



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

PROCESSO Nº: 724828/16
ASSUNTO: CONSULTA
ENTIDADE: MUNICÍPIO DE TOLEDO
INTERESSADO: ADELAR JOSE HOLSBACH, ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ, CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO PARANÁ COSEMS, LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT, MICHELE CAPUTO NETO
PROCURADOR: GRASIELA POMINI
RELATOR: CONSELHEIRO FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES

ACÓRDÃO Nº 1287/19 - Tribunal Pleno

Consulta. Possibilidade de criação, por Município que não tenha assumido a “gestão plena da saúde”, de programa de incentivo a atividades que extrapolem à competência pactuada.

Questões que devem ser acompanhadas caso a caso por esta Corte, dada a necessária pactuação com os demais partícipes do SUS na organização da rede regionalizada e hierarquizada de atendimento.

Acolhimento do pedido de desistência.

Encaminhamento dos autos à inspetoria competente pela área da Saúde, para ciência e inclusão do tema para acompanhamento das ações adotadas em nível estadual.

1. RELATÓRIO

Tratam os autos de Consulta formulada por Adelar José Holsbach, então Prefeito do Município de Toledo, acerca da possibilidade de criação de programa municipal de incentivo à qualificação de especialidades hospitalares com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional, com os seguintes questionamentos:

QUESTÃO 1: Pode, um Município, que se encontra em Gestão Estadual dos recursos do SUS (não Gestão Plena, portanto), criar Programa de Incentivo à Qualificação de Especialidades Hospitalares, excepcional e transitório, ou, mesmo, permanente, com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional, para que estes possam disponibilizar atendimento com mais eficácia e eficiência à saúde da população local, em situações de urgência/emergência, ou os cuidados da Atenção Básica representariam óbice legal para tanto?

QUESTÃO 2: Em caso afirmativo, o fato da instituição que viesse a se credenciar para a percepção do incentivo contar com contratualizações junto ao SUS para o atendimento de média e alta complexidade que



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

exijam a existência de quadro de apoio de forma permanente **ou** meramente alcançável, tal contratualização impediria a percepção, por ela, do incentivo tendo por objeto a mesma especialidade, ainda que exigindo, **obrigatoriamente** o plantão **presencial** na especialidade, e não só a existência de quadro especialista **meramente alcançável**?

QUESTÃO 3: E, por fim, do mesmo modo, o fato da instituição que viesse a se credenciar para a percepção do incentivo contar com contratualizações junto ao SUS para o atendimento de média e alta complexidade que exijam a existência de quadro de apoio de forma permanente **ou** meramente alcançável, ou mesmo contar com contratualizações de Programas de Apoio e Qualificação de Hospitais, como é o caso do HOPSUS, que exijam o cumprimento de metas que não estejam sendo cumpridas, tal fato impediria a percepção, por ela, do incentivo, ou o fato das metas não produzidas implicar no desconto do incentivo, afastaria eventual óbice existente?

A consulta foi acompanhada de Parecer Jurídico defendendo a possibilidade de criação do programa referido, tendo em vista a regulamentação de gestão tripartite do SUS pela Lei Complementar 141/2012, bem como o fato de a obrigação pela prestação dos serviços de saúde ser solidária entre os entes da federação.

O Despacho nº 1233/16 – GCFAMG (Peça 06) recebeu a consulta, remetendo os autos à Supervisão de Jurisprudência e Biblioteca-SJB que, consoante Informação nº 121/16 – SJB (Peça 07), noticiou não haver encontrado decisões desta Corte tratando do tema proposto.

Em manifestação inaugural contida no Parecer nº 177/16-COFIT (Peça 09), a unidade técnica se manifestou, preliminarmente, pelo não recebimento da consulta, dado o não preenchimento do requisito da formulação em tese, exigido pelo artigo 38, V, da Lei Orgânica deste Tribunal. Adentrando o mérito, concluiu que o Município somente poderia criar programa de incentivo à qualificação de especialidades hospitalares estando em Gestão Plena da Saúde. Alternativamente, sustenta que incentivos para a média e alta complexidade em saúde somente poderiam ser concedidos por município desde que este encontre-se cumprindo integralmente suas obrigações na atenção básica e, ainda, que os recursos sejam transferidos à instituição por intermédio do Estado, de modo a impedir a invasão na esfera de atribuições estadual.

O Ministério Público de Contas, no Parecer nº 399/17-SMPjTC (Peça 10), acompanhou o opinativo da COFIT.

A Associação dos Municípios do Paraná (AMP) e o Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), requereram sua admissão como *amicus curiae* e defenderam a necessidade de sobrestamento do feito com conversão



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

em diligência à Secretaria de Estado da Saúde, com vistas à manifestação técnica do referido órgão (Peça 13).

O então Secretário de Estado da Saúde do Paraná, Michele Caputo Neto, acrescentando informações sobre o importante papel das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite (CIB-PR) na organização da organização de Rede de Atenção à Saúde no Estado do Paraná, peticionou corroborando os pedidos da AMP e do COSEMS de suspensão do feito até conclusão de estudos e elaboração de propostas pelo plenário da CIB-PR acerca do tema (Peça 15).

No Despacho nº 1440/17-GCFAMG (Peça 18), com fulcro no artigo 138 do Código de Processo Civil de 2015, deferi o pedido da Associação dos Municípios do Paraná, do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde e do Secretário Estadual de Saúde para participarem do feito como *amicus curiae*. Deferi também a requerida suspensão do feito por 30 dias, prazo que, a pedido do gestor estadual de saúde (Peça 22), foi prorrogado por mais 120 dias, nos termos do Despacho nº 1575/17-GCFAMG (Peça 24).

Em 03 de maio de 2018 peticionou o então prefeito Municipal de Toledo, Sr. Lúcio de Marchi, manifestando *desistência da consulta*, e requerendo a extinção e o arquivamento do feito.

No Despacho nº 456/18-GCFAMG (Peça 30), deixei de me manifestar acerca do pedido de desistência tendo em vista o prévio deferimento da participação da AMP, COSEMS e SESA, para os quais ainda estava em curso o prazo concedido para manifestação.

Foi então acostada aos autos a manifestação do COSEMS/PR (Peças 31-34), na qual o órgão de representação municipal na área da saúde sustenta 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” (Peça 32, p. 15).

Também apresentou manifestação o Secretário de Estado da Saúde, Sr. Antônio Carlos F. Nardi, na qual pontuou diversos aspectos relevantes da gestão hierarquizada e regionalizada do SUS, concluindo que o questionamento à Consulta formulada não pode se restringir à avaliação dos níveis de gestão assumidos por cada ente federado. Destacando a necessidade de levar em consideração a constitucional e legalmente consagrada participação colaborativa e solidária de todos os entes federados, concluiu ser a matéria amplamente controvertida, a depender de debates entre envolvidos e a sociedade, razão pela qual manifestou aquiescência ao pedido de desistência formulado pelo consulente. (Peças 36-37)

A Associação dos Municípios do Paraná deixou de manifestar-se no prazo concedido aos interessados.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

Em opinativo conclusivo, contido na Instrução nº 3767/18 – COFIM (Peça 42), a Coordenadoria de Gestão Municipal ratificou o Parecer nº 177/16 (Peça 09) aduzindo que: *“não é possível 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, seja excepcional, transitório ou permanente com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional, 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.”*

O órgão ministerial, por outro lado, nos termos do Parecer nº 984/18 (Peça 43), retificou as conclusões inicialmente alcançadas quanto ao mérito, e concluiu 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).”* Não apresentou conclusão quanto aos demais questionamentos, tendo em vista entender configurarem situação concreta, desprovidas de elementos necessários ao oferecimento de resposta objetiva e abstrata sobre o tema.

2. FUNDAMENTAÇÃO¹

Acolhendo o pedido de desistência formulado pelo consulente, e considerando a natureza eminentemente concreta da consulta formulada, sem possibilidade de resposta em tese, entendo que a presente consulta deve ser encerrada sem resolução do mérito.

Em que pese meu entendimento de que, mesmo quando formuladas de forma concreta e tendo em vista a situação precípua do consulente, as consultas devam ser respondidas de forma abstrata, permitindo o aproveitamento dos esclarecimentos aos demais jurisdicionados em situações similares, reavaliando o tema após as manifestações dos interessados e dos opinativos técnico e ministerial, concluo que a questão proposta nestes autos não permite a emissão de uma resposta em tese.

De fato, pretende a presente Consulta a manifestação deste Tribunal acerca da legalidade na alocação de recursos financeiros de Município que se encontre em Gestão Estadual dos recursos do SUS, ou seja, de Município que não tenha

¹ Responsável técnica: Vivian Feldens Cetenaeski (TC 514640)



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

assumido a gestão de média e alta complexidade em saúde, em Programa local de Incentivo à Qualificação de Especialidades Hospitalares, com o objetivo de prestar apoio técnico e financeiro a hospitais de referência local e microrregional, para que estes possam disponibilizar atendimento mais eficaz à população local. Em sendo legalmente possível a criação de um programa assim, questiona-se ainda se ele poderia coexistir em unidades hospitalares contratualizadas junto ao SUS pelo Estado para o atendimento de média e alta complexidade e, particularmente, se o não cumprimento de metas da contratualização (estadual) impediria o repasse de recursos municipais à instituição destinatária dos recursos do programa local de incentivo hospitalar.

A [Constituição Federal](#), especialmente na regulamentação que dá ao tema saúde nos artigos 196 até 200, a [Lei 8080/90](#), que trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da organização e do funcionamento dos serviços nessa área², e ainda, a [Lei Complementar 141/2012](#), que além de regulamentar o art. 198 da Carta da República quanto aos valores mínimos a serem aplicados pelos entes federados em ações e serviços públicos de saúde, estabelece critérios de rateio dos recursos e normas de fiscalização, avaliação e controle dessas despesas nas 3 (três) esferas de governo, dão a ideia geral de que tanto a execução quanto o financiamento do SUS deve se dar de forma estrutura hierarquizada – **tripartite**, regionalizada e **pactuada**.

Quanto à **hierarquização** do sistema, entenda-se a hierarquização dos níveis de competência de atendimento, níveis estes fixados em lei e mediante pactuações recorrentes e dinâmicas entre os gestores, e não o estabelecimento de hierarquia entre os entes federados, estes constitucionalmente autônomos. Como bem

² Com destaque ao que prescreve o art. 7º da referida lei:

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:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

(...)

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;

(...)

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

(...)

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

destacado na manifestação do CONSEMS, “o comando constitucional fala de hierarquização nos níveis de atenção de saúde (Nível de Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade³, ou ainda Atenção Primária, Secundária e Terciária) e não de hierarquia de competências e responsabilidades entre os gestores.” (Peça 32, p. 4)

Além do necessário respeito aos níveis de atenção terapêutica, hierarquizados, deve ser reconhecida a necessária **regionalização** do sistema único de saúde, através da qual são estabelecidas portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis⁴, o que exige articulação entre os gestores de todos os níveis, evidenciando a interdependência entre eles.

Para tanto, a lei 8080/90, a par de estabelecer níveis de competência entre os entes federados, nos termos dos artigos 16 à 18, reconhecendo a dinamicidade do sistema e da necessidade de pactuações, consagrou, em seu art. 14-A, as comissões intergestores como mecanismos de coordenação e cooperação entre os entes federados.

“Art. 16. A direção **nacional** do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

(...)

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

³ Para melhor esclarecer a inexistência de hierarquia entre os gestores, a manifestação do COSEMS esclarece ainda como são escalonados os níveis de atenção em saúde pública:

“(…) as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são escalonadas em Níveis de Atenção, senão vejamos:

- Nível Primário, caracterizado pela baixa complexidade, é definido por promover atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Os procedimentos são de baixo custo. Aproximadamente 80% do total de problemas de saúde da população podem ser incluídos neste nível.

- Nível Secundário, engloba atividades assistenciais baseadas nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica. Procedimentos de médio custo. Respondem por, aproximadamente, 15% do total de problemas de saúde da população.

- Nível Terciário, é o nível no qual estão os casos mais complexos e, costumeiramente, que envolvem maiores danos à saúde ou mesmo risco de morte. São, normalmente, procedimentos de alto custo e dizem respeito a, aproximadamente, 5% do total de problemas de saúde da população” (Texto extraído do site: <https://soumaissus.blogspot.com.br/2015/04/a-hierarquizacao-no-contexto-do-sus.html>) (Peça 32, p. 5)

⁴ Diversos artigos e entrevistas produzidos pela Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca – FIOCRUZ, ajudam a elucidar o tema, que é complexo. Pela simplicidade e objetividade, destaco entrevista feita a *Luciana Dias Lima. A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS? Publicação da Escola Nacional De Saúde Pública Sergio Arouca – Fiocruz*. Acesso em 14/02/19 in <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

Art. 17. À direção **estadual** do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

(...)

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

(...)

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

(...)

Art. 18. À direção **municipal** do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

“Art. 14-A. As **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite** são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)”

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [\(Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011\).](#)

A dinamicidade do Sistema Única de Saúde e a necessidade de **pactuação** das responsabilidades sanitárias através das comissões intergestores foi adequadamente destacada na manifestação do gestor estadual da saúde:

“É de responsabilidade das comissões Intergestores Bipartite e Tripartite deliberar sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde.

Assim sendo, temos que a atuação das comissões, por meio de deliberações e pactuações, não é estática, ainda que ela possua tal atribuição é permitido que deliberem por modelos de gestão associativa não implicando necessariamente em alteração da gestão de saúde. (grifos no original) (Peça 15, p. 2-3)

Por fim, o fato de o município não estar em **gestão plena dos recursos do SUS**, mencionada pelo consulente como pressuposto do questionamento formulado, exige esclarecimento, o qual reforça a impossibilidade de resposta em tese à proposição formulada.

A denominação “Gestão Plena”, é imprópria, e tem sido utilizada para denominar aqueles **municípios que recebem e gerem os recursos federais do teto financeiro da média e alta complexidade – MAC**, destinados exatamente a custear tais serviços no âmbito de seu território⁵. Quando o município não recebe o repasse, da União, desses recursos financeiros destinados ao atendimento de média e alta complexidade, tais recursos são transferidos pela União aos Estados, a quem então compete o adequado gerenciamento, sempre levando em consideração as condições previstas no art. 19 da LC 141/2012⁶.

⁵ Nos esclarecimentos prestados pelo COSEMS, consta a evolução histórica das condições de gestão dos entes na área da saúde desde a NOB 96, evidenciando que as habilitações, atualmente, são feitas de forma pactuada (Peça 32, p. 05 até 15).

⁶ Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo **o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde**, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do [inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal](#).

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º **O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.**



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

Portanto, não é a condição de gestão que determina as responsabilidades dos gestores no SUS mas, além da legislação vigente, as pactuações realizadas nos colegiados de gestão – Comissão intergestores tripartite, comissões intergestores bipartite e regionais – cujas portarias ou resoluções tem força de lei.

De fato, e levando em consideração principalmente aqueles municípios que não gerenciam o teto financeiro federal da média e alta complexidade, quaisquer investimentos nessa área deverão ser previamente pactuados nos colegiados de gestão – Conselho intergestores regional e conselho intergestores bipartite., respeitadas também pactuações que venham a ser realizadas no âmbito de consórcios de que participem os entes federados⁷.

Municípios diferentes, em momentos diferentes, terão diferentes competências de financiamento e de execução de ações no âmbito do SUS, ações essas que deverão constar de seus instrumentos de planejamento e gestão, conforme destacado pelo art. 30 da [Lei Complementar 141/2012](#):

“Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.”

Evidencia-se, assim, não ser possível dessumir dos questionamentos uma proposição abstrata aplicável a todos os municípios paranaenses em situação análoga.

A posição de cada município, de acordo com a sua inserção na rede hierarquizada, regionalizada e pactuada que é o SUS, e de acordo com o contido em suas lei de planejamento e orçamento, que devem estar adequadas ao plano de saúde municipal, deverá ser levada em consideração para definir a possibilidade ou não de financiamento municipal em ações hospitalares de média e alta complexidade.

⁷ O art. 21 da LC 141/2012 também menciona essa possibilidade:

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

Dito de outra forma, a estrutura hierarquizada, regionalizada e pactuada do SUS não permite que se responda, *a priori* e em tese, em que casos será admissível o financiamento e execução de ações hospitalares de média e alta complexidade por municípios que não gerenciem os recursos federais destinados à média e alta complexidade.

Por fim, em que pese não seja possível responder em tese ao questionamento formulado, entendo que a questão merece estudo mais detalhado, em especial quanto à participação do Estado do Paraná na definição das competências no âmbito do SUS, razão pela qual deve ser determinado o encaminhamento dos autos à 3ª Inspeção de Controle Externo, atualmente competente pelo acompanhamento da área da Saúde, para ciência e inclusão do tema para acompanhamento, no âmbito estadual, da hierarquização, regionalização e pactuação das ações de saúde.

3. DO VOTO

Diante do exposto, deve o Tribunal de Contas do Estado do Paraná:

3.1. acolher o pedido de desistência formulado pelo consulente e julgar extinto o processo, sem julgamento de mérito;

3.2. determinar, após o trânsito em julgado da decisão, o encaminhamento dos autos à 3ª Inspeção de Controle Externo, atualmente competente pelo acompanhamento da área da saúde, para ciência e inclusão do tema para acompanhamento quanto às ações adotadas no nível estadual acerca das pactuações no SUS;

3.3. determinar, após o trânsito em julgado da decisão, o encerramento e arquivamento do feito.

VISTOS, relatados e discutidos,

ACORDAM

OS MEMBROS DO TRIBUNAL PLENO do TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ, nos termos do voto do Relator, Conselheiro FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES, por unanimidade:

I. acolher o pedido de desistência formulado pelo consulente e julgar extinto o processo, sem julgamento de mérito;

II. determinar, após o trânsito em julgado da decisão, o encaminhamento dos autos à 3ª Inspeção de Controle Externo, atualmente competente pelo acompanhamento da área da saúde, para ciência e inclusão do tema para acompanhamento quanto às ações adotadas no nível estadual acerca das pactuações no SUS;



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ

III. determinar, após o trânsito em julgado da decisão, o encerramento e arquivamento do feito.

Votaram, nos termos acima, os Conselheiros ARTAGÃO DE MATTOS LEÃO, FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES, IVAN LELIS BONILHA, JOSE DURVAL MATTOS DO AMARAL, FABIO DE SOUZA CAMARGO e IVENS ZSCHOERPER LINHARES

Presente o Procurador do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas GABRIEL GUY LÉGER.

Sala das Sessões, 15 de maio de 2019 – Sessão nº 15.

FERNANDO AUGUSTO MELLO GUIMARÃES
Conselheiro Relator

NESTOR BAPTISTA
Presidente