de financiamento mais estável do SUS. Assim, o repasse dos valores para financiamento do Teto MAC pode e deve ser complementado pelos outros entes, quando houver necessidade.

Todavia, não raras vezes, são levadas à apreciação do Poder Judiciário demandas propostas por Estados ou Municípios pleiteando a

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

condenação da União ao pagamento de importâncias em dinheiro referentes a tratamentos de média e alta complexidade que foram custeados pelo ente autor na rede particular de saúde em virtude da insuficiência do SUS ou de seus conveniados. Alegam os autores, precipuamente, que a responsabilidade pela gestão e o financiamento dos procedimentos em análise seriam de atribuição exclusiva da União, diante da previsão constitucional acerca da hierarquização do SUS e das Portarias GM/MS nº 2209/2001, 589/2001 e 494/2006.

Em outras ações judiciais, pede-se que o magistrado aumente o teto limitador, sob a fundamentação de que o limite imposto não cobre os atendimentos efetivamente prestados pelo ente.

Diante de tudo que fora exposto, resta insofismável o equívoco das alegações supracitadas. Não há que se falar em aumento do teto limitador por meio de decisão judicial. Com efeito, o Estado ou Município com gestão plena é responsável por analisar a produção e pagar os serviços dos prestadores. Se o valor efetivamente produzido pelos estabelecimentos do SUS ou conveniados for menor que o valor repassado, o ente federativo fica com o crédito remanescente; se, ao invés, o montante do Teto for insuficiente, deve o ente compor o débito com seus próprios recursos.

É cediço que os juízes, ao julgarem tais demandas, estão tomados de boas intenções, visando permitir a assistência médica às populações necessitadas. Por meio deste parecer, não se quer menoscabar as decisões judiciais que se referem ao Teto limitador; pelo contrário, busca-se apenas mostrar qual a compreensão correta acerca da matéria e afastar os argumentos muitas vezes desarrazoados usados pelos demais entes federados.

Não é de atribuição do Poder Judiciário a análise do valor repassado ao título de Teto MAC, sendo certo que tal teto resulta de pactuação por meio da CIB e da CIT, não havendo qualquer arbitrariedade ou imposição da União quanto ao seu valor. Se, reiteradamente, o valor do Teto MAC repassado for insuficiente, cabe ao Município solicitar a revisão de seu valor no âmbito as CIB e ao Estado, no da CIT, não devendo o Poder Judiciário se



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

imiscuir nesta seara e determinar unilateralmente o aumento do Teto, pois irá influenciar no repasse para os demais entes federados.

Da Comissão Intergestores Bipartite e da Comissão Intergestores Tripartite (subtópico do teto MAC)

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite- SIT são instrumentos para se possibilitar a tomada de decisões dentro da estrutura do SUS. A existência dessas comissões assegura o debate e a negociação das partes que compõem o sistema, uma vez que suas deliberações são adotadas por consenso e não por votação. Dessa forma, a CIB e a CIT colaboram no processo de elaboração da política sanitária nas três esferas estatais.

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB é formada por representantes das Secretarias Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, auxiliando, portanto, na direção estadual da política de saúde.

Já a Comissão Intergestores Tripartite – CIT é composta por representantes do Ministério da Saúde, de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. A representação de estados e municípios é regional, isto é, há um representante para cada uma das cinco regiões do Brasil. Desse modo, a CIT é essencial na direção nacional das políticas do Sistema Único de Saúde.

Cumprе assinalar que as decisões tomadas pela CIB não são absolutas, podendo sofrer impugnação através de recurso interposto pelo Município. Deve o recurso ser dirigido à própria CIB e, não sendo reconsiderada a decisão, será este encaminhado para julgamento pelo Plenário da CIT, após a manifestação do Grupo de Trabalho da Gestão do SUS convocado pela Câmara Técnica da CIT, conforme estabelece o artigo 15 da Portaria GM/MS nº 699/2006, in verbis:

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“Art. 15. Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.”

Passemos à análise de alguns procedimentos custeados pelo Teto MAC que são corriqueiramente objeto de demanda judicial.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Da Autorização de Internação Hospitalar

Conforme já mencionado, os estabelecimentos de saúde públicos ou conveniados ao SUS são de responsabilidade do gestor estadual ou municipal em Gestão Plena do Sistema, logo, a contratação e a remuneração dos hospitais e clínicas particulares são de responsabilidade do gestor local. Entretanto, são recorrentes as decisões judiciais determinando que a União repasse aos estabelecimentos conveniados as verbas destinadas a cobrir as despesas dos atendimentos prestados, sem a limitação financeira imposta pelos convênios. Essas decisões vão de encontro à organização dos repasses federais em blocos de financiamento.

As Autorizações de Internação Hospitalar, genericamente chamadas de AIHs, são procedimentos necessários à internação dos pacientes e cabe ao gestor municipal em gestão plena ou ao estadual a definição do número de AIHs destinadas a cada hospital contratado no âmbito de sua administração, bem como o pagamento dos valores em decorrência da produção da Unidade, obedecendo ao limite financeiro estabelecido pela CIB.

Ao celebrar o convênio com o hospital para a prestação de serviços ao SUS, o gestor tem a discricionariedade de definir o volume de serviços ambulatoriais e hospitalares a ser comprado na rede conveniada, de acordo com a necessidade da população assistida e a disponibilidade financeira do ente. Logo, no convênio firmado deve constar o número máximo de atendimento mensal.

Ao mais, é preciso tornar claro, a produção que superar o limite previsto no convênio, é compensada com as dos meses subseqüentes que forem inferiores ao limite. Assim, existe uma regulagem das produções dos meses, de modo a tentar não prejudicar as partes envolvidas.

No entanto, o estabelecimento de saúde conveniado que, reiteradamente, apresentar produção acima do limite estabelecido no convênio de prestação de serviços firmado com o gestor estadual ou municipal de saúde poderá solicitar ao ente conveniado a revisão de seu número máximo de

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

atendimentos. Frise-se: a solicitação deve dirigir-se ao ente conveniado e este, se julgar necessário, poderá pleitear o aumento de seu Teto MAC através de recurso na CIB. Evidente está, portanto, a ilegitimidade passiva da União em integrar este tipo de demanda, visto que ela cumpriu sua obrigação de repassar os recursos federais.

Do Tratamento Fora do Domicílio e da Programação Pactuada Integrada

A Portaria 55, de 24 de fevereiro de 1999, da Secretaria de Assistência à Saúde (Ministério da Saúde) instituiu o Tratamento Fora de Domicílio – TFD. Trata-se de um instrumento do SUS que objetiva garantir tratamento médico a pacientes portadores de doenças não tratáveis no município de origem, devido à ausência de condições técnicas. Destarte, se esgotados todos os tratamentos na localidade de residência do necessitado, procede-se a uma ajuda de custo ao paciente e, em alguns casos, também a seu acompanhante.

Caso o Município possua gestão plena do Sistema Municipal, o pagamento das despesas com deslocamentos dentro do Estado é efetuado pelas Secretarias Municipais de Saúde, com base na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, autorizado conforme a disponibilidade orçamentária dos municípios. Contudo, em se tratando de Município que não possua gestão plena, ou seja, apenas seja gestor na Atenção Básica, a quitação dos custos com o TFD será de responsabilidade do Estado, consoante definição da Portaria GM 2.023, de 2004.

O montante necessário à execução do TFD encontra-se previsto na Programação Pactuada e Integrada de cada ente federado, bem como insertos no teto financeiro dos Municípios e dos Estados. O dever da União limita-se ao repasse automático fundo a fundo dos recursos federais que compõem o teto, sendo certo que é da responsabilidade das Secretarias de Estado de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a previsão dos dados do

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

TFD, como o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos para sua utilização, considerando a realidade de cada região e a definição dos recursos financeiros.

Por conseguinte, não há que se atribuir responsabilidade à União para proceder ao TFD, haja vista que esta esgota sua obrigação ao transferir os valores devidos.

Acerca da Programação Pactuada Integrada, consoante o Parecer Técnico 48/2010, proveniente da Secretaria de Atenção à Saúde:

“Faz parte do Pacto de Gestão, um processo de Planejamento e Programação Integrada – PPI, onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Os fluxos de referência entre os municípios poderão ocorrer dentro da própria unidade federada ou em outra (PPI Interestadual).

Os encaminhamentos para outros municípios quando a oferta for insuficiente ou inexistente, deverá ser objeto da programação, que será pactuada nos fóruns regionais, com vistas à constituição ou consolidação das redes regionais (intermunicipal e interestadual).

Os gestores cujos municípios integram as regiões de saúde, em reuniões mediadas pelo gestor estadual, analisarão as necessidades e a capacidade regional. No caso das regiões formadas por municípios de mais de um estado, deverão participar os estados (com aprovação dos



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

pactos nas respectivas CIBs) e municípios envolvidos, com a mediação do gestor federal.

Esta metodologia possibilitará que os recursos pactuados e aprovados na CIB sejam transferidos para o custeio dessas ações e serviços de saúde. Quando esta transferência se der entre estados diferentes, os recursos correspondentes não deverão compor o limite financeiro do estado de referência, devendo permanecer nele alocados enquanto perdurar o pacto estabelecido. Assim, teremos o limite financeiro para a população própria, limite financeiro para a população referenciada dentro do estado, limite financeiro para o referenciamento da população para outros estados e valor alocado para atendimento à população de outros estados. O produto das negociações será encaminhado ao Ministério da Saúde, para avaliação e publicação”.

Da internação em UTI

As Unidades de Tratamento Intensivo também se inserem na assistência de média e alta complexidade do SUS.

As UTIs são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros pontos.

Há diversas normas que regulam o credenciamento e o funcionamento das UTI's. De modo geral, pode-se resumir que, dentre vários outros aspectos, delega-se ao gestor estadual e/ou municipal a definição e o cadastramento dessas unidades, mediante aprovação na Comissão Intergestores Bipartite.

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nesse sentido, o artigo 10, parágrafo 3º da PT/GM 1.559, de 01 de agosto de 2008, portaria que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, dispõe: “Cabe aos municípios: V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada”.

Por conseguinte, o gestor local realiza uma vistoria, para avaliar se uma determinada unidade de tratamento cumpre todos os requisitos que estão na Portaria que regulamenta a UTI. Após, caso conclua afirmativamente, enviará a avaliação à CIB, para discutir sobre a necessidade do credenciamento diante dos dados epidemiológicos e orçamentários. Posteriormente, levará ao Ministério da Saúde, para habilitação e publicação no Diário Oficial da União. Depois disso, o gestor local poderá cadastrá-la.

Acrescente-se ainda as informações constantes no Parecer Técnico 241/2010 da Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Especializada, Coordenação Geral de Atenção Hospitalar:

“A distribuição, a fiscalização, a regulação e o fornecimento dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI credenciados ao SUS são de competência do Gestor Estadual e/ou Municipal, consoante o Princípio de Descentralização. Ao Ministério da Saúde caberá o credenciamento de leitos de UTI, cujos processos serão formalizados pelos gestores estaduais, que detêm as informações pertinentes ao serviço de saúde local. Para tanto, é necessária a manifestação do gestor local e que sejam identificados os municípios ou regiões onde há déficit de leitos de UTI, encaminhando ao Ministério da Saúde a solicitação para o credenciamentos dos respectivos leitos, atendendo aos critérios da Portaria GM 3432/98, de 12/08/98, e ao fluxo estabelecido pela PT/GM/MS 598, de 23/03/2006. Diante dos fatos, a



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Coordenação Geral de Atenção Hospitalar entende coerente com o Pacto pela Saúde 2006, no qual o gestor local é responsável pela execução do atendimento, pela verificação da disponibilidade dos leitos e real ocupação dos mesmos, considerando que a organização da rede é de responsabilidade dos gestores (Estadual e Municipal).”

Assim, de acordo com o mencionado parecer técnico, percebe-se que a atribuição da União é de credenciar os leitos de UTI necessários para se atender à população de uma localidade. No entanto, para isso, a União precisa ser solicitada pelos gestores locais. Para credenciar leitos de UTI, torna-se imperioso que os gestores locais, por conhecerem a realidade, os dados e as deficiências dos municípios e regiões em que atuam, forneçam essas informações imprescindíveis ao planejamento e atuação do Ministério da Saúde.

Caso a União não seja instada a agir pelos gestores locais, considera que a situação naquela localidade encontra-se regular, com as Unidades de Tratamento Intensivo operando normalmente. Não seria razoável obrigar a União a agir por iniciativa própria, em todo o país, quando os gestores locais são omissos em apontar suas necessidades. A União não possui aparato para uma operação como essa, que seria extremamente dispendiosa. Por isso mesmo, o Sistema é descentralizado.

Os valores de diárias de UTI compõem o valor da internação hospitalar. Assim, poderá ocorrer de ultrapassar o limite de média e alta complexidade.

Ao mais, pode acontecer de um paciente necessitar de internação em um município em que não há Unidade de Tratamento Intensivo em hospital público ou conveniado ao SUS. Caso isso ocorra, uma das soluções para a questão seria que o gestor local procedesse à internação e custeio do necessitado em UTI de hospital particular, a fim de garantir-lhe o tratamento adequado. Outra saída seria por meio dos procedimentos previstos no programa

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Tratamento Fora do Domicílio – TFD ou na Programação Pactuada Integrada – PPI.

Nesses casos, se ultrapassados os recursos provenientes do teto dos procedimentos de média e alta complexidade, o gestor necessitará, como já explicado, requerer nas comissões intergestores o aumento da transferência da verba para seu ente, por meio das vias regulares. Por conseguinte, ao comprovar a necessidade de um aumento no repasse dos recursos federais, deverá solicitar a revisão de seu valor no âmbito da CIB e/ou da CIT, não cabendo ao Poder Judiciário determinar unilateralmente o aumento do Teto ou impor à União a obrigação de executar diretamente o procedimento médico requerido.

Das Decisões Judiciais que obrigam a União a realizar procedimentos de média e alta complexidade

Infelizmente, tornaram-se bastante comuns decisões judiciais que desorganizam o modo como estruturado o SUS. Para elucidar, pode-se citar aquelas que impõem à União a realização direta de procedimentos de média e alta complexidade, como uma cirurgia ou uma internação. A seguir, transcrevemos alguns dispositivos de decisões que exemplificam o que aqui tratamos:

“(...) Diante do exposto, defiro o pedido de tutela antecipada, para determinar à União Federal que adote todas as medidas necessárias no sentido de proceder à cirurgia requerida, com a mais absoluta urgência, sob pena de cominação de multa diária, caso o único obstáculo seja o fato da requerente residir no Estado do Maranhão. (...)”



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

“(…) Ante o exposto, defiro o pedido de antecipação de tutela para determinar que a UNIÃO FEDERAL, o ESTADO DO PIAUÍ, o MUNICÍPIO DE TERESINA e o HOSPITAL SÃO MARCOS, solidariamente, adotem, incontinenti, as providencias necessárias para realização das cirurgias em favor do autor, para tratamento da enfermidade de que é acometido (câncer de pele), enquanto necessárias e houver prescrição médica nesse sentido. (...)”

“(…) Ante o exposto, defiro o pedido de antecipação de tutela para determinar que a UNIÃO FEDERAL adote, incontinenti, as providencias para realização do procedimento quimioterápico em favor do autor, conforme prescrição médica do profissional credenciado ao SUS (...)”.

Quando o Poder Judiciário impõe esse tipo de obrigação à União, desorganiza o modo como é estruturado o Sistema Único de Saúde, causando prejuízos a toda população. Por outro lado, quando o Poder Judiciário profere decisões que respeitam a estrutura do Sistema, torna-se um aliado na organização do SUS, auxiliando, inclusive, no controle e no planejamento dos gastos públicos.

Acerca disso, torna-se adequado citar o posicionamento de Luís Roberto Barroso ao comentar decisões que determinam a entrega de medicamentos, as que se aplicam, mutatis mutandis, ao caso em análise:

“Mais recentemente, vem se tornando recorrente a objeção de que as decisões judiciais em matéria de medicamentos provocam a desorganização da Administração Pública. São comuns, por exemplo,



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

programas de atendimentos integral, no âmbito dos quais, além de medicamentos, os pacientes recebem atendimento médico, social e psicológico. Quando há alguma decisão judicial determinando a entrega imediata de medicamentos, freqüentemente o Governo retira o fármaco do programa, desatendendo a um paciente que o recebia regularmente, para entregá-lo ao litigante individual que obteve a decisão favorável. Tais decisões privariam a Administração da capacidade de se planejar, comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Cada uma das decisões pode atender às necessidades imediatas do jurisdicionado, mas, globalmente, impediria a otimização das possibilidades estatais no que toca à promoção da saúde pública.”³

Consoante já explicado, em relação à Rede de Atenção em Média e Alta Complexidade, cabe à União repassar aos Estados e aos Municípios os recursos federais referentes ao Teto MAC. A esses entes compete a implementação dos procedimentos em referência para que a população local seja assistida. Uma vez transferidos os recursos pela União, esta se desonera da sua obrigação e qualquer falha quanto ao gerenciamento da rede de atenção deve ser imputada ao Estado ou ao Município faltante.

Crucial apontar que a União não possui meios próprios para realizar diretamente os tratamentos comumente impostos pelas determinações judiciais, uma vez que não administra hospitais próprios capacitados a realizar esse tipo de operação. Ou seja, a União não é aparelhada para cumprir esse tipo de decisão judicial. Os nosocômios que devem oferecer esses tratamentos são os habilitados e dirigidos pelos gestores locais, ate mesmo os hospitais federais

³ BARROSO, Luís Roberto. DA FALTA DE EFETIVIDADE À JUDICIALIZAÇÃO EXCESSIVA – DIREITO À SAÚDE, FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS E PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO JUDICIAL. (p. 25).



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Andaria bem o Poder Judiciário se impusesse a obrigação de realizar esses tipos de tratamentos médicos aos entes que realmente possuem capacidade de concretizá-los. A capacidade desses entes existe devido ao fato de possuírem a atribuição de gerenciar os hospitais locais, dentro das normas do SUS e, em observância ao princípio da regionalização.

CONCLUSÃO

Ao explicar a sistemática de funcionamento do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, demonstramos que a descentralização e hierarquização do SUS determinam que a realização das ações de saúde referentes a esse bloco deve ser implementada por seus gestores locais.

O desenvolvimento da regionalização e hierarquização das ações de saúde de média e alta complexidade é crucial para se alcançar a integralidade da assistência, em atendimento ao comando constitucional.

Ao se aclarar a sistemática dos repasses de recursos aos Estados e Municípios, tornou-se indubitável que os procedimentos de média e alta complexidade não são e não podem ser realizados pelo Ministério da Saúde/União, mas sim por meio dos gestores locais. Isso porque, neste bloco de financiamento, a União assume o papel de definir as políticas públicas e repassar regularmente os valores necessários aos Estados e Municípios.

Após repassar os recursos aos outros entes, a União se desembaraça da sua obrigação. Os erros relativos ao gerenciamento da rede de atenção devem ser imputados ao Estado ou ao Município faltante, já que o numerário foi transferido e cabia a esses entes gerenciá-lo.

Assim, percebe-se como desapropriada a interferência do Judiciário quando impõe alguma obrigação à União que desorganiza o modo como é estruturado o Sistema Único de Saúde, causando prejuízos a toda população. Por outro lado, quando o Poder Judiciário profere decisões que se

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

coadunam com a construção do Sistema, torna-se um aliado na organização do SUS, auxiliando, inclusive, no controle e no planejamento dos gastos públicos.

É o parecer.

À consideração do Ilmo. Coordenador de Assuntos Judiciais.

Brasília, 01 de maio de 2012.

GABRIELA MOREIRA CASTRO
Advogada da União

CAROLINE SOMESOM TAUKE
Advogada da União

De acordo, Brasília, 01 de maio de 2012.

HIGOR REZENDE PESSOA
Advogado da União
Coordenador de Assuntos Judiciais

De acordo, Brasília, 01 de maio de 2012.

ALESSANDRA VANESSA ALVES
Advogada da União
Coordenadora-Geral de Assuntos Jurídicos

De acordo, Brasília, 01 de maio de 2012.

JEAN KEIJI UEMA
Consultor Jurídico

PARECER Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST