GRUPO I – CLASSE I – Plenário
TC 011.581/2013-1 [Apensos: TC 021.110/2013-1, TC 022.744/2013-4, TC 021.893/2013-6, TC 021.981/2013-2, TC 024.824/2013-5, TC 022.123/2013-0, TC 022.394/2013-3, TC 022.393/2013-7, TC 019.560/2013-3, TC 020.097/2014-0, TC 001.980/2015-7, TC 022.064/2013-3, TC 021.982/2013-9]
Natureza: Pedido de Reexame (Relatório de Auditoria).
Órgãos/Entidades: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde (vinculador).
Responsável: Paulo de Tarso Monteiro de Abrahão (670.487.738-04).
Interessado: Congresso Nacional (vinculador).
Representação legal: não há.

Sumário: RELATÓRIO DE AUDITORIA. FISCALIZAÇÃO DE ORIENTAÇÃO CENTRALIZADA NAS OBRAS DE CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS). DETERMINAÇÕES AO MINISTÉRIO DA SAÚDE. NATUREZA VOLUNTÁRIA DAS TRANSFERÊNCIAS FEITAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, PARA ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A REALIZAÇÃO DAS OBRAS. DIVERSAS DETERMINAÇÕES PARA APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA. PEDIDO DE REEXAME. ELEMENTOS APRESENTADOS CAPAZES DE MODIFICAR O JUÍZO REALIZADO PELO TRIBUNAL, PARCIALMENTE, NO QUE DIZ RESPEITO AO PROCESSO DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS. QUESTÕES INCIDENTAIS. PRINCÍPIOS DA RAZOABILIDADE, EFICIÊNCIA E DO INTERESSE PÚBLICO. CONSIDERAÇÕES.
Está sujeita à fiscalização do TCU a aplicação dos recursos repassados pela União, via Fundo Nacional de Saúde, aos demais entes federados, independentemente de terem sido transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, ou por meio de transferências voluntárias.

RELATÓRIO

Trata-se de pedido de reexame (peça 65) interposto pelo Ministério da Saúde contra o Acórdão 1101/2014-TCU-Plenário (peça 40), vazada nos seguintes termos.

"*9.1. determinar ao Ministério da Saúde que:*

9.1.1. adote providências junto aos Estados, Distrito Federal e Municípios auditados no âmbito da presente Fiscalização de Orientação Centralizada para correção das irregularidades identificadas e cientificadas a cada um dos órgãos/entidades responsáveis por meio dos Acórdãos 118/2014, 119/2014, 120/2014, 121/2014, 198/2014, 199/2014, 200/2014, 270/2014, 421/2014, 422/2014 e 423/2014, todos do Plenário;

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

9.1.2. insira, nos seus normativos internos para a análise de projetos, regra que condicione a liberação de recursos para construção, adequação, reforma ou ampliação de Unidades de Pronto Atendimento à aprovação dos projetos pelo órgão de vigilância sanitária competente;

9.1.3. elabore minuta de edital-padrão e de contrato para utilização dos municípios que forem contemplados com recursos para as Unidades de Pronto Atendimento 24 h;

9.1.4. oriente a todos os municípios que receberam e que vierem a receber recursos para implantação ou reforma de Unidades de Pronto Atendimento a observarem a íntegra das orientações do Acórdão 853/2013–TCU–Plenário;

9.1.5. observe as disposições da Portaria Interministerial 507/2011, abstendo-se de efetuar repasses fundo a fundo para construção e reforma de Unidades de Pronto Atendimento;

9.1.6. no prazo de 90 (noventa) dias, informe ao TCU as medidas adotadas para cumprimento das determinações constantes do presente Acórdão, bem como encaminhe Plano de Ação contendo cronograma das ações até então não implementadas;

9.1.7. encaminhe, nos próximos relatórios de gestão da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, relatório circunstanciado sobre o estágio de liberação de recursos e de execução das Unidades de Pronto Atendimento, indicando a situação de obras iniciadas ano a ano que ainda não foram finalizadas ou que não entraram em operação, contemplando justificativa individual para eventuais atrasos e medidas adotadas junto aos entes que estiverem em mora na construção das UPA;

9.2. determinar à Agência Nacional de Vigilância Sanitária que, exercendo a competência estabelecida no art. 2º, inciso V, e art. 7º, inciso XXI e §2º, da Lei 9.782/1999, complemente as ações fiscalizatórias exercidas pelas vigilâncias sanitárias de Belém (PA) e Formosa (GO) no controle sanitário das Unidades de Pronto Atendimento dos referidos municípios, informando ao TCU as medidas adotadas no prazo de 90 (noventa) dias;

9.3. recomendar ao Ministério da Saúde que avalie o uso do Catálogo Eletrônico de Padronização, instituído pela Lei 12.462/2011, como forma de aumentar a eficácia do programa;

9.4. determinar à Secob Edificações que autue processo de monitoramento da determinação constante do item 9.1.1.;

9.5. notificar o Ministério da Saúde acerca das seguintes irregularidades identificadas:

9.5.1. gerenciamento e acompanhamento deficientes do programa;

9.5.2. atrasos injustificados em obras executadas com recursos do programa;

9.5.3. custeio da Unidade de Pronto Atendimento Cidade Nova III, localizada no Município de Ananindeua/PA, com potencial desconformidade com a Portaria 342/2013 GM/MS;

9.6. remeter cópia do presente Acórdão à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, acompanhado do Relatório e do Voto que o fundamentam, bem como dos relatórios da vigilância sanitária dos Municípios de Belém/PA e Formosa/GO (peças 34 e 35), a fim de subsidiar o cumprimento da determinação constante do item 9.2.;

9.7. remeter cópia do presente Acórdão ao Ministério Público dos Estados do Pará e de Goiás, acompanhado do Relatório e do Voto que o fundamentam, bem como do relatório da vigilância sanitária dos Municípios de Belém/PA e Formosa/GO (peças 34 e 35), conforme respectiva competência, para adoção das medidas que entenderem cabíveis;

9.8. remeter cópia deste Acórdão, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentaram ao Ministério da Saúde, para adoção das medidas cabíveis, bem como à Secretaria de Controle Externo da Saúde deste Tribunal, para que monitore o cumprimento das determinações constantes dos itens 9.1.2. a 9.1.7. e 9.2.;

9.9. arquivar os autos."

2. A Secretaria de Recursos (Serur) analisou o pedido conforme instrução a seguir reproduzida, com ajustes de forma que reputo pertinentes (peça 79):

HISTÓRICO

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

2. Trata-se de consolidação das auditorias realizadas no âmbito de Fiscalização de Orientação Centralizada, cujo tema é a qualidade de obras concluídas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), com recursos oriundos do Ministério da Saúde, nas cinco regiões do país.

2.1. Foram realizadas 11 fiscalizações, com 26 obras visitadas, e, encontrou-se como principais constatações: (a) Execução de serviços com qualidade deficiente; (b) Projetos deficientes; (c) Inobservância de requisitos de acessibilidade; (d) Inexistência de termos de recebimento; (e) Inexistência de 'habite-se'.

2.2. Após desenvolvimento do processo e oitiva dos responsáveis, foi prolatado o acórdão, ora recorrido.

EXAME DE ADMISSIBILIDADE

3. Reitera-se o exame de admissibilidade contido nas peças 66-67 ratificado pelo Relator, Ministro Aroldo Cedraz, com a suspensão dos efeitos do item 9.1 e seus subitens, constantes do acórdão recorrido (despacho de peça 69).

EXAME DE MÉRITO

4. Delimitação

4.1. Constitui objeto do presente recurso definir se:

a) é legal a sistemática de transferência de recursos para o SUS mediante blocos de financiamento;

b) as transferências para as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs examinadas nos presentes autos são voluntárias e se há óbices legais de transferi-las fundo a fundo;

c) esta Corte de Contas possui competência para fiscalizar e julgar os recursos para ações e serviços de saúde repassados regular e automaticamente por meio da denominada transferência fundo a fundo.

5. <u>Da legalidade da sistemática de transferência de recursos para o SUS mediante blocos de financiamento.</u>

5.1. Defende-se no recurso a legalidade da transferência de recursos para o SUS mediante blocos de financiamento.

5.2. Preliminarmente à apresentação dos argumentos defensivos, o recorrente faz diversas considerações e apresenta esclarecimentos sobre o funcionamento da sistemática de repasse que podem ser sintetizados, conforme abaixo estruturado:

a) explica o processo de planejamento e gestão no âmbito do SUS; as respectivas responsabilidades; as funções, funcionamento e elaboração do plano de saúde, da programação anual de saúde e relatório anual de gestão;

b) relata, após breve histórico do financiamento das ações de Saúde pela União, que a característica do SUS de gestão descentralizada para Estados e Municípios e com boa parte dos recursos que lhes são destinados sendo arrecadada pela União 'fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal para Estados e Municípios se tornasse relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos do setor' e, portanto necessária a elaboração das Leis 8.080/1.990 e 8.142/1.990;

c) descreve que a Lei 8.142/1.990 tornou regulares e automáticas as transferências do Governo Federal, desde que atendidos requisitos definidos no art. 4º do aludido diploma, contudo somente o Decreto 1.232/1.994 e as Normas Operacional Básicas – NOB 01/91 e 01/93 efetivaram e tornaram viável os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Essa última norma operacional (NOB/MS 01/93) criou três condições de gestão (incipiente, parcial e semi-plena), definidas de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão. Relata, ainda, a criação da NOB/MS 01/1996 que introduziu duas novas condições de gestão para Estados e Municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde), o que teria possibilitado a habilitação de um maior número de municípios à gestão descentralizada de recursos, uma vez que poderiam fazê-lo na condição de gestores da Atenção Básica;

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

d) informa que as transferências para Estados e Municípios (fundo a fundo) tiveram significativo incremento entre 1998 e 2005, crescimento atribuído, essencialmente, aos recursos transferidos para programas que operariam com incentivos por adesão. Para corroborar a informação, relata que os recursos do PAB fixo, por ser universal e atender a quase totalidade dos municípios, correspondiam, em 1999, a cerca de 68% do total transferido e a 35% do total em 2005. Tais dados reforçariam a 'percepção de que houve, nesse período, mudança de prioridade, de modo a favorecer formas de transferências que vinculam os recursos às ações reconhecidas como prioritárias pelo órgão repassador;'

e) observa, ainda, a ocorrência de substancial aumento de itens de despesa que teria passado de 14 em 1998 para mais de uma centena em 2006. Aduz que, apesar de dez dos itens de despesa representar 90% dos recursos transferidos para Estados e Municípios, 'o número de itens passíveis de transferência, correspondendo, em muitos casos, a contas vinculadas ao item de despesa, implicava programação e prestação de contas específicas, gerando uma situação muito desgastante para os gestores estaduais e municipais do SUS;'

f) em decorrência do relatado nas alíneas precedentes, informa que as mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como 'pano de fundo o Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria-GM/MS, 399/2006, que engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.' A seguir, relata de forma resumida o que seria cada pacto;

g) no que interessa para o deslinde dos presentes autos, descreve que a Portaria-GM/MS 204/2007, com inspiração nos aludidos pactos, tem como objetivo ampliar a autonomia do gestor na execução dos recursos federais e estruturou a transferência dos recursos federais em seis blocos de financiamento de serviços de saúde, quais sejam: (1) Atenção Básica; (2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; (3) Vigilância em Saúde; (4) Assistência Farmacêutica; (5) Gestão do SUS; (6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos entes federados fundo a fundo, em conta única e específica, observados os normativos aplicáveis. Excetua-se da sistemática de repasse o bloco de Assistência Farmacêutica, que devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco. Também não obedece a regra os acordos de empréstimos internacionais;

h) explica que os blocos de financiamento são constituídos por componentes, e estes definidos de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos da saúde devem ser aplicados nos blocos, a exceção do bloco da Assistência Farmacêutica, no qual os recursos estão vinculados, por meio de conta específica, ao componente;

i) a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e Distrital se faz ao Ministério da Saúde, por meio de Relatório de Gestão, elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. Já as despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais (Lei 4.320/64) e arquivada à documentação administrativa e fiscal; por sua vez os recursos que formam cada bloco e seus componentes devem estar expressos em memórias de cálculo para fins de histórico e monitoramento, conforme modelos estabelecidos;

j) o controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento são efetuados por meio de instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, DF e Municípios a prestação de forma regular e automática, e conclui que a sistemática de transferências por meio de blocos de financiamento é uma evolução em relação a outrora vigente, estruturada por meio de contas vinculadas a itens de despesa e que causava diversos entraves à gestão local;

5.3. Feitos tais esclarecimentos, o recorrente organiza seus argumentos fundados na premissa de que o TCU, neste momento, teria entendido que nova sistemática de transferências de recursos, por meio de blocos de financiamento, vai de encontro a Lei de Responsabilidade Fiscal. Após citar o art. 8º da Lei, relata que o entendimento da Corte seria no sentido de que:

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

'os repasses aqui tratados são irregulares, pois cada bloco de financiamento abrange recursos de várias ações e, em alguns casos, mais de um programa do Plano Plurianual. Desta forma, como os recursos são depositados numa conta única para cada bloco, eles poderiam ser utilizados de acordo com a conveniência do gestor local, sem seguir a destinação estabelecida na LOA.'

5.4. Após definir a questão conforme descrita, passa a argumentar que:

i) a análise isolada da sistemática das transferências por meio de blocos de financiamento poderia levar à conclusão que, de fato, possibilita ao gestor alocá-los de acordo com sua conveniência, ainda que em sentido contrário ao objetivos do Governo Federal, contudo, conforme relatado, os blocos de financiamento estariam inseridos num contexto de planejamento, coordenado e harmonizado nas três esferas de gestão e os recursos devem ser destinados às ações de saúde estabelecidas nos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde) e aferidos pelo Relatório de Gestão;

ii) os instrumentos de gestão, elo entre as leis orçamentárias e transferências por meio dos blocos, são construídos com base nos PPAs, LDOs e LOAs, dessa forma, embora os gestores locais tenham maior autonomia sob os recursos federais transferidos, eles são impedidos de agir de forma diversa dos objetivos do governo federal expressos na LOA. Assim, não haveria desconexão entre as leis orçamentárias e a sistemática de transferências por meio de blocos de financiamento;

Análise:

5.5. Por oportuno e de forma preliminar aos exames, vale transcrever a parte do voto que fundamentou as determinações contidas no acórdão recorrido, ***verbis****:*

9. Em relação aos serviços executados com qualidade deficiente, a exemplo de fissuras, infiltrações, corrosões e afundamentos de piso, entendo que a alegação do Ministério da Saúde de que a execução seria de total responsabilidade do gestor executante não exime o ministério de ter que acompanhar a execução do programa de governo.

10. A deficiência de acompanhamento do Ministério da Saúde resta evidenciada antes, durante e depois da execução das obras, já que 96% das unidades visitadas apresentaram projetos deficientes; 96% das unidades também tinham serviços executados com qualidade deficiente; 54% das obras não tinham termo de recebimento e 35% estavam em funcionamento sem ter 'habite-se'.

11. Quanto às alegações do Ministério da Saúde no sentido de que disponibilizou orientações mínimas necessárias à elaboração dos projetos e que os executores deveriam atender às normas vigentes, observo que 25 unidades, das 26 visitadas, possuem projetos deficientes, bem como que 15 unidades, ou 58%, desrespeitam requisitos de acessibilidade, o que demonstra a baixa efetividade das orientações dadas e a falta de controle quanto à qualidade dos projetos.

12. Destaco que o ministério informou que está elaborando projetos padronizados para as Unidades de Pronto Atendimento, o que deve mitigar a deficiência de projeto das obras futuras. Assim, concordo com a proposta da unidade técnica, no sentido de que o ministério também deva elaborar minuta de edital e de contrato, aumentando a segurança quanto à contratação das futuras unidades.

13. Ainda sobre a padronização, observo que o art. 29, inciso IV, da Lei 12.462/2011, que instituiu o Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC), estabeleceu como procedimento auxiliar das licitações regidas por tal normativo o Catálogo Eletrônico de Padronização, que, nos termos do art. 33, caput e §1º, tem potencial para otimizar as contratações e diminuir o risco para a administração pública por meio de soluções padronizadas.

14. No que tange aos atrasos injustificados de diversos empreendimentos, entendo que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 106/2014, supriu a omissão anterior acerca da

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

ausência de prazo para execução das unidades, prevendo a devolução de recursos quando não cumprido o prazo para início das obras.

15. Concluindo a análise da oitiva do ministério, observo que os recursos têm sido repassados da união para os demais entes por meio de transferências fundo a fundo, sob a alegação de que a Portaria 1.020/2009 permitiria tal modalidade.

16. Ocorre que, em que pese prever que a origem dos recursos para a construção de Unidades de Pronto Atendimento seria do Fundo Nacional de Saúde, a Portaria 1.020/2009, no seu art. 6º, §3º, estabelece a transferência fundo a fundo somente para as despesas com custeio das unidades.

17. Assim, entendo que os repasses de recursos da união para os demais entes que objetivem a construção de Unidades de Pronto Atendimento são transferências voluntárias e devem ser realizados sob a égide da Portaria Interministerial 507/2011.

18. Ressalto que as despesas de custeio devem observar os termos da Portaria 342/2013 GM/MS. Ante a não entrega dos documentos relativos à obra, por parte da Prefeitura Municipal de Ananindeua/PA, há indícios de que a gestão da Unidade de Pronto Atendimento Cidade Nova III possa não atender às exigências da citada portaria, motivo pelo qual cabe notificar o Ministério da Saúde para que possa tomar as providências cabíveis.

5.6. Após detida análise dos autos, em especial do relatório e voto condutor do decisum, não se verificou, pelo menos de forma direta, até a apresentação do recurso a discussão trazida a lume pelo Ministério da Saúde, qual seja, a premissa utilizada pelo recorrente no sentido de que a nova sistemática de transferências de recursos, por blocos de financiamento, é ilegal.

5.7. Depreende-se dos autos que o voto condutor tratou tão-somente do componente Unidade de Pronto Atendimento – UPA, ora regulada pela Portaria-GM/MS 342/2013 alterada pela Portaria-GM/MS 104/2014, sem adentrar na legalidade da Portaria-GM/MS 204/2007 que regulamenta as transferências fundo a fundo. Em nenhum momento se discutiu a legalidade da nova sistemática, ou dos repasses realizados por meio dos blocos de financiamento.

5.8. O fundamento que serviu de base ao desenvolvimento do raciocínio adotado pelo Ministério da Saúde, com a consequente estruturação das razões recursais, no sentido acima descrito, somente encontra justificativa em interpretação dada pelo acórdão pelo próprio Ministério. Tal discussão, somente se justificaria nesta etapa recursal, caso o Ministério estivesse a entender que as determinações contidas no item 9.1 e seus subitens do Acórdão 1101/2014 – TCU – Plenário se estendesse a todos os demais componentes e blocos de financiamento instituídos pela Portaria-GM/MS 204/2007.

5.9. Não parece adequado, de acordo com a melhor técnica processual, tratar em fase recursal de tema, a nosso sentir, não discutido na deliberação primitiva. Conforme já abordado, extrai-se da deliberação recorrida que esta Corte de Contas se ateve no julgamento deste processo a um componente (UPAs) de um dos blocos de financiamento, não se imiscuindo no sistema estruturado e utilizado para as transferências fundo a fundo.

5.10. Assim, não há que se avaliar os argumentos relacionados à sistemática de transferências, restringindo o presente exame aos argumentos, razões e fundamentos relacionados as determinações ao componente UPA – 24 horas, objeto de deliberação do acórdão recorrido, considerando válida a sistemática instituída pela Portaria-GM/MS 204/2007.

5.11. Superada a discussão sobre a sistemática de transferência, entende-se que os subitens 9.1.1, 9.1.6 e 9.1.7, do item 9.1. do acórdão recorrido serão examinados no tópico subsequente desta instrução, que trata da competência do TCU para fiscalização de recursos transferidos fundo a fundo, no âmbito do Fundo Nacional de Saúde.

5.12. No tocante aos subitens 9.1.2 a 9.1.4, entende-se não ter havido irresignação, pelo menos não se verificou no recurso e nas razões apresentadas de modo a combater tais determinações, logo nenhum motivo a ensejar a reforma do acórdão.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

5.13. Em relação ao subitem 9.1.5 deve-se avaliar se as transferências para construção de UPAs novas podem ser realizadas fundo a fundo ou por se tratar de transferência voluntária devem ser regidas pelo Decreto 6.170/2006 e Portaria Interministerial 507/2011. Tal determinação será avaliada no tópico que trata da natureza das transferências para as UPAs e da viabilidade jurídica de repassá-las fundo a fundo.

6. Da natureza das transferências para as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs e a viabilidade jurídica de transferi-las fundo a fundo.

6.1. Defende-se no recurso que as transferências realizadas para o SUS não são transferências voluntárias, mas transferências obrigatórias, logo, plenamente viável, sob a ótica jurídica, a transferência fundo a fundo de recursos para as Unidades Pronto Atendimento – UPAs .

6.2. Para tanto argumenta que:

a) nos termos da legislação vigente, todos os entes devem aplicar recursos na saúde pública (arts. 5º a 7º, da Lei 141/2012), e que parte da aplicação da União deve ser necessariamente destinada aos demais entes de modo a reduzir as disparidades (art. 198, §§ 2º e 3º, II, da CRFB/1988), o art. 2º, da Lei 8.142/1.990 determina como os recursos serão alocados, por sua vez o art. 17, da LC 141/2002 determina a forma de rateio em cumprimento ao art. 198, §3º, II, da CRFB/1988, e por fim o art. 3º, da LC 141/2002 estabelece quais seriam 'as despesas com ações e serviços públicos de saúde para aplicação de recursos mínimos em saúde', concluindo que após 'uma interpretação sistemática' os recursos repassados pela União para as finalidades descritas no art. 3º, da LC 141/2002, por força do art. 198, §3º, II, da CRFB/1988 c/c os arts. 17 e 18, da LC 141/2002, são transferências constitucionais obrigatórias, realizadas pelo FNS na modalidade fundo a fundo, consoante diretrizes dos blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria-GM/MS 204/2006;

b) as transferências obrigatórias efetivadas na modalidade fundo a fundo não se limitam ao art. 3º da LC 141/2012, uma vez que a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (art. 25) excluiu do conceito legal de transferências voluntárias os recursos destinados aos SUS. Nesse sentido, além das transferências já citadas, atribui-se a natureza de transferência obrigatória a todos os recursos destinados ao SUS, assim entendidos aqueles regulados pela Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS), por isto, os repasses dos recursos (regulados pelas LC 141/2012 e Lei 8080/1990) não deve ser feito por termo de convênio ou contrato de repasse, mas por transferência na modalidade fundo a fundo, conforme preceitua o art. 18, da LC 141/2012, não havendo qualquer óbice na transferência de recursos para investimentos pela modalidade fundo a fundo.

6.3. Ao final requer a 'reforma do Acórdão 1.101/2014-TCU-Plenário, de modo a reconhecer a viabilidade do repasse de recursos de investimentos através do sistema fundo a fundo, e, ainda, para afastar a responsabilidade dessa Pasta na fiscalização dos meios empregados para a execução das Unidades de Pronto Atendimento, restringindo a atribuição do Ministério no que tange ao controle finalístico da política pública para a qual o recurso federal foi repassado.'

Análise:

6.4. Neste tópico avalia-se se a determinação do subitem 9.1.5 deve ou não subsistir.

6.5. Inicia-se o presente exame pela natureza das transferências relacionadas as UPAs.

6.6. As transferências realizadas pela União podem ser divididas, segundo sua origem normativa, em (a) Transferências Constitucionais, (b) Legais, (c) Voluntárias (d) Destinadas ao Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que a informada origem normativa provém da definição legal dada pela LRF (art. 25), verbis:

Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

6.7. Nota-se que a lei afastou as transferências de origem constitucional, legal ou as destinadas ao SUS da definição de transferências voluntárias. Resta, portanto, saber se as transferências para as UPAs são obrigatórias.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

6.8. Deve-se num primeiro se socorrer da CRFB/1988 (art. 198, §2º, I), verbis:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

6.9. Por sua vez, a Lei Complementar (arts. 2º e 5º, da LC 141/2012) a que faz alusão a Constituição, assim dispôs:

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

(...)

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

(...)

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

(...)

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

(...)

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

6.10. A LC 141/2012 regulou o mínimo a ser destinado à saúde, como também deixou expresso que as transferências destinadas ao SUS não podem ser condicionadas.

6.11. Dos dispositivos, pode-se discutir se as transferências destinadas ao SUS seriam constitucionais ou legais, mas não se discute o caráter vinculativo do repasse destas transferências e, portanto, a obrigatoriedade de entrega aos demais entes federativos (arts. 18 e 22, da LC 141/2012).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

Assim, para os recursos aportados pela União no Fundo Nacional de Saúde e destinados ao SUS não deve existir qualquer restrição ao repasse.

6.12. Por outro lado, não há como negar que o legislador complementar (LRF), de forma expressa, diferenciou tanto as transferências constitucionais, quanto as legais, quanto as transferências voluntárias das transferências destinadas ao SUS, o que se pressupõe tratar de transferências que por sua natureza e peculiaridades se distinguem, suplicando, inclusive, regulamentação diversa.

6.13. As transferências voluntárias da União possuem definição legal, conforme disposto no art. 25, da LC 101/201 como 'a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.'

6.14. Assim, entende-se que da definição legal da LRF pode-se subdividir as transferências em: (a) transferências obrigatórias e; (b) transferências voluntárias. Por sua vez, as transferências obrigatórias (a) podem ser desdobradas em: (a.1) transferências constitucionais; (a.2) transferências legais e; (a.3) transferências destinadas ao SUS.

6.15. Do exposto, conclui-se que os recursos do FNS destinados ao SUS são transferências obrigatórias e não podem ser restringidas. Contudo, nem todos os recursos do Fundo Nacional de Saúde são recursos destinados ao SUS, é o que se extrai do art. 2º, da Lei 8.142/1.990, verbis:

Art. 2° Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3° Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.

6.16. Percebe-se que o FNS é mais abrangente que os recursos destinados ao SUS (art. 2º, IV, da Lei 8.142/1.990). Também não é difícil perceber a existência de outros recursos no FNS de origem federal que poderiam ser transferidos aos outros entes pela União. Sem maiores dificuldades interpretativas, é possível inferir a possibilidade de coexistir, no âmbito do FNS, tanto transferências voluntárias (decorrentes dos art. 2º, incs. I a III, da Lei 8.142/1.990), quanto de transferências obrigatórias (decorrentes do art. 2º, IV, da Lei 8.142/1.990).

6.17. Cuida-se nestes autos da transferência para as UPAs, cuja fonte de recursos, a partir de 2011, passou a ser o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2). Assim, sendo o PAC a fonte de recursos e, considerando estar os recursos alocados no FNS (órgão, para efeito contábil), entende-se que a natureza destes recursos é de transferência voluntária, pois se enquadra num dos três primeiros incisos (I, II ou III) do art. 2º, da Lei 8.142/1.990.

6.18. Ultrapassada a discussão sobre a natureza das transferências, outras duas questões se colocam para o deslinde da questão:

6.19. A um, se a transferência é voluntária, a celebração de convênio ou contrato de repasse e a obediência à Portaria Interministerial 507/2011 se impõe?

6.20. A dois, se a transferência é voluntária e, negativa a resposta ao primeiro questionamento, é possível o repasse fundo a fundo por meio dos mesmos mecanismos das transferências feitas ao SUS?

6.21. Com relação a primeira questão é pertinente lembrar que a própria Portaria Interministerial 507/2011 (art. 2º), exclui diversas transferências voluntárias da aplicação da norma. Verifica-se,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

inclusive, que as transferências do PAC estão excluídas do âmbito de aplicação do normativo (art. 2, inc. VII), verbis:

Art. 2º Não se aplicam as exigências desta Portaria:

(...)

VII - às transferências para execução de ações no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC, regulamentadas pela Lei nº 11.578, de 26 de novembro de 2007, exceto o disposto no Capítulo I do Título I desta Portaria.

6.22. Entende-se dessa forma que, ainda que sejam transferências voluntárias, a celebração de convênio não se impõe e, no presente caso, poder-se-ia, inclusive ser tais transferências reguladas pela Lei 11.578, de 26 de novembro de 2007

6.23. Uma vez respondida de forma negativa a primeira questão, deve-se avaliar se as transferências para construção de UPAs novas, embora voluntárias e situadas no âmbito do FNS, podem ser realizadas fundo a fundo, e por consequência se o subitem 9.1.5 subsiste.

6.24. Data máxima vênia, entende-se que neste ponto o acórdão deve ser reformado.

6.25. Do voto condutor, verifica-se que o principal fundamento a afastar a possibilidade a viabilidade de se realizar as transferências fundo a fundo para as UPAs foi o art. 6º, §3º, da Portaria 1.020/2009, verbis:

15. Concluindo a análise da oitiva do ministério, observo que os recursos têm sido repassados da união para os demais entes por meio de transferências fundo a fundo, sob a alegação de que a Portaria 1.020/2009 permitiria tal modalidade.

16. Ocorre que, em que pese prever que a origem dos recursos para a construção de Unidades de Pronto Atendimento seria do Fundo Nacional de Saúde, a Portaria 1.020/2009, no seu art. 6º, §3º, estabelece a transferência fundo a fundo somente para as despesas com custeio das unidades.

17. Assim, entendo que os repasses de recursos da união para os demais entes que objetivem a construção de Unidades de Pronto Atendimento são transferências voluntárias e devem ser realizados sob a égide da Portaria Interministerial 507/2011. (grifos acrescidos)

6.26. Dispõe o art. 6º, §3º, da Portaria 1.020/2009, verbis:

Art. 6º Definir que, para a habilitação aos recursos de incentivo financeiro de investimento para implantação de UPA e de SE, de que trata o artigo 4º desta Portaria, os gestores do SUS deverão submeter ao Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde, proposta de implantação dessas unidades.

(...)

§ 3º Uma vez elaborada e devidamente instruída conforme o estabelecido no parágrafo imediatamente anterior, a proposta deve ser submetida à apreciação dos Colegiados de Gestão Regional - CGR, se houver, e da - CIB, para avaliação e aprovação.

6.27. Não se extrai do comando normativo a conclusão a que chegou o Tribunal. Observa-se que o dispositivo não trata da aplicação em UPAs, mas, tão somente das despesas relacionadas ao custeio das unidades. De toda forma, ainda que se tratasse de despesas de custeio, entende-se que a determinação é prospectiva e não retroativa, devendo ser avaliada a legislação vigente e não os normativos revogados.

6.28. Os normativos internos do Ministério da Saúde que regulam as transferências para as UPAs 24h são:

a) Portaria-GM/MS 204/2007 (Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle);

b) Portaria-GM/MS 1600/2011 (Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde - SUS);

c) Portaria-GM/MS 342/2013 alterada pela Portaria-GM/MS 104/2014 (Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal).

6.29. É necessário, antes de discutir a UPA, breve reflexão sobre a sistemática das transferências por bloco de financiamento, repita-se, tais considerações não se relacionam a avaliação de legalidade da sistemática, mas tão somente em relação ao funcionamento.

6.30. Dispõe a Portaria-GM/MS 204/2007 (arts. 3º e 4º), verbis:

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

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; e

V - Gestão do SUS.

VI - Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 837 de 23.04.2009) (grifos acrescidos)

6.31. Nota-se que as transferências são organizadas por blocos de financiamento e os blocos desdobrados em componentes. Importante esclarecer que tanto os blocos de financiamento quanto os componentes dos blocos possuem semelhanças e peculiaridades e, portanto, normas gerais e normas específicas.

6.32. Tanto a Portaria-GM/MS 1.600/2011 (art. 10, I) quanto a Portaria-GM/MS 342/2013 (art. 2º) definem a UPA e a caracterizam como componente, verbis:

Portaria-GM/MS 1.600/2011

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I -a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e)

Portaria-GM/MS 342/2013

Art. 2º A UPA 24h é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica de Saúde e a Atenção Hospitalar.

(...)

Art. 11. Para os fins do disposto nesta Portaria, consideram-se as seguintes definições:

I - UPA Nova: UPA 24h a ser construída com recursos do incentivo financeiro de investimento para a construção de que trata esta Portaria, ou construída com recursos próprios do ente federativo, que atendam as regras e diretrizes de que trata esta Portaria, desde sua inauguração; (Alterada pela PRT nº 104/GM/MS de 15.01.2014)

II - UPA Ampliada: UPA 24h a ser constituída a partir de acréscimo de área a estabelecimentos de saúde já existentes e cadastrados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

6.33. Nota-se que embora os normativos a definam como componente, não há especificação de qual dos blocos de financiamento o componente se enquadra. A definição do bloco de financiamento se mostra necessária para verificar, exatamente, quais as disposições normativas aplicáveis. Por isso, socorre-se da Portaria-GM/MS 204/2007 (art. 6º e 31-A), verbis

Art. 6º Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

(...)

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

§ 2º Os recursos referentes aos Blocos de Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Assistência Farmacêutica não poderão ser utilizados para o pagamento de: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 2.025 de 24.08.2011)

(...)

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

(...)

Art. 31.A. O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que serão transferidos, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 837 de 23.04.2009)

6.34. Da leitura dos mencionados dispositivos, resta cristalino que tal componente, de acordo com a sistemática de blocos de financiamento e componentes, se enquadraria no bloco Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Tal conclusão funda-se nas disposições do art. 6º, §2º, V, da Portaria-GM/MS 204/2007, que impede que os recursos de cinco dos seis blocos sejam alocados em obras de construções novas. Contudo, o dispositivo não alcança o sexto bloco de financiamento, qual seja Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

6.35. A exegese somente do aludido dispositivo (art. 6º, §2º, V, da Portaria-GM/MS 204/2007) já permitiria concluir em qual bloco de financiamento estaria inserido as UPAs. O art. 31-A, da Portaria-GM/MS 204/2007 mais força traz a interpretação de que as UPAs se enquadrariam no bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. No mesmo sentido até o nome do bloco 'Investimentos na Rede de Serviços de Saúde' harmoniza-se com a natureza das despesas aplicadas na UPAs (despesas de capital).

6.36. Definido o componente (UPAs – 24h) e o bloco de financiamento (Investimentos na Rede de Serviços de Saúde), verifica-se da 'norma geral' definidora do bloco de financiamento (art. 31-A Portaria-GM/MS 204/2007) que são as despesas de capital a principal, senão as únicas, despesas de execução permitida no respectivo bloco e, portanto, se o bloco de financiamento é válido são válidas as transferências fundo a fundo para aplicação no componente UPAs – 24h.

6.37. Pelo exposto, entende-se inexistir proibição ao repasse de recursos para execução de despesas de capital para UPAs – 24 h.

6.38. É cediço que o disposto não é fator impeditivo para que caso se queira nas transferências destinadas aos SUS que se celebre se convênio para a construção das UPAs, contudo, nada impede também que se adote os mecanismos utilizados para as transferências destinadas ao SUS na modalidade fundo a fundo.

6.39. Dessa forma, entende-se que cabe ao gestor a adoção da modalidade (fundo a fundo ou convênio) que melhor lhe aprouver, utilizando-se do instrumento que no seu entender se mostre mais adequado para a consecução do objetivo, quando se tratar de transferências voluntárias.

6.40. Pelo exposto, propõe-se a reforma do acórdão e a exclusão do subitem 9.1.5.

7. Da incompetência do Tribunal de Contas da União para julgar a regularidade de repasses fundo a fundo nas ações e serviços de saúde relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS.

7.1. Defende-se no recurso a incompetência do TCU para fiscalizar a execução dos objetos e aplicação dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo (transferências da União procedidas segundo os ditames do parágrafo único do art. 18 da Lei Complementar 141/2012, conforme inteligência do inciso art. 71, VI, da Constituição Federal e art. 5°, VII, da Lei 8.443/1992), cabendo ao TCU somente fiscalizar plenamente o controle de execução e de finalidade.

7.2. Para tanto argumenta que:

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

a) o texto da Lei 8.443/1992 e da CRFB nada disseram sobre a possibilidade de a Corte de Contas fiscalizar as transferências realizadas na modalidade fundo a fundo;

b) o termo 'outros instrumentos congêneres' não abarca as transferências fundo a fundo não se podendo enquadrar tais transferências na definição dada pela CRFB e Lei 8443/1992, logo não se justifica a competência do TCU para fiscalizar a execução de tais recursos, bem como responsabilizar os gestores do MS por tais repasses e execução;

c) a aludida interpretação se mostra ainda mais evidente ao analisar em conjunto o Decreto 6.170/2007; a LRF; o art. 198, §3º, da CRFB e o art. 18, da LC 141/2013, este último determinando que 'os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.'

d) a intelecção dos dispositivos deixa clara a intenção do legislador de atribuir competência à fiscalização dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde de forma regular e automática, na modalidade fundo a fundo, no âmbito do SUS, aos respectivos Tribunais de Contas Estaduais, inclusive em decorrência da simetria do disposto no art. 75, da CRFB, uma vez que a execução dos objetos e aplicação dos recursos estão sob a guarda e responsabilidade de seus respectivos gestores;

e) não se está a discutir a origem dos recursos (que se entende ser da União), mas que considerando as peculiaridades das transferências no âmbito do SUS que a responsabilidade é do Tribunal de Contas Estadual, e que a fiscalização do TCU se processaria da mesma forma que a do MS, sob um 'prisma finalístico e não de execução';

f) a Lei 4320/1964 (art. 116) estabelece que as transferências obrigatórias realizadas pela União para outros entes da federação devem ser consideradas como receitas dos respectivos entes;

g) a gestão do SUS compreende divisão de competências, pois a União caberia repassar os recursos e estabelecer condições para a execução de forma a se alcançar com êxito o objetivo da política pública, aos entes beneficiados das transferências, ainda que de forma condicionada a obrigações definidas pela repassadora, caberia a execução do recurso para o alcance da finalidade. Assim a coerência impõe que a fiscalização dos recursos federais transferidos fique sob a responsabilidade dos TCEs, nesse sentido as competências fiscalizatórias fixadas no art. 71, da CRFB devem ser interpretadas de modo a não usurpar as competências dos Tribunais de Contas Estaduais, asseguradas no art. 75, da CRFB;

h) ainda que a interpretação caminhe em outro sentido, não se responsabilizar o gestor federal solidariamente pela execução dos recursos transferidos, uma vez que a fiscalização do correto emprego será finalística, a responsabilidade pela execução é única e exclusiva do gestor estadual;

i) informa que, com base nesse controle finalístico, o Ministério da Saúde oficiou aos entes federativos beneficiários das Unidades de Pronto Atendimento, para que estes providenciem, na execução de suas respectivas UPAS, a regularização das falhas apontadas pelo Tribunal de Contas da União.

Análise:

7.3. Em que pese o auditor informante desta instrução concordar com a tese defendida pelo recorrente, no sentido de não possuir este Tribunal competência para fiscalizar os repasses regulares e automáticos fundo a fundo, por ser de propriedade estadual ou municipal, conforme o caso, entende-se contraproducente e desprovido de racionalidade processual desenvolver argumentos e alegações a justificar a tese jurídica aventada, uma vez que a jurisprudência deste Tribunal há muito assentou-se em sentido inverso, não havendo sequer indícios de evolução hermenêutica.

7.4. A sedimentada jurisprudência aduz que esta Corte de Contas possui competência para fiscalizar os recursos para ações e serviços de saúde repassados regular e automaticamente por meio da denominada transferência fundo a fundo (v.g Acórdãos 2056/2014, 2942/2013, 3075/2011, 1806/2011, 132/2009, 1.306/2007, 365/2001, 705/1999, 263/1999, 508/1998, 91/1998, 506/1997,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

todos do Plenário; Acórdão 3.153/2004, da 1ª Câmara, Acórdãos 5.509/2013, 8806/2012, todos da 2ª Câmara).

7.5. Ante o exposto, entende-se, nos termos da consolidada e pacífica jurisprudência desta Corte, que as alegações não devem ser acatadas e o exame subsequente deve ser realizado a luz deste entendimento (TCU é competente para fiscalizar e julgar a regularidade de repasses fundo a fundo nas ações e serviços de saúde relacionados ao Sistema Único de Saúde – SUS).

7.6. Considerando o entendimento da consolidada e pacífica jurisprudência desta Corte verifica-se que subsistem as determinações dos itens 9.1.1, 9.1.6 e 9.1.7, do item 9.1. do acórdão recorrido.

7.7. No tocante ao item 9.1.1, a adoção de providências implica, inclusive, na abertura de TCEs quando cabível, sob pena de responsabilização dos gestores federais. Também persistem as determinações do item 9.1.6 e 9.1.7, pois conforme entendimento do TCU até mesmo a execução dos empreendimentos nas transferências fundo a fundo sujeita-se a fiscalização e ao julgamento por esta Corte de Contas.

CONCLUSÃO

8. Das análises anteriores, conclui-se que:

a) a legalidade da sistemática de transferência de recursos para o SUS mediante blocos de financiamento não foi analisada pelo TCU no acórdão recorrido, não havendo que se falar na sua ilegalidade;

b) as transferências para as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs examinadas nos presentes são voluntárias e não há óbices legais de transferi-las fundo a fundo;

c) a sedimentada jurisprudência aduz que esta Corte de Contas possui competência para fiscalizar e julgar os recursos para ações e serviços de saúde repassados regular e automaticamente por meio da denominada transferência fundo a fundo.

8.1. Com base nessas conclusões, propõe-se o provimento parcial do recurso, a fim de tornar sem efeito o subitem 9.1.5 do acórdão recorrido.

PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

9. Ante o exposto, com fundamento no art. 48 da Lei 8.443/92, submetem-se os autos à consideração superior, propondo-se:

a) conhecer do recurso e, no mérito, dar-lhe provimento parcial, a fim de tornar sem efeito a determinação contida no subitem 9.1.5 do acórdão recorrido;

b) dar conhecimento às partes e aos órgãos/entidades interessados da deliberação que vier a ser proferida;"

3. Não obstante a Serur tenha fundamentado, com clareza e profundidade, as suas teses, por delegação reputei conveniente, com vistas ao saneamento dos autos, colher a manifestação da unidade especializada sobre a temática em questão (SecexSaude), a qual emitiu a seguinte instrução (peça 87):

"*I - INTRODUÇÃO*

1. Cuidam os autos de consolidação de auditorias realizadas no âmbito de Fiscalização de Orientação Centralizada (11 fiscalizações, com 26 obras visitadas), cujo tema é a qualidade de obras concluídas de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), com recursos oriundos do Ministério da Saúde, nas cinco regiões do país.

2. Foram encontradas como principais constatações: a) execução de serviços com qualidade deficiente; b) projetos deficientes; c) inobservância de requisitos de acessibilidade; d) inexistência de termos de recebimento; e) inexistência de 'habite-se'.

3. Após análise do processo e oitiva dos responsáveis, foi prolatado o Acórdão 1101/2014-TCU-Plenário, o qual foi recorrido pela interposição de Pedido de Reexame pelo Ministério da Saúde (peças 40 e 65).

4. O recurso foi analisado pela Secretaria de Recursos do Tribunal (Serur), e seu objeto consistia em definir se:

a) é legal a sistemática de transferência de recursos para o SUS mediante blocos de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

financiamento;

b) as transferências para as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs examinadas nos presentes autos são voluntárias e se há óbices legais de transferi-las fundo a fundo;

c) esta Corte de Contas possui competência para fiscalizar e julgar os recursos para ações e serviços de saúde repassados regular e automaticamente por meio da denominada transferência fundo a fundo.

5. A Serur conheceu do recurso, dando-lhe, no mérito, provimento parcial, a fim de tornar sem efeito a determinação contida no subitem 9.1.5 do acórdão recorrido (peça 79).

6. Em despacho de 8/10/2015, o Gabinete do Ministro Augusto Nardes encaminhou os autos à SecexSaude, nos termos do art. 3º, inciso III da Portaria-Gab-AN n. 1, de 30/6/2015, solicitando que esta Secretaria se posicionasse sobre as questões de direito em debate nesta etapa processual, à luz das razões recursais apresentadas pelo Ministério da Saúde, em confronto com a jurisprudência deste Tribunal e com outros processos análogos eventualmente ainda não apreciados (peça 86).

II – QUESTÕES LEVANTADAS PELO RECURSO INTERPOSTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE CONTRA O ACÓRDÃO 1101/2014-TCU-PLENÁRIO

a) Da legalidade da sistemática de transferência de recursos para o SUS mediante blocos de financiamento.

7. A Portaria - MS/GM 204/2007 definiu que os repasses de recursos fundo a fundo do MS para estados e municípios deve se dar em blocos de financiamento. São cinco os blocos definidos por esta Portaria, mais um bloco criado pela Portaria - MS/GM 837/2009: (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 na Rede de Serviços de Saúde.

8. Cada bloco é formado por componentes, que se subdividem em repasses. Por exemplo, o Bloco de Atenção Básica é composto por dois componentes: (i) Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e (ii) Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

9. Uma das questões levantadas sobre o repasse de recursos por blocos de financiamento é a de que esse repasse contraria o disposto no parágrafo único do at. 8º da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000):

> *Parágrafo único. Os recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.*

10. O dispositivo estabelece que os recursos destinados pela legislação para uma finalidade específica não podem ser aplicados em outros objetos. Uma consequência disso é que os recursos consignados na Lei Orçamentária Anual (LOA) para determinada ação devem ser aplicados necessariamente na consecução dos objetivos dessa ação.

11. Como cada bloco abrange recursos de várias ações e, em alguns casos, mais de um programa do Plano Plurianual (PPA); e os recursos são depositados numa conta única para cada bloco, o questionamento é que eles poderiam ser utilizados de acordo com a conveniência do gestor local, sem seguir a destinação estabelecida na LOA. Há ainda discussões sobre a falta de transparência dos blocos de financiamento no Siafi e a falta de mecanismos efetivos de acompanhamento e controle por parte do Ministério da Saúde (MS).

12. O entendimento é de que a sistemática de transferências de recursos mediante blocos de financiamento, por si só, não contraria o disposto no parágrafo único do art. 8º da LRF. Apesar de os recursos de um mesmo bloco, mesmo abrangendo diferentes programas orçamentários, serem depositados em uma conta bancária, isso não significa que eles não serão aplicados na finalidade a que se destinam. No entanto, faz-se necessária que o MS garanta que os recursos não sejam aplicados em finalidades diversas.

13. Foram estabelecidos novos instrumentos de controle, como a instituição da obrigatoriedade de alimentação do Sistema SARG-SUS (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão, instituído e regulamentado pela Portaria-MS/GM 575/2012), como determinado nos Acórdãos

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

1459/2011-TCU-Plenário e 5405/2013-TCU-Segunda Câmara, permitindo que o MS tenha acesso eletrônico aos dados informados por estados e municípios, além de permitir que a sociedade em geral consulte os relatórios no portal http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus.

14. Segundo o Ministério da Saúde, em justificativas apresentadas no âmbito do TC 030.211/2010-7 (Tomada de Contas do FNS, exercício de 2009 - Acórdão 5405/2013-TCU-Segunda Câmara), o SARG-SUS é de utilização obrigatória para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) e integra o conjunto dos Sistemas Nacionais de Informação do SUS, cabendo primeiramente ao Conselho de Saúde a apreciação e aprovação do Relatório Anual de Gestão, bem como as formalizações relativas a este. A legalidade da sistemática de transferência fundo a fundo estaria fundamentada na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF - Lei Complementar 101/2001), nos Decretos 1.232/1994, 1.651/1995 e 7.507/2011, e no art. 77 da ADCT/CF - redação dada pela Emenda Constitucional 29/2000 e sua regulamentação por meio da Lei Complementar 141/2012.

15. Em análise do art. 8º da LRF, argumenta o MS que a expressão 'finalidade específica' é definida para os efeitos de adoção dos blocos de financiamento pela 'ação orçamentária', não se referindo necessariamente a um detalhamento por objeto de gasto ou elemento de despesa. A utilização dos blocos de financiamento teria como objetivo agregar recursos, indicando uma finalidade específica abrangente. Dessa forma, tudo o que fosse repassado para um bloco somente deve ser gasto num bloco determinado. Dentro dos blocos os recursos são alocados em componentes, que se relacionam com as ações orçamentárias.

16. De acordo com o Ministério da Saúde, a adoção desta sistemática teve como objetivo corrigir uma grave distorção no SUS, a fragmentação na transferência de recursos. Buscou-se tornar o orçamento do Ministério da Saúde mais sintético, contribuindo ainda para simplificar a execução pelos Estados e Municípios, possibilitando a inserção desses recursos em seus orçamentos analíticos, na forma adequada, facilitando o atingimento dos objetivos do SUS, além de permitir o controle mais efetivo.

17. A distribuição de recursos por meio de blocos de financiamento não deixa de assegurar que os recursos são legalmente vinculados à finalidade específica e serão utilizados, exclusivamente, para atender ao objetivo de sua vinculação conforme dispõe o §único do artigo 8° da LRF, pois os blocos de financiamento agregam programas, não substituem os programas. Conclui o MS que o fato de os recursos estarem em uma única conta bancária não fere a LRF, ficando demonstrada a aplicação dos recursos em finalidade específica por meio do Relatório Anual de Gestão.

18. No entanto, não obstante as argumentações do Ministério da Saúde, no que se refere ao controle com vistas a verificar se os recursos transferidos foram aplicados pelos entes federados na finalidade específica a que se destinam, há que se empenhar para a melhoria do registro nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) quanto às informações referentes à discriminação das despesas realizadas, a fim de trazer mais transparência aos blocos de financiamento e mecanismos efetivos de acompanhamento e controle por parte do MS.

19. A Portaria-MS/GM 204/2007 estabelece que:

> *Art. 35. Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e).*

20. Se a norma exige memórias de cálculo dos recursos transferidos, para fins de monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco, tal discriminação deve ser informada no RAG. O Tribunal já se manifestou sobre o assunto em alguns momentos, como nos Acórdãos 1459/2011-TCU-Plenário e 5405/2013-TCU-Segunda Câmara, e o entendimento é de que é urgente a necessidade de melhoria da sistemática empregada nas transferências fundo a fundo, trazendo o Ministério da Saúde, para o cenário, boas perspectivas de que há real intenção de se

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

chegar a uma solução para a questão de se garantir a fiscalização e o controle dos recursos repassados fundo a fundo.

21. Em conclusão, não obstante a necessidade de melhoria da sistemática de transferência de recursos fundo a fundo, notadamente a melhoria do registro nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) quanto às informações referentes à discriminação das despesas realizadas, a fim de trazer mais transparência aos blocos de financiamento, não há óbice legal quanto à transferência fundo a fundo por meio de blocos de financiamento.

b) Da natureza das transferências para as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e a viabilidade jurídica de transferi-las fundo a fundo.

22. De acordo com a Lei 8.142/1990, em seu artigo 3º, os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, serão repassados de forma regular e automática para esses entes, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080/1990:

> *Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:*
> *I - perfil demográfico da região;*
> *II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;*
> *III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;*
> *IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;*
> *V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;*
> *VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;*
> *VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.*

23. Portanto, a transferência de recursos fundo a fundo deve ocorrer de forma 'regular e automática', com base em critérios objetivos e aplicáveis a todos os entes federativos. Classifica-se como uma transferência legal, ou seja, o Ministério da Saúde é obrigado a transferir os recursos para os demais entes, de forma a financiar as políticas de saúde descentralizadas.

24. O que ocorre com a transferência de recursos para as UPAs não se caracteriza como regular e automática, pois essa acontece em três parcelas (como exemplo para a UPA Nova - art. 13, da Portaria GM/MS 342/2013: 10% - após a publicação da portaria de habilitação; 80% - mediante a inserção no Sistema de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde (SISMOB) de informações específicas, listadas na portaria; e 10% - após a conclusão da edificação da unidade e a inserção no SISMOB), todas condicionadas à apresentação de projeto ou dados e informações sujeitos à avaliação do Ministério da Saúde (MS).

25. Ou seja, a transferência caracteriza-se, teoricamente, como voluntária, pois sujeita-se à avaliação do gestor, e como transferências voluntárias, deveriam ser realizadas mediante convênio ou contrato de repasse, mas o MS tem optado pela modalidade fundo a fundo, em prejuízo da transparência possibilitada pelos convênios, cuja execução é publicada no Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse (Siconv). Diante disso, cabe aqui algumas considerações quanto à instituição do programa das Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

26. O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Desde a publicação da portaria que instituiu essa política, o objetivo foi o de integrar a atenção às urgências. Hoje a atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família, enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel às Urgência) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H). O atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais.

27. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) foram previstas inicialmente na Portaria MS/GM 1.600/2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria revogou a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

Portaria MS/GM 1.863, de 29/9/2003, a qual criou a PNAU, política implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, e instituída a partir de componentes como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), entre outros.

28. Pela Portaria MS/GM 1.600/2011, entende-se que a UPA, assim como o SAMU, constitui obrigação dos três entes, serviço a ser implementado de forma conjunta no SUS, cabendo ao Ministério financiá-lo em conjunto com os demais entes por meio de transferências regulares e automáticas, fundo a fundo.

29. As diretrizes para implantação das UPAs foram feitas por meio da Portaria MS/GM 342, de 4/3/2013 (revogou a Portaria 2.648/GM/MS, de 7/11/2011), a qual redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. A Portaria trata de incentivos financeiros para projetos habilitados a partir de 2013, que se dividem em:

> *I - incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação de UPA Nova e UPA Ampliada no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências; e*
>
> *II - incentivo financeiro para custeio mensal das UPA Nova e UPA Ampliada.*

30. Em seus arts. 13 (UPA Nova) e 19 (UPA Ampliada) é definido que o incentivo financeiro de investimento será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Estadual de Saúde, Fundo de Saúde do Distrito Federal ou Fundo Municipal de Saúde, nas formas definidas na portaria. Os artigos 30 a 33 definem o incentivo financeiro para custeio mensal das UPA Nova e Ampliada, cujas despesas de custeio mensal são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

31. Em princípio, cabe aqui uma primeira reflexão sobre o programa das UPAs. Não há clareza quanto a quem se refere a competência quanto à formulação da política de urgências. A Lei 8.080/1990 define as políticas que devem ser coordenadas pelo governo federal, entre elas:

> *Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:*
>
> *III - definir e coordenar os sistemas:*
>
> *a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;*
>
> *b) de rede de laboratórios de saúde pública;*
>
> *c) de vigilância epidemiológica; e*
>
> *d) vigilância sanitária;*

32. Observa-se que à União compete definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade. As UPAs não se caracterizam diretamente como um serviço de alta complexidade, segundo a Portaria – MS/GM 1.600/2011:

> *Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:*
>
> *I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências (grifo nosso);*

33. Por conseguinte, as UPA são estabelecimentos de complexidade intermediária. O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria - MS/GM 399/2006, define que os serviços de urgência são de responsabilidade dos Municípios, coordenados pelos Estados:

> *RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS*
>
> *– MUNICÍPIOS*
>
> *garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências (grifo nosso);

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA – ESTADOS

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

34. Já o Decreto 8.065, de 7/8/2013, que define o regimento interno do MS, estabelece que:

Art. 16. Ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência compete:

IV - elaborar, coordenar e avaliar a política de urgência e emergência do SUS e a rede de urgência e emergência;

35. Por fim, a PNAU define que:

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1 º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

36. Portanto, há contradição nas normas acerca da responsabilidade pela formulação dos programas de urgência. Para solucionar tal contradição, as normas a serem utilizadas como parâmetros principais são, em primeiro lugar, a Constituição Federal de 1988; em segundo, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), regulamentada pelo Decreto 7.508, de 28/6/2011; e em terceiro, o Pacto pela Saúde (Portaria - MS/GM 399/2006), e o COAP (Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde), disposto pelas Resoluções CIT/MS n. 3, de 30/1/2012; e n. 4, de 19/7/2012. Tanto o Pacto como o COAP são instrumentos em que se estabelecem as responsabilidades no âmbito do SUS.

37. O que se observa na CF88 é a priorização pela descentralização, pois estabelece que as 'ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com', entre outras diretrizes, a 'descentralização, com direção única em cada esfera de governo'.

38. A Lei 8.080/1990, como visto acima, elenca as políticas cuja definição e coordenação compete ao gestor federal, entre as quais não se inclui as ações de urgência e emergência, que, segundo o Pacto pela Saúde, devem ser executadas pelos municípios com a coordenação estadual. Não pode um Decreto Federal, que trata do regimento interno do MS, atribuir tal competência à União, quando as demais normas privilegiam a descentralização.

39. Assim, por exemplo, não poderia o MS decidir pela padronização quase completa de uma política de saúde cuja coordenação a Lei 8.080/1990 não lhe confere, que é o que tem ocorrido na prática. Segundo a Portaria - MS/GM 342/2013:

Art. 6º A implantação da UPA 24h atenderá às orientações gerais, diretrizes e parâmetros estabelecidos na presente Portaria e na Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente com relação às orientações técnicas mínimas disponíveis no portal do Ministério da Saúde, por meio do sítio eletrônico http://www.saude.gov.br/sas, no tocante:

I - à definição dos fluxos e da estrutura física mínima para UPA 24h, por porte;

II - ao mobiliário, aos materiais e aos equipamentos mínimos obrigatórios, por porte; e

III - à caracterização visual das unidades, que deverá atender os padrões visuais constantes da Portaria nº 2.838/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui a programação visual padronizada das Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

40. Pelo exposto, verifica-se que a padronização vai desde a estrutura mínima da UPA até a sua caracterização visual, com necessidade de constarem logomarcas tanto do programa quanto do

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

governo federal, uniformes das equipes e das ambulâncias do SAMU. O governo federal trata as UPAs e o SAMU como programas seus, como se observa, também, em descrições no portal do MS na internet (http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas):

> *A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é um dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências. A implantação deste Programa é uma das estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar, qualificar e fortalecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no país (grifo nosso).*
> *(...)*
> *O Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar os gestores na execução dos investimentos aprovados, disponibiliza Projetos Padrões de Arquitetura da UPA 24h nos três Portes (Porte I, II e III), conforme previsto na Portaria GM/MS nº 342, de 4 de março de 2013 (grifo nosso).*

41. Essa questão sobre os limites da padronização dos programas de saúde, no entanto, merece algumas considerações. Em nosso entendimento, de acordo com o art. 35 da Lei 8.080/1990, é permitido ao MS exigir a apresentação de projetos pelos entes federados como condição para se efetivar as transferências fundo a fundo, apesar de haver espaço para se aprimorar a sistemática empregada.

42. Da leitura do citado artigo, entende-se que o Legislador previu a exigência pelo MS de propostas de projetos para a efetivação das transferências, já que esse seria o instrumento no qual se faria a análise técnica prevista em lei de programas e projetos, de acordo com os critérios objetivos mencionados no art. 35 da Lei 8.080/1990. Tal procedimento não caracterizaria a celebração de convênio, e não significaria, necessariamente, exigências adicionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

43. Acredita-se que a análise de tais projetos seria também uma forma de se estabelecer algum critério de padronização das ações de saúde no que se refere ao bloco de investimentos na rede de serviços de saúde (despesa de capital), já que a legislação não define claramente quais os tipos de ações devem ser financiadas obrigatoriamente pelo governo federal.

44. Analisando-se as regras de transferência de recursos para o programa das UPAs (art. 13 - UPA Nova; e art. 19 – UPA Ampliada), conclui-se que tais exigências e procedimentos visam ao máximo alcance das ações para aprimoramento da infraestrutura das UPAs e melhoria do desempenho da política de saúde, pois induzem uma série de medidas de controle, tanto para a União quanto para Estados, Municípios e Distrito Federal, que garantam a aplicação eficiente dos recursos públicos. Não há, portanto, subjetividade do gestor federal ao analisar os pleitos apresentados, tendo em vista a existência de diversos critérios objetivos previstos nas diversas portarias para norteá-lo em sua análise.

45. Vale lembrar que as exigências quanto à apresentação de projetos como condição para transferência de recursos na modalidade fundo a fundo se aplicam apenas para ações e serviços de saúde inseridos no bloco de investimentos na rede de serviços de saúde (despesas de capital), conforme disposto na Portaria GM/MS n. º 837/2009. Os demais 5 blocos não necessitam de tais projetos.

46. A segunda reflexão sobre o programa das UPAs refere-se exatamente à natureza da transferência dos recursos para o programa, se voluntárias ou regulares e automáticas. Não há clareza na legislação específica ao programa quanto ao fato de as transferências fundo a fundo serem tratadas como regulares e automáticas. Teoricamente, tais características inviabilizariam a exigência de projeto, pois tal exigência retira a característica de automática, ao mesmo tempo em que todo projeto tem como característica principal o seu caráter temporário, excluindo também a característica de regular.

47. A construção de uma UPA enquadra-se na definição de projeto. Os recursos transferidos pela União para tal empreendimento são divididos em três parcelas, correspondentes a 10%, 80% e 10% do valor aprovado, de acordo com a execução da obra. Portanto, são transferências pontuais e

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

não automáticas.

48. Em princípio, tais transferências contrariam a Lei 8.142/1990, que estabelece que os recursos para 'cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (...) serão repassados de forma regular e automática'. Todavia, como já mencionado, a Lei 8.080/1990 permite que seja exigido projeto, conforme estabelecido em seu art. 35:

> *Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: (grifo nosso).*

49. Se a norma permite a exigência de projeto, a interpretação do dispositivo é a de que se trata de uma exceção às transferências regulares e automáticas, sendo possível, portanto, que a União transfira recursos fundo a fundo em parcelas específicas e mediante exigência de proposta de projeto.

50. Tais transferências seriam, na realidade, voluntárias, decorrentes da instituição de um programa de responsabilidade dos três entes da Federação e regidas por normatização do Ministério da Saúde quanto aos critérios de padronização, quanto à forma pela qual os recursos serão transferidos e quanto aos procedimentos a serem adotados pelos entes federados que pleiteiem recursos junto ao MS para implantação de Unidade de Pronto Atendimento (UPA); sem que isso configure necessariamente subjetividade do gestor federal, já que há diversos critérios objetivos previstos nas diversas portarias para norteá-lo em sua análise.

51. Uma das possíveis razões para que o MS esteja utilizando as transferências fundo a fundo seria a quantidade excessiva de prestações de contas de convênios em análise. As transferências fundo a fundo são mais flexíveis e não possuem um rito tão complexo quanto o dos convênios. A legislação do SUS estabeleceu as transferências regulares e automáticas de recursos a Estados e Municípios como forma de priorizar a descentralização de recursos, permitindo aos entes subnacionais que tivessem maior autonomia na implementação das ações.

52. Apesar do rito mais simplificado, ressalta-se que existe controle das transferências realizadas no bloco de investimento para construção, como é o caso das UPAs. De acordo com a Portaria GM/MS 342/2013 (arts. 13; 14; 19; 20; 23; 27; 28; 50; 51; 52; 53; 57; 58; 64; 67; 68; 69; 70; 74; e 75), é obrigatório o ente recebedor preencher o SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras) com informações diversas, necessárias, por exemplo, para o repasse da segunda e terceira parcelas (UPA Nova; e UPA Ampliada) do recurso e habilitação do ente recebedor.

53. Ainda segundo a Portaria 342/2013, os Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis pela contínua atualização das informações no SISMOB, no mínimo a cada sessenta dias, responsabilizando-se pela veracidade e qualidade dos dados fornecidos. E caso o SISMOB não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de sessenta dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a suspensão do repasse a ele de recursos financeiros de ampliação e construção de UPA.

54. Como condição para continuar apto ao financiamento e receber eventuais novos recursos financeiros, o ente federativo beneficiário deverá informar o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anteriores ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações requeridas pelo SISMOB.

55. O SISMOB, de acordo com o Ministério da Saúde, foi desenvolvido com o intuito de monitorar todas as obras de engenharia e infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento e Academias da Saúde financiadas com recurso Federal, tornando-se uma ferramenta para o gerenciamento de todas as fases da obra. O Sistema possibilita comparativos do planejado e do executado de cada obra, assim como suas fases e etapas, podendo o gestor comparar o cronograma pré-definido da obra, realizado por profissional especializado, com o andamento real, oferecendo uma visão financeira e executiva de toda a obra. Todo o histórico da obra juntamente com as imagens fotográficas pode ser visualizado na série histórica disponível no sistema.

56. Todas essas exigências fazem com que as funcionalidades do SISMOB se assemelhem

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

muito com o sistema de convênios (Siconv), com a desvantagem, no entanto, de o SISMOB ser restrito ao Ministério da Saúde, não possibilitando o mesmo nível de transparência do Siconv, cujo acesso é livre para qualquer cidadão ou órgão de controle.

57. Nesse ínterim, retornando ao tema principal, entende-se que o fato de o recurso ser transferido fundo a fundo não o descaracteriza como transferência voluntária. Não procede, por exemplo, o argumento de que com a edição da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) as transferências de recurso 'por causa da sua vinculação com o SUS, acabam por perderem o caráter de voluntárias, bastando que sejam revestidas da forma automática fundo a fundo'. Segundo a Lei Complementar 101/2000:

> *Art. 25. Para efeito desta Lei Complementar, entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde (grifo nosso).*

58. Apesar de a LRF retirar as transferências destinadas ao SUS do conceito de transferência voluntária, tal exclusão volta-se apenas 'para efeito desta Lei Complementar', ou seja, as transferências do SUS não são consideradas voluntárias apenas quando a LRF se utiliza desse conceito. Isso ocorre principalmente quando a Lei estabelece como sanção a suspensão das transferências voluntárias, como, por exemplo, quando o ente federado ultrapassa o limite da dívida consolidada, ou quando ultrapassa os limites das despesas com pessoal. Dessa forma, as transferências do SUS não seriam suspensas, pois foram excluídas do conceito de transferência voluntária da Lei.

59. Portanto, o entendimento é de que o fato de o recurso ser transferido fundo a fundo não o descaracteriza como transferência voluntária, podendo o Ministério da Saúde instituir programas próprios e descentralizar sua execução para Estados e Municípios. Esse entendimento é reforçado pela Lei Complementar 141/2012, que em seu art. 18 dispõe:

> *Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.*
>
> *Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento [grifo nosso].*

60. Como dispõe o parágrafo único, o fato de determinada transferência de recurso ser efetivada fundo a fundo não lhe retira a condição de transferência voluntária, ele permite justamente que seja utilizado o fundo de saúde para transferências voluntárias, mas estabelece que devam ser adotados os meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da CF88:

> *Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:*
>
> *VI - fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município;*

61. Assim, mesmo realizando a transferência fundo a fundo, quando esta for uma transferência voluntária, ainda deve ser celebrado o convênio ou outro instrumento formal, estando, em consequência, sujeitas a critérios estabelecidos pelo MS, como por exemplo a apresentação de uma proposta de projeto ou inserção de dados e informações em sistemas específicos. Ressalta-se que a descentralização no SUS não assume um caráter apenas de execução, ou seja, uma descentralização administrativa pressupõe uma descentralização também política, que envolve a tomada de decisões quanto à formulação dos programas. É necessária a definição de padrões mínimos para que se

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

garanta a qualidade do atendimento, e as diretrizes nacionais devem ser contrabalanceadas com as singularidades regionais. Segundo o Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria – MS/GM 399/2006:

> *Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais [grifo nosso].*

62. A legislação não define claramente quais os tipos de ações devem ser financiadas obrigatoriamente pelo governo federal. Por conseguinte, não é clara a distinção entre programas do SUS que deveriam ser financiados por transferências legais e aqueles que são instituídos pelo Ministério da Saúde e deveriam ser financiados por meio de transferências voluntárias.

63. Se o Ministério da Saúde (MS) financiar algum programa executado de forma descentralizada, para ser considerada uma transferência legal fundo a fundo, a mesma deve ser realizada de forma regular e automática, sem exigências de padronização por parte do MS. Caso a transferência não siga tais critérios, constitui uma transferência voluntária e deve seguir o ritual formal exigido na legislação.

64. Como já mencionado em análise do tópico anterior, o Tribunal já se manifestou sobre o assunto em alguns momentos, como nos Acórdãos 1459/2011-TCU-Plenário e 5405/2013-TCU-Segunda Câmara, e o entendimento é de que é urgente a necessidade de melhoria da sistemática empregada nas transferências fundo a fundo. Pelos argumentos registrados naqueles processos, entende-se que o Ministério da Saúde tem trazido para o cenário boas perspectivas de que há real intenção de se chegar a uma solução para a questão de se garantir a fiscalização e o controle dos recursos repassados fundo a fundo.

65. Como exemplo, podem ser citados: i) a edição da Portaria 2.135/2013-MS, onde foram estabelecidas as diretrizes para o processo de planejamento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), do Relatório de Gestão, o qual permitirá ao gestor apresentar os resultados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), bem como orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde; e ii) o desenvolvimento do módulo 'Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior' no SargSus (Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão) e adoção de medidas visando a inclusão de dados referenciados no Acórdão 5405/2013-TCU-2ª Câmara no Sistema.

66. É legítimo que o governo federal institua programas de saúde e que tais programas sejam executados de forma descentralizada. Porém, o instrumento correto para que isso ocorra seria o convênio ou algum instrumento que permitisse discriminar a utilização dos recursos. Os recursos até podem ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais, mas, como determina o parágrafo único do art. 18 da Lei Complementar 141/2012, devem ser 'adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento'.

67. Portanto, as transferências para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são transferências voluntárias, podem ser transferidas fundo a fundo, mas, como tal, deveriam seguir o ritual formal exigido na legislação, qual seja, convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a fim de que seja resguardado o princípio da transparência e preservada a necessidade de controle sobre a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União aos entes federados.

c) Da competência do Tribunal de Contas da União para julgar a regularidade de repasses fundo a fundo nas ações e serviços de saúde relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

68. Os recursos federais repassados de forma regular e automática, do Fundo Nacional de saúde aos fundos estaduais, distrital e municipais, não perdem a origem e, portanto, permanecem com a natureza de verbas federais. Nesse sentido, é legítima a competência do TCU para julgar a regularidade desses repasses, atuando de forma a apreciar as contas de terceiros que venham a causar dano à União. Esta atuação está consagrada na parte final do inciso II do art. 71 da atual

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

Constituição Federal:

> *Art. 71. O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:*
>
> *(...)*
>
> *II - julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário público;*

69. Nesse sentido, esta Corte de Contas, mediante a Decisão 506/1997-TCU-Plenário firmou o entendimento de que:

> *os recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, constituem recursos federais e que, dessa forma, estão sujeitos à fiscalização desta Corte as ações e os serviços de saúde pagos à conta desses recursos, quer sejam os mesmos transferidos pela União mediante convênio, quer sejam repassados com base em outro instrumento ou ato legal; (grifo nosso)*

70. Conforme entendimento do TCU, os recursos repassados aos gestores locais, embora por eles administrados, são originalmente federais, citando-se como exemplificação o fato de caber ao FNS a competência para instaurar processos de TCE dos recursos do SUS repassados fundo a fundo (Acórdão 1284/2014-TCU-1ª Câmara).

71. Em recente julgado do TCU (Acórdão 1426/2015-TCU-Plenário), a competência do Tribunal para fiscalizar os recursos referentes às ações e serviços de saúde tornou-se objeto de debate, uma vez que Parecer da Consultoria Jurídica do Ministério da Saúde (Parecer 3404/2014/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU), que tratou da competência desta Corte quanto à fiscalização dos recursos repassados no âmbito do SUS, apresentou argumentação de que a Lei 8.443/1002, art. 5º, VII (LO/TCU), ao fixar a jurisdição do TCU acerca do repasse de recursos federais, menciona somente convênios, acordos, ajustes ou outros instrumentos congêneres, não havendo menção às transferências fundo a fundo.

72. Ainda segundo o mencionado parecer, os precedentes desta Corte acerca do tema (Decisão 506/1997-TCU-Plenário e Decisão 449/1998-TCU-Plenário) se mostravam anteriores à Lei Complementar 141/2012, cujo art. 17, § 3º, registra que o Poder Executivo deve manter os tribunais de contas de cada ente da federação informados quanto ao montante de recursos previsto para transferência da União para os demais entes federados; o que, segundo o Parecer da Conjur/MS, afasta os argumentos precedentes da Decisão 506/1997-TCU-Plenário e Decisão 449/1998-TCU-Plenário.

73. Ao proferir o voto condutor do citado Acórdão, o Excelentíssimo Senhor Ministro Benjamin Zymler discordou do entendimento da Conjur/MS, citando o voto condutor da Decisão 506/1007-TCU-Plenário, segundo o qual a Constituição Federal de 1988 descentralizou as ações e serviços públicos de saúde, mas não o controle e a fiscalização da aplicação dos recursos. Nesse sentido, a Carta Magna, ao tratar da repartição das receitas tributárias (art. 157 a 159), não teria incluído os recursos destinados à saúde, de forma que, ao contrário dos Fundos de Participação, esses recursos não pertenceriam aos entes para os quais foram transferidos, mas manteriam o vínculo de pertinência deles com a União.

74. Com fundamento nesse arrazoado, o voto do Excelentíssimo Senhor Ministro Zymler concluiu que a Decisão 506/1997-TCU-Plenário e a Decisão 449/1998-TCU-Plenário se basearam no texto constitucional para demonstrar a jurisdição desta Corte quanto aos recursos do SUS repassados pela União. Dessa forma e considerando que a edição da Lei Complementar 141/2012 não poderia representar inovação no âmbito constitucional, as mencionadas decisões manteriam a validade normativa.

75. Ainda sobre a LC 141/2012, cabe ressaltar que ao contrário do que defendeu o parecer, a nova lei confirma a competência federal em recursos do SUS. A redação do art. 27 é clara nesse

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

sentido, ao vincular a atuação fiscalizatória à origem do recurso:

> *Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3o desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:*
>
> *I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;*
>
> *II - à responsabilização nas esferas competentes.*

76. O posicionamento do Ministro-Relator foi acolhido pelo Plenário do TCU, que por meio do Acórdão 1426/2015-TCU-Plenário, Sessão de 10/6/2015, proferiu a seguinte deliberação:

> *9.3. notificar o Ministério da Saúde de que, mesmo com a vigência da Lei Complementar 141/2012, mantém-se ratificado o entendimento firmado no item 1 da Decisão 506/1997-TCU-Plenário, no sentido de que os recursos repassados pelo SUS aos demais entes federativos, via Fundo Nacional de Saúde, constituem recursos federais, estando sujeitos à fiscalização do TCU todas as despesas de ações e serviços pagos à conta desses recursos, independentemente da forma de transferência; (grifos nossos)*

77. Além disso, cabe mencionar julgado do Superior Tribunal de Justiça (STJ), no âmbito do AgRg no CC 1 22.555-RJ, Rela. Min. Og Fernandes, em 14/8/2013, segundo o qual os recursos destinados ao SUS e transferidos pela União aos demais entes da federação se sujeitam à fiscalização federal. De acordo com sua ementa:

> *AGRAVO REGIMENTAL NO CONFLITO DE COMPETÊNCIA. PROCESSO PENAL. CRIMES DE QUADRILHA, FALSIDADE IDEOLÓGICA, PECULATO E CORRUPÇÃO PASSIVA. DESVIO DE VERBAS PROVENIENTES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. CONTROLE DO PODER EXECUTIVO FEDERAL E DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. SÚMULA 208/STJ.*
>
> *1. Segundo o posicionamento do Supremo Tribunal Federal e desta Corte de Justiça, compete à Justiça Federal processar e julgar as causas relativas ao desvio de verbas do Sistema Único de Saúde-SUS, independentemente de se tratar de repasse fundo a fundo ou de convênio, visto que tais recursos estão sujeitos à fiscalização federal, atraindo a incidência do disposto no art. 109, IV, da Carta Magna, e na Súmula 208 do STJ.*
>
> *2. O fato de os Estados e Municípios terem autonomia para gerenciar a verba financeira destinada ao SUS não elide a necessidade de prestação de contas perante o Tribunal de Contas da União, nem exclui o interesse da União na regularidade do repasse e da correta aplicação desses recursos.*
>
> *3. Portanto, a competência da Justiça Federal se mostra cristalina em virtude da existência de bem da União, representada pelas verbas do SUS, bem como da sua condição de entidade fiscalizadora das verbas federais repassadas ao Município.*
>
> *4. Não trazendo o agravante tese jurídica capaz de modificar o posicionamento anteriormente firmado, é de se manter a decisão agravada na íntegra, por seus próprios fundamentos.*
>
> *5.Agravo regimental a que se nega provimento.*

78. Diante do exposto, resta claro que os recursos transferidos, ainda que na modalidade fundo a fundo, do Ministério da Saúde (FNS/MS) aos demais entes da federação constituem recursos federais e, dessa forma, sujeitam-se à fiscalização federal.

III – CONCLUSÃO E PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

79. Em atenção ao despacho do Excelentíssimo Ministro Augusto Nardes, que encaminhou os

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.

presentes autos à SecexSaude, nos termos do art. 3º, inciso III da Portaria-Gab-AN n. 1, de 30/6/2015, solicitando que esta Secretaria se posicionasse sobre as questões de direito em debate nesta etapa processual, apresenta-se os argumentos descritos no item II desta instrução, alíneas 'a', 'b' e 'c':

a) legalidade da sistemática de transferência de recursos para o SUS mediante blocos de financiamento (parágrafos 7-21, desta instrução); em resumo, foi registrado o entendimento de que não há óbice legal quanto à transferência fundo a fundo por meio de blocos de financiamento, apesar da necessidade de melhoria da sistemática de transferência de recursos fundo a fundo, notadamente a melhoria do registro nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) quanto às informações referentes à discriminação das despesas realizadas, a fim de trazer mais transparência aos blocos de financiamento;

b) natureza das transferências para as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs examinadas nos presentes autos (voluntárias ou regulares e automáticas); e possível existência de óbices legais de transferi-las fundo a fundo (parágrafos 22-67, desta instrução); em resumo, foi registrado o entendimento de que as transferências para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) são transferências voluntárias, podem ser transferidas fundo a fundo, mas, como tal, deveriam seguir o ritual formal exigido na legislação, qual seja, convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a fim de que seja resguardado o princípio da transparência e preservada a necessidade de controle sobre a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União aos entes federados;

c) competência desta Corte de Contas para fiscalizar e julgar os recursos para ações e serviços de saúde repassados regular e automaticamente por meio da denominada transferência fundo a fundo (parágrafos 68-78, desta instrução); em resumo, foi registrado o entendimento de que recursos transferidos, ainda que na modalidade fundo a fundo, do Ministério da Saúde (FNS/MS) aos demais entes da federação constituem recursos federais e, dessa forma, sujeitam-se à fiscalização federal.

80. Assim, submetem-se os autos à consideração superior, propondo sejam os presentes autos encaminhados ao Gabinete do Excelentíssimo Ministro Augusto Nardes, com os posicionamentos da SecexSaude sobre os temas suscitados mediante o recurso interposto pelo Ministério da Saúde contra o Acórdão-TCU 1101/2014-Plenário, e em atenção ao despacho de 8/10/2015, daquele Gabinete (peça 86)."

É o relatório.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 53394453.