

ACOLHIMENTO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI): UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O TEMA 793-RG DO STF

Caroline Sampaio de Almeida¹⁹²

Resumo: O artigo sistematiza o arranjo normativo do SUAS e demonstra que o acolhimento institucional integra a Proteção Social Especial de alta complexidade, cuja provisão e cofinanciamento, segundo a NOB/SUAS (Res. CNAS nº 33/2012) e a Tipificação (Res. CNAS nº 109/2009), recaem prioritariamente sobre os Estados quando os custos e a demanda não justificam a implantação municipal. A partir do contexto catarinense — marcado por predomínio de Municípios de pequeno porte —, evidenciam-se assimetrias de capacidade e a necessidade de serviços regionalizados, tema recorrente em recomendações do TCE-SC. Em litígios que versam sobre ILPIs e serviços congêneres, o trabalho defende a adequação do polo passivo para incluir o Estado, com direcionamento primário do cumprimento e possibilidade de reembolso ao Município, alinhando-se a precedentes de Tribunais de Justiça e à tese do Tema 793 do STF aplicada por analogia. Sustenta, ainda, a observância da reserva do possível e da deferência judicial às escolhas técnicas e orçamentárias, para evitar a desestruturação de políticas de

¹⁹² Possui graduação em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2006) e Mestrado em Direito também pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2008). Doutora em Direito Econômico pela Universidade de São Paulo (2013). Atuou como Procuradora Jurídica da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento - Casan e da Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária (INFRAERO). Foi Coordenadora de equipe do Instituto Brasileiro de Pesquisas Aplicadas em Prevenção e Mediação de Conflitos Empresariais - IBCEMP (2018-2022) e Professora Convidada no Programa de Pós-Graduação “lato sensu” do Curso de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Empresarial, atuando principalmente nos seguintes temas: Arbitragem, Análise Econômica do Direito e Direito Societário. Atualmente é Procuradora do Município de Laguna/SC. E-mail: carolinealmeida@hotmail.com Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9345824901869886>

atenção básica e o desvio de recursos municipais para prestações de alta complexidade. Conclui que, respeitada a repartição de competências do SUAS, a responsabilidade pelo acolhimento institucional é essencialmente estadual, cabendo aos Municípios a execução da proteção social básica e da especial de média complexidade (CRAS e CREAS), sem transferência indevida de ônus financeiro por decisões judiciais pontuais.

Abstract: The article systematizes the normative framework of SUAS and demonstrates that institutional care is part of the Special Social Protection of high complexity, whose provision and co-financing, according to NOB/SUAS (CNAS Resolution No. 33/2012) and the Typification (CNAS Resolution No. 109/2009), fall primarily on the States when costs and demand do not justify municipal implementation. Based on the context of Santa Catarina — characterized by a predominance of small municipalities — asymmetries in capacity and the need for regionalized services become evident, a recurring theme in recommendations from the TCE-SC. In litigation concerning long-term care facilities for the elderly (ILPIs) and similar services, the paper argues for the proper inclusion of the State as a defendant, assigning primary responsibility for compliance while allowing the possibility of reimbursement to the Municipality. This aligns with precedents from State Courts of Justice and with the thesis established in STF Theme 793, applied by analogy. It further upholds the observance of the “reserve of the possible” principle and judicial deference to technical and budgetary choices, in order to avoid undermining basic care policies and diverting municipal resources to high-complexity services. The conclusion is that, in line with the division of competences within SUAS, responsibility for institutional care lies essentially with the States, while Municipalities are tasked with implementing basic social protection and medium-complexity special protection (CRAS and CREAS), without undue transfer of financial burdens resulting from isolated judicial decisions.

Palavras-Chave: Acolhimento institucional; Idosos; SUAS; Tema 793; Competências Federativas.

Keywords: Institutional care; Elderly; SUAS; STF Theme 793; Federal competences.

Sumário: 1. Introdução; 2. Da estrutura e organização do SUAS; 3. Da necessidade de adequação do polo passivo em demandas por serviços de alta complexidade; 4. Reserva do possível e deferência do Poder Judiciário diante das escolhas políticas e técnicas da Administração Pública; 5. Aplicação por analogia do Tema 793 RG do STF; 6. Considerações finais; Referências Bibliográficas.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil impõe crescentes desafios à formulação e execução de políticas públicas voltadas à proteção da pessoa idosa, entre as quais se destaca o acolhimento institucional. A institucionalização, porém, deve ser vista como medida de caráter excepcional e provisório, respeitando princípios de convivência comunitária, autonomia e reintegração social. Além disso, por demandar estrutura específica, custos elevados e planejamento federativo, insere-se no âmbito de atuação da Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade, de responsabilidade dos Estados.

A Constituição Federal de 1988, ao tratar da seguridade social (Arts. 194 a 204), previu a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado, estabelecendo competências comuns entre União, Estados e Municípios (Art. 23, II). A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/1993 – LOAS) e as Resoluções do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), especialmente a Resolução nº 109/2009, tipificaram os serviços socioassistenciais e estabeleceram critérios de repartição no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) evidencia que a assistência social historicamente atuou de forma emergencial, com pouca tradição em ações preventivas, sendo necessário avançar em estratégias antecipatórias e de restauração dos vínculos familiares e comunitários, cujas atribuições são de competência dos Municípios.

Dentro desse contexto, exsurge a necessidade premente de respeitar as repartições administrativas no âmbito do SUAS, assim como ocorreu por ocasião da fixação do Tema 793 com Repercussão Geral fixada (RG) pelo Supremo Tribunal Federal (STF), sob pena de acarretar grave desequilíbrio orçamentário e comprometimento de outras políticas sociais.

No Estado de Santa Catarina, há uma forte tendência de o Poder Judiciário impor aos Municípios a responsabilidade por serviços de Proteção Social Especial (PSE) de Alta Complexidade sob o fundamento da solidariedade prevista na Constituição Federal sem analisar as consequências práticas da decisão e os reflexos orçamentários nas demais políticas públicas locais.

Com o objetivo de examinar essas repartições administrativas fixadas pelo SUAS, o presente artigo propõe uma breve análise da estrutura e a organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) a partir do marco normativo inaugurado pela LOAS e consolidado por resoluções do

CNAS, com destaque para as Resoluções nº 130/2005, nº 33/2012 (NOB/SUAS) e nº 109/2009 (Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais).

Valendo-se do Estado de Santa Catarina como estudo de caso, o artigo aborda a governança estadual (Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família e controle social), os limites de capacidade dos municípios de pequeno porte e as repercussões financeiras e operacionais da oferta de serviços regionalizados. A análise incorpora ainda decisões do TCE-SC e precedentes judiciais que orientam o direcionamento do cumprimento das obrigações ao ente estadual, além de dialogar, por analogia, com a tese firmada pelo STF no Tema 793 (solidariedade entre entes com observância da repartição de competências).

Ao final, sustenta-se a necessidade de adequada formação do polo passivo em demandas prestacionais de alta complexidade e a deferência judicial às escolhas técnico-orçamentárias da Administração (reserva do possível), de modo a preservar a lógica sistêmica, hierarquizada e descentralizada do SUAS.

2. DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO SUAS

Para melhor compreensão, oportuno tecer brevemente sobre a estrutura e organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cuja necessidade exsurgiu do advento da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) para articular as ações e implementar tal política.

O SUAS foi instituído pela Resolução nº 130/2005 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), que entrou vigor pela Lei nº 12.435/2011, e pela Resolução nº 33/2012 do CNAS, última versão da Norma Básica de Assistência Social – NOB/SUAS, que disciplina a gestão pública da Política de Assistência em todo território brasileiro, exercida de forma sistêmica pelos entes federativos, em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

A Resolução nº 33/2012 do CNAS, por sua vez, em seus artigos 15, inciso VI, 54, inciso IV e artigo 58, estabelece que é responsabilidade do Estado as internações, tendo em vista o nível hierárquico, bem como a capacidade financeira. Vejamos:

Art. 15. São responsabilidades dos Estados: [...]

VI – garantir condições financeiras, materiais e estruturais para o funcionamento efetivo da CIB e do CEAS; [...]

Art. 54. Os Estados devem destinar recursos próprios para o cumprimento de suas responsabilidades, em especial para: [...]

IV – a prestação de serviços regionalizados de proteção social especial de média e alta complexidade, quando os custos e a demanda local não justificarem a implantação de serviços municipais; [...]

Art. 58. O detalhamento da forma de aplicação dos repasses do cofinanciamento, dos critérios de partilha, da prestação de contas do cofinanciamento dos serviços socioassistenciais regionalizados de média e alta complexidade e de outras questões afetas à operacionalização do cofinanciamento será objeto de ato normativo específico. (grifo nosso).

De acordo com a Resolução nº 109/2009 do CNAS, em seu artigo 1º, item III, alínea “a”, o acolhimento em abrigo institucional, constitui serviço de alta complexidade:

Art. 1º. Aprovar a Tipificação nacional de Serviços Socioassistenciais, conforme anexos, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, de acordo com a disposição abaixo:

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF;
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos - PAEFI;
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida - LA, e de Prestação de Serviços à Comunidade - PSC;
- d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
- e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:
 - abrigo institucional;
 - Casa-Lar;
 - Casa de Passagem;
 - Residência Inclusiva.
- b) Serviço de Acolhimento em República;
- c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

E mais adiante, a referida resolução sintetiza em quadro síntese a Proteção Social Especial de:

“Alta Complexidade

- 6. Serviço de Acolhimento Institucional
- 7. Serviço de Acolhimento em República
- 8. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora
- 9. Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências”

Esses dispositivos, por si só, já evidenciam que a responsabilidade pelo acolhimento institucional recai sobre os Estados e não sobre os Municípios.

Importante salientar, ainda, que em Santa Catarina o SUAS é atualmente coordenado pela Secretaria de Estado da Assistência Social, Mulher e Família em conjunto com a sociedade civil, que participa diretamente do processo de gestão compartilhada. O seu modelo de gestão é descentralizado e participativo. Engloba a participação das três esferas de governo (União, Estados e Municípios) no financiamento da política de assistência social, bem como a acepção clara de suas competências técnicas e políticas.

O SUAS define e organiza os elementos fundamentais e indispensáveis à execução da política de assistência social, permitindo a normatização dos padrões nos serviços, qualidade no atendimento, nomenclatura dos serviços e da rede socioassistencial, bem como indicadores de avaliação e de resultados.

O antigo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) aprovou novo modelo de gestão, ainda em fase de implementação, por intermédio de uma nova lógica de organização das ações, com a definição de níveis de complexidade do Sistema: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade com a referência no território, avaliando

as especificidades das regiões e tamanhos de municípios e principalmente com a centralidade na família.

Partindo desse desenho institucional, o SUAS engloba também a oferta de Benefícios Assistenciais, prestados a públicos específicos de forma articulada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de indivíduos em vulnerabilidade social.

A mencionada Resolução nº 109/2009 do CNAS distribuiu os serviços nas categorias: Proteção Social Básica, Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de alta Complexidade.

A Proteção Social Básica (PSB) é destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. Na estrutura de Proteção Social Básica existem os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), que são unidades públicas da política de assistência social integrado ao SUAS, situado em espaços com maiores índices de vulnerabilidade e risco social dos municípios. Destinam-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e as pessoas e se caracteriza como a principal porta de entrada do SUAS.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) tipificou os serviços socioassistenciais, os quais foram aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social, por meio da Resolução nº 109/2009 (art. 1º, I), que definiu e delimitou três serviços de proteção social básica: a) Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCF); c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos (SPSB).

Quanto à Proteção Social Especial (PSE), é destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco, que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, entre outros fatos de violações dos direitos. Existem dois níveis de complexidade na proteção social especial: a média e a alta complexidade.

Na média complexidade enquadram-se os serviços que disponibilizam atendimento às famílias e as pessoas com direitos infringidos, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Essa proteção é organizada nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) que são unidades públicas estatais, onde são oferecidos serviços socioassistenciais que demandam acompanhamento individual e maior flexibilidade nas soluções de proteção.

Na proteção social especial de média complexidade definiu-se cinco serviços (Resolução nº 109/2009, art. 1º, II): a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade, por outro lado, são aqueles que garantem proteção integral e demandam moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se acham sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando afastamento do convívio familiar e/ou comunitário. Nesta complexidade a Resolução nº 109/2009 (art. 1º, III) definiu os seguintes serviços: a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - abrigo institucional; - Casa-Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (anexo da Resolução nº 109/2009) definiu que o serviço de acolhimento institucional para idosos pode ser desenvolvido nas modalidades casa-lar e abrigo institucional:

1. Casa-Lar - Atendimento em unidade residencial onde grupos de até 10 idosos são acolhidos. Deve contar com pessoal habilitado, treinado e supervisionado por equipe técnica capacitada para auxiliar nas atividades da vida diária.
2. Abrigo Institucional - Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) – Atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe idosos com diferentes necessidades e graus de dependência. Deve assegurar a convivência com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, bem como o acesso às atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade.

Essas modalidades devem respeitar os princípios de excepcionalidade e provisoriedade, garantindo convivência comunitária, respeito à diversidade e preservação da identidade dos acolhidos.

O regulamento técnico para o funcionamento das ILPIs foi definido pela Vigilância Sanitária, conforme Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283/2005.

A Política Estadual do Idoso (Lei estadual nº 11.436/2000) definiu em seu art. 7º como uma das competências dos órgãos e entidades públicas, o incentivo e o estímulo para a criação de alternativas de atendimento ao idoso, por meio de centros de convivência, centros-dia, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares, asilos, albergues, casas de passagem, casas de repouso, clínicas geriátricas, grupos de convivência e outros.

Gize-se que a Política Estadual do Idoso (Lei Estadual nº 11.436/2000) foi instituída sob a égide da Constituição Estadual (Art.189, §§1º e 2º), seguindo preceitos da Lei Federal nº 8.842/1994, tendo sido regulamentada pelo Decreto nº 3.514/2001. O objetivo é garantir a cidadania do idoso, criando condições para assegurar seus direitos, sua autonomia, integração e a participação efetiva na família e na comunidade.

O Decreto nº 3.514/2001, em seu Art. 3º, particularmente, dispõe sobre a competência da Secretaria Estadual de Assistência Social, Trabalho e Habitação (SST), atual Secretaria de Assistência Social, Mulher e Família, responsável por coordenar a Política Estadual do Idoso a ser exercida em cooperação com as demais Secretarias de Estado, corresponsáveis pela implementação da política estadual.

O Conselho Estadual do Idoso (CEI), órgão de deliberação coletiva e permanente, vinculado à antiga SST, foi criado pela Lei Estadual nº 8.072/1990, com redação modificada pelas Leis nº 8.320/1991, nº 10.073/1996 e nº 12.502/2002 e regulamentado pelo Decreto nº 1.831/1997. Posteriormente, revogada pela Lei Estadual nº 18.398/2022, cujo Art.3º afirma que lhe compete, entre outras atribuições:

“I – supervisionar, acompanhar, fiscalizar e avaliar a Política Estadual do Idoso;

II – propor aos órgãos e poderes competentes alterações na Política Estadual do Idoso e no Plano Estadual de Ação Integrada de Defesa e Proteção da Pessoa Idosa, com base em estudos e pesquisas que levam em consideração a sua inter-relação com o sistema social vigente;

III – articular-se com o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), com o Conselho Estadual de Assistência Social (CEAS), com outros conselhos de direitos cujas ações estejam relacionadas

à política de atendimento à pessoa idosa e com organizações governamentais e não governamentais, buscando parcerias para a implementação da Política Estadual do Idoso;

[...] VII – estabelecer e manter parcerias com organizações afins, em especial com o Ministério Público de Santa Catarina (MPSC), com a Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina (DPE/SC), com a Defensoria Pública da União (DPU) e com órgãos de vigilância sanitária, com vistas ao desenvolvimento e à fiscalização de organizações governamentais e não governamentais com atividades voltadas à pessoa idosa”.

Não obstante isso e partindo desse arcabouço legislativo, ao identificar omissões do poder público estatal, o TCE-SC em reiteradas decisões têm emitido recomendações à antiga SST, responsável pela Assistência Social do Estado de Santa Catarina, entre as quais merecem destaque:

- Incluir nos projetos técnicos para cofinanciamento de serviços de proteção social especial de alta complexidade, referentes ao acolhimento de idosos, os dados/indicadores dos beneficiários e da situação do idoso no município;
- Pactuar junto à CIB/SC critérios de cofinanciamento dos serviços de proteção social especial de alta complexidade, a partir de diagnóstico que conste dados/indicadores sobre idosos, além de disciplinar os percentuais de repasse de recursos para entidades e organizações de assistência social;
- Incluir critérios de elegibilidade para cofinanciamento nas resoluções da CIB/SC aos municípios que possuem idosos em vulnerabilidade ou situação de risco, mesmo que não tenham Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) inscritas, de modo que possam receber recursos para disponibilizar o serviço em outra localidade;
- Apoiar financeiramente os municípios para regularização das ILPIs não inscritas nos Conselhos Municipais ou Estadual do idoso;
- Capacitar e orientar os municípios para elaboração de projetos técnicos de cofinanciamento dos serviços de proteção social pelo Estado.¹⁹³ (destacamos)

¹⁹³ Processo TCE-SC: Relatório nº 50/2023 do @PMO 23/00536964 – GAC/WWD - 198/2024. Gab. Cons. Wilson Wan-Dall.

Portanto, denota-se que, consoante o quadro de estruturação do SUAS, há a implementação em âmbito municipal somente no que concerne à proteção social básica e especial de média complexidade, com a instituição do CRAS e CREAS. Contudo, tais unidades contemplam ambiente de acolhimento temporário e acompanhamento para a restauração dos vínculos familiares, não abrangendo os casos de internação, que devem ser direcionados a abrigos institucionais ou casa-lar, regulados e custeados tanto pelo ente estadual quanto pelo ente federal, conforme disciplina legal vigente.

Os demais serviços e medidas, todavia, não foram implementados no Estado de Santa Catarina, faltando a finalização de processos por parte do Governo Estadual e do antigo Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social.

Gize-se, ainda, que a demanda por políticas públicas e o pequeno porte da maioria dos Municípios catarinenses (280 dos 295 Municípios possuem menos de 100 mil habitantes)¹⁹⁴ inviabilizam a implementação de serviços de proteção especial de alta complexidade e, por consequência, representam alto custo à luz da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (anexo da Resolução nº 109/2009).

A título de registro, citam-se os limites de quantidade de habitantes de cada porte, de acordo com dados populacionais do IBGE/2010, utilizados pela Política Nacional de Assistência Social instituída na Resolução nº 145/2004 do Conselho Nacional de Assistência Social:

- Municípios de Pequeno Porte I: até 20.000 habitantes
- Municípios de Pequeno Porte II: de 20.001 até 50.000 habitantes
- Municípios de Médio Porte: de 50.001 até 100.000 habitantes
- Municípios de Grande Porte: de 100.001 até 900.000 habitantes
- Metrópole: 900.001 habitantes ou mais

De acordo com a referida Resolução, nos municípios com mais de 101.000 habitantes, ou seja, de grande porte, a rede de assistência social deve ser mais complexa e diversificada, envolvendo rede de proteção especial de média e alta complexidade, além de serviços de proteção social básica.

E dentro desse contexto, de impossibilidade de prestação por determinado Município catarinense, exsurge a responsabilidade integral, senão primária do Estado de Santa Catarina pela prestação dos serviços

¹⁹⁴ Extraído do site < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/seara/panorama>>.

assistenciais de acolhimento em abrigo institucional, consoante se extrai dos Arts. 13, V, 15, V e 23 da Lei nº 8.742/93.

Art. 13. Compete aos Estados: [...]

V - prestar os serviços assistenciais cujos custos ou ausência de demanda municipal justifiquem uma rede regional de serviços, desconcentrada, no âmbito do respectivo Estado. [...]

Art. 15. Compete aos Municípios: [...]

V - prestar os serviços assistenciais de que trata o art. 23 desta lei. [...]

Art. 23. Entendem-se por serviços socioassistenciais as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos nesta Lei.

O serviço de “Abrigo Institucional” na modalidade de longa permanência, ocorre em regime de internato, direcionado ao idoso sem vínculo familiar, abandonado ou sem condições de prover sua própria subsistência e é prestado pela rede de assistência social (SUAS). Patente a natureza de serviço de alta complexidade, de modo que deve ser providenciado pelo Estado e não pelo Município.

Nesse sentido, oportuno citar alguns arestos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO - COMINAÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PACIENTE ACOMETIDO DE RETARDO MENTAL E OUTRAS ENFERMIDADES - PEDIDO DE ACOLHIMENTO EM RESIDÊNCIA INCLUSIVA - SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE (ART. 1º, INCISO III, “A” DA RESOLUÇÃO 109/2009 DO CNAS) - SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - “AÇÕES DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL, DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, QUE DEVEM SER ESTRUTURADAS PELOS MUNICÍPIOS DE MÉDIO, GRANDE PORTE E METRÓPOLES”, CONCEITO EM QUE NÃO SE INSERE O PEQUENO MUNICÍPIO DE RIO BONITO DO IGUAÇU - RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. (TJPR - 5ª Cívél - 0010782-16.2021.8.16.0000 - Laranjeiras do Sul - Rel.: DESEMBARGADOR RENATO BRAGA BETTEGA J. 09.08.2021).

APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO – AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PESSOA COM DEFICIÊNCIA E EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE – ACOLHIMENTO EM

RESIDÊNCIA INCLUSIVA – ACESSO AOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS GARANTIDO CONSTITUCIONALMENTE – RESPONSABILIDADE DO ESTADO DO PARANÁ – DESNECESSIDADE DE O MUNICÍPIO DE QUITANDINHA FIGURAR NO POLO PASSIVO DA DEMANDA – RECURSO DESPROVIDO – SENTENÇA MANTIDA. (TJPR - 4ª C.Cível - 0003343-69.2019.8.16.0146 - Rio Negro - Rel.: DESEMBARGADORA REGINA HELENA AFONSO DE OLIVEIRA PORTES- J. 05.05.2020).

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – VAGA EM RESIDÊNCIA INCLUSIVA PARA PACIENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL (ESQUIZOFRENIA SIMPLES - CID10 F20.6) – PRELIMINARES DE INÉPCIA DA INICIAL E ILEGITIMIDADE PASSIVA – NÃO ACOLHIDAS – INTERPRETAÇÃO LÓGICO-SISTEMÁTICA DA EXORDIAL PERMITE COMPREENDER O PEDIDO, SEM PREJUÍZO À DEFESA DO RÉU – DEVER DO ESTADO EM PRESTAR O SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL NA HIPÓTESE DE O MUNICÍPIO SER DE PEQUENO PORTE – PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE – ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (LEI Nº13.146/15) – LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (LEI Nº 8.742/93) – DIREITO À SAÚDE, À MORADIA E À DIGNIDADE HUMANA – ALEGAÇÃO DE NULIDADE DA SENTENÇA POR VIOLAÇÃO À SEPARAÇÃO DOS PODERES E AO ART. 20, DA LINDB – AFASTADA – POSSIBILIDADE DE O PODER JUDICIÁRIO DETERMINAR A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESSENCIAIS A FIM DE ASSEGURAR O EXERCÍCIO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS – ASTREINTES MANTIDAS PORÉM, DE OFÍCIO, LIMITADAS TEMPORALMENTE – SENTENÇA MANTIDA – RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 5ª Câmara Cível - 0001401-82.2020.8.16.0108 - Mandaguacu - Rel.: DESEMBARGADOR RENATO BRAGA BETTEGA - J. 04.10.2021).

No próximo tópico debateremos questões processuais decorrentes dessa forma de compreensão.

3. DA NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO DO POLO PASSIVO EM DEMANDAS POR SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE

Dada a imputação de responsabilidade ao Poder Público pelo acolhimento em ILPI em demandas judiciais geralmente ajuizadas pelo Ministério

Público e diante da estruturação do SUAS acima mencionada, afigura-se imperiosa a integração à lide do Estado para figurar no polo passivo da demanda. Isso porque, em se tratando de pessoa idosa, a medida excepcional de institucionalização ostenta natureza de alta complexidade e, por consequência, de alto custo, não sendo atribuição do Município.

Nesse contexto, ao se debruçar sobre a matéria atinente à responsabilidade dos entes públicos nas causas relacionadas à saúde pública o Supremo Tribunal Federal, por meio do TEMA 793, fixou a seguinte tese em sede de repercussão geral: “Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro”

Por ocasião do voto condutor no RE 855178 que ensejou a definição da tese acima, o Min. Edson Fachin assim consignou na conclusão: i) Afir-mar que “o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles (entes), isoladamente ou conjuntamente” significa que o usuário, nos termos da Constituição (arts. 196 e seguintes.) e da legislação pertinente (sobretudo a Lei Orgânica do SUS n. 8.080/90) tem direito a uma prestação solidária, nada obstante cada ente tenha o dever de responder por prestações específicas, que devem ser observadas em suas consequências de composição de polo passivo e eventual competência pelo Judiciário; ii) Se o ente legalmente responsável pelo financiamento da obrigação principal não compuser o polo passivo da relação jurídico-processual, sua inclusão deverá ser levada a efeito pelo órgão julgador, ainda que isso signifique deslocamento de competência.

Ora, conforme a Portaria nº 3.588 de 21/12/2017 do Ministério da Saúde as internações de longa permanência são consideradas serviços de média e alta complexidade, e na repartição de atribuições do SUS, o Estado é o responsável pelo seu custeio. A obrigação do Município cinge-se a disponibilizar as consultas com especialistas para averiguar se há indicação médica para internação/tratamento em clínicas e hospitais, ou seja, apenas atendimento ambulatorial (ex vi do Art.2º e § único da Lei Estadual n. 16.158/2013, art.32 do Decreto Federal nº 7.508/2011 e Portarias nºs 336/2002, 3.088/2011 e 3.588 de 21/12/2017, todas do Ministério da Saúde).

Ainda, cabe salientar que os leitos disponíveis no hospital do Município são utilizados apenas para estabilização do quadro clínico dos pacientes, não para contenção ou internação. A mesma lógica aplica-se aos serviços

estruturados pelo SUAS, de cujo sistema o Estado recebe recursos financeiros para custear internações em ILPI.

Oportuno citar os seguintes precedentes do Tribunal de Justiça de Santa Catarina:

“Sem embargo da solidariedade, à luz dos critérios de hierarquização e repartição de competências e considerando que o tratamento é classificado como de média/alta complexidade, a ser suportado pelo ente estadual, é possível direcionar o cumprimento da obrigação primordialmente ao Estado de Santa Catarina, com a manutenção da responsabilidade subsidiária do ente municipal” (TJSC, Apelação n. 0902970-54.2018.8.24.0007, rela. Des. Vera Lúcia Ferreira Copetti, Quarta Câmara de Direito Público, j. 12-5-2022).

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. PROCEDÊNCIA NA ORIGEM. RECURSO DO ENTE FEDERADO. DIRECIONAMENTO DA OBRIGAÇÃO AO ESTADO DE SANTA CATARINA. POSSIBILIDADE. ENTE FEDERADO QUE JÁ INTEGRA A LIDE. MANUTENÇÃO DA RESPONSABILIDADE SUBSIDIÁRIA DO MUNICÍPIO. TRATAMENTO CLASSIFICADO COMO DE MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE. CRITÉRIOS DE DESCENTRALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO FIXADOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL NO TEMA N. 793. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO EM PARTE. 1. Diante do julgamento do Tema n. 793, ficou estabelecido competir à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro, não se referindo à formação do polo passivo da demanda. 2. É entendimento deste Órgão Fracionário: “Sem embargo da solidariedade, à luz dos critérios de hierarquização e repartição de competências e considerando que o tratamento é classificado como de média/alta complexidade, a ser suportado pelo ente estadual, é possível direcionar o cumprimento da obrigação primordialmente ao Estado de Santa Catarina, com a manutenção da responsabilidade subsidiária do ente municipal” (TJSC, Apelação n. 0902970-54.2018.8.24.0007, rela. Des. Vera Lúcia Ferreira Copetti, Quarta Câmara de Direito Público, j. 12-5-2022). 3. Sentença modificada em parte. Honorários recursais incabíveis. Logo, em se tratando de responsabilidade regionalizada, hierarquizada e em níveis de complexidade crescente, clarividente a

necessidade de integração à lide dos demais entes da federação por contemplar tratamento de alto custo, o que acarreta incompetência absoluta do d. Juízo a quo, matéria de ordem pública, cognoscível de ofício em qualquer momento e grau de jurisdição (art.64, §1º CPC c/c art. 109, I, CF), o que desde já se requer. (TJSC - Apelação nº 5012480-27.2021.8.24.0039, Relator Desembargador Diogo Nicolau Pítsica, j. 04-11-2022).

Assim, Municípios de pequeno porte que forem demandados por serviços de alta complexidade, devem invocar os Arts. 338 e 339, § 2º, do CPC a fim de corrigir o polo passivo haja vista ser o Estado responsável por custear serviço especial de alta complexidade (abrigo institucional em ILPI), senão incluir o ente estadual na condição de litisconsorte passivo necessário, sem prejuízo do direcionamento primário do cumprimento da obrigação em face do Estado e da fixação de reembolso em favor do Município em caso de dispêndio com a medida judicial.

4. RESERVA DO POSSÍVEL E DEFERÊNCIA DO PODER JUDICIÁRIO DIANTE DE ESCOLHAS POLÍTICAS E TÉCNICAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Não raras vezes o Poder Judiciário impõe aos Municípios obrigações que contemplam tratamento de alto custo, a exemplo da ILPI, o que desrespeita não apenas a atual estrutura regionalizada do SUAS como também o princípio da reserva do possível.

Os pequenos Municípios quando compelidos judicialmente a custear internação, ou seja, serviço de alta complexidade e de alto custo, acabam por privar a coletividade de serviços e de procedimentos essenciais já fornecidos habitualmente.

O dever de amparar as pessoas idosas estabelecido especialmente no Art.230 da Constituição Federal constitui uma norma de conteúdo programático, que pressupõe capacidade econômica do poder público, haja vista que a responsabilidade no fornecimento de tratamento deve observar a repartição administrativa das atribuições de cada ente no âmbito do SUAS.

A aplicação prática dos Arts. 196 e 203 da CF/88, segundo a legislação vigente, é responsabilizar os entes federados de acordo com a capacidade econômica, financeira e orçamentária de cada um, já que demandas que envolvem medicamentos ou tratamentos e/ou internações de alto custo

promovidas contra o ente economicamente mais frágil somente acarreta desequilíbrios financeiros que se refletem nos demais programas de saúde e assistência social disponibilizados aos municípios, em prejuízo da coletividade.

Trata-se do tão festejado princípio da reserva do possível que regula a possibilidade e a abrangência da atuação da Administração Pública no que diz respeito ao cumprimento de alguns direitos, subordinando a existência de recursos públicos disponíveis.

Na matéria em debate, não se pode negar que o princípio da eficiência impõe ao ente público o dever legal de conciliar: “saúde e assistência social enquanto direito de todos” x “saúde e assistência social como interesse particular em prejuízo da sociedade”.

Ora, tanto o direito à saúde quanto o direito à assistência social constituem normas de ordem constitucional de caráter programático, nos termos dos Arts. 196 e 203, CF/88, isto é, programas a serem executados pelos gestores públicos.

Assim, revela-se razoável concluir que os programas sociais, dentro daquilo que atenda aos princípios previstos no Art. 37, da CF/88, impõem ao administrador desenvolver políticas públicas com maior alcance e ao maior número de administrados possível utilizando-se dos recursos públicos disponíveis.

Ocorre que há todo um regramento orçamentário (art. 165, 167, I e II, CF/88), princípios constitucionais (art. 37, CF/88) que impõem o atendimento eficiente ao interesse da coletividade. E dentro desse contexto, há de se reconhecer a dificuldade encontrada pelo gestor público diante da intervenção do Judiciário, ao lhe impor o atendimento de interesses particulares em prejuízo de programas sociais que visam a atingir toda uma coletividade, sem considerar as consequências práticas dessa decisão (Arts. 20 e 22 da Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro-LINDB, Decreto-Lei Federal nº 4.657/1942 – previsibilidade, estabilidade, consequencialismo e segurança) e a deferência aos princípios da tripartição dos poderes (Arts. 2º e 60, §4º IV, CF/88), da reserva do possível e da proibição do estorno (Art.167, VI, CF).

Logo, o direito à saúde e à assistência social não são absolutos e dissociados de um programa oficial (STF, STA AgR 175. Rel. Min. Gilmar Mendes. Tribunal pleno, julgado em 17/03/2010). Pelo contrário, sujeita-se ao princípio do atendimento integral, assim compreendido como integração das ações preventivas e curativas dentro do serviço público de saúde e assistência social, conforme Arts. 198, II e 203, da Constituição Federal; Arts.

7º, II, 19-M, incisos I e II, 19-P, inciso I, 19-Q, da Lei Federal n.8.080/1990 e Arts. 6º e ss. da Lei nº 8.742//1993.

Trata-se da teoria dos custos dos direitos por meio da qual se reconhece que determinados direitos fundamentais são positivos – isto é, têm custos – e demandam algum tipo de prestação pública para sua efetivação, sendo afetados pela ausência de recursos (reserva do possível e mínimo existencial) e, por consequência, constituem-se em frutos de uma opção político-social (teoria das escolhas trágicas). Isso porque decidir investir os recursos existentes em determinada área significa, simultaneamente, deixar de atender outras necessidades igualmente relevantes.

É razoável admitir-se que o Estado só pode ser compelido a prestações de cunho social se efetivamente comprovada a carência, na medida de seus recursos, sob pena de criar uma situação flagrante de instabilidade social aos demais administrados.

Há que se reconhecer, portanto, que o fato de compelir judicialmente a municipalidade, ainda que subsidiariamente, a promover acolhimento em ILPI em detrimento dos programas sociais de saúde e assistência social ofertados de maneira igualitária aos munícipes, fere os interesses de toda uma coletividade que restará privada da atenção básica prestada pelo poder público municipal.

Em outras palavras, haverá uma quebra orçamentária imposta pelo Poder Judiciário e uma indevida interferência nas regras de repartições de competências definidas no âmbito do SUAS, pois os Municípios deixam de destinar recursos a estratégias antecipatórias e de restauração dos vínculos familiares e comunitários, cujas atribuições são de sua competência, para atender serviços de alta complexidade por força de ordens judiciais.

Não se pode olvidar que, ao teor do Tema 698 com Repercussão Geral fixada pelo STF: “[...] 2. A decisão judicial, como regra, em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o resultado”.

Logo, imprescindível a deferência do Judiciário às políticas públicas definidas pela Administração Pública, dotada de caráter técnico científico para eleger as prioridades da coletividade diante do orçamento disponível.

5. APLICAÇÃO POR ANALOGIA DO TEMA 793-RG DO STF

Ainda que os Municípios sejam compelidos a promover o acolhimento de determinado paciente em ILPI, revela-se imperioso que se mantenha o

direcionamento primário do cumprimento da obrigação aos Estados, haja vista que a institucionalização constitui serviço de alta complexidade na esteira do Tema 793 RG do STF, fixado no bojo do RE 855.178, aplicado por analogia.

Para tanto, colaciona-se o voto condutor do julgamento dos embargos declaratórios no recurso extraordinário afetado, ocasião em que restaram definidos alguns aspectos da responsabilidade solidária dos entes federados nas ações prestacionais da área da saúde e respectivo alcance:

“[...] quando se trata de pedido de dispensa de medicamento ou tratamento padronizado na rede pública sem dúvida está-se diante de demanda cujo polo passivo e consequente competência são regulados por lei ou outra norma; e disso não se deve desviar o autor na propositura da ação até para que seu pedido, se deferido, seja prestado de forma mais célere e mais eficaz. É preciso, assim, respeitar a divisão de atribuições: esteja ela na própria lei ou decorra (também por disposição legal – art.32 do Decreto 7.508/11) de pactuação entre os entes, deve figurar no polo passivo a pessoa política com competência administrativa para o fornecimento daquele medicamento, tratamento ou material [...] Ainda que se admita possa o cidadão, hipossuficiente, direcionar a pretensão contra a pessoa jurídica de direito público a quem a norma não atribui a responsabilidade primária para aquela prestação, é certo que o juiz deve determinar a correção do polo passivo da demanda, ainda que isso determine o deslocamento da competência para processá-la e julgá-la a outro juízo (arts. 284, par. Único c/c 47, par. Único, do CPC). Dar racionalidade, previsibilidade e eficiência ao sistema é o que impõe o respeito ao direito dos usuários [...] 2ª espécie de pretensão: a que veicula pedido de medicamentos, tratamentos, procedimentos ou materiais não constantes das políticas públicas instituídas. A respeito desta espécie, constou na STA 175 uma subdivisão, nas subespécies (1), (2) e (3): ‘Se a prestação de saúde pleiteada não estiver entre as políticas do SUS, é imprescindível distinguir se a não prestação decorre de (1) uma omissão legislativa ou administrativa, (2) de uma decisão administrativa de não fornecê-la ou (3) de uma vedação legal a sua dispensação [...] Quanto ao desenvolvimento da tese da solidariedade enuncia-se o seguinte: i) A obrigação a que se relaciona a reconhecida responsabilidade solidária é a decorrente da competência material comum prevista no artigo 23, II, CF, de prestar saúde, em sentido lato, ou seja: de promover, em seu âmbito de atuação, as ações sanitárias

que lhe forem destinadas, por meio de critérios de hierarquização e descentralização (arts. 196 e ss. CF); ii) Afirmar que “o polo passivo pode ser composto por qualquer um deles (entes), isoladamente ou conjuntamente” significa que o usuário, nos termos da Constituição (arts. 196 e ss.) e da legislação pertinente (sobretudo a lei orgânica do SUS n. 8.080/90) tem direito a uma prestação solidária, nada obstante cada ente tenha o dever de responder por prestações específicas, que devem ser observadas em suas consequências de composição de polo passivo e eventual competência pelo Judiciário; iii) Ainda que as normas de regência (Lei 8.080/90 e alterações, Decreto 7.508/11, e as pactuações realizadas na Comissão Intergestores Tripartite) imputem expressamente a determinado ente a responsabilidade principal (de financiar a aquisição) pela prestação pleiteada, é lícito à parte incluir outro ente no polo passivo, como responsável pela obrigação, para ampliar sua garantia, como decorrência da adoção da tese da solidariedade pelo dever geral de prestar saúde; iv) Se o ente legalmente responsável pelo financiamento da obrigação principal não compuser o polo passivo da relação jurídico-processual, sua inclusão deverá ser levada a efeito pelo órgão julgador, ainda que isso signifique deslocamento de competência; v) Se a pretensão veicular pedido de tratamento, procedimento, material ou medicamento não incluído nas políticas públicas (em todas as suas hipóteses), a União necessariamente comporá o polo passivo, considerando que o Ministério da Saúde detém competência para a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, bem como constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (art. 19-Q, Lei 8.080/90), de modo que recai sobre ela o dever de indicar o motivo da não padronização e eventualmente iniciar o procedimento de análise de inclusão, nos termos da fundamentação; vi) A dispensa judicial de medicamentos, materiais, procedimentos e tratamentos pressupõe ausência ou ineficácia da prestação administrativa e a comprovada necessidade, observando, para tanto, os parâmetros definidos no artigo 28 do Decreto federal n. 7.508/11’ [...]” (destacamos).

Destaca-se ainda do referido voto o seguinte trecho:

“[...] Corroborando e complementando o dado supra, apresenta-se o exemplo do Município de Tubarão/SC (em documento que juntou aos autos do RE 566.471), que informa gastar com o atendimento de

determinações judiciais a ele dirigidas (para um pouco mais de mil ações) o mesmo RS 1.000.000,00 (um milhão, em dados válidos para o ano de 2012, que só devem ter crescido) dos recursos destinados à saúde, que gasta nas políticas públicas destinadas a atender os seus 100.000 (cem mil) habitantes. Como visto, Estados e Municípios (em especial os economicamente mais débeis) são os mais atingidos pela inobservância das leis e pactos do SUS, pois são compelidos por ações judiciais a custear medicamentos e tratamentos que não estão e sequer estariam sob sua responsabilidade, segundo as normas legais (e pactuadas, nos termos da lei) de distribuição de competências [...] Disso facilmente também se conclui que, ao adotar o entendimento da “solidariedade irrestrita” ACABA-SE COM O PODER DO GESTOR DE PLANEJAR E DE EXECUTAR AS POLÍTICAS PÚBLICAS QUE LHE É LEGALMENTE ATRIBUÍDA. 2.a) ACABA-SE COM O PODER DO GESTOR DE PLANEJAR: ao se permitir que qualquer cidadão acione qualquer ente estatal (sem que este possa, sequer “chamar ao processo” o responsável legal determinado – veja-se ao absurdo que se chegou na interpretação equivocada da solidariedade entre os entes!) acaba-se com o poder do gestor de conhecer sua real demanda (dentro de sua área de atuação) e, portanto, de planejar as políticas públicas em seu âmbito de atuação com base em dados concretos. 2.b) ACABA-SE COM O PODER DO GESTOR DE EXECUTAR as políticas públicas, já que é obrigado a destinar os recursos inicialmente para isso previstos para cumprir determinações judiciais de prestações que sequer seriam decorrentes das atribuições legais ou pactuadas na Comissão Interpartite da Saúde. Há uma perniciosa substituição de papéis: o Judiciário definindo políticas públicas e redefinindo o contorno constitucional e legal, sem declarar a inconstitucionalidade das leis federais que desenharam e regulam o SUS e a divisão de atribuições dos entes políticos. 3) Por fim, em muitas oportunidades, há SOBREPOSIÇÃO ou AUSÊNCIA DE CUMPRIMENTO DA DETERMINAÇÃO JUDICIAL - ao se aceitar que o cidadão pode acionar qualquer ente (e que este não pode apontar o qual seria o legalmente responsável pela obrigação e chamá-lo ao processo), evidencia a dificuldade da tese, que é corroborada pela possibilidade de condenação de pequenos Municípios a arcarem com tratamentos e medicamentos literalmente milionários, incluindo transplantes; de forma a serem obrigados a utilizar quase todo seu orçamento para saúde no atendimento de demandas que deveriam ser propostas contra União ou contra o Estado. De todo o

exposto, é possível concluir que, em minha óptica, a solidariedade tal como interpretada - “irrestritamente” (ou seja: conferindo poder ilimitado de escolha ao cidadão e impossibilitando a adequada discussão e defesa por parte do ente político legalmente responsável; a) tem aprofundado as desigualdades sociais e não as diminuído; b) tem piorado a prestação da saúde mais básica: retirado recursos inclusive de medidas preventivas, como do saneamento básico e da vacinação infantil, da atenção à saúde dos idosos; c) tem desestruturado o sistema de saúde e orçamentário dos entes políticos; d) tem aumentado exponencialmente gastos sem a correlata melhora na prestação de saúde; e ainda: e) tem retirado do campo próprio – do Legislativo, ao desrespeitar as normas legais de regência e do Executivo, ao retirar-lhe a escolha e a gestão – os poderes de planejar, executar e gerir políticas públicas – atribuições constitucionalmente definidas. Em face desse quadro, visualizo, por meio do aprimoramento da jurisprudência quanto à solidariedade, a possibilidade de dar um passo à frente para racionalizar o sistema do SUS, conferir-lhe eficiência, incluindo a economia (com menos recursos, obter melhores resultados). Por isso, defendo que no caso em apreço há indicadores da oportunidade desse aprimoramento, e que a medida conferirá mais segurança jurídica (nos desdobramentos já expostos) e isonomia aos casos envolvendo o tema, além de eficácia. Há, assim, a necessidade da INSTRUMENTALIZAÇÃO EFICACIAL DA SOLIDARIEDADE EM MATÉRIA DE SAÚDE para o atingimento das finalidades acima apontadas: permitir a racionalização e aprimoramento do sistema de saúde (SUS), com maior nível de eficiência (no que inclui a ideia de gastar menos e melhor) [...]” (destacamos)

No Estado de Santa Catarina, em particular, pela legislação específica e local acima analisada, resta demonstrado que recai sobre o Estado a responsabilidade pelo acolhimento institucional, utilizando-se das Políticas Públicas do SUAS e, por analogia, do Tema 793 RG do STF. Cabe, assim, à autoridade judicial direcionar o cumprimento da obrigação primordialmente ao referido ente sem prejuízo do reembolso devido ao Município que indevidamente tenha suportado o ônus.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do desenho federativo da assistência social e da tipificação dos serviços no âmbito do SUAS evidencia que o acolhimento institucional

de idosos – por exigir proteção integral, infraestrutura específica e custeio contínuo – se insere na Proteção Social Especial de alta complexidade, cuja responsabilidade prioritária recai sobre os Estados. Esse arranjo, previsto na LOAS e nas resoluções do CNAS, não apenas racionaliza a alocação de recursos como também preserva a capacidade dos Municípios de concentrar esforços nas ações preventivas e restaurativas próprias da proteção básica e da média complexidade (CRAS e CREAS), alinhadas à diretriz de excepcionalidade da institucionalização.

A orientação firmada pelo STF no Tema 793 RG, embora originária da saúde, oferece parâmetro útil por analogia: a solidariedade entre entes não elimina a necessidade de endereçar o cumprimento da obrigação ao ente competente, com fixação de ressarcimento em prol daquele ente que suporte indevidamente o ônus. Em demandas que buscam ILPI, isso implica a integração do Estado ao polo passivo e o direcionamento primário das ordens judiciais a quem detém dever legal e capacidade financeira para organizar e financiar a rede regionalizada de alta complexidade.

Do ponto de vista da gestão pública, a observância desse arranjo evita efeitos regressivos sobre a política socioassistencial local. A imposição indiscriminada de encargos de alta complexidade aos Municípios – em especial aos de pequeno porte – produz desequilíbrios orçamentários, desloca recursos das ações de maior capilaridade e compromete o planejamento setorial, em descompasso com os princípios da eficiência, da reserva do possível e com as consequências práticas que a LINDB manda considerar. A deferência judicial às escolhas técnico-administrativas, com decisões que apontem finalidades e exijam planos de execução em vez de medidas pontuais, contribui para a coerência do sistema e para a proteção da coletividade.

Em síntese, a efetividade do direito à proteção da pessoa idosa passa por: (i) fortalecer a rede de prevenção e reconstrução de vínculos (PSB e PSE média); (ii) regionalizar e financiar adequadamente os serviços de alta complexidade sob liderança estadual; (iii) aperfeiçoar critérios pactuados de cofinanciamento e elegibilidade na CIB, à luz de diagnósticos demográficos e de vulnerabilidade; e (iv) alinhar a atuação judicial ao arranjo de competências, assegurando o ressarcimento quando houver desvio.

Tal abordagem sistêmica e coerente, em respeito às competências constitucionais e infraconstitucionais, constitui o caminho mais adequado para a efetivação dos direitos fundamentais do idoso, em harmonia com os princípios estruturantes do Estado Democrático de Direito e com as exigências de sustentabilidade das políticas públicas de proteção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **RDC n.º 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprova o Regulamento Técnico para o funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Brasília, DF: ANVISA. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências (LOAS). Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n.º 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. **Lei n.º 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 30 set. 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em 30 set. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Resolução n.º 109, de 11 de novembro de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF: CNAS. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_cnas_n109_%202009.pdf. Acesso em 30 set. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Resolução n.º 33, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova a Norma Operacional Básica do SUAS – NOB/SUAS. Brasília, DF: CNAS. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2011/Resolucao%20n%2033_2011.pdf. Acesso em 30 set. 2025. resolução 130 2015

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Resolução n.º 145, de 15 de outubro de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília, DF: CNAS. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf. Acesso em 30 set. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CNAS). **Resolução n.º 130, de 15 de julho de 2005**. Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS. Brasília, DF: CNAS. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6621>. Acesso em 30 set. 2025.

PARANÁ, Tribunal de Justiça. **Apelação nº 0010782-16.2021.8.16.0000**. Quinta Câmara Cível. Relator Desembargador Renato Braga Bettega. Data do julgamento: 09.08.2021.

PARANÁ, Tribunal de Justiça. **Apelação nº 0003343-69.2019.8.16.0146**. Quarta Câmara Cível. Relatora Desembargadora Regina Helena Afonso de Oliveira Portes. Data do julgamento: 05.05.2020.

PARANÁ, Tribunal de Justiça. **Apelação nº 0001401-82.2020.8.16.0108**. Quinta Câmara Cível. Relator Desembargador Renato Braga Bettega. Data do julgamento: 04.10.2021.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei n.º 11.436, de 7 de junho de 2000**. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso. Florianópolis, SC: ALESC. Disponível em: <https://www.sas.sc.gov.br/index.php/direitos-humanos/gerencia-de-politicas-para-pessoa-com-deficiencia-e-idoso/politica-estadual-para-pessoa-idosa/legislacao>. Acesso em 30 set. 2025.

SANTA CATARINA (Estado). **Decreto n.º 3.514, de 2001**. Regulamenta a Lei n.º 11.436/2000, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso. Florianópolis, SC: Governo do Estado. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/sc/decreto-n-3514-2001-santa-atarina-regulamenta-a-lei-n-11436-de-7-de-junho-de-2000>. Acesso em 30 set. 2025.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei n.º 16.158, de 7 de novembro de 2013**. Dispõe sobre a criação de Centrais de Regulação no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, SC: ALESC. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2013/16158_2013_lei.html. Acesso em 30 set. 2025.

SANTA CATARINA (Estado). **Lei n.º 18.398, de 21 de junho de 2022**. Institui o Conselho Estadual do Idoso (CEI-SC). Florianópolis, SC: ALESC. Disponível em: https://leis.alesc.sc.gov.br/html/2022/18398_2022_lei.html. Acesso em 30 set. 2025.

SANTA CATARINA, Tribunal de Contas do Estado de. **Relatório nº 50/2023 do @PMO 23/00536964**. GAC/WWD - 198/2024. Gab. Cons. Wilson Wan-Dall.

SANTA CATARINA, Tribunal de Justiça de. **Apelação nº 5012480-27.2021.8.24.0039**, Relator Desembargador Diogo Nicolau Pítsica. Data do julgamento 04-11-2022.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **Tema 793 da Repercussão Geral – RE 855178/SE (ED)**. Solidariedade entre entes federados em saúde e direcionamento conforme repartição de competências. Brasília, DF: STF. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br>. Acesso em 30 set. 2025.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). **STA 175-AgR/CE**. Agravo regimental na Suspensão de Tutela Antecipada n.º 175. Rel. Min. Gilmar Mendes. Brasília, DF: STF.

Enviado em 24.11.2025.

Aprovado em 02.12.2025.



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.