

# EMERGÊNCIA

## PACIENTES SOFREM COM FALTA DE RECURSOS EM HOSPITAIS

Grupo de Apoio Técnico Especializado MPRJ - Núcleo de Saúde 11 / 2019

**Impactos da redução de verbas na SAÚDE:** Vistorias do MPRJ e DPRJ nos Centros de Emergência Regional Santa Cruz, Realengo e Centro e nos Hospitais Municipais Pedro II, Albert Schweitzer, Souza Aguiar e Salgado Filho identificaram insuficiência de leitos, com superlotação das emergências, desabastecimento expressivo de insumos e medicamentos e suspensão de cirurgias eletivas.

**Situação crítica dos estoques!** Desabastecimento expressivo dos estoques prejudica o atendimento de pacientes.

H.M.S.A	H.M.A.S CER REALENGO	CER. CENTRO	H.M.S.F.
MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS	MEDICAMENTOS
52,28% ↓	49,57% ↓	24% ↓	4,61% ↓
MATERIAIS	MATERIAIS	MATERIAIS	MATERIAIS
33,53% ↓	20,16% ↓	14,20% ↓	13,84% ↓

**Carência de Recursos Humanos.** Em todas as unidades vistoriadas foi verificado déficit de RH, gerando desassistência. Registrou-se efetivo menor que a metade do esperado. Comparando-se o Projeto Básico de duas unidades com o efetivo disponível, foram constatados os seguintes percentuais de horas trabalhadas:

H.M.S.A.		H.M.S.F.	
Médicos	59 %	Médicos	66 %
Enfermeiros	48 %	Enfermeiros	62 %
Outros	40 %	Outros	56 %
Das horas projetadas		Das horas projetadas	

**Superlotação de leitos.** Alto volume de pacientes mal acolhidos ocupando corredores e sobrecarregando enfermarias. Abaixo pode-se perceber mais de **200%** de sobrelotação de pacientes.

H.M.S.F.	↑ 193%	CER. CENTRO	↑ 181%
H.M.S.A.	↑ 202%	CER REALENGO	↑ 136%

**Pacientes com mais de 24H nas salas de emergências!** Falta de recursos humanos e de insumos de saúde elevaram o tempo médio de permanência de pacientes nas emergências transformando esses setores em verdadeiras enfermarias de casos mais graves.

\*Portaria CMF nº 2077/2014

H.M.S.F.		62
H.M.P.II		46
CER. CENTRO		23
H.M.A.S		21

De janeiro a outubro de 2019, e excluindo o hospitais de administração direta, o **déficit registrado no repasse** de valores ao HMAS (e CER Realengo), HM Pedro II (e CER Santa Cruz), CER Centro e HMSA somava aproximadamente **R\$ 69 milhões**. O maior impacto teve ênfase no abastecimento de insumos de saúde e medicamentos, com implicações de difícil mensuração

### LEGENDA

Hospital Municipal Pedro II (H.M.P.II)

Hospital Municipal Albert Schweitzer (H.M.A.S)

Centro de Emergência Regional Centro (CER.C)

Centro de Emergência Regional Santa Cruz (CER. S. C)

Centro de Emergência Regional Realengo (CER.R)

Hospital Municipal Souza Aguiar (H.M.S.A)

Hospital Municipal Salgado Filho (H.M.S.F)

UNIDADES	Hosp. Mun. Pedro II (CER Santa Cruz)	Hos. Mun. Albert Schweitzer (CER Realengo)	CER Centro	Hosp. Mun. Souza Aguiar	Hosp. Mun. Salgado Filho
GERENCIAMENTO	OS SPDM	OS Cruz Vermelha	OS GNOSIS	Administração direta	Administração direta
CONTRATO	002/2016	007/2016	034/2015	— —	— —
DATA DA VISTORIA	25/11/2019	26/11/2019	26/11/2019	26/11/2019	26/11/2019

**EXMO. SR. JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA DE FAZENDA PÚBLICA DA COMARCA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**URGENTE – PRIORIDADE, Art. 1048, I do CPC.**

**A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, inscrita no CNPJ sob o nº 31.443.526/0001-70, por intermédio de seu órgão de atuação, Núcleo Especializado de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Comarca da Capital, representada pelos Defensores Públicos que a subscrevem, localizada na Rua São José, 35, 13º andar, Centro, e-mail e;

**O MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, inscrito no CNPJ sob o no. 20.305.936/0001-40, neste ato representado pelas 1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª Promotorias de Tutela Coletiva da Saúde da Capital, com sede na Av. Nilo Peçanha, 9º andar, nesta cidade, pelos Promotores(as) de Justiça que a subscrevem;

Vem, a presença de V. Exa., com fulcro nos arts. 5º, XXXV e LXXIV, e 134 da Constituição da República, no art. 4º, VII, VIII, X e XI da Lei Complementar 80/1994, no art. 5º, I e II, da Lei nº. 7.347/1985 e nos arts. 196 e seguintes da CRFB/88 e Lei nº 8.080/90, propor a presente

## **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

em face do **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (PREFEITO, SECRETÁRIO DE FAZENDA E SECRETÁRIO DE SAÚDE)**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.733/0001-48, com sede na Rua São Clemente, nº 360, Botafogo, RJ, CEP nº 22260-006, e procuradoria jurídica na Travessa do Ouvidor, nº 4, Centro, Rio de Janeiro -RJ, CEP 20040-040, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir expostos:

### **1. INTRODUÇÃO DA DEMANDA**

A presente ação civil pública tem por objeto assegurar não só o direito humano e fundamental à saúde e à vida da população mais vulnerável do Município do Rio de Janeiro como também a segurança jurídica do processo de orçamentação e a força normativa do orçamento público<sup>1</sup> aprovado pelo Poder Legislativo do Município do Rio de Janeiro (que representa a vontade popular - art. 1º, parágrafo único, da CRFB/88), notadamente, na área de atuação Saúde, a qual, há pelo menos 3 (três) anos, é gravemente desconfigurada, de forma unilateral e abusiva pelo Poder Executivo do Município, sem qualquer motivação, com nítido retrocesso e em flagrante descompasso com a Carta Fundamental deste Estado Democrático de Direito.

## **2. O histórico de contingenciamento orçamentário e bloqueio de despesas. Ausência de motivação e de critérios técnicos e os prejuízos assistenciais à população.**

A Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro acompanham, desde o início de 2017, o desempenho das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) do Município do Rio (clínicas da família, centros de atenção psicossocial, hospitais, dentre outros). Sobretudo porque, durante as campanhas eleitorais do novo governo, divulgaram-se propostas audaciosas frente à complexidade e as históricas celeumas que envolvem o setor saúde<sup>2</sup>.

Todavia, já em agosto de 2017, a rede pública municipal de saúde deu sinais de que o caminho da expansão não se concretizaria. Pelo contrário: não só o prometido à população não foi cumprido como também os direitos e o patrimônio de saúde já realizados, conquistados e subjetivamente adquiridos pela população mais vulnerável do Município passaram a ser ameaçados.

Para combater tal quadro, foi ajuizada, ao final daquele ano, a **ação civil pública nº 0298494.15.2017.8.19.0001**, atualmente, em sede de execução, a qual teve como objeto principal o retorno do valor contingenciado naquele ano para a pasta da Saúde.

**Confira a inicial aqui:**



<sup>1</sup> Nas ADIs 4.048 e 4.049-MC, o Supremo Tribunal Federal, ao admitir o controle de constitucionalidade das leis orçamentárias, afirmou que **“a lei orçamentária é a lei mais importante do ordenamento jurídico logo abaixo da Constituição”** (trecho do voto do Min. Carlos Britto) e **“abaixo da Constituição não há lei mais importante para a Administração Pública, porque o orçamento anual é o diploma legal que mais influencia o destino de toda a coletividade administrada, na medida em que fixa todas as despesas e prevê todas as receitas públicas para um determinado exercício financeiro”**.

<sup>2</sup> Colocar mais recursos na Saúde (**R\$ 250 milhões a mais por ano**), reestruturar a gestão dos equipamentos que fazem atendimento emergencial às pessoas, especificamente, as 14 UPAs e os 8 hospitais de emergência da cidade, visando reduzir o tempo de espera e melhorar a qualidade do atendimento, **criar o Programa Clínica de Especialistas** voltado para o atendimento de especialidades médicas (otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, ortopedia, etc.) e que contará com equipamentos para exames mais sofisticados (ultrassom e tomografia) - serão **20 unidades implantadas (\*) até o final de 2020**, não construir nenhuma nova Clínica da Família até que todas as atuais estejam funcionando satisfatoriamente com médicos e não apenas enfermeiros, **assumir até o final de 2018, a gestão das 16 UPAs estaduais localizadas no município do Rio de Janeiro**, realizar mutirão de saúde para zerar as filas de cirurgia onde o paciente corre risco de vida e aumentar em 20% o número de leitos nos hospitais municipais até o final de 2018. entre outras.

Disponível

em

[http://divulgacandcontas.tse.jus.br/dados/2016/RJ/60011/2/190000017952/proposta\\_governo1471038889100.PDF](http://divulgacandcontas.tse.jus.br/dados/2016/RJ/60011/2/190000017952/proposta_governo1471038889100.PDF)

Na demanda coletiva, comprovou-se que o cenário na rede municipal de saúde, ao final de 2017, era extremamente grave: faltavam insumos, medicamentos, recursos humanos, alimentação suficiente e adequada para profissionais de saúde e pacientes. Na rede hospitalar, o destaque era a superlotação, o pagamento dos profissionais de saúde em atraso e a suspensão de inúmeros contratos com serviços terceirizados, como de manutenção, maqueiros e segurança.

Demonstrada a gravidade do quadro de completo caos na saúde pública carioca ao fim de 2017, o feito foi extinto, com resolução do mérito, mediante acordo judicial nos seguintes termos:

- que o MRJ afirma, conforme documentos ora juntados, que da verba contingenciada houve a liberação durante o ano no valor de R\$ 322.427.972,88, na forma de remanejamentos orçamentários, assumindo o compromisso de empenhar os valores referentes aos insumos e medicamentos, no valor de R\$ 100.000.000,00, até o dia 31/12/2017, prestando contas nesses autos, inclusive, do que foi efetivamente entregue a cada unidade de saúde, e no caso da época de recesso, também por ofício ao MP e à DP. A prestação de contas também englobará o empenho e pagamento de outros valores que vierem a ser feitos até o dia 31/12/2017. Afirma, ainda, que com a aquisição desses insumos e medicamentos haverá a normalização dos estoques das redes até março de 2018.
- que os pagamentos acordados junto ao TRT, em favor das OS's, na ordem de R\$ 123.000.000,00, referente ao salário de novembro, com vencimento em dezembro, vão ser comprovados nesses autos e deverão restar quitados até o dia 31/12/2017.

Devido à postura ativa deste nobre Poder Judiciário, evitou-se a interrupção progressiva de todos os serviços públicos de saúde mediante o “descontingenciamento” de recursos públicos indevidamente aplicados pelo Município em outros setores orçamentários, não prioritários.

Todavia, e lamentavelmente, a conjuntura que subsidiara o referido acordo se repetira em 2018, o que também foi denunciado por intermédio de nova ação coletiva (0311224-24.2018.8.19.0001), cujos autos encontram-se suspensos, até hoje, para a tentativa infrutífera, diante da resistência do Município do Rio, para a realização de um acordo.

Agora, em 2019, após dois anos de drásticas reduções nos investimentos destinados ao setor Saúde (estimadas, como se verá abaixo, em R\$ 2.2 bilhões), o quadro de crise na rede municipal de saúde não só se repetiu como agravou, de forma substancial, o que revela postura recalcitrante ilícita do Município e, portanto, inadmissível. É o que se infere das inúmeras e graves notícias veiculadas nos mais diversos meios de comunicação:

***Na Coordenação de Emergência Regional (CER) Leblon, segundo as queixas, não há roupa de cama e materiais básicos, como gaze, álcool e esparadrapo. Leitos também foram fechados devido à falta de insumos. (acesso em 06/12/2019).***



**Flagrantes revelam falta de atendimento na rede de saúde pública do Rio. RJ2 mostrou problemas na UPA de Costa Barros onde havia falta de médicos, roupa de cama e remédios. No Hospital Municipal Albert Schweitzer, faltam antibióticos e materiais básicos. (acesso em 06/12/2019).**



**Falta dinheiro para a saúde. Funcionários de emergências, hospitais, Upas e clínicas estão sem pagamento. Eles dizem que faltam remédios e material para o atender os pacientes. (acesso em 06/12/2019).**



**Clínicas da Família não receberam repasses da prefeitura Médicos e enfermeiros fazem greve e o atendimento está restrito. (acesso em 06/12/2019).**



**Estado do Rio tem taxa de mortalidade mais alta do Brasil em hospitais públicos. Pacientes morrem mais tanto em internações clínicas quanto em quadros cirúrgicos. Carlos Chagas e Pedro II têm piores situações do estado. (acesso em 06/12/2019).**



**Pacientes ficam sem atendimento em hospitais municipais do Rio no fim de semana. Profissionais de saúde que trabalham em hospitais municipais administrados por organizações sociais ainda não receberam o salário de outubro. (acesso em 06/12/2019).**



**Fila da saúde da Prefeitura do Rio mais que triplicou desde 2017. Mais de 8,8 mil pessoas esperam por cirurgia de catarata. Vinte mil pacientes aguardam atendimento com oftalmologista. (acesso em 06/12/2019).**



**Ana Beatriz Busch questionou levantamento que aponta redução de R\$ 2,2 bilhões no setor nos últimos três anos. Vereador Paulo Messina afirma que dinheiro para ações de saúde é desviado para outras finalidades. No entanto, ao contrário do que afirma a secretária, o vereador e ex-secretário da Casa Civil Paulo Messina (PSD) afirmou que, até o momento, a prefeitura pagou, na verdade, R\$ 3,758 milhões. "A saúde tem um investimento hoje de menos R\$ 1,5 bilhão. O dinheiro está sendo usado em outros lugares fora da pasta. Não é corte do que não entrou -- é remanejamento, desvio", apontou.**



**Com Rio em crise, saúde entra em colapso (exibição 09/12/2019)**



**Faltam medicamentos e profissionais nas principais emergências da rede municipal de saúde do Rio**

**Reportagem encontrou problemas em hospitais de todas as regiões da capital. Foram ouvidos relatos de dezenas de pessoas que tentam conseguir socorro, mas não sabem a quem recorrer.**



As vistorias realizadas em conjunto pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, nos dias 25 e 26 de novembro último, por sua vez, só corroboram o contexto caótico e grave denunciado pela imprensa ([Doc. 01](#)).

Durante os dois dias da operação conjunta foram identificadas situações como insuficiência de leitos, superlotação das emergências, óbitos, desabastecimento expressivo de insumos e medicamentos e suspensão de cirurgias eletivas. Os números colocados, como amostragem, no documento que inaugura esta peça, demonstram o grave vazio assistencial ao qual está submetida a população carioca.

Também demonstrando o quadro de desassistência da população, é o minucioso ofício expedido pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro, cujo teor denuncia o progressivo e rápido dismantelamento dos serviços da rede municipal de saúde no curto período de 3 anos. Confira-se trechos do documento ([Doc. 02](#)):

**“É sabido que desde 2009 o sistema de saúde municipal sofreu significativas mudanças, com expansão de serviços ofertados nos níveis de Atenção Primária, Secundária, de Urgência e Hospitalar.**

**No que tange à Estratégia Saúde da Família (ESF), observou-se o avanço de cobertura de 7,34% em janeiro de 2009 para 70,36% em dezembro de 2016, totalizando 1289 equipes junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Além da ESF, foram implantadas neste mesmo período 13 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 5 Centros de Emergência Regional (CER).**

**Em agosto e 2017 desponta um cenário agudo de crise** com de falta de quase metade dos medicamentos da grade básica nas unidades, bem como diversos outros insumos, atrasos de salários em diversas Unidades de Saúde administradas pelas OSS e ameaça de fechamento de Unidades Básicas de Saúde na zona oeste, deflagrando um movimento de greve de diversas categorias profissionais que pautaram a resolução dos problemas acima apontados e, ainda, a reversão de corte orçamentário da pasta da Saúde para 2018 previsto na PLOA da época. A situação alongou-se até janeiro de 2018.

**No dia 31 de outubro de 2018 é publicada na edição N° 155 Ano XXXII do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro a proposta do Plano de Reorganização da Atenção Básica que propõe: Redução de 184 equipes de Saúde da Família (ESF); Redução de 55 equipes de Saúde Bucal (ESB); Criação de uma nova tipologia de equipes, que introduz uma modalidade tipo IV que se caracteriza por uma equipe com 40h de carga horária de profissional médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e um único Agente Comunitário de Saúde para responsabilizar-se por até 18 mil pessoas. Registre-se que a média preconizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de população/equipe é de no máximo 3500 pessoas, média ainda superior da preconizada pela Organização Mundial de Saúde (entre 1500 a 2000 pessoas).**

**Em 2018 e 2019 a cidade mais uma vez vivencia a consequência dos atrasos de repasse às OSS e outras terceirizadas, refletindo em atrasos de salários que chegaram a se acumular por mais de 1 mês, restrição de insumos, falta de manutenção predial, redução de oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, suspensão temporária do transporte sanitário, redução de ambulâncias do serviço de remoção de "Vaga Zero" e "Cegonha Carioca" (aumentando a média de espera para a chegada de ambulâncias para mais de 3 horas), dentre outras deficiências. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, que possuem leitos de internação, tiveram suspensão do serviço de alimentação dos usuários e chegaram a funcionar sem luz por falta de pagamento da companhia de abastecimento de energia. Novamente houve desabastecimento de medicamentos. Os hospitais da administração direta também restringiram procedimentos pela falta de insumos.**

**Mais de 1500 profissionais foram demitidos sem substituição. Como resultado, a cobertura de ESF cai 17% estimando-se desassistência pela rede básica de mais de 1 milhão de pessoas.**

Apesar da redução de postos de trabalho, observa-se **aumento da vacância de médicos.** Isto se dá em parte pela piora das condições de trabalho e pela sobrecarga em assumir a população antes adscrita pelas equipes extintas.

Chega-se ao absurdo da oferta de contratação de Médico de Família por plantão por RPA, descaracterizando completamente os princípios da ESF que é ofertar o cuidado de saúde longitudinal, mediado pelo vínculo.

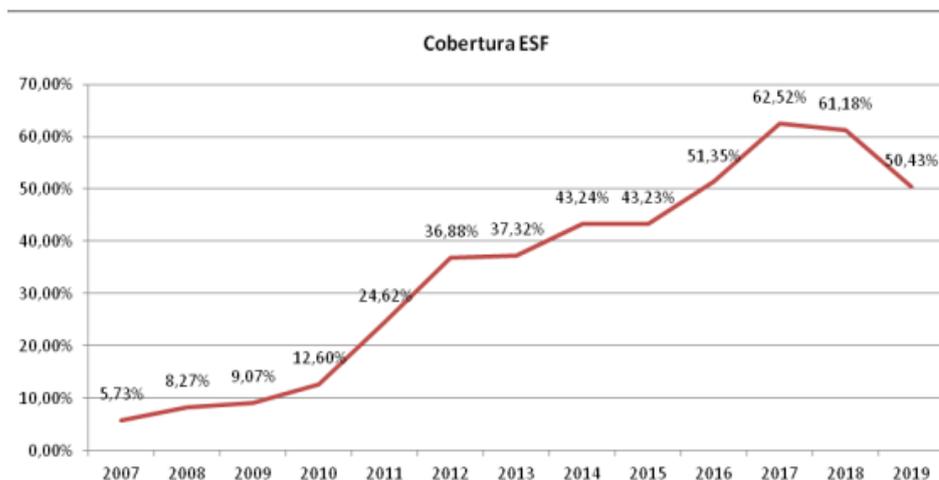
**O quadro geral é alarmante. Pelo terceiro ano consecutivo, vivemos agudização da crise na saúde.**

A despeito das promessas eleitorais, **não houve aumento de oferta de procedimentos especializados e cirurgias.** Em consulta à plataforma SISREG, no dia 05 de novembro de 2018 encontramos pendentes em fila, por exemplo: 14523 pessoas em espera para consulta por cirurgia de hérnia, 14458 para consulta por cirurgia de vesícula, 8914 para tratamento de catarata, 17271 em consulta de urologia e subespecialidades, 5520 em consulta para nefrologia. **Mesmo procedimentos simples, como a triagem auditiva neonatal ("teste da orelhinha") que deveria ser executada ainda na maternidade,**

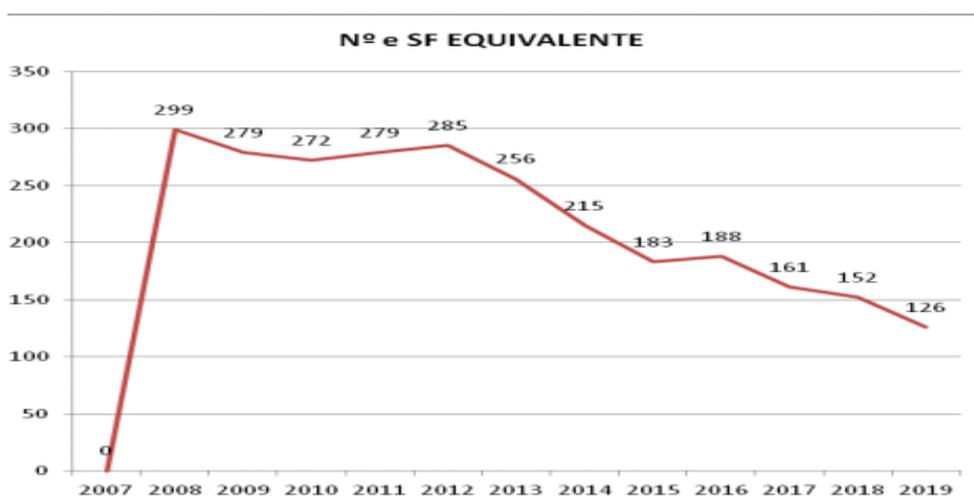
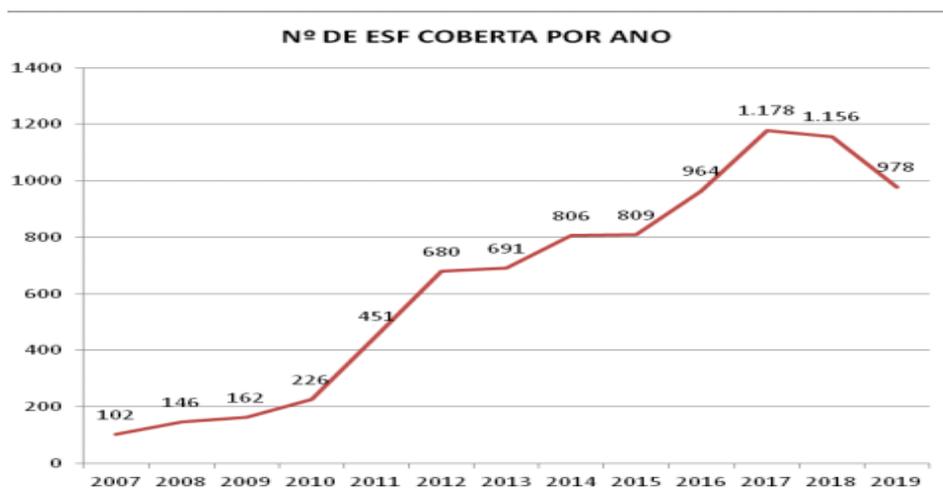
tem em espera 3652 lactentes” (Destacamos).

Vitorias específicas da Defensoria Pública e do Ministério Público em clínicas da família do Município do Rio de Janeiro confirmaram a grave redução da cobertura da atenção básica no ano de 2019 em razão da significativa redução do número de equipes de saúde da família (ESFs) efetuada pela municipalidade.

O Relatório Técnico da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (Doc. 03) aponta, com base em dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (em sua plataforma eletrônica<sup>3</sup>), a expressiva redução da cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e da cobertura da Atenção Básica no Município do Rio no período de 2007 a 2019:



<sup>3</sup> (<https://egestorab.saude.gov.br/>)



Em suas conclusões, o Relatório identifica, ainda, com precisão, os perversos impactos da redução, da desqualificação e da verdadeira desconfiguração da essência e da proposta de trabalho da atenção básica para a prevenção, promoção e recuperação da saúde e da vida dos cidadãos cariocas. E na contramão do princípio constitucional da eficiência (administrativa e sanitária – arts. 37, caput, e 196 e seguintes, da CRFB/88), pasme-se, também para o próprio erário municipal, eis que a premissa técnica, já comprovada mundialmente, é a de que uma atenção básica ineficiente importa, em médio e longo prazo, no aumento direto de despesas em saúde de maior vulto na média e alta complexidade, com notório prejuízo à sustentabilidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>. Em destaque, as importantes conclusões do Relatório Técnico incluso:

**“3. Embora a atenção primária à saúde preze pela longitudinalidade do cuidado, o que se observa no funcionamento dos Centros Municipais de Saúde vistoriados é uma ampliação do número de atendimentos através de demanda espontânea associada a uma redução significativa de consultas programadas, que se limitaram a grupos prioritários, além de um**

<sup>4</sup> Sobre a importância da expansão e do fortalecimento da atenção primária para a redução dos gastos totais em saúde e aumento da eficiência do SUS, confira o endereço eletrônico da OMS/OPA [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843)

**encolhimento visível da assistência realizada através de Estratégia de Saúde da Família;**

4. Não fosse o bastante, há dados que permitem inferir há sobrecarga das equipes remanescentes após o redimensionamento de recursos humanos. **Ademais, também são notórios os prejuízos às demais atividades desenvolvidas pelas equipes de ESF, como os grupos de assistência, as reuniões de equipes para estratégia assistencial e até mesmo as visitas domiciliares;**

5. Nesse contexto, **é importante avaliar que tipo de estudo foi realizado antes de se determinar quantas e quais equipes de ESF seriam redimensionadas. Uma vez que a atuação de cada equipe de ESF depende diretamente do planejamento e da complexidade de assistência, levando-se em conta o grau de vulnerabilidade de cada área e microárea das equipes analisadas, seria absolutamente leviano realizar a redução de equipes de ESF baseando-se única e exclusivamente em sua produtividade, ou seja, quanto ao número de visitas domiciliares (VD) e atendimentos médicos e de Enfermagem realizados pelas equipes;**

6. A situação se torna ainda mais preocupante quando se observa desabastecimento de medicamentos voltados ao tratamento de doenças extremamente prevalentes e de elevada morbimortalidade, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus;

7. No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular. Ratifica-se que, assim como o diabetes mellitus (DM), a hipertensão arterial é condição clínica que amplia o risco de eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), Página 70 de 71 insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal<sup>12</sup>. Ademais, existem evidências de que indivíduos com diabetes mal controlado ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aqueles com o diabetes bem controlado<sup>13</sup>, ou seja, em termos econômicos, ambas as doenças representam uma importante carga tanto nos custos diretos para o sistema de saúde e para a sociedade como nos custos indiretos atribuíveis à mortalidade prematura e a incapacitações temporárias e permanentes decorrentes de suas complicações;

8. **Assim, além do evidente estreitamento ao acesso a um cuidado longitudinal na atenção básica, seja por redução do número de profissionais, seja por redução e remodelamento das equipes de ESF, ainda se observa um desabastecimento de medicamentos para tratamento dessas doenças, cujo controle é absolutamente factível na rede básica, evitando-se complicações que oneram ainda mais o sistema de saúde, com internações hospitalares (incluindo leitos de CTI – Terapia Intensiva), custos com cirurgias de amputação em pacientes diabéticos descompensados, custos com tratamento de pacientes com limitações como insuficiência cardíaca, sequelas de AVC (Acidente Vascular Encefálico), cegueira, insuficiência renal com necessidade de tratamento dialítico, dentre outras;**

9. **Destarte, faz-se necessário observar que as condições de funcionamento das unidades hospitalares no Município do Rio de Janeiro, com elevada mortalidade, altos números de atendimentos de emergência e de internações por complicações de doenças <sup>12</sup> <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf> <sup>13</sup> <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf> controláveis como HAS e DM, podem representar reflexo direto da redução da cobertura de atenção básica observada no Município do Rio de Janeiro;**

10. **Por fim, destaca-se o conceito de eficiência em saúde, compreendida como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantendo-se um nível de qualidade determinado. Nesse contexto, vale a reflexão a respeito do contingenciamento na saúde, pois é fundamental avaliar até que ponto a redução da assistência e do cuidado longitudinal através da atenção primária não é sinônimo de uma ampliação de custos em outros níveis de assistência, refletindo-se em um maior número de atendimentos de urgência e emergência, de internações, de sequelas por eventos evitáveis com maior controle de doenças e, sobretudo, em uma maior mortalidade da população do Rio de Janeiro.**

Note-se que a redução dos serviços essenciais à saúde ofertados pelo Município do Rio de Janeiro é confirmada

pela própria municipalidade aos órgãos de controle.

No primeiro Ofício, Doc. 04, a Superintendência de Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro ratifica que, já em abril de 2019, estavam extintas 179 equipes de saúde da família e reduzido o quantitativo de médicos 40h (-4), médico 20h (- 174), enfermeiro (- 183), auxiliar e técnico de enfermagem (- 126), agente comunitário de saúde (responsável pela criação do vínculo entre a comunidade e os profissionais da atenção básica por intermédio das visitas domiciliares/- 721<sup>5</sup>), dentista (- 65), auxiliar de saúde bucal (- 64) e técnico de saúde bucal (- 23), totalizando menos 1.360 profissionais de saúde apenas na rede básica de saúde do Município.

Em outro Ofício, Doc. 05, o Município informa que um dos motivos que explicitam o crescimento da fila do SISREG consiste na redução da oferta de consultas e exames em razão da limitação orçamentária, sobretudo nas unidades municipais e nas privadas conveniadas com o Município, destacando-se o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, clínicas da família e maternidades. Complementa que os esforços de ampliação do Projeto Corujão das cirurgias eletivas não recuperou o patamar da oferta dos anos anteriores a 2017. E acosta planilha que o comprova:

**Tabela 1 - Oferta de consultas e exames habituais no sistema de regulação por ano, segundo tipo de esfera executante, meses de Janeiro a Setembro 2016, 2017, 2018 e 2019**

ESFERA DA UNIDADE <sup>1</sup>	anos				Diferença 2019 - 2016	
	2016	2017	2018	2019	(%)	(n)
MUNICIPAL	627.418	635.027	618.494	593.298	-5%	-34.120
PRIVADA	306.873	256.317	266.044	235.871	-23%	-71.002
UNIVERSITÁRIOS	75.218	84.448	84.098	88.900	18%	13.682
HOSPITAL FEDERAL	54.919	70.737	48.648	54.216	-1%	-703
INSTITUTO FEDERAL	5.924	6.821	8.706	8.620	46%	2.696
ESTADUAL	5.648	3.512	3.081	59.727 <sup>2</sup>	957%	54.079
<b>Total Geral</b>	<b>1.076.000</b>	<b>1.056.862</b>	<b>1.029.071</b>	<b>1.040.632</b>	<b>-3%</b> <sup>2</sup>	<b>-35.368</b>

Fonte: MS/DATASUS/SISREGIII. Extraído S/SUBREG/CGCR – Central de Regulação Ambulatorial

**Nota1:** Universitários-Unidades hospitalares vinculadas a UFRJ, UERJ e UNIRIO; Institutos Federais-INCA, INC e unidades vinculadas a FIOCRUZ; Privadas- unidades privadas contratadas no MRJ; Hospitais Federais -HFA, HFI, HFSE, HFB, HFL, HFCF; Unidades Estaduais - IASERJ, Riolmagem, IEDE, IECAC, Hospital Eduardo Rabello. Não inclui vagas de retorno.

**Nota 2:** A grande ampliação da oferta estadual em 2019 deve-se a unificação da oferta do Riolmagem no SISREG, até então descentralizadas nas unidades de atenção primária do Município do RJ com agendamento exclusivo no Klínicos. Desse modo, entre 2016 e 2018 não consta oferta no SISREG do Rio Imagem sendo inserida nesse sistema somente a partir de 2019.

Em suma, os fatos são públicos, notórios e incontroversos. Após três anos (2017, 2018, 2019) de sucessivas crises no funcionamento da rede municipal, é possível, agora, enxergar com nitidez, e confirmar a importante redução do capital de saúde já incorporado ao patrimônio da população carioca. A difícil situação vivenciada, por pacientes e profissionais, nas mais diversas unidades municipais de saúde, da baixa a mais alta complexidade, piora a cada dia que passa, em uma marcha progressiva e notória de retrocesso social que coloca, diariamente, novas vidas em risco de danos irreparáveis, o que não mais pode ser tolerado ou admitido, sobretudo pelo Poder Judiciário e pelos demais órgãos que integram o Sistema de Justiça de um Estado Democrático de Direito (art. 1º, III, da CRFB/88).

**Não há dúvida de que, agora, no ano de 2019, as dificuldades da rede municipal de saúde alcançam o seu ápice, beirando ao colapso. Ao contrário do preconizado pela Constituição Federal (arts. 196 e seguintes), grande parte dos serviços de todos os níveis de atenção da rede municipal de saúde funciona precariamente, obstando que o cidadão transite regularmente pelos equipamentos da rede e receba um cuidado integral à sua saúde. A atenção básica, com equipes e cobertura reduzidas e missão desconfigurada abruptamente no início de 2019, funciona desabastecida, sem resolutividade, como um pronto socorro de baixa complexidade que não se presta às suas importantes funções de prevenção e promoção da saúde. Estas, a razão de ser da atenção básica no Sistema Único de Saúde. O resultado é o agravamento das condições de saúde e o aumento vertiginoso da demanda**

<sup>5</sup> Sobre a importância dos agentes comunitários para a atenção básica, confira as páginas oficiais do Ministério da Saúde <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/geral/53180-agentes-comunitarios-ajudam-a-melhorar-a-saude-da-populacao> e <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/agente-comunitario-de-saude>.

nos serviços de urgência e emergência, conduzindo à cruel superlotação tão combatida e que vinha sendo superada nos anos anteriores a 2017. Os serviços de urgência e emergência, por sua vez, também foram deteriorados. Os hospitais funcionam com equipe reduzida, *déficit* de insumos, medicamentos, equipamentos e consequente bloqueio de leitos e agendas ambulatoriais, conduzindo à redução da oferta de internações, consultas, cirurgias e exames, a qual, em um círculo vicioso, impacta, com aumento, a fila cruel (e muitas vezes fatal) do sistema de regulação (SISREG) e o atendimento, na ponta, da população que procura as clínicas da família como porta de entrada para o acesso a consultas, exames e cirurgias. Sem acesso a consultas, procedimentos e exames de diagnóstico e outros necessários à continuação do tratamento, os cidadãos cariocas adoecem, procuram os serviços de urgência e emergência, mas, também lá, como se viu, não encontram tratamento resolutivo...

Há, ainda, como denunciam as vistorias realizadas pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública, o referenciamento eterno do cidadão, que perambula por diversos equipamentos de saúde a espera de algum profissional que possa, ao menos, acolhê-lo e escutá-lo. Com um vácuo na assistência de média complexidade e a restrição dos serviços de urgência e emergência, o cidadão que não está em risco imediato de morte, mas precisa de um atendimento de maior complexidade, como os casos dos pacientes classificados como de risco “verde”, são referenciados por UPAs 24h e emergências hospitalares para as Clínicas da Família. Estas, por sua vez, considerando o seu perfil de atendimento a pacientes de menor gravidade, classificados como de risco “azul”, e com equipes reduzidas e funcionamento precário, redirecionam novamente os pacientes para as UPAs 24h e serviços hospitalares de urgência e emergência, os quais, mais uma vez, recusam o atendimento, encaminhando para uma unidade de atenção básica. É o eterno jogo de empurra, inadmissível quando se trata de garantir o direito à saúde e à própria vida de um ser humano.

**O resultado de um sistema de saúde desmantelado é o adoecimento da população e o aumento do índice de mortalidade<sup>6</sup> por causas evitáveis, o que não pode, jamais, ser banalizado.**

Em suma, com todos os equipamentos em funcionamento precário e desarticulados, não é possível sequer afirmar que há uma efetiva rede municipal de saúde que garanta atenção integral à saúde da população no Município do Rio. A sensação diária, captada nas mais diversas vistorias realizadas pela Defensoria e pelo Ministério Público é de que o cidadão carioca caminha em círculos, desnorteados, sem efetivo acesso ao serviço de saúde, em uma trajetória que muitas vezes lhe é fatal.

Em tal conjuntura, repita-se, é fato público e notório o cenário de grave desmantelamento e nítido retrocesso da rede municipal de saúde, o qual precisa ser enfrentado, com rigor e seriedade, pelos atores do Sistema de Justiça. Está escancarado, sob os olhos de toda a população carioca, o estado de coisas inconstitucional que se instaurou na saúde pública do Município do Rio de Janeiro, ao arrepio do mínimo senso de Justiça e dos princípios e valores mais basilares da Constituição Federal, que possui força normativa máxima, razão pela qual é necessário e emergente o controle legítimo deste Poder Judiciário para o resguardo das liberdades materiais, da cidadania, da dignidade humana e da própria ordem social. Ou seja, para a restauração do Estado Democrático de Direito (art. 1º, III, da CRFB/88) no Município do Rio.

Assim como nos anos de 2017 e 2018, imputa-se como causa maior para a crise instalada o contingenciamento de recursos públicos. Não havendo dúvidas de que, para se chegar a uma solução que garanta, efetivamente, a saúde e a vida de toda a população carioca, é imprescindível e urgente a regularização

---

<sup>6</sup> <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2019/10/21/estado-do-rio-tem-taxa-de-mortalidade-mais-alta-do-brasil-em-hospitais-publicos.ghtml> e <https://extra.globo.com/noticias/rio/estado-do-rio-tem-mais-alta-taxa-de-mortalidade-hospitalar-do-pais-na-saude-publica-24031020.html>

**dos investimentos na pasta da saúde mediante a elaboração e a execução de um orçamento em conformidade com a Constituição Federal de 1988.**

Importante aqui registrar que, em 2017, no bojo da ação civil pública nº 0298494.15.2017.8.19.0001, estudo técnico do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro comprovou que a alegada crise econômica e a queda nas receitas não justificavam os cortes nos investimentos destinados, por lei orçamentária, à área de atuação saúde. Afinal, o contingenciamento na saúde (de aproximados R\$ 540 milhões – 10,77%) foi feito de forma desproporcional à redução das receitas (em 5,28%) para aplicação em setores outros, não prioritários, como Secretaria de Fazenda, Gabinete do Prefeito, Secretaria Municipal de Conservação e Meio Ambiente, desconfigurando, por completo, em uso abusivo da prerrogativa disposta no art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal, o orçamento aprovado pelo Poder Legislativo, ou seja, pelos legítimos representantes da vontade popular (art. 1º, parágrafo único, da CRFB/88).

Como afirma Oliveira e Ferreira (2017), **“sendo a gênese do orçamento uma autorização do povo para a utilização dos recursos públicos, não é errado concluir que, ao não se efetivar sua aplicação conforme consentida, estar-se-á agindo à revelia daquilo que foi autorizado e, portanto, em arrepio ao próprio regime democrático, que exige a subsunção dos governantes aos objetivos e fundamentos constitucionais”**<sup>7</sup>.

O quadro agrava em 2018, pois que, neste ano, diferentemente de 2017, houve aumento da arrecadação da receita. Com efeito, nos autos da ação civil pública nº 0311224-24.2018.8.19.0001, estudos técnicos apontaram que, a despeito da maior arrecadação de receitas públicas, o Município do Rio ainda aumentou o contingenciamento na saúde, remanejando, inclusive, por intermédio de inúmeros decretos, recursos direcionados em lei orçamentária à pasta para setores não prioritários (Casa Civil, Gabinete do Prefeito, Secretaria de Urbanismo, Infraestrutura e Habitação, dentre outras). Demonstrou-se, assim, que fatores outros que não o volume de recursos públicos é que determinam, realmente, o inconstitucional contingenciamento de verbas da Saúde. Os estudos revelam, ainda, que a Saúde foi a pasta que sofreu maior redução em valores absolutos em relação ao orçamento aprovado. A segunda, foi a Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos). Esta, aliás, foi a conclusão a que chegou a pesquisa *“Política de Austeridade no Município do Rio de Janeiro e seus impactos no orçamento das políticas de Saúde”*, depositada no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)<sup>8</sup>.

O estudo técnico demonstrou, ainda, que, tanto em 2017 quanto em 2018, os decretos do Poder Executivo desviaram recursos de Programas de Saúde considerados estratégicos pelo próprio Município no Projeto de Lei Orçamentária. E concluiu que:

**“A insuficiência na arrecadação das receitas que compõem a fonte de recursos 100, responsável pelo pagamento de cerca de 56% das despesas do Município, não pode ser utilizada como justificativa para o contingenciamento da Saúde, pois como demonstrado, sua arrecadação já alcançou 90,3% do valor indicado pela LOA. O que o Município fez foi superestimar as despesas da fonte 100 para então retirar as dotações da Saúde que estão sob tal fonte para realocar em outros pagamentos, como o dos encargos do Município. Além disso, comparando-se a arrecadação das receitas vinculadas à Saúde de janeiro à agosto dos anos 2017 e 2018 verifica-se um aumento de 8,8%, o que contradiz a tese de insuficiência de recursos para custeio das ações de Saúde, que no mesmo período tiveram uma redução de 5,6% nos empenhos realizados”**.

<sup>7</sup> OLIVEIRA, C.L.; FERREIRA, F.G.B.C; O Orçamento Público no Estado Constitucional Democrático e a Deficiência Crônica na Gestão das Finanças Públicas no Brasil; Sequência (Florianópolis) [online]. 2017, n.76, pp.183-212. ISSN 0101-9562. <http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183>; disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552017000200183&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552017000200183&script=sci_abstract&tlng=pt).

<sup>8</sup> FERRARIS, Giselle Klabund. Política de Austeridade no Município do Rio de Janeiro e seus impactos no orçamento das políticas de Saúde. 2019. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Institutos de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Em suma, o que se demonstrou nas ações civis públicas referentes aos anos de 2017 e 2018, é que a alegada crise financeira do Município vem afetando de forma desigual as atividades da Prefeitura, sendo a Secretaria Municipal de Saúde prejudicada de forma diferenciada, seja no corte de recursos seja no atraso dos pagamentos. O contingenciamento e os cortes de dotações da Saúde se refletem na execução financeira da Secretaria Municipal de Saúde, que vem atrasando os pagamentos às organizações sociais, fornecedores e prestadores de serviços, e com isso, prejudicando a qualidade da atenção à Saúde do Município.

Neste ano, 2019, o quadro não se altera. De fato, conforme novos estudos técnicos realizados pela Defensoria Pública (Doc. 06) e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, apoiado em dados oficiais divulgados pelo Município do Rio de Janeiro, este ente, ignorando mais uma vez o Poder Judiciário (pois que, em 2017, este Poder compreendeu que o contingenciamento na saúde fora indevido e eram necessárias alocações de novos recursos para evitar a paralisação dos serviços municipais de saúde), o processo orçamentário e a força normativa da lei orçamentária, realizou, já em fevereiro de 2019, novo contingenciamento desproporcional no setor Saúde, no valor total de R\$ 416 milhões (78% do contingenciamento total, em todas as funções), remanejando, inclusive, valores destinados na lei orçamentária à pasta para outros setores, não prioritários. O estudo técnico aponta que:

**“Em 15 de fevereiro de 2019 a Prefeitura publicou o Decreto Rio nº 45.675, que contingenciou R\$ 523 milhões, além de transferir dotações entre os órgãos e programas. Cabe ressaltar que o contingenciamento se justifica pela expectativa da ocorrência de frustração de receitas, uma vez que não é possível realizar empenhos sem que haja uma fonte de recursos viável para sua execução. Dessa forma, havendo a necessidade de se realizar o contingenciamento de despesas por ausência de recursos para seu pagamento, não se espera que, enquanto alguns órgãos sofrem com cancelamento de programas e ações, que outros recebam aumentos de dotação.**

A Tabela 3 mostra as alterações realizadas por esse decreto sobre a distribuição das despesas do Município. **Enquanto a Secretaria Municipal de Saúde sofreu uma redução de R\$ 416 milhões, equivalente a uma perda de 7,9% do seu orçamento inicial, as Secretarias de Fazenda, a Procuradoria e a Controladoria do Município foram beneficiadas com aumento de suas dotações em um total de quase R\$ 15 milhões. Um total de R\$ 532 milhões foram contingenciados, dos quais 78% foram provenientes da Saúde, redução totalmente desproporcional em relação às demais pastas e que não encontra justificativa cabível para sua realização.**

*Tabela 3 – Dotação atualizada pós Decreto de Contingenciamento (Decreto Rio nº 45.675, de 15 de fevereiro de 2019), por Órgão.*

Órgão	LOA 2019	Contingenciamento do Decreto 45.675		
		Varição (R\$)	LOA Atualizada	%
11 - SECRETARIA MUNICIPAL DA CASA CIVIL	8.391.005.010,00	-20.945.886,49	8.370.059.123,51	↓ -0,2
12 - CONTROLADORIA GERAL DO MUNICIPIO	58.980.205,00	3.918.820,77	62.899.025,77	↑ 6,6
14 - SECRETARIA MUNICIPAL DE FAZENDA	462.144.887,00	1.215.065,49	463.359.952,49	↑ 0,3
15 - SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRAESTRUTURA E HABITACAO	962.480.081,00	-5.698.193,15	956.781.887,85	↓ -0,6
16 - SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCACAO	6.808.007.118,00	-39.934.094,08	6.768.073.023,92	↓ -0,6
17 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS	354.716.475,00	-18.268.551,16	336.447.923,84	↓ -5,2
18 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	5.300.448.508,00	-416.779.829,50	4.883.668.678,50	↓ -7,9
20 - CAMARA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO	734.664.759,00	0,00	734.664.759,00	→ 0,0
21 - TRIBUNAL DE CONTAS DO MUNICIPIO DO RIO DE JANEIRO	242.060.000,00	0,00	242.060.000,00	→ 0,0
22 - PROCURADORIA GERAL DO MUNICIPIO DO RIO DE JANEIRO	265.107.251,00	9.815.819,30	274.923.070,30	↑ 3,7
23 - SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO	74.835.213,00	-226.194,97	74.609.018,03	↓ -0,3
24 - SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVACAO E MEIO AMBIENTE	812.693.011,00	-7.090.956,97	805.602.054,03	↓ -0,9
26 - SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO, EMPREGO E INOVACAO	54.918.678,00	-2.808.658,51	52.110.019,49	↓ -5,1
29 - SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES	299.898.273,00	-284.634,21	299.613.638,79	↓ -0,1
30 - SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA	156.783.551,00	-7.776.843,30	149.006.707,70	↓ -5,0
31 - ENCARGOS GERAIS DO MUNICIPIO	4.872.851.684,00	-13.923.936,94	4.858.927.747,06	↓ -0,3
39 - SECRETARIA MUNICIPAL DE ORDEM PUBLICA	696.377.615,00	-3.990.832,71	692.386.782,29	↓ -0,6
41 - GABINETE DO PREFEITO	34.400.600,00	-221.093,57	34.179.506,43	↓ -0,6
98 - RESERVA DE CONTINGENCIA	50.000.000,00	523.000.000,00	573.000.000,00	↑ 1.046,0
<b>Total</b>	<b>30.632.372.919,00</b>	<b>-</b>	<b>30.632.372.919,00</b>	<b>→ 0,0</b>

Fonte: Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, nº 228, de 21 de fevereiro de 2019.

E o pior: a despeito do aumento da receita prevista ao longo do ano e da expedição de inúmeros decretos de abertura de créditos suplementares, as dotações da Saúde continuaram a sofrer com um contingenciamento em extensão muito díspar da realizada nos demais órgãos, mantendo uma redução na dotação de R\$ 279 milhões, que representa uma queda de 5,3% na sua dotação inicial.

Daí se conclui que, em postura manifestamente contraditória e, é claro, inconstitucional, o Município do Rio de Janeiro permanece investindo vultuosas quantias em outros setores, não prioritários, o que, no caso, importou, inclusive, em efetivo desvio de verbas (inclusive vinculadas e integrantes do Fundo Municipal de Saúde) destinadas ou que poderiam ser destinadas ao custeio de ações e serviços públicos de saúde (ASPS), impactando de forma grave e irreversível na saúde e na vida da população mais vulnerável do município, o que não pode, por óbvio, ser admitido ou tolerado pelo Poder Judiciário.

Em tal conjuntura, não há dúvida de que, inclusive verbas vinculadas ao custeio das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) e que deveriam ficar sob a gestão exclusiva do Fundo Municipal de Saúde (art. 33 da Lei nº 8.080/90, art. 4º da Lei nº 8.142/90, art. 2º, parágrafo único, da LC 141/12 e arts. 71 e seguintes da Lei nº 4.320/1964) foram desviadas de forma manifestamente inconstitucional para o financiamento de setores outros, que não resguardam o mínimo existencial e a dignidade humana. Alguns, aliás, atendem apenas os interesses secundários da Administração Pública.

Não é crível, portanto, que o Município enfrente, como insiste em afirmar para o Poder Judiciário e para a população, uma situação de fato equivalente a um real e legítimo cenário de escolhas trágicas que só ocorre, como

explicita Calabresi e Bobbitt, na obra clássica, “Escolhas trágicas” (apud Globekner, 2017)<sup>9</sup>, quando a sociedade aloca os seus recursos de modo a preservar os bens de maior valor social e humanístico, como os direitos fundamentais.

**E não é o caso, pois que o Município, como se viu, inverte esta lógica ao remanejar recursos destinados pela população à saúde para setores não prioritários, de menor envergadura constitucional. No caso, o alegado cenário de escolhas trágicas é criado artificialmente pelo Município para ocultar, na verdade, escolhas políticas ilegítimas que não atendem à Constituição Federal.**

O estudo aponta, ainda, outra estratégia utilizada pelo Poder Executivo para reduzir indiretamente os investimentos na função Saúde. Confira-se:

**“além da prática do contingenciamento, que pode ser acompanhada pela sociedade por meio do portal da transparência e das publicações do Diário Oficial do Município, existe uma outra prática de gestão interna utilizada pela gestão pública: o bloqueio interno de despesas. Isso pode ser identificado mais claramente em ações que, embora não tenham sofrido nenhum contingenciamento e talvez até mesmo tenham recebido aumento de dotações, até o momento não realizaram nenhum empenho.**

**A Tabela 19 mostra as 30 ações de Saúde que até o dia 30 de setembro de 2019 não realizaram nenhum empenho.** Essas ações na dotação original da LOA eram responsáveis por R\$ 3,8 milhões das despesas da Saúde (0,07%), tendo recebido aumento de dotação de R\$ 1,9 milhões, atualmente representando 0,11% da despesa total da área. No entanto, apesar do aumento de dotação, nenhuma dessas ações até o momento foi executada, o que torna incompreensível o aumento de dotação recebido.

**Também é interessante observar que nenhuma das ações criadas por meio de Emenda Legislativa, durante o processo de aprovação da LOA, foi executada. Isso demonstra um desinteresse do Poder Executivo de colocar em prática atividades e projetos elaborados por terceiros, tornando a participação da sociedade, por meio dos seus representantes legislativos, mera formalidade; e suas alterações ao orçamento, reversíveis ao projeto original do Executivo.**

Dessa forma, se forem considerados: i) a redução de R\$ 711 milhões realizada na LOA 2019 em relação à LOA 2018; ii) o contingenciamento de R\$ 279 milhões e; iii) o não empenho de R\$ 3,8 milhões, a Prefeitura do Rio de Janeiro em 2019 retirou R\$ 995,5 milhões da Saúde, como mostra a

Valores retirados da Saúde em 2019	
Instrumento	Redução
LOA 2019	710.748.795,00
Decretos Suplementares	279.035.768,67
Ações sem empenho	5.751.054,89
<b>Total retirado da Saúde em 2019</b>	<b>995.535.618,56</b>

(Destacamos)

Ainda segundo o relatório técnico, os poucos investimentos que permaneceram na pasta da Saúde também não atendem ao critério da eficiência administrativa e sanitária (art. 37, caput, e 196 e seguintes da CRFB/88), eis que:

<sup>9</sup> GLOBEKNER, O.A (2017); Racionalidade econômica, escolhas trágicas e o custo dos direitos no acesso à saúde; Dikè – 119 – Publicação Semestral – 2017 [ 120 ] Revista Jurídica do Curso de Direito da UESC.

**“Retornando ao resultado da Tabela 9, se torna claro que a Prefeitura, frente à proximidade das eleições municipais em 2020, optou por investir em ações que trazem visibilidade de sua atuação, como compra de novos equipamentos (por exemplo, “Renovação do Parque Tecnológico da Saúde”) e reforma de instalações (como “Construção, Ampliação e Reforma em Emergências”). Embora tais ações sejam de interesse público, ao estarem acompanhadas pela redução das dotações de ações relacionadas à manutenção e prestação de serviços de Saúde, tornam-se medidas estéreis, de impacto transitório, uma vez que equipamentos sem planejamento de sua operação e manutenção, clínicas ampliadas sem materiais e salas cirúrgicas reformadas sem profissionais para realizarem os procedimentos não são o bastante para garantir o acesso da população à uma Saúde universal, integral e com equidade”.**

Sem os valores contingenciados e bloqueados, como já está sinalizando a realidade (e após 3 anos consecutivos de redução dos investimentos na pasta), a rede municipal de saúde sofre e sofrerá drásticos impactos em seu funcionamento, como restrições e paralisações de serviços, bloqueio e fechamento de leitos, interrupção no fornecimento de medicamentos, dentre outros, com desdobramentos, a curto, médio e longo prazo, irreversíveis para a população.

É claro, como a própria proposta de lei orçamentária (PLOA) elaborada pelo Poder Executivo com base na Programação Anual de Saúde do Município de 2019 (importante instrumento do processo de planejamento e orçamento do SUS - arts. 36 a 38 da Lei nº 8.080/90, arts. 15 a 19 do Decreto nº 7.508/2011 e arts. 94 e seguintes da Portaria de Consolidação nº 01/2017 do Ministério da Saúde<sup>10</sup>) prevê o valor de R\$ 5.285 bilhões como o necessário para garantir o financiamento minimamente capaz de atender as necessidades de saúde da população carioca, e manter, em funcionamento adequado e ininterrupto, as ações e serviços públicos de saúde (ASPS) do Município até o final de 2019, era certo que, mais uma vez, novo contingenciamento importaria em retrocesso no financiamento municipal da saúde e nos direitos fundamentais já conquistados, realizados e adquiridos pela população carioca.

Salta aos olhos, no caso, o aspecto concernente à redução do quantitativo de equipes de saúde da família que foi levada a cabo pelo Município do Rio de Janeiro, já no início de 2019, poucos meses depois da aprovação da Lei Orçamentária de 2019, que previa quantitativo destinado à manutenção do mesmo número de equipes de saúde da família existente em 2018. É o que se infere do quadro demonstrativo abaixo, anexado pelo próprio Município na PLOA 2019:

---

<sup>10</sup> Disponível em

[http://www.camara.rj.gov.br/controlador\\_documento.php?m1=materias\\_leg&m2=10a\\_Leg&m3=prolei&url=http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro1720.nsf/f6d54a9bf09ac233032579de006bfef6/d2f3588e5306381d8325831900608446?OpenDocument](http://www.camara.rj.gov.br/controlador_documento.php?m1=materias_leg&m2=10a_Leg&m3=prolei&url=http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/scpro1720.nsf/f6d54a9bf09ac233032579de006bfef6/d2f3588e5306381d8325831900608446?OpenDocument)

PLOA 2019 - PPA 2018-2021

NUMERO DE EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA 2008-2019

AP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2014	2015	2016	2016	2017	2017	2018	2019
	Equipes existentes dez-2008 (linha de base)	Equipes dez-2009 (executado)	Equipes dez-2010 (executado)	Equipes dez-2011 (executado)	Equipes dez-2012 (executado)	Equipes projetadas dez/2013	Equipes projetadas dez/2014	Equipes Dez 2014 executadas	Equipes projetadas dez/2015	Equipes projetadas dez/2016	Equipes dez 2016 executadas	Equipes projetadas dez/2017	Equipes executadas até ago/2017	Equipes projetadas dez/2018	Equipes projetadas dez/2019
AP 1.0	8	15	16	20	40	40	40	53	72	75	75	75	75	75	75
AP 2.1	7	28	30	45	53	53	53	60	61	66	64	70	64	64	64
AP 2.2	11	11	15	15	18	18	18	28	30	45	44	45	45	45	45
AP 3.1	62	70	73	106	127	138	138	154	213	214	211	216	211	211	211
AP 3.2	1	1	8	55	62	82	82	86	87	120	120	125	120	120	120
AP 3.3	33	50	54	98	113	113	113	123	146	198	180	202	180	180	180
AP 4.0	9	10	12	21	40	40	40	48	65	160	127	172	127	127	127
AP 5.1	40	46	46	78	107	107	107	109	141	162	162	165	162	162	162
AP 5.2	42	60	65	84	115	115	115	119	137	180	160	180	160	160	160
AP 5.3	35	50	72	99	105	107	107	116	122	125	125	125	125	125	125
TOTAL	248	341	391	621	809	813	813	896	1.074	1.345	1.268	1.375	1.269	1.269	1.269

(\*) População-alvo = população atualmente coberta + população a ser coberta pela Expansão do Saúde da Família entre 2009-2013, média de até 1 equipe para 3.450 habitantes, conforme definição do Ministério da Saúde.  
Fonte: Censo demográfico de 2010 IBGE.

Ou seja, era previsível (e até previsto) que nova redução no financiamento do setor saúde ou obstrução de sua fiel execução afetaria a estrutura e a própria subsistência da rede municipal de saúde.

Tais aspectos, entretanto, mais uma vez, não foram considerados pelo Município do Rio. Invocando a crise financeira, o Município ignorou os seus instrumentos de planejamento e orçamento no SUS (que, diga-se de passagem, já foram elaborados durante a crise econômica) e contingenciou, já no início e ao longo de 2019, valores que, como se viu, integram o gasto mínimo material necessário para garantir a prestação adequada e ininterrupta das ações e serviços públicos municipais de saúde.

Não foi à toa que, recentemente, o Tribunal Regional do Trabalho determinou o arresto de R\$ 325 milhões nas contas do Município do Rio para regularizar o pagamento de outubro, parte de novembro, décimo terceiro e verbas rescisórias dos profissionais de saúde contratados pelas diversas organizações sociais do setor (<https://oglobo.globo.com/rio/prefeitura-do-rio-tem-325-milhoes-arrestados-para-pagar-salarios-da-saude-24102463>). Valor bem próximo ao que foi indevidamente contingenciado e bloqueado na pasta ao longo de 2019 (cerca de R\$ 284 milhões).

Infelizmente, na última semana, o Tribunal Superior do Trabalho suspendeu a execução da referida decisão, contribuindo para o agravamento substancial do quadro, já que, sem previsão do pagamento dos salários ao final do ano, após o acúmulo de três meses em atraso, é praticamente certo o intenso absenteísmo (greve branca) da maioria absoluta dos profissionais de saúde, inviabilizando o funcionamento de praticamente toda a rede municipal de saúde (pois que a maioria absoluta das unidades, hoje, é gerida por Organizações Sociais).

**Sem salários, profissionais da Saúde carioca aprovam paralisação de 48 horas**



**TRT determina novo arresto de contas da prefeitura do Rio para pagar salários dos funcionários da saúde. Primeira decisão foi suspensa pelo Tribunal Superior do Trabalho (TST). Novo desembargador pediu que prefeitura apresente contas que não estejam vinculadas à União.**



Em suma, o que se verifica é que, nas palavras de Oliveira e Ferreira (2017)<sup>11</sup>, o Município do Rio de Janeiro utiliza reiteradas manobras de flexibilização da peça orçamentária que acabam por frustrar o real objetivo do orçamento público no Estado Constitucional Democrático: a concretização dos direitos fundamentais, no caso, do direito fundamental à saúde e à própria vida. Para a exata compreensão da prática indevida do Município, vale a transcrição de alguns trechos dos autores:

**“À margem de cumprir rigorosamente o orçamento, é comum ao Executivo promover inúmeras alterações na sua execução, as quais se efetuam, por exemplo, mediante remanejamento de dotações e cancelamentos de despesas ou, de modo menos evidente, pela mera inexecução das dotações. Várias manobras acabam por frustrar a expectativa inicial estabelecida na lei orçamentária, instaurando-se uma efetiva crise no âmbito das finanças públicas no Brasil, percebendo-se uma constante tensão entre os poderes na esfera da gestão orçamentária.**

....

**Na prática, depara-se rotineiramente com mecanismos de flexibilização<sup>30</sup> adotados pelo Executivo que desvirtuam o real objetivo do orçamento. As expectativas criadas não demoram muito para serem frustradas, convertendo-se o orçamento em mera peça retórica. A decisão de gastar é eminentemente política, porém, também jurídica na medida em que deve necessário respeito aos ditames constitucionais. O processo de elaboração das leis orçamentárias acaba por esvaziar seu sentido quando a discricionariedade é utilizada como manobra para justificar a inexecução daquilo que foi exaustivamente discutido e planejado”** (Destacamos).

Assim como da obra “Proibição do retrocesso social e orçamento: em busca de uma relação harmônica” de Christiano de Oliveira Taveira e Thaís Boia Marçal<sup>12</sup>:

<sup>11</sup> OLIVEIRA, C.L.; FERREIRA, F.G.B.C; O Orçamento Público no Estado Constitucional Democrático e a Deficiência Crônica na Gestão das Finanças Públicas no Brasil; Sequência (Florianópolis) [online]. 2017, n.76, pp.183-212. ISSN 0101-9562. [http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183.](http://dx.doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n76p183;); disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552017000200183&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2177-70552017000200183&script=sci_abstract&tlng=pt).

<sup>12</sup> Inteiro teor disponível em <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/14080>.

**“Insta acrescentar que, em um Estado que se qualifique “democrático de direito”, não se deve conceber com naturalidade a possibilidade de o Executivo ignorar todo o processo legislativo ao qual foi submetida a lei orçamentária, permitindo que este possa não cumprir suas disposições sem nenhum ônus argumentativo. É preciso que se releia o conceito de orçamento autorizativo em conformidade com as normas constitucionais, respeitando-se as garantias constitucionais. Ressalte-se que não se está a defender que o modelo orçamentário adotado no Brasil é o impositivo. Explica-se. O termo “autorização” significa “permitir que uma determinada programação seja executada, e não outra”, não se revelando como aceitável que o orçamento seja modificado por ato infralegal e, por consequência, não se deve admitir o seu descumprimento por inércia imotivada, que, mormente, é realizada por meio do contingenciamento de verbas. A necessidade de se ter a possibilidade de realizar adaptações no orçamento com agilidade não pode ser traduzida como a faculdade de o chefe do Executivo ignorar as escolhas veiculadas na lei orçamentária” (Destacamos).**

Como se vê, o Município do Rio, lamentavelmente, enveredou por esses caminhos. Afinal, já no início do ano, em fevereiro de 2019, logo após a aprovação da lei orçamentária anual, contingenciou de forma desproporcional recursos destinados à Saúde, sob a justificativa da existência de frustração de receitas. E logo depois, em postura diametralmente oposta, aumentou os investimentos em setores não prioritários, mediante a expedição de decretos de abertura de créditos suplementares respaldados em suposto aumento superveniente de receita. E lança mão, ainda, da estratégia dos bloqueios internos de despesas, de mera inexecução das dotações, frustrando o pagamento e a realização dos serviços essenciais à saúde.

Tudo, destaque-se, sem qualquer motivação ou transparência, com desvio das finalidades sociais do orçamento previsto na Constituição Federal, configurando, sob tal ângulo, uso abusivo do direito previsto no art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal, como será melhor explicitado abaixo.

Ou seja, pelo terceiro ano consecutivo, o Município do Rio manipula o orçamento e, ao fundo, todo o processo orçamentário que envolve o Poder Legislativo, contingenciando recursos, limitando empenhos, bloqueando e cancelando despesas e remanejando dotações da função Saúde para outros setores, em desacordo com a vontade popular, representada pelo Poder Legislativo, e com a própria ordem alocativa de recursos prevista na Constituição Federal.

Não há dúvida de que, além de violar os princípios constitucionais do mínimo existencial e da dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88), da máxima eficácia e efetividade dos direitos fundamentais à saúde e à vida (arts. 5º e 6º da CRFB/88), da vedação ao retrocesso social e o corolário dever fundamental do Estado de custeio progressivo das ações e serviços públicos de saúde, o referido contingenciamento afrontou, ainda, os princípios constitucionais da motivação, da moralidade, da eficiência e da razoabilidade da Administração Pública.

Em outras palavras, o Município do Rio de Janeiro demonstrou que, infelizmente, a garantia da saúde pública e da vida de seus cidadãos e administrados não configura, na prática, a despeito do prometido nas campanhas eleitorais, ação prioritária em sua agenda governamental. Ao invés de aumentar os recursos destinados ao setor em 250 milhões de reais, criar o Programa Clínica de Especialistas, implantar novas coordenações de emergência (CERS) ao lado dos hospitais, municipalizar 16 UPAS Estaduais, zerar as filas de cirurgias, regularizar o Programa Cegonha Carioca, como prometido durante as eleições, ou efetivar a universalização do acesso aos serviços de saúde mantendo e ampliando clínicas da família (sobretudo nas áreas com menores índices de desenvolvimento social), manter e reformar unidades hospitalares, garantir a assistência farmacêutica, ampliar o acesso ao Programa Cegonha Carioca, fortalecer a rede de saúde mental, e reduzir os riscos e agravos à saúde da população, como previsto na Programação Anual de Saúde (PAS),

o quadro que se apresenta hoje é bem diverso e contraditório.

A realidade entregue à população é de contingenciamento indevido e substancial do financiamento da saúde, precarização das unidades de saúde, incluindo clínicas da família, unidades hospitalares e centros de atenção psicossocial (CAPS), sobretudo nas áreas com piores índices de desenvolvimento social, fechamento de leitos e redução da emergência em saúde mental; desabastecimento dos medicamentos ofertados à população; falta de equipamentos, materiais médico-hospitalares e insumos básicos, suspensão das cirurgias eletivas, e desassistência populacional, com aumento dos riscos e agravos à saúde da população. E é certo que tal postura, à luz do Estado Democrático de Direito e da democracia representativa, configura grave e inaceitável violação à Constituição, norma fundamental do Estado.

É incontroversa, portanto, a postura recalcitrante do Município de reduzir progressivamente os investimentos na pasta, em flagrante ofensa aos comandos da Carta Fundamental deste Estado que ordenam o financiamento progressivo (e não regressivo) de recursos na pasta. A dura e cruel herança de tal postura, segundo recente Relatório da Vereadora Teresa Bergher, é de que a Saúde perdeu cerca de R\$ 2.2 bilhões apenas entre os anos de 2017 e 2019 (Doc. 07).

Os reflexos do contingenciamento acumulado são perversos: para além dos retrocessos já verificados na rede de atenção básica, média e alta complexidade, e presenciadas no dia a dia das unidades de saúde, existe o imediato e real risco de novas paralisações e restrições de serviços de saúde até a abertura do orçamento de 2020, cujos efeitos só serão sentidos em março do próximo ano. Até lá, é preciso que o Município do Rio priorize a gestão dos serviços de saúde, com a adoção de medidas de contingência, que garantam a prestação regular e ininterrupta, ao menos, do mínimo necessário à garantia da vida da população carioca. É de se recordar que as dívidas só aumentam, fornecedores, prestadores de serviço e Organizações Sociais não recebem em dia e tal conjuntura só gera insegurança para o sistema que colapsará em breve caso não haja o controle necessário e emergencial deste Poder Judiciário.

O triste, emergencial e preocupante quadro foi confirmado por Organizações Sociais responsáveis pela gestão das unidades municipais de saúde (clínicas da família, UPAs, hospitais, etc.), nos seguintes termos:

“OS CEJAM (responsável pela gestão da Coordenação Geral de Emergência da Ilha do Governador - CER Ilha e Hospital Municipal Evandro Freire – HMEF)

“Esclarecemos que até a presente data, a OSs é credora da quantia de R\$27.642.592,72 relativa a repasses não adimplidos pela SMS/RJ referente ao período compreendido entre 2016 a 2019.

Aclaramos, ainda, que existem valores em aberto com fornecedores e prestadores de serviços diversos, além de concessionárias de serviços públicos.

**Quanto ao item "b", esclarecemos que não houve sinalização, por parte da SMS/RJ, quanto à liquidação das dívidas de 2019, bem como dos anos anteriores. Não havendo, ainda, confirmação quanto ao repasse à OSs até o final do ano de 2019.**

**Relativamente ao item "d", cientificamos que a ausência de repasse inviabiliza a prestação dos serviços contratados na forma pactuada, sendo necessária a execução do cronograma de repasse para a garantia da assistência integral aos usuários”.**

GNOSIS (responsável pela gestão da maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda, CER Centro e Unidades de Saúde da AP 2.2)”

a) **Não. Informamos que várias empresas que prestam serviços continuados, notificaram o Instituto Gnosis alegando que suspenderão a prestação de serviços em virtude da falta de pagamento.** Esclarecemos, inclusive, que esta situação já foi informada à Secretaria Municipal de Saúde através dos ofícios 0556/2019, 0558/2019, 0559/2019, 0560/2019, 0583/2019, 0683/2019 e 0692/2019. Atualmente a Unidade Hospital Maria Amélia Buarque de Hollanda possui um déficit de repasse no valor de R\$ 14.925.981,59, a unidade AP 2.2 possui déficit no valor de R\$ 9.521.398,81 e a Unidade CER Centro déficit no valor de R\$ 2.871.415,73, valores estes acumulados desde 2016. Importante destacar que, devido a ausência de pagamento de algumas parcelas de repasse esta OS possui dívidas vencidas e não pagas referente as unidades de saúde HMMABH, CER CENTRO E AP 2.2.

A Unidade CER CENTRO possui dívidas no valor de R\$ 2.503.005,95 (dois milhões, quinhentos e três mil, cinco reais e noventa e cinco centavos), a Unidade HMMABH no valor de R\$ 6.570.712,65 (seis milhões, quinhentos e setenta mil, setecentos e doze reais e sessenta e cinco centavos) e a Unidade AP 2.2 no valor de 63.712,79 (sessenta e três mil, setecentos e doze reais e quinze centavos), conforme planilhas de dívidas vencidas atualizadas até 04/11/2019, que seguem anexas ao presente. O atraso no pagamento dos repasses acarreta o pagamento das notas fiscais e impostos com atraso, gerando a incidência de juros e multas. O valor acumulado referente a juros e multas pagos por esta OS no período de 2018/2019 totaliza o montante de R\$ 2.893.979,93 (dois milhões, oitocentos e noventa e três mil, novecentos e setenta e nove reais e noventa e três centavos), conforme planilha anexa.

**c) Não. Não existe previsão de pagamento das parcelas de repasse em atraso.**

d) Não. O Instituto Gnosis é uma Associação Civil sem fins lucrativos.

**e) Sim. Caso não seja realizado o pagamento das parcelas de repasse em atraso, existe a possibilidade de fechamento das unidades de saúde, pois desde julho de 2019 esta OS está sem receber o pagamento das parcelas referente a parte de custeio dos contratos 034/2015 e 007/2015, conforme planilhas em anexo.**

Diante de tal cenário e da postura adotada pelo Município do Rio de Janeiro, não havendo indicativo de que serão regularizados os repasses para o custeio das ações e serviços públicos municipais de saúde até o final de 2019 e a abertura do orçamento de 2020 bem como do risco iminente de novas restrições e paralisações em serviço essencial, não resta outra alternativa senão a propositura da presente demanda coletiva.

Como efeitos de médio prazo, ao se perpetuar os contingenciamentos indevidos na pasta, existe também o real risco de dano grave e irreversível à população que não pode mais ser submetida a novas reduções na rede municipal de saúde. Por certo, não se pode admitir que o Município do Rio reduza, ainda mais, os investimentos no setor Saúde, e, conseqüentemente, o capital de saúde já conquistado e incorporado ao patrimônio do cidadão carioca, de forma abusiva, ilícita e ilegítima, com o consentimento tácito do Sistema de Justiça.

Contraditoriamente, as verbas com propaganda e publicidade foram poupadas em comparação com os gastos em ações e serviços de saúde. De fato, comparando-se os números disponíveis no Portal da Transparência do Município<sup>13</sup>, os valores destinados à publicidade e propaganda governamentais caminham para alcançar o maior patamar em três anos, muito próximo dos níveis pré-crise, conforme segue:

<sup>13</sup>[http://riotransparente.rio.rj.gov.br/web/index.asp?EXERCICIO=2019&ua=1100&desc\\_ua=SECRETARIA%20MUNICIPAL%20DA%20CASA%20CIVIL&uo=1116&desc\\_uo=SUBSECRETARIA%20DE%20COMUNICA%C7%C3O%20GOVERNAMENTAL&cmd=ExecOrcResposta3](http://riotransparente.rio.rj.gov.br/web/index.asp?EXERCICIO=2019&ua=1100&desc_ua=SECRETARIA%20MUNICIPAL%20DA%20CASA%20CIVIL&uo=1116&desc_uo=SUBSECRETARIA%20DE%20COMUNICA%C7%C3O%20GOVERNAMENTAL&cmd=ExecOrcResposta3)

TOTAL PAGO MAIS RESTOS A PAGAR (riotransparente.rio.rj.gov.br)

Órgão	2015	2016	2017	2018	2019
1100 – Casa Civil					
1116 – Subsecretaria de Comunicação Governamental					
Publicidade Propaganda e Comunicação Social	<b>R\$105.419.361,71</b>	<b>R\$95.588.390,56*</b>	R\$8.804.298,28	R\$35.124.788,25	<b>R\$62.956.93444**</b>

\*Até 2016 a publicidade estava alocada no órgão 1101 - GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DA CASA CIVIL

\*\*Valor informado até 05/12/2019

E tal aumento é evidente, notório pela veiculação massiva de publicidade das ações do município, na *web* e televisão, com o slogan “**Prefeitura do Rio – fazendo a coisa certa**”, divulgando os esforços do município, por exemplo, para garantir a passagem gratuita pela linha amarela sentido fundão, ou quanto às declarações do Sr. Prefeito sobre a construção de novo autódromo.

Nesse ponto, além dos gastos com publicidade<sup>14</sup> para explicar e tentar reverter a impressão de truculência e desrespeito com os contratos firmados por ocasião da destruição da praça do pedágio da via expressa, tal fato originou investigação no Ministério Público para apurar a responsabilidade pelos danos causados por agentes da Prefeitura<sup>15</sup>, que terá servido apenas para onerar ainda mais o combalido erário com mais uma despesa, conduta incompatível com quem diuturnamente alega queda nas receitas.

Demonstrando a falta de critério nas escolhas da Administração, não é de causar surpresa a declaração do Sr. Secretário de Infraestrutura, Habitação e Conservação, na CPI das Enchentes em **26/04/2019**, sobre o iminente descontingenciamento de verbas para a construção e reforma de 103 praças<sup>16</sup>, diuturnamente veiculadas nas redes sociais da Prefeitura<sup>17</sup>:

O SR. SECRETÁRIO SEBASTIÃO BRUNO – As pracinhas foram objeto de descontingenciamento. O que a gente fez, dentro de um plano de **revitalização e de criação de novas praças**, para que... A Cidade está muito degradada, ocupada por lixo. Na realidade, é dando vocação a alguns espaços da cidade e revitalizando outras praças que precisam de intervenção.

Esse é um plano que o Prefeito lançou para este ano, e nós estamos licitando. Então, a gente está abrindo créditos para licitar o plano de 103 praças. Nenhum recurso desses ainda está liberado, porque a orientação do Prefeito, e ele é o Presidente da Comissão de Programação Financeira e Gestão Fiscal (CPFGE), a Comissão que aprova ou não os créditos e os empenhos, para que a gente possa contratar e colocar na rua.

Então, só para desmistificar essa questão: os recursos para enchentes, no que tange a Geo-Rio, que afeta a minha Secretaria, não há limitação. O Prefeito definiu que a gente entrasse emergencialmente em todas as encostas, em todos os deslizamentos, em todas as comunidades.

<sup>14</sup> Entenda melhor o caso da Linha Amarela (<https://m.youtube.com/watch?v=Lueda7rnHIA>); Prefeito Crivella explica situação do pedágio da Linha Amarela (<https://m.youtube.com/watch?v=3RSjGYWLDK8>)

<sup>15</sup> <https://www.ofluminense.com.br/editorias/atualidades/2019/10/1124491-empresa-responsavel-pela-linha-amarela-vai-ao-mp-apos-danos-em-pedagio.html>

<sup>16</sup> <https://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/atas.nsf/0/E42698D34500630E832583EB006D503A?OpenDocument>

<sup>17</sup> Cuidar da Cidade: Praça Catulle Mendes - Campo Grande (<https://m.youtube.com/watch?v=BlzKIRtJjBY>); Cuidar da cidade: Praça Calcutá - Ilha do Governador (<https://m.youtube.com/watch?v=qaVBYzYDrew>); Cuidar da Cidade: Praça Merck – Taquara (<https://m.youtube.com/watch?v=juu1HGFsk4s>)

Como essas obras são obras de engenharia, desbarranco, hoje, a gente não tem como começar amanhã efetivamente. Precisa de uma avaliação de geólogos, de engenheiros, projetos e execução. Todos esses deslizamentos que ocorreram em fevereiro e ocorreram em abril, estão sendo todos eles “atacados” pela Geo-Rio, com acompanhamento sistemático meu e do próprio Prefeito.

(...)

Com relação à Geo-Rio, estamos atacando os pontos de maior gravidade, mas entraremos em todos os pontos. Depois vejo com você, pessoalmente, isso. Quero dizer aqui e ratificar para vocês que a Geo-Rio está entrando em todos os pontos. Entrou, é claro, imediatamente, nos pontos mais graves, mas atingiremos a totalidade. Essa é a orientação do Prefeito.

Em que pese a legitimidade da divulgação das ações do Município, neste momento e dado todos os graves fatos ocorridos em 2019, que beiram ao estado de calamidade pública, é de se priorizar o contingenciamento das ações de publicidade e outros gastos não prioritários, como a construção de praças, para emprego nas atividades mais urgentes, como nas ações e serviços de saúde.

Ora, não se pode admitir tal grau de desrespeito à Carta Maior de 1988 e aos valores fundamentais mais caros ao Estado Democrático de Direito implementado pelo pacto social.

Daí, a necessidade e utilidade da presente demanda, para que o Poder Judiciário corrija grave postura inconstitucional do Município do Rio de Janeiro, concretizando os comandos da Carta Fundamental do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88) que, por óbvio, não podem ser encarados como promessas constitucionais inconsequentes.

Por certo, não pode o Poder Judiciário contribuir para um processo de erosão da autoridade dos direitos fundamentais, conceituado por Lenio Luiz Streck como uma “crise de paradigmas que obstaculiza a realização (o acontecer) da Constituição (e, portanto, dos objetivos da justiça social, da igualdade, da função social da propriedade, etc.)”. Não se pode admitir, como narra o doutrinador, que “nosso modo-de-fazer-direito continue sendo o mesmo de antanho, isto é, olhamos o novo com os olhos do velho, com o agravante de que o novo (ainda) não foi tornado visível”<sup>18</sup>.

### **3. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS - DA LESÃO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E À VIDA**

No mérito, a procedência do pleito é de rigor, pois não há dúvida de que o Município do Rio de Janeiro possui o dever constitucional de garantir o direito fundamental à saúde, o que abrange o direito à conservação do patrimônio institucional de saúde já realizado, conquistado e adquirido pela população bem como o direito de acesso a serviços de saúde em adequadas condições de funcionamento, aptas a garantir o acesso integral, igualitário e universal à saúde e à vida. Nesse sentido, Mariana Filchtiner Figueiredo, na mesma obra citada, página 84:

“...o direito à saúde deve abarcar a fruição de toda uma gama de facilidades, bens, serviços e condições, necessários para que a pessoa alcance e mantenha o mais alto nível possível de saúde, compreendendo dois elementos: o direito à **conservação** do “capital de saúde” herdado, por um lado,

---

<sup>18</sup> STRECK, Lenio Luiz. A crise da hermenêutica e a hermenêutica da crise: a necessidade de uma nova crítica do direito (NCD). In: SAMPAIO, José Adércio Leite (Org.) Jurisdição constitucional e direitos fundamentais. Belo Horizonte: Del Rey, 2003, p. 108-109.

e o **direito de acesso aos serviços de saúde adequados em caso de dano** a esse capital, por outro” (Destacamos).

Com efeito, o art. 196 da Constituição de 1988, ao cuidar da ordem social, assegura a todos os indivíduos o direito à saúde, e estipula o correlato dever jurídico originário do Estado de prestá-la. Trata-se, enquanto direito fundamental, indispensável para a garantia do mínimo existencial e da dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88), de verdadeira liberdade real ou concreta que impõe ao Estado uma prestação positiva, consistente em um *facere*. Sua inadimplência, consoante já advertiu diversas vezes o Supremo Tribunal Federal, importa em flagrante e inescusável violação negativa à Constituição:

*“O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.*

*- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.*

*- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.*

*A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.*

*- O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode convertê-la em promessa constitucional inconseqüente, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.*

*DISTRIBUIÇÃO GRATUITA, A PESSOAS CARENTES, DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À PRESERVAÇÃO DE SUA VIDA E/OU DE SUA SAÚDE: UM DEVER CONSTITUCIONAL QUE O ESTADO NÃO PODE DEIXAR DE CUMPRIR.*

*- O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, “caput”, e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.”*

*(RE 393.175-AgR/RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO) (Destacamos).*

Parâmetros para a sua Eficácia e Efetividade”, página 88, esclarece que:

*“Como argumenta Sarlet, o direito à saúde é direito social que apresenta, simultaneamente, uma dupla dimensão defensiva e prestacional. Enquanto direito de defesa, o direito à saúde determina o dever de respeito, num sentido eminentemente negativo, ou seja, não afetar a saúde de alguém, mas, sim, preservá-la. **Na dimensão prestacional, imputa o dever, em especial ao Estado, de executar medidas reais e concretas no sentido de fomento e efetivação da saúde da população, circunstância que, neste último caso, torna o indivíduo, ou a própria coletividade, credores de um direito subjetivo a determinada prestação, normativa ou material**”.*

Como se vê, embora assegurado fora do rol exemplificativo do artigo 5º da Constituição Federal, o direito à saúde, consequência indissociável do direito constitucional à vida e à dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88), constitui prerrogativa jurídica indisponível e de extrema importância.

Verifica-se, assim, a manifesta existência de um dever jurídico primário do Estado, a ser cumprido pelos três centros de competência independentemente de eventual repartição interna de atribuição administrativa: a prestação da saúde pública (Enunciado nº 65 da Súmula do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro). Nesse sentido, a lição da Professora Márcia Cristina Gutiérrez Slaibi na Revista de Direito do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, v. 55, 2003, sobre o Direito Fundamental à Saúde – Tutela de Urgência:

*“O federalismo cooperativo acolhido pela Constituição Federal de 1988 consagrou, no tema da saúde pública, a solidariedade das pessoas federativas, na perspectiva de que a competência da União não exclui a dos Estados e dos Municípios (inciso II do artigo 23 da CRFB/88). É que se extrai do disposto no artigo 196 e seguintes.”*

*“A solidariedade é instituto do Direito Civil e está prevista no art. 896 do Código Civil brasileiro de 1916 e no artigo 265 do novo Código Civil de 2002, cabendo ao credor escolher qual dos devedores deseja acionar (art. 898 do Código Civil brasileiro de 1916 e art. 267 do novo Código Civil de 2002).*

*Tal destaque é de grande relevância, pois o cidadão hipossuficiente poderá escolher qual dos entes federativos irá acionar para ver efetivado o seu direito fundamental à saúde e de nada adiantará, como sói acontecer, as arguições, pelo Estado e pelo Município, de ilegitimidade passiva ad causam ou mesmo os pedidos de chamamento ao processo dos demais entes federados”.*

Note-se que o legislador constituinte não se satisfaz com a mera existência deste serviço; ele deve ser efetivamente prestado, de forma eficiente (art. 37 da CRFB/88) e com a máxima eficácia e efetividade (art. 5º, §1º, da CRFB/88), inadmitindo-se, portanto, retrocessos sociais.

Em tal contexto, é de se afirmar: o dever estatal de atribuir efetividade ao direito fundamental à saúde qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa. Vale dizer, o administrador não possui discricionariedade para deliberar sobre a conveniência e a oportunidade de concretização de um compromisso constitucional. Ele deve observá-lo, sob pena de incorrer em odiosa omissão inconstitucional. Notadamente quando em

jogo o direito à vida e à dignidade humana, que são imponderáveis.

Não foi à toa que, ao implementar o Sistema Único de Saúde (SUS), a Carta Maior, consagrando os ideais perseguidos pela Reforma Sanitária, determinou que o acesso às ações e serviços públicos de saúde deve ser garantido de forma universal, igualitária e integral, a partir de uma rede integrada e coordenada. Confira-se:

*“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.***

*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:*

*I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II - **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III - participação da comunidade”.*

E que ao sistema único de saúde, compete, dentre outras atribuições, nos termos da lei (art. 200 da CRFB/88):

*“I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;*

*II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;*

*III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;*

*IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;*

*V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;*

*V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;*

*VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;*

*VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;*

*VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.*

Ou seja, determinou que todos, independentemente do sexo, raça, religião, de serem trabalhadores formais ou não, sem distinção de qualquer natureza, possuem direito subjetivo público a ter acesso a todos os bens e serviços, em todos os níveis de complexidade do sistema (atenção básica, média e alta complexidade), de modo que seja assegurado o mais alto nível possível de saúde.

E no plano infraconstitucional, todo um aparato de leis, regulamentos e portarias foram elaborados para impor, ao Administrador Público, parâmetros mínimos cogentes e vinculantes de organização e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim conferir-lhe a mais ampla efetividade social.

Especificamente quanto ao Município, vale citar os arts. 2º, §1º, e 18 da Lei nº 8.080/90, que elencam as obrigações legais de fazer impostos à municipalidade para que seja cumprida a missão constitucional insculpida no art. 196 e seguintes e concretizados os direitos fundamentais à saúde e à vida. Confira-se:

*“Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.*

**§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”** (Destacamos).

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

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

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

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

*IV - executar serviços:*

*a) de vigilância epidemiológica;*

*b) vigilância sanitária;*

*c) de alimentação e nutrição;*

*d) de saneamento básico; e*

*e) de saúde do trabalhador;*

***V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;***

*VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;*

*VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;*

***VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;***

*IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;*

*X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;*

*XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;*

*XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação” (Destacamos).*

Em outras palavras, a Constituição Federal determinou que o Estado garanta, de forma progressiva, e **NUNCA** regressiva, as obrigações legais de fazer que materializam o direito fundamental à saúde e à dignidade humana e seus indissociáveis princípios vinculantes da *máxima* eficácia e efetividade.

Por isso, e como todo dever de cunho prestacional envolve o dispêndio de verbas públicas, possui perfeita aplicação a doutrina especializada da ilustre Doutora, Pós-Doutora, Professora e Procuradora junto ao Ministério Público do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, Élide Graziane Pinto, segundo a qual dos princípios da máxima eficácia e efetividade do direito fundamental à saúde, vedação do retrocesso social e sua força vinculativa extrai-se o dever constitucional do Estado de financiamento adequado e progressivo das políticas públicas de saúde e educação. Assim como a necessidade de adesão do Poder Executivo ao conteúdo normativo do Orçamento durante a execução orçamentária. Pela singular clareza com que trata do tema, vale transcrever os trechos de sua obra “Financiamento dos Direitos da Saúde e da Educação, uma perspectiva constitucional”, editora Fórum, 1ª reimpressão:

“Eis o ponto em que entra o segredo da esfinge orçamentária: como decifrar a capacidade de os operadores do Direito controlarem os orçamentos públicos em bases jurídico-constitucionais?”

**Diferentemente do que usualmente se sustenta com fulcro no princípio da reserva do possível, aquela “contumaz (e irresponsável) inércia do aparelho estatal” na consecução dos direitos sociais citada pelo Ministro Celso de Mello pode e deve ser controlada em sede de tutela coletiva quando observada a baixa vinculação/aderência dos gestores às peças orçamentárias por eles formuladas e aprovadas e quando analisadas algumas inconstitucionais manobras de esvaziamento da força normativa dessas leis, ao arripio do art. 165 da Constituição de 1988.**

Esta, por sinal, é a hipótese que se busca confirmar ao longo do texto, com fulcro no modo de operação do Direito como integridade proposto por Dowrkin (1999). Em necessária releitura da tradicional autocontenção judicial que, em respeito à separação de poderes, evita decisões de intensivo e amplo impacto no orçamento público, é preciso – cada vez mais – reconhecer que a aludida omissão estatal não só é “insuportável insulto” (a que se referiu o Ministro Celso de Mello), mas, sobretudo, é ato juridicamente nulo e inconstitucional.

**Dai porque emerge o controle judicial do ciclo orçamentário como exigência de coerência do sistema jurídico. Se o único modo constitucionalmente adequado e legítimo de alocar recursos públicos no Brasil passa pela natureza normativa das leis de plano plurianual, diretrizes orçamentárias e orçamento anual, a execução de tais leis não pode desbordar dos limites legais, nem frustrar aquela normatividade, impondo-lhe mero sentido retórico, como, aliás, já suscitado pelo Prof. Ingo Sarlet no Prefácio deste livro.**

**A execução cotidiana das políticas públicas definidas nas leis orçamentárias é frágil e instável não porque falte formalmente legalidade e publicidade ao seu regime jurídico. O problema é que, material e pragmaticamente, as leis orçamentárias são, sobretudo, “simbólicas”, no sentido propugnado por Neves (2007). Essa nos parece ser a razão pela qual a execução orçamentária de todos os níveis da federação se ressentem da falta de motivação, razoabilidade e finalidade para evitar, conter e punir a ocorrência de abusos.**

O desafio, como visto, permanece o mesmo: **como assegurar eficácia aos direitos à saúde e à educação, sem concomitantemente garantir estabilidade e – até mesmo – progressividade de custeio às ações governamentais que lhe dão consecução?** (fls. 21, 22 e 23 - Destacamos).

**“O fundamento teórico que lastreou a pesquisa reside nos princípios da máxima eficácia dos direitos fundamentais e na vedação de retrocesso que imprimem sentido vinculante ao dever de progressividade dos poderes públicos, quando da materialização desses direitos por meio de políticas públicas”** (fl. 24 - Destacamos).

**“Fundamenta-se o trabalho no princípio da máxima eficácia dos direitos fundamentais e no seu caráter diretivo-vinculante para todo o ordenamento jurídico. É, pois, a partir de tal eixo principiológico que deriva a exigência de que a saúde e a educação, sendo direitos fundamentais de natureza prestacional, sejam asseguradas pelo Estado em uma rota de progressiva universalização e expansão qualitativa, dadas as condições sociais de disponibilidade tecnológica e econômica.**

Não se pode reputar constitucionalmente adequado que qualquer direito fundamental seja constrangido pelas insubsistências do seu arranjo protetivo, tampouco que o impasse sobre o seu financiamento lhe leve à estagnação do seu contínuo processo de reformulação social e incorporação de novos patamares materiais e fiscais de prestação” (fl. 32).

No mesmo sentido, a doutrina de Christiano de Oliveira Taveira e Thaís Boia Marçal<sup>19</sup>, *in verbis*:

“Uma vez considerado que o estado de direito está submetido às normas constitucionais, bem como se encontra comprometido com a realização de seus objetivos, incumbirá ao referido, primordialmente, concretizar os direitos fundamentais, por meio de políticas públicas.

**Assim, a partir do momento em que se vincula a atuação estatal ao propósito de atingir as metas traçadas pela Constituição, torna-se imperiosa a adoção de uma postura estatal com vistas a conferir gradual eficácia aos direitos fundamentais, não se admitindo condutas que impliquem retrocesso das conquistas alcançadas. Tal premissa pode (e deve) ser aplicada em matéria orçamentária, pois é possível conceber como trivial a opção de uma maioria política de ocasião optar por prover dotações orçamentárias reduzidas para implementação de direitos fundamentais, optando por custear gastos que não correspondem às prioridades**

<sup>19</sup> TAVEIRA, C. O; MARÇAL, T.B (2017); Proibição do retrocesso social e orçamento: em busca de uma relação harmônica; rda – revista de direito administrativo, rio de Janeiro, v. 264, p. 161-186, set/dez. 2013

constitucionalmente previstas, enquanto a Constituição prevê sua gradual implementação.

...

**Não se pode aceitar com naturalidade que determinada lei orçamentária não preveja dotação adequada ao implemento de direitos fundamentais, ao passo que prevê dotação orçamentária para concretização de direitos não essenciais, sob pena de tornar as normas que garantem primazia à implementação dos direitos fundamentais mera retórica constitucional.**

...

Assim, pelos argumentos expostos, deve-se repensar o orçamento público à luz dos ditames constitucionais, de modo a ter como norte o fato de a Constituição Federal criar obrigações para a administração pública, **não cabendo a seus gestores considerar as disposições constantes na lei orçamentária como meras autorizações, mas sim como concretização do mandamento constitucional de efetivação dos direitos fundamentais e, como toda restrição, deverá obedecer ao princípio da proporcionalidade, sendo imperiosa sua prévia motivação, de modo a não tornar a discricionariedade em arbitrariedade.**

**Frise-se que esse controle judicial orçamentário é legítimo, haja vista que, de acordo com Fernando Facury Scaff, “os gastos públicos não permitem que o legislador, e muito menos o administrador, realizem gastos de acordo com as suas livre consciências, de forma desvinculada aos objetivos impostos pela Carta [Constitucional], especialmente em seu art. 3º”, e as políticas públicas, vinculadas por programas de governo, devem ser construídas a partir deste conjunto de indicações constitucionais. Vale frisar, ainda, que não é discricionariedade das maiorias de ocasião implementar ou não os direitos fundamentais. A sua discricionariedade é restrita apenas à forma como os referidos serão efetivados. Assim, é imperioso que o orçamento necessariamente preveja dotação para concretização dos aludidos direitos inerentes diretamente à dignidade da pessoa humana, sob pena de eivar de inconstitucionalidade a lei orçamentária”.**

Nesse passo, atentando-se à dinâmica dos fatos narrados, não há dúvida de que o Município do Rio de Janeiro não se desincumbiu de sua missão constitucional de garantir a prestação e o financiamento adequado e progressivo das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Foi exatamente o contrário: adotando a conduta repudiada pela doutrina acima em destaque, o Município se desvinculou arbitrariamente e fez letra morta dos instrumentos de planejamento e orçamento no SUS por ele próprio elaborados e aprovados, e, de forma ilícita, ilegítima, irrazoável, imoral e desprovida de qualquer motivação idônea, contingenciou (incluindo os bloqueios internos) em 2019 cerca de R\$ 284 milhões de verbas públicas (inclusive vinculadas e que deveriam estar sob a gestão exclusiva do Fundo Municipal de Saúde) destinadas ao custeio de ações e serviços públicos municipais de saúde, acarretando verdadeiro desmantelamento do patrimônio institucional de saúde já realizado, conquistado e adquirido pela população carioca, em nítido retrocesso social. Isso, sem falar, é claro, na redução de R\$ 710 milhões na Lei Orçamentária de 2019 em relação a de 2018.

O resultado foi catastrófico: leitos ativos foram bloqueados, a oferta de consultas e exames foi reduzida. Inúmeras equipes de saúde da família foram extintas, serviços foram interrompidos ou restritos por falta de medicamentos, equipamentos, materiais médico-hospitalares e insumos básicos, além do grave déficit de profissionais de saúde. Milhões e milhões de vidas são colocadas em risco diariamente, de forma grave, irreversível e irreparável.

Com efeito, como se adiantou nos fatos, o Município do Rio de Janeiro ignorou todo o arcabouço legislativo

técnico e cogente do SUS, e desrespeitou a Programação Anual de Saúde, o Plano de Saúde e a própria Lei Orçamentária Anual por ele elaborado e aprovado, frustrando a sua normatividade. Sobre a importância dos referidos instrumentos de planejamento e orçamento no SUS, destacam-se o art. 36 da Lei nº 8080/90, arts. 15 e 16 do Decreto nº 7.508/2011 e arts. 94, 95, 96 e 97 da Portaria de Consolidação nº 01/2017 do Ministério da Saúde:

Lei nº 8.080/90

**“Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.**

**§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.**

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde” (Destacamos).

Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90

**“Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.**

**§ 1o O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.**

**§ 2o A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.**

§ 3o O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional” (Destacamos).

Portaria de Consolidação nº 1/2017 do Ministério da Saúde - Consolida normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

**Art. 94. Este Capítulo estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS.**  
(Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º)

**Parágrafo Único. O planejamento no âmbito do SUS terá como base os seguintes pressupostos:** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único)

I - planejamento como responsabilidade individual de cada um dos três entes federados, a ser desenvolvido de forma contínua, articulada e integrada; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º,

Parágrafo Único, I)

II - respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT); (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, II)

III - monitoramento, a avaliação e integração da gestão do SUS; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, III)

**IV - planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas;** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, IV)

**V - compatibilização entre os instrumentos de planejamento da saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais, Relatório de Gestão) e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), em cada esfera de gestão;** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, V)

VI - transparência e visibilidade da gestão da saúde, mediante incentivo à participação da comunidade; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VI)

**VII - concepção do planejamento a partir das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, para elaboração de forma integrada.** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 1º, Parágrafo Único, VII)

**Art. 95. Os instrumentos para o planejamento no âmbito do SUS são o Plano de Saúde, as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º)

**§ 1º Os instrumentos referidos no "caput" interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 1º)

**§ 2º O Plano de Saúde norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde.** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 2º)

§ 3º Os prazos para elaboração do PPA, da LDO e da LOA observam o disposto nas Constituições e Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 2º, § 3º)

**Art. 96. O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º)

§ 1º O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 1º)

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 2º)

**§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º)

I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I)

a) estrutura do sistema de saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, a)

b) redes de atenção à saúde; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, b)

c) condições socio sanitárias; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, c)

d) fluxos de acesso; (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, d)

**e) recursos financeiros;** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, e)

f) gestão do trabalho e da educação na saúde; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, f)

g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, I, g)

II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, II)

III - o processo de monitoramento e avaliação. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 3º, III)

§ 4º Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de repasse recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 4º)

§ 5º Os Planos Estaduais de Saúde terão como base as metas regionais, resultantes das pactuações intermunicipais, com vistas à promoção da equidade interregional. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 5º)

§ 6º A transparência e a visibilidade serão também asseguradas mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do Plano de Saúde. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 6º)

§ 7º O Plano de Saúde deverá considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), disponível em [www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus). (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º, § 7º)

**Art. 97. A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prevenir a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º)

§ 1º Para estados e municípios, a PAS deverá conter: (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º)

**I - a definição das ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;** (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, I)

II - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS; e (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, II)

**III - a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS.**  
(Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 1º, III)

§ 2º Para a União, serão estabelecidas metas anualizadas do Plano de Saúde e a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 2º)

§ 3º O prazo de vigência da PAS coincidirá com o ano-calendário. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 4º, § 3º)" (Destacamos)

Como se vê, o Plano de Saúde é o instrumento de planejamento no SUS que, compatibilizando as necessidades de saúde com os recursos financeiros, explicita os compromissos do governo para o setor saúde no período de 4 anos, norteando a elaboração do orçamento do governo no setor saúde, cujos instrumentos orçamentários devem ser com ele compatíveis. A Programação Anual de Saúde (PAS), por sua vez, é o instrumento que operacionaliza os compromissos constantes do Plano de Saúde e prevê a alocação dos recursos orçamentários necessários para o seu cumprimento em cada exercício financeiro.

Por isso, e em cumprimento ao disposto no art. 165 da CRFB/88, tanto o Plano Plurianual (PPA) como a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem ser compatíveis, dialogar e espelhar o Plano de Saúde e o PAS, em cada esfera de gestão.

Não foi por outra razão que a Lei Orçamentária Anual do Município do Rio de Janeiro (Lei nº 6.841/2019), buscando compatibilidade com o PAS, previu como despesas necessárias para o custeio das ações e serviços públicos de saúde no ano de 2019, o valor aproximado de R\$ 5.3 bilhões. E não é por outra razão, que, agora, no segundo semestre de 2019, após o indevido, inconstitucional e arbitrário contingenciamento de cerca de cerca de R\$ 284 milhões (sem falar, é claro, na redução acumulada a partir de 2017 de aproximados R\$ 2.2 bilhões), a população carioca assiste à desestruturação de toda a rede municipal de saúde, com sucessivas restrições e paralisações de serviços.

É claro, a Programação Anual de Saúde (PAS) anualiza os compromissos assumidos pelo Município do Rio de Janeiro no Plano de Saúde e este, por sua vez, atento à Constituição Federal e à legislação sanitária, é elaborado com base nas obrigações de fazer que materializam o direito fundamental à saúde (arts. 196 e 200 da CRFB/88 e arts. 2º, §1º e 18 da Lei nº 8.080/90) e nas necessidades de saúde da população, considerando a estrutura do sistema de saúde, a redes de atenção à saúde, as condições socio sanitárias e os recursos financeiros disponíveis e necessários para tanto.

Logo, por decorrência lógica, é certo que um contingenciamento substancial de quase R\$ 300 milhões traria impactos e retrocessos na rede municipal de saúde, e deixaria descobertas importantes necessidades de saúde da população carioca.

É de se concluir, portanto, que o valor enxuto de R\$ 5.3 bilhões previstos na Lei Orçamentária Municipal de 2019 já representava a despesa mínima necessária para que o Município do Rio de Janeiro cumprisse as obrigações legais de fazer assumidas na PAS e em sua Lei Orçamentária que materializam a garantia do direito fundamental à saúde previsto na Constituição. Até porque, esse valor já é inferior em R\$ 710 milhões em relação ao orçamento de 2018. Seja na sua acepção de direito à conservação do patrimônio de saúde já realizado e adquirido pela população, seja na de direito ao acesso universal, equânime e integral a ações e serviços públicos de saúde. Nesse passo, um contingenciamento posterior de cerca de R\$ 300 milhões importaria, por óbvio, em odioso e inconstitucional retrocesso.

Assim como a manobra de esvaziamento da força normativa da sua Lei Orçamentária Anual, do art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal e do comando do art. 165 da Constituição de 1988 utilizada, há pelo menos 3 anos, pelo Município. Sobre a real finalidade do art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal, é esclarecedor a obra “Discricionariedade, contingenciamento e controle orçamentário” de Élide Gaziane Pinto<sup>20</sup>:

“Problema surge e merece especial atenção se a equação receitas-despesas passar ao largo das prioridades definidas legalmente. O orçamento é peça importante de controle e de planejamento, mas não consegue responder às demandas sociais de forma absolutamente vinculada à lei. A discricionariedade de que é dotada a execução orçamentária é instrumento de racionalidade administrativa, já que seria impossível antever normativamente todas as hipóteses de revisão do orçamento, como o são a anulação de rubricas, a suplementação de outras, a não realização de determinadas despesas e o contingenciamento de empenhos. Isso ocorre porque o orçamento é dinâmico.

Desse modo, o caráter autorizativo da peça orçamentária deve ser percebido como liberdade conferida pela lei para o melhor atendimento da finalidade de promoção legítima dos gastos públicos. Só há a prerrogativa de alocação discricionária do gasto público em face do dever de atender aos fins públicos inscritos no próprio sistema constitucional de finanças públicas.

Seguindo nessa linha de raciocínio, vale ressaltar que há grande diferença entre a atuação empreendida com margem de liberdade conferida nos limites da lei e uma atuação que se faça fora da lei ou até contra a mesma. Em se tratando de políticas públicas, importa conhecer e exercitar os limites da lei para fixação dos controles cabíveis, quiçá expandindo a fronteira de responsabilização em uma retomada típica do paradigma do Estado Democrático de Direito.

...

Tal inexecução parcial e, por vezes, integral dos programas de trabalho inscritos na lei anual de orçamento advém tanto de falhas no planejamento e nos atos administrativos de execução do gasto (solicitação da compra, serviço ou obra; licitação; contrato ou convênio; empenho; liquidação e pagamento); como, na grande maioria dos casos, decorrem do contingenciamento preventivo de despesas, para formação de superávits primários superiores às metas fiscais inscritas na LDO. A esse respeito, a crítica de Sadeck et al. (2005, p. 02, grifo nosso) é deveras incisiva:

O contingenciamento orçamentário é um recurso que vem sendo bastante utilizado nos últimos anos como meio de assegurar metas de superávit primário e acordos firmados com instituições financeiras multilaterais, funcionando como um apêndice da política econômica adotada pelo governo federal. Trata-se de um instrumento que limita o empenho, a movimentação financeira e os pagamentos de despesas discricionárias no âmbito federal.

Essa necessidade de geração de superávits primários, maiores até do que os especificados na Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, e a priorização de pagamento de juros da dívida em detrimento da execução das políticas sociais, tem levado o governo a adotar o contingenciamento preventivo. No começo do exercício fiscal, são limitados os gastos de diversos órgãos da administração direta. A liberação dos mesmos ocorre no decorrer do ano.

Essa liberação de recursos ocorre após a realização do pagamento de juros e

---

<sup>20</sup> Inteiro teor disponível em [revistagt.fpl.edu.br › get › article › download](http://revistagt.fpl.edu.br/get/article/download)

encargos de dívidas e do cumprimento de metas econômicas. Tal procedimento prejudica a continuidade das políticas, reduzindo a transparência e dificultando o controle social às custas de assegurar credibilidade frente ao mercado.

As conseqüências desse contingenciamento preventivo foram observadas no ano de 2003, quando foram executados R\$ 120,2 bilhões em 19 dias, e em 2004 quando foram executados R\$ 90,0 bilhões em apenas 15 dias, sempre no final do exercício fiscal. Todo começo de ano há interrupção na execução das políticas para nos últimos dias do mês de dezembro haver liberações exorbitantes de recursos.

**A previsão normativa quanto à limitação de despesa foi fixada no texto da Lei Complementar n.º 101/2000 no seu art. 9º. A hipótese ali inscrita diz respeito à obrigatoriedade de restringir a geração de despesas quando restar verificado – por meio do relatório resumido de execução orçamentária<sup>8</sup> – o risco de frustração das metas de resultado primário ou nominal previstas na LDO, porque, no balanço bimestral, as receitas não estariam sendo realizadas tal como planejado.**

Trata-se, pois, de mecanismo de contenção do gasto público, porquanto não haja garantia de receita que lhe promova o custeio. **A própria LRF esclarece que, em havendo restabelecimento da receita prevista, deverá ser promovida a recomposição proporcional das dotações contingenciadas, conforme for ocorrendo a retomada da arrecadação.**

**A pura e simples inexecução das despesas previstas na lei de orçamento anual – sem qualquer pressuposto de fato quanto ao cumprimento ou não das metas fiscais – não atenderá à finalidade que informa as peças orçamentárias, qual seja, programar a ação governamental dentro de um rol de prioridades alocativas para o exercício financeiro.**

...

**Inexistindo a motivação quanto à frustração de receitas e o risco de afetação das metas de resultado nominal e primário, o contingenciamento de empenhos não pode decorrer do arbítrio do gestor que remaneja unilateralmente recursos, com a simples inexecução de políticas públicas. Não é demasiado lembrar que instrumento importante para que o Judiciário possa avaliar a adequação constitucional de atos discricionários é a sua motivação.**

**Ora, no caso sob análise, só a frustração de receitas legítima e opera como motivo determinante para exarar ato que linearmente limita, no nascedouro, a geração de despesas autorizadas na lei orçamentária. Se não ocorrer aquele pressuposto de fato, o contingenciamento deixará de ser ato discricionário e passará ao domínio do arbítrio<sup>10</sup>, circunstância em que estará o administrador agindo em dissonância com o ordenamento jurídico nacional”.**

E também a de Karina Brandão Castro, “O Papel do Orçamento na Efetivação dos Direitos Sociais”<sup>21</sup>:

**“O governo, constringido a produzir crescentes superávits primários, em razão de compromissos internacionais acima do necessário, tem realizado contingenciamentos preventivos logo após a liberação do orçamento, ignorando dispositivos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF, Lei Complementar nº 101/2000) e obrigando os órgãos públicos a executarem apenas parte das despesas aprovadas no orçamento.**

---

<sup>21</sup> Inteiro teor disponível em <https://www.jfj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrj/arquivo/568-2435-1-pb.pdf>.

**Registre-se que a LRF dispõe que o contingenciamento das despesas deveria ocorrer apenas em caso de ameaça às metas de resultado primário ou nominal (art. 5º, I), por eventual insuficiência de receitas apuradas bimestralmente (art. 9º), considerando a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso, a cargo do Executivo. Ao tratar do excesso de contingenciamentos feitos no orçamento, Sabbag afirma:**

Os contingenciamentos podem ser definidos como restrições a liberação de recursos, baseadas em razões de política fiscal.

**De toda sorte, o sistema constitucional impõe que a limitação atinja apenas os importantes devidos, pelo prazo estritamente necessário e as decisões sejam tomadas com transparência e integridade.**

**Não obstante, a discricionariedade do executor é imensa, já que as variáveis e indicadores econômicos sujeitam-se ao pleno domínio de áreas técnicas do executivo e parecem influenciados por exigências dos credores internacionais do país.**

**Não é impossível, portanto, que a metodologia de apuração do resultado primário adote critérios mais ou menos favoráveis a determinado ponto de vista sobre o endividamento global, o pagamento dos juros, a contabilização dos investimentos e das despesas com pessoal, etc. (SABBAG, 2007, p. 165-166).**

**Á luz de tais ensinamentos, é possível concluir que, de fato, o Município do Rio faz uso abusivo, com desvio de finalidade, do disposto no art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal, já que, como se demonstrou nos fatos, contingencia recursos destinados à Saúde de forma desproporcional às demais pastas, amparado em suposta frustração de receitas, para, logo depois, de forma manifestamente contraditória, expedir decretos de abertura de créditos suplementares que, ao invés de recomporem as dotações contingenciadas de forma proporcional (art. 9º, §1º, da LRF), mantém o maior corte na área da Saúde. Some-se a isso, os bloqueios internos de despesas que configuram verdadeira inexecução orçamentária sem correspondência no portal da transparência e das publicações do Diário Oficial do Município.**

Olvidou-se, ainda, o Município de que, a rigor, em se tratando de despesas vinculadas à saúde e necessárias para garantir o financiamento minimamente adequado das obrigações constitucionais e legais de fazer que materializam o direito fundamental à saúde e à vida, estão previstas no PAS e na LOA (gasto mínimo material na saúde) e deveriam estar sob a gestão exclusiva do Fundo Municipal de Saúde (art. 33 da Lei nº 8.080/90, art. 4º da Lei nº 8.142/90, art. 2º, parágrafo único, da LC 141/12 e arts. 71 e seguintes da Lei nº 4.320/1964), elas são obrigatórias e não estão sujeitas à limitação de empenho. É o que dá conta o art. 9º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), *in verbis*:

“Art. 9º Se verificado, ao final de um bimestre, que a realização da receita poderá não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais, os Poderes e o Ministério Público promoverão, por ato próprio e nos montantes necessários, nos trinta dias subsequentes, limitação de empenho e movimentação financeira, segundo os critérios fixados pela lei de diretrizes orçamentárias.

**§ 2º Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias.”**

E o art. 38 da própria Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município do Rio de Janeiro (Lei nº 6.388/18), que reproduz o comando da LRF:

“Art. 37. Caso seja necessária a limitação de empenho das dotações orçamentárias e da movimentação financeira para atingir as metas de resultado primário ou nominal, estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais desta Lei, a redução far-se-á de forma proporcional ao montante dos recursos alocados para o atendimento de “outras despesas correntes”, “investimentos” e “inversões financeiras” do Poder Executivo, do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas do Município, observada a programação prevista para utilização das respectivas dotações.

**§ 1º Não serão objeto de limitação de empenho as despesas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, de precatórios judiciais e de obrigações constitucionais e legais”.**

Não há dúvida, portanto, de que os atos infralegais de contingenciamento de receitas (sob a roupagem das mais diversas formas de flexibilização de frustração da Lei Orçamentária) não podem e não devem ser aplicados ao setor saúde.

E de nada adianta o Município invocar a velha e já surrada desculpa da separação de poderes, da reserva do possível e da discricionariedade administrativa na gestão dos recursos, sobretudo em períodos de crise financeira, durante os quais os recursos seriam escassos.

O ponto crucial, que atende aos comandos da Constituição Federal de 1988 e aos valores fundamentais do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88), é o de que não há discricionariedade administrativa na gestão dos recursos quando se trata de cumprir compromissos constitucionais fundamentais como o dever de assegurar o direito à saúde e a própria vida, ou seja, o mínimo existencial e a dignidade humana (art. 1º, III, da CRFB/88). Vale dizer, o administrador ou o Chefe do Poder Executivo não possui discricionariedade para deliberar sobre a conveniência e a oportunidade de concretização de um compromisso constitucional.

Quando se trata de garantir o direito fundamental à saúde e à vida, não há margem de escolha: as receitas devem ser aí primeiramente alocadas (juntamente com a política pública prioritária de educação, por exemplo) e, somente depois, abre-se espaço para a discricionariedade, ou seja, para o exercício legal e legítimo do juízo da conveniência e oportunidade de compatibilização das despesas com as receitas. Do contrário, é fazer letra morta a Constituição, e torná-la, como não cansa de advertir o Supremo “em promessa constitucional inconsequente”. É quebrar o pacto social insculpido na Carta Fundamental deste Estado e instituir completo estado de insegurança, impunidade, descaso, abandono social e de risco à ordem e saúde pública.

Tal aspecto, fundamental, já foi assentado há muito pela doutrina especializada no tema e pelos Tribunais Superiores quando provocados a controlar a omissão do Poder Executivo na implementação de políticas públicas de saúde indispensáveis para garantir a dignidade humana, como é o caso. Confira-se, nesse sentido, a doutrina de Christiano de Oliveira Taveira e Thaís Boia Marçal, em Proibição do retrocesso social e orçamento: em busca de uma relação harmônica”:

**“Ana Paula de Barcellos afirma que, por ser latente a escassez de recursos, revela-se imperiosa a aplicação prioritária dos recursos disponíveis no atendimento dos fins considerados essenciais pela Constituição, até que eles sejam realizados; e, caso haja algum recurso remanescente, este poderá ser empregado de acordo com as opções políticas que a deliberação democrática apurar em cada momento.**

**Assim, retroceder na efetivação de um direito fundamental deve ser a última opção do legislador, que deve optar pelo “corte de gastos” em outras áreas não fundamentais, pois, após sua concretização em nível infraconstitucional, os direitos fundamentais sociais assumem, simultaneamente, a condição de direitos subjetivos a determinadas prestações estatais e de uma garantia institucional, de tal sorte que não se encontram mais na plena esfera de disponibilidade do legislador, isto é, os direitos adquiridos não mais podem ser reduzidos ou suprimidos, sob pena de flagrante infração do princípio da proteção da confiança.**

Destarte, mostra-se mais benéfico à coletividade que se retraia em alguns direitos não primordiais, para que se possa empregar a verba pública em prestações que satisfaçam as necessidades fundamentais.”

E jurisprudência pacífica do Supremo Tribunal Federal, do Superior Tribunal de Justiça e do Tribunal de Justiça deste Estado:

**“O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA.**

**- O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196). Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas idôneas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica e médico-hospitalar.**

**- O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional.**

**A INTERPRETAÇÃO DA NORMA PROGRAMÁTICA NÃO PODE TRANSFORMÁ-LA EM PROMESSA CONSTITUCIONAL INCONSEQÜENTE.**

**- O caráter programático da regra inscrita no art. 196 da Carta Política - que tem por destinatários todos os entes políticos que compõem, no plano institucional, a organização federativa do Estado brasileiro - não pode convertê-la em promessa constitucional inconstitucional, sob pena de o Poder Público, fraudando justas expectativas nele depositadas pela coletividade, substituir, de maneira ilegítima, o cumprimento de seu impostergável dever, por um gesto irresponsável de infidelidade governamental ao que determina a própria Lei Fundamental do Estado.**

**DISTRIBUIÇÃO GRATUITA, A PESSOAS CARENTES, DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À PRESERVAÇÃO DE SUA VIDA E/OU DE SUA SAÚDE: UM DEVER CONSTITUCIONAL QUE O ESTADO NÃO PODE DEIXAR DE CUMPRIR.**

- O reconhecimento judicial da validade jurídica de programas de distribuição gratuita de medicamentos a pessoas carentes dá efetividade a preceitos fundamentais da Constituição da República (arts. 5º, 'caput', e 196) e representa, na concreção do seu alcance, um gesto reverente e solidário de apreço à vida e à saúde das pessoas, especialmente daquelas que nada têm e nada possuem, a não ser a consciência de sua própria humanidade e de sua essencial dignidade. Precedentes do STF.”

(RE 393.175-AgR/RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO) (Destacamos).

**“ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO DE PRECEITO FUNDAMENTAL. A QUESTÃO DA LEGITIMIDADE CONSTITUCIONAL DO CONTROLE E DA INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, QUANDO CONFIGURADA HIPÓTESE DE ABUSIVIDADE GOVERNAMENTAL. DIMENSÃO POLÍTICA DA JURISDIÇÃO CONSTITUCIONAL ATRIBUÍDA AO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. INOPONIBILIDADE DO ARBITRIO ESTATAL À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS. CARÁTER RELATIVO DA LIBERDADE DE CONFORMAÇÃO DO LEGISLADOR. CONSIDERAÇÕES EM TORNO DA CLÁUSULA DA “RESERVA DO POSSÍVEL”. NECESSIDADE DE PRESERVAÇÃO, EM FAVOR DOS INDIVÍDUOS, DA INTEGRIDADE E DA INTANGIBILIDADE DO NÚCLEO CONSUBSTANCIADOR DO “MÍNIMO EXISTENCIAL”. VIABILIDADE INSTRUMENTAL DA ARGÜIÇÃO DE DESCUMPRIMENTO NO PROCESSO DE CONCRETIZAÇÃO DAS LIBERDADES POSITIVAS (DIREITOS CONSTITUCIONAIS DE SEGUNDA GERAÇÃO).**

(...)

Não deixo de conferir, no entanto, assentadas tais premissas, significativo relevo ao tema pertinente à “reserva do possível” (STEPHEN HOLMES/CASS R. SUNSTEIN, “The Cost of Rights”, 1999, Norton, New York), notadamente em sede de efetivação e implementação (sempre onerosas) dos direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais), cujo adimplemento, pelo Poder Público, impõe e exige, deste, prestações estatais positivas concretizadoras de tais prerrogativas individuais e/ou coletivas. É que a realização dos direitos econômicos, sociais e culturais – além de caracterizar-se pela gradualidade de seu processo de concretização – depende, em grande medida, de um inescapável vínculo financeiro subordinado às possibilidades orçamentárias do Estado, de tal modo que, comprovada, objetivamente, a incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, desta não se poderá razoavelmente exigir, considerada a limitação material referida, a imediata efetivação do comando fundado no texto da Carta Política. **Não se mostrará lícito, no entanto, ao Poder Público, em tal hipótese – mediante indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – criar obstáculo artificial que revele o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência.** Cumpre advertir, desse modo, que a cláusula da “reserva do possível” – ressalvada a ocorrência de justo motivo objetivamente aferível – não pode ser invocada, pelo Estado, com a finalidade de exonerar-se do cumprimento de suas obrigações constitucionais, notadamente quando, dessa conduta governamental negativa, puder resultar nulificação ou, até mesmo, aniquilação de direitos constitucionais impregnados de um sentido de essencial fundamentalidade. Daí a correta ponderação de ANA PAULA DE BARCELLOS (“A Eficácia Jurídica dos Princípios Constitucionais”, p. 245-246, 2002, Renovar): “Em resumo: a limitação de recursos existe e é uma contingência que não se pode ignorar. O intérprete deverá levá-la em conta ao afirmar que algum bem pode ser exigido judicialmente, assim como o magistrado, ao determinar seu fornecimento pelo Estado. **Por outro lado, não se pode esquecer que a finalidade do Estado ao obter recursos, para, em seguida, gastá-los sob a forma de obras, prestação de serviços, ou qualquer outra política pública, é exatamente realizar os objetivos fundamentais da Constituição. A meta central das Constituições modernas, e da Carta de 1988 em particular, pode ser resumida, como já exposto, na promoção do bem-estar do homem, cujo ponto de partida está em assegurar as condições de sua própria dignidade, que inclui, além da proteção dos direitos individuais, condições materiais mínimas de existência. Ao apurar os elementos**

**fundamentais dessa dignidade (o mínimo existencial), estar-se-ão estabelecendo exatamente os alvos prioritários dos gastos públicos. Apenas depois de atingi-los é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em que outros projetos se deverá investir.** O mínimo existencial, como se vê, associado ao estabelecimento de prioridades orçamentárias, é capaz de conviver produtivamente com a reserva do possível.” (grifei)

(...)

**Não obstante a formulação e a execução de políticas públicas dependam de opções políticas a cargo daqueles que, por delegação popular, receberam investidura em mandato eletivo, cumpre reconhecer que não se revela absoluta, nesse domínio, a liberdade de conformação do legislador, nem a de atuação do Poder Executivo. É que, se tais Poderes do Estado agirem de modo irrazoável ou procederem com a clara intenção de neutralizar, comprometendo-a, a eficácia dos direitos sociais, econômicos e culturais, afetando, como decorrência causal de uma injustificável inércia estatal ou de um abusivo comportamento governamental, aquele núcleo intangível consubstanciador de um conjunto irredutível de condições mínimas necessárias a uma existência digna e essenciais à própria sobrevivência do indivíduo, aí, então, justificar-se-á, como precedentemente já enfatizado - e até mesmo por razões fundadas em um imperativo ético-jurídico -, a possibilidade de intervenção do Poder Judiciário, em ordem a viabilizar, a todos, o acesso aos bens cuja fruição lhes haja sido injustamente recusada pelo Estado”**

(ADPF 45, Rel. Min. CELSO DE MELLO) (Destacamos).

#### **DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. CONTROLE JURISDICIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADO A INÚMERAS IRREGULARIDADES ESTRUTURAIS E SANITÁRIAS EM CADEIA PÚBLICA.**

Constatando-se inúmeras irregularidades em cadeia pública – superlotação, celas sem condições mínimas de salubridade para a permanência de presos, notadamente em razão de defeitos estruturais, de ausência de ventilação, de iluminação e de instalações sanitárias adequadas, desrespeito à integridade física e moral dos detentos, havendo, inclusive, relato de que as visitas íntimas seriam realizadas dentro das próprias celas e em grupos, e que existiriam detentas acomodadas improvisadamente –, a alegação de ausência de previsão orçamentária não impede que seja julgada procedente ação civil pública que, entre outras medidas, objetive obrigar o Estado a adotar providências administrativas e respectiva previsão orçamentária para reformar a referida cadeia pública ou construir nova unidade, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal. **De fato, evidencia-se, na hipótese em análise, clara situação de violação à garantia constitucional de respeito da integridade física e moral do preso (art. 5º, XLIX, da CF) e aos princípios da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial. Nessas circunstâncias – em que o exercício da discricionariedade administrativa pelo não desenvolvimento de determinadas políticas públicas acarreta grave vulneração a direitos e garantias fundamentais assegurados pela Constituição –, a intervenção do Poder Judiciário se justifica como forma de implementar, concreta e eficientemente, os valores que o constituinte elegeu como “supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos fundada na harmonia social”, como apregoa o preâmbulo da CF.** Há, inclusive, precedentes do STF (RE-AgR 795.749, Segunda Turma, DJe 20/5/2014; e ARE-AgR 639.337, Segunda Turma, DJe 15/9/2011) e do STJ (AgRg no REsp 1.107.511-RS, Segunda Turma, DJe 6/12/2013) endossando a possibilidade de excepcional controle judicial de políticas públicas. Além disso, não há, na intervenção em análise, ofensa ao princípio da separação dos poderes. **Isso porque a concretização dos direitos sociais não pode ficar condicionada à boa vontade do Administrador, sendo de suma importância que o Judiciário atue como órgão controlador da atividade administrativa. Seria distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente importantes. Tratando-se de direito essencial, incluso no conceito de mínimo existencial, inexistirá empecilho jurídico para**

**que o Judiciário estabeleça a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal.** Ademais, também não há como falar em ofensa aos arts. 4º, 6º e 60 da Lei 4.320/1964 (que preveem a necessidade de previsão orçamentária para a realização das obras em apreço), na medida em que a ação civil pública analisada objetiva obrigar o Estado a realizar previsão orçamentária das obras solicitadas, não desconsiderando, portanto, a necessidade de previsão orçamentária das obras. **Além do mais, tem-se visto, recorrentemente, a invocação da teoria da reserva do possível, importada do Direito alemão, como escudo para o Estado se escusar do cumprimento de suas obrigações prioritárias. Não se pode deixar de reconhecer que as limitações orçamentárias são um entrave para a efetivação dos direitos sociais. No entanto, é preciso ter em mente que o princípio da reserva do possível não pode ser utilizado de forma indiscriminada.** Na verdade, o direito alemão construiu essa teoria no sentido de que o indivíduo só pode requerer do Estado uma prestação que se dê nos limites do razoável, ou seja, na qual o peticionante atenda aos requisitos objetivos para sua fruição. Informa a doutrina especializada que, de acordo com a jurisprudência da Corte Constitucional alemã, os direitos sociais prestacionais estão sujeitos à reserva do possível no sentido daquilo que o indivíduo, de maneira racional, pode esperar da sociedade. **Ocorre que não se podem importar preceitos do direito comparado sem atentar para Estado brasileiro. Na Alemanha, os cidadãos já dispõem de um mínimo de prestações materiais capazes de assegurar existência digna. Por esse motivo, o indivíduo não pode exigir do Estado prestações supérfluas, pois isso escaparia do limite do razoável, não sendo exigível que a sociedade arque com esse ônus. Eis a correta compreensão do princípio da reserva do possível, tal como foi formulado pela jurisprudência germânica. Todavia, situação completamente diversa é a que se observa nos países periféricos, como é o caso do Brasil, país no qual ainda não foram asseguradas, para a maioria dos cidadãos, condições mínimas para uma vida digna. Nesse caso, qualquer pleito que vise a fomentar uma existência minimamente decente não pode ser encarado como sem razão, pois garantir a dignidade humana é um dos objetivos principais do Estado brasileiro. É por isso que o princípio da reserva do possível não pode ser oposto a um outro princípio, conhecido como princípio do mínimo existencial. Desse modo, somente depois de atingido esse mínimo existencial é que se poderá discutir, relativamente aos recursos remanescentes, em quais outros projetos se deve investir. Ou seja, não se nega que haja ausência de recursos suficientes para atender a todas as atribuições que a Constituição e a Lei impuseram ao estado. Todavia, se não se pode cumprir tudo, deve-se, ao menos, garantir aos cidadãos um mínimo de direitos que são essenciais a uma vida digna, entre os quais, sem a menor dúvida, podemos incluir um padrão mínimo de dignidade às pessoas encarceradas em estabelecimentos prisionais. Por esse motivo, não havendo comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal, inexistirá empecilho jurídico para que o Judiciário determine a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político.”**

(REsp 1.389.952-MT, Rel. Min. Herman Benjamin, julgado em 3/6/2014) (Destacamos).

“AÇÃO CIVIL PÚBLICA. HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL. DEFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES. DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE. NECESSIDADE DE PRESTAÇÃO ADEQUADA DO SERVIÇO. INOCORRÊNCIA DE VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1- Pretensão autoral de nomeação e posse de profissionais de saúde no Hospital Municipal Paulino Werneck, bem como de aquisição de equipamentos. Preliminar de impossibilidade jurídica do pedido. Inocorrência. Pedido que encontra previsão abstrata no ordenamento jurídico. Condições da ação que devem ser aferida in status assertionis. 2- Necessidade de ponderação dos princípios constitucionais colidentes. Direito fundamental à saúde (como corolário do princípio basilar da dignidade da pessoa humana) e princípio da separação dos poderes. Caso concreto em que a atuação do Poder Judiciário como órgão controlador da atividade administrativa não se mostra inconstitucional, em razão da conduta da Administração que viola direitos fundamentais, pela omissão em garantir o mínimo necessário para o funcionamento de hospital municipal que atende parcela considerável da população desta cidade. 3- Força normativa dos princípios constitucionais. Direitos sociais que envolvem a atuação positiva do Estado para sua concretização. A discricionariedade da Administração não pode legitimar a negativa ao cumprimento de normas constitucionais e

**legais que determinam a prestação de serviços de saúde adequados. Mérito administrativo que se encontra cingido aos limites da legalidade. Necessidade urgente de contratação de médicos e técnicos, bem como de aquisição de equipamentos e adequação de determinados procedimentos.** Precedentes do Superior Tribunal de Justiça e do E.TJ/RJ. 4- Astreinte arbitrada razoavelmente, que se mostra apta a coagir o devedor ao adimplemento da obrigação, sem importar no enriquecimento sem causa do credor. Honorários arbitrados equitativamente. -DESPROVIMENTO DO RECURSO, POR MAIORIA. REEXAME NECESSÁRIO PROCEDIDO (TJ-RJ – APELAÇÃO / REEXAME NECESSÁRIO: 0069118-56.2003.8.19.0001, Relator CARLOS SANTOS DE OLIVEIRA, Data de Julgamento: 08/09/2009, NONA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 16/10/2009).

**“AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DIREITO À SAÚDE. CONCESSÃO DE MEDIDAS SATISFATIVAS DE NATUREZA IRREVERSÍVEL. AMEAÇA AO DIREITO INDIVIDUAL E COLETIVO DE ACESSO AOS SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE, O QUE AFASTA, DE PRONTO, O ÓBICE DO ART. 1º, § 3º, DA LEI N.º 8.437. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO – HUPE. LEGITIMIDADE DO AGRAVANTE QUE SE CONFUNDE COM O PRÓPRIO MÉRITO. MANUTENÇÃO DA DECISÃO RECORRIDA. PRESENÇA DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS À CONCESSÃO DA MEDIDA. SÚMULA 59 DO TJ/RJ. INTERRUÇÃO DE SERVIÇO PÚBLICO ESSENCIAL. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. CONTROLE JURISDICIONAL DE LEGALIDADE. VIOLAÇÃO AO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES. INOCORRÊNCIA. REQUISITOS DA TUTELA DE URGÊNCIA QUE SE ENCONTRAM PRESENTES. DECISÃO CORRETA, NA FORMA E NO CONTEÚDO, QUE INTEGRALMENTE SE MANTÉM”** (TJRJ; AI nº 0028966-12.2016.8.19.0000; Primeira Câmara Cível; Rel.: Des. Maldonado de Carvalho; Data de publicação: 4/11/2016).

Com efeito, o mandato político do Chefe do Poder Executivo não lhe outorga liberdade irrestrita ou imunidade completa de seus atos. Já é de muito que não vigora o princípio do “the king can do no wrong”. Os atos ilegais, até mesmo os do chefe do Executivo, são passíveis de controle. Na verdade, a Constituição não confere o mandato político com a competência de deixar de prestar atendimento de saúde pública ou de contingenciar despesas em ações e serviços públicos de saúde (ASPS), abandonando financeiramente unidades públicas de saúde indispensáveis para o tratamento integral e a manutenção da vida de uma coletividade. É justamente o contrário que se exige do mandatário eleito **pelo povo** e para realizar **a vontade do povo**, do qual emana todo o poder (art. 1º, parágrafo único, da CRFB/88).

Daí, a pertinente doutrina de Ingo Wolfgang Sarlet, no artigo “Os Direitos Sociais como Direitos Fundamentais: contributo para um balanço aos vinte anos da Constituição Federal de 1988” ([http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo\\_Ingo\\_DF\\_sociais\\_PETROPOLIS\\_final\\_01\\_09\\_08.pdf](http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaSaude/anexo/artigo_Ingo_DF_sociais_PETROPOLIS_final_01_09_08.pdf)):

**“Importa, portanto, que se tenha sempre em mente, que quem “governa” – pelo menos num Estado Democrático (e sempre constitucional) de Direito – é a Constituição, de tal sorte que aos poderes constituídos impõe-se o dever de fidelidade às opções do Constituinte, pelo menos no que diz com seus elementos essenciais, que sempre serão limites (entre excesso e insuficiência!) da liberdade de conformação do legislador e da discricionariedade (sempre vinculada) do administrador e dos órgãos jurisdicionais.** Nesta seara, embora já se tenham verificado expressivos avanços, seja em termos doutrinários, seja no plano jurisprudencial, há que seguir investindo significativamente”.

Mas, vá lá, ainda que o Município do Rio insista, perfilhando teses mais conservadoras da doutrina fazendária, e alegue, por absurdo, que a hipótese seria de efetiva impossibilidade financeira do Município para cumprir com todas as suas obrigações orçamentárias, inclusive as relacionadas a todos os direitos fundamentais, e que tal quadro configuraria justo motivo objetivamente aferível a justificar o sacrifício não só do direito fundamental à saúde mas também de outros garantidores do mínimo existencial, a tese não se sustenta.

**Inexistindo motivação idônea quanto à frustração de receitas e o risco de afetação das metas de resultado nominal e primário** descabido o contingenciamento, que ademais deve observar a ordem de prioridades estabelecidas na Constituição e, por conseguinte, nas leis orçamentárias (PPA, LDO, LOA) e, no caso, na Programação Anual de Saúde, notadamente quando os programas correspondentes, além de prioritários, para os quais são assegurados recursos no orçamento, possuam maior repercussão na vida do cidadão, como o é o atendimento de saúde, sob pena de verdadeira ofensa ao Legislativo e, nesse ponto, à Separação de Poderes.

**De início, porque, como se viu, o Município utiliza, a todo o momento, como motivo determinante para o contingenciamento do financiamento na saúde, a alegação genérica e abstrata da crise financeira e da queda ou reduzida arrecadação da receita, o que é insuficiente.**

No mínimo, à luz do dever de motivação (art. 5º, XXXIII, LIV e LV, e 93, IX, da CRFB/88 e arts. 2º e 48, I, da Lei nº 5.427/2009), da transparência e informação (Lei nº 12.527/2011) e dos princípios da publicidade e eficiência administrativa (art. 37, caput, da CRFB/88), o Município do Rio de Janeiro deveria apontar, forma clara, didática, transparente, democrática e objetiva, os fatores concretos que conduziram à frustração de receitas e o risco de afetação das metas de resultado nominal e primário, e discriminar, de igual modo, a fonte e o quantitativo de cada receita que ingressa nas contas do Município, as movimentações, investimentos financeiros, a progressão do fluxo de caixa, onde, em que ordem e como os recursos estão sendo diariamente alocados, os impactos gerados em cada meta, política, programa e ação, as alternativas adotadas ou possíveis de adoção para reduzir despesas sem restrições a serviços essenciais, tais como a redução de cargos comissionados, renegociação das condições de financiamentos e renúncias fiscais concedidos ao setor privado, assunção da gestão das unidades hoje entregues a organizações sociais e aprimoramento dos procedimentos licitatórios para evitar a celebração de contratos emergenciais mais custosos para o erário, dentre outros aspectos fundamentais, a fim de demonstrar, de forma lícita, legítima e objetiva, a efetiva indisponibilidade material de recursos, o cumprimento da ordem constitucional de alocação de recursos e efetiva necessidade, adequação e proporcionalidade de uma medida que importe em sacrifício a direito fundamental.

**Não foi esta, entretanto, a postura adotada pelo Município do Rio de Janeiro.**

Fosse pouco, há prova técnica nos autos, que sela, de vez, qualquer tática argumentativa que venha a ser manejada pelo ente público. Os dados comprovam, de forma categórica, que os contingenciamentos ou redução dos valores destinados à Saúde não podem ser justificados com base na crise econômica ou redução das receitas públicas. E mais: que o Município do Rio não contingenciou (e até aumentou) ou pouco contingenciou (proporcionalmente), setores não prioritários.

Diante de tal quadro, demonstrado por prova técnica, é inequívoco que a ordem constitucional de priorização de receitas não foi observada. E o pior: que receitas vinculadas constitucionalmente ao custeio de despesas em ações e serviços públicos de saúde, integrantes do Fundo Municipal de Saúde, foram destinadas ao custeio de outros serviços, não prioritários, em detrimento do direito fundamental à saúde e à vida, o que não se pode admitir, ao menos enquanto vigorar o Estado Democrático de Direito.

Em tal contexto, é impossível afirmar que existe efetiva indisponibilidade de recursos materiais ou justificativa objetiva para o descumprimento das obrigações constitucionais e legais de fazer assumidas pelo Município na sua Programação Anual de Saúde (PAS) e na sua Lei orçamentária. Ou mesmo que o quadro de dismantelamento da rede municipal de saúde, escancarado diariamente nos meios de comunicação era e é necessária, adequada e proporcional.

Na verdade, o que se conclui, é que os motivos determinantes para o contingenciamento utilizados pelo Município não correspondem à realidade. E tal aspecto é fundamental no âmbito do controle dos atos administrativos, ainda quando discricionários.

Ou seja, fica ainda mais evidente que eventual tese de violação ao princípio da separação dos poderes e à discricionabilidade administrativa, de impossibilidade financeira ou “reserva do possível” não se sustenta. Diante de tantos vícios insanáveis, o referido contingenciamento e todos os atos administrativos dele derivados são nulos. A verdade é que o Município possui receitas vinculadas ao custeio das ações e serviços públicos de saúde (ASPS) que não foram aproveitadas no setor e ele poderia, ainda, realocar os valores destinados às áreas não prioritárias para garantir um bem maior e imponderável segundo a própria Constituição Federal: a vida de inúmeras pessoas jogadas à margem da sociedade. É possível, ainda, utilizar a reserva de contingência (cujo valor inclusive aumentou ao longo do exercício) ou abrir créditos suplementares.

Ora, como bem ressaltou o Superior Tribunal de Justiça, no julgado acima destacado, “seria distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente importantes. Tratando-se de direito essencial, incluso no conceito de mínimo existencial, inexistirá empecilho jurídico para que o Judiciário estabeleça a inclusão de determinada política pública nos planos orçamentários do ente político, mormente quando não houver comprovação objetiva da incapacidade econômico-financeira da pessoa estatal”.

Em outras palavras, em um Estado em que o povo carece de um padrão mínimo de prestações sociais para sobreviver, onde pululam cada vez mais indivíduos socialmente excluídos, onde quase meio milhão de crianças são expostas ao trabalho escravo e milhões de pessoas vivem na linha extrema da pobreza, implorando por serviços mínimos de saúde necessários para a sua sobrevivência e vida digna, os direitos sociais não podem ficar reféns de condicionamentos do tipo reserva do possível. Na cátedra de DIRLEY DA CUNHA JÚNIOR<sup>22</sup>:

**“Transladar para o direito brasileiro essa limitação da reserva do possível criada pelo direito alemão, cuja realidade socioeconômica e política difere radicalmente da brasileira, é negar esperança àquele contingente de pessoas que depositou todas as suas expectativas e entregou todos os seus sonhos à fiel guarda do Estado Social do Bem-Estar. Obstáculos como esses, transplantados de ordens jurídicas de paradigmas diversos, só vem robustecer a flagrante contradição entre a pretensão normativa dos direitos sociais e o fracasso do Estado brasileiro como provedor dos serviços públicos essenciais à efetivação desses direitos, garantidores de padrões mínimos de existência para a maioria da população. Assim, as discussões travadas nos chamados países centrais sobre os limites do Estado Social e a redução de suas prestações, e a contenção dos respectivos direitos subjetivos a prestações não podem, em absoluto, ser carreadas para a realidade brasileira, onde o Estado Providência ainda não foi**

---

<sup>22</sup> CUNHA JR, Dirley. *Curso de Direito Constitucional*. 8ª ed., Salvador: Juspodivm, 2014, p. 110.

efetivamente implantado”.

Com efeito, não há que se falar em violação ao princípio da separação de poderes. A proteção à saúde é um dever imposto constitucionalmente aos três entes federativos, e, por isso, compete ao juiz apreciar graves desacertos na ação – ou omissão – do Administrador.

Além disso, no caso, o próprio Administrador Municipal já avaliou a necessidade e a possibilidade financeira de cumprir as obrigações constitucionais e legais de fazer previstas na sua Programação Anual de Saúde e em sua Lei Orçamentária Anual como o mínimo necessário para concretizar materialmente os direitos fundamentais à saúde e à vida.

Portanto, se a própria Constituição Federal eleva a saúde e a vida digna como um valor maior e fundamental (art. 1º, III, da CRFB/88); o Administrador o reconhece por intermédio de seus próprios instrumentos de planejamento e orçamento no SUS; e não o efetiva (a despeito de demonstrar a possibilidade financeira de fazê-lo, destinando verbas para setores não prioritários), a decisão judicial que corrige grave omissão (proteção insuficiente), não pode, por certo, ser acimada de inconstitucional.

É, na verdade, a feliz concretização de um auspício constitucional e administrativo. Além de resguardar os direitos fundamentais à saúde e à vida, a correção judicial ainda prestigia, no caso, os princípios constitucionais do sistema financeiro, orçamentário (art. 165 e seguintes da CRFB/88) e o desejo da sociedade.

Em suma, verificada, no caso, a violação do compromisso constitucional de prestação e financiamento adequado do serviço público de saúde, compete ao Poder Judiciário fazer prevalecer a primazia da Constituição da República, com o acolhimento do pedido ora formulado.

Nesse sentido, o julgamento da ADPF nº 347 MC/DF, no qual o Supremo Tribunal Federal apontou para a possibilidade de judicialização da questão do orçamento (mais especificamente, contingenciamentos e limitações de empenho indevidos) quando recursos legalmente previstos são contingenciados para alcançar metas fiscais, em detrimento da garantia de direitos fundamentais:

*“O Partido Socialismo e Liberdade – PSOL busca, por meio de arguição de descumprimento de preceito fundamental, com pedido de medida liminar, seja reconhecida a figura do “estado de coisas inconstitucional” relativamente ao sistema penitenciário brasileiro e a adoção de providências estruturais em face de lesões a preceitos fundamentais dos presos, que alega decorrerem de ações e omissões dos Poderes Públicos da União, dos Estados e do Distrito Federal.*

*(...)*

**O último pedido diz respeito a escolha orçamentária da União e volta-se à imediata liberação das verbas do Fundo Penitenciário Nacional – FUNPEN e à proibição de a União realizar novos contingenciamentos.**

*O Fundo foi criado pela Lei Complementar nº 79, de 1994, sendo destinado, segundo a cabeça do artigo 1º, a “proporcionar recursos e meios para financiar e apoiar as atividades e programas de modernização e aprimoramento do Sistema Penitenciário Brasileiro”. A gestão desses recursos cabe ao Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN.*

*Narra-se que esses valores têm sido, desde a criação do Fundo, muito mal aplicados. Relatórios do próprio Departamento dão conta de que a maior parte é contingenciada ou, simplesmente, não utilizada. Para o ano de 2013, por exemplo, a dotação foi de R\$ 384,2 milhões, tendo sido empenhados R\$ 333,4 milhões. Todavia, apenas R\$ 73,6 milhões foram usados: R\$ 40,7 milhões do orçamento do ano e R\$*

**32,8 milhões de restos a pagar. Isso significa que mais de 80% dos valores deixaram de ser utilizados.** De acordo com a organização Contas Abertas, o saldo contábil do Fundo, no ano de 2013, chegou a R\$ 1,8 bilhão. Segundo o requerente, ao fim de 2014, o saldo já era de R\$ 2,2 bilhões.

A situação levou a senadora Ana Amélia, do Rio Grande do Sul, a apresentar projeto de lei complementar – PLS nº 25, de 2014 – voltado a proibir o contingenciamento, versado de forma genérica na Lei de Responsabilidade Fiscal, dos recursos do mencionado Fundo. Em um dos raros exemplos de preocupação de um agente político com o ocaso do sistema penitenciário brasileiro – outro é a própria formalização desta arguição por partido político –, a parlamentar justifica a proposta na necessidade de serem criados meios de garantir “a segurança da população, ao mesmo tempo em que se possibilite a reinserção social daqueles que um dia cometeram um erro”.

Não obstante a iniciativa, o que revela tentativa interna de ultrapassar os bloqueios políticos existentes no Congresso, a situação dramática não pode esperar o fim da deliberação legislativa. Protocolado em 6 de fevereiro de 2014, o projeto, sem parecer, encontra-se na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado, aguardando a designação de novo relator. A existência de propostas legislativas não significa deliberação e decisão política sobre o tema.

**A violação da dignidade da pessoa humana e do mínimo existencial autoriza a judicialização do orçamento, sobretudo se considerado o fato de que recursos legalmente previstos para o combate a esse quadro vêm sendo contingenciados, anualmente, em valores muito superiores aos efetivamente realizados, apenas para alcançar metas fiscais. Essa prática explica parte do fracasso das políticas públicas existentes. Como assevera o professor Eduardo Bastos de Mendonça, “políticas públicas são definidas concretamente na lei orçamentária, em função das possibilidades financeiras do Estado”, de forma que “a retenção de verbas tende a produzir, na melhor das hipóteses, programas menos abrangentes”. Segundo o autor, a medida mostra-se ainda mais problemática tendo em conta “que os cortes têm atingido programas relacionados a áreas em que, para além de qualquer dúvida, a atuação do Estado tem sido insatisfatória ou insuficiente”, como é o caso do sistema penitenciário nacional (MENDONÇA, Eduardo Bastos Furtado de. A Constitucionalização das Finanças Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 97-98). Os valores não utilizados deixam de custear não somente reformas dos presídios ou a construção de novos, mas também projetos de ressocialização que, inclusive, poderiam reduzir o tempo no cárcere. No mais, é de todo duvidosa a possibilidade de limitar despesas dessa natureza ante o disposto no § 2º do artigo 9º da Lei Complementar nº 101, de 2000:**

Art. 9º. Se verificado, ao final de um bimestre, que a realização da receita poderá não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais, os Poderes e o Ministério Público promoverão, por ato próprio e nos montantes necessários, nos trinta dias subseqüentes, limitação de empenho e movimentação financeira, segundo os critérios fixados pela lei de diretrizes orçamentárias.

[..]

§ 2º. Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias.

**A cabeça do dispositivo trata da situação em que o Governo deixa de executar, parcialmente, o orçamento, vindo a contingenciar os valores ordenados a despesas, ao passo que, no § 2º, consta exceção consideradas obrigações decorrentes de comandos legais e constitucionais. Tratando o Funpen de recursos com destinação legal específica, é inafastável a circunstância de não poderem ser utilizados para satisfazer exigências de contingenciamento: atendimento de passivos contingentes e outros riscos e eventos fiscais imprevistos (artigo 5º, inciso III, alínea “b”, da Lei Complementar nº 101, de 2000).**

Ante o exposto, defiro, parcialmente, a medida liminar requerida, determinando:

(...)

e) à União – que libere o saldo acumulado do Fundo Penitenciário Nacional para utilização com a finalidade para a qual foi criado, abstendo-se de realizar novos contingenciamentos.” (STF, Plenário, ADPF nº 347 MC/DF, Relator Ministro Marco Aurélio, Julgado em 09/09/2015) (sem negrito e sublinhado no original)

Também a doutrina e acórdãos de outros Tribunais:

**“1 – O controle jurisdicional de políticas públicas relacionadas aos direitos sociais constitucionalmente assegurados, para sua implementação ou correção, encontra pressupostos ou limites na observância do mínimo existencial, do princípio da razoabilidade e da reserva do possível;**

2 – O mínimo existencial corresponde ao núcleo duro dos direitos sociais garantidos pela Constituição, e consiste no mínimo indispensável à dignidade humana, autorizando a imediata judicialização dos direitos, independentemente da existência de lei ou de atuação administrativa;

3 – O princípio da razoabilidade indica a razoabilidade da pretensão coletiva ou individual e, em contrapartida, a desarrazoabilidade da lei, de sua interpretação ou da atuação administrativa;

4 – A reserva do possível indica tanto a existência de disponibilidade orçamentária-financeira, como a necessidade de planejamento necessário à execução da política pública a ser implementada;

**5 – Não haverá necessidade de observar a reserva do possível quando se tratar de casos de urgência ou do mínimo existencial;**

**6 – Observados os pressupostos ou limites supra referidos, o Poder Judiciário pode intervir para implementar ou corrigir a política pública, sem afronta ao princípio da separação dos Poderes, tal qual se apresenta no Estado Democrático de Direito (rectius, separação de funções);**

7 – Para tanto, o Judiciário pode ser provocado por intermédio de todos os meios previstos no ordenamento jurídico, em especial por meio das ações constitucionais, como o Mandado de Injunção, a Ação Declaratória de Inconstitucionalidade por Omissão e a Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental;

**8 – No plano da jurisdição voluntária, ações coletivas ou mesmo individuais podem ser ajuizadas, tendendo na maioria das vezes a obrigações de fazer, como a de implementar ou corrigir determinada política pública, de incluir no orçamento futuro a verba necessária e de aplicar efetivamente a verba para a implementação ou correção da política pública, devendo o juiz acompanhar a execução, inclusive mediante sub-rogação de pessoas;**” (Apêndice do livro, GRINOVER, Ada Pellegrini; O Controle Jurisdicional sobre Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Forense, 2011) (Destacamos).

“[...] é cabível seja exigido o cumprimento da política proposta, mesmo que não tenha sido prevista no orçamento anual.

Outra situação possível é a ausência de previsão legal ou programa nacional, regional ou setorial previsto na Carta Magna. Ausente norma que estabeleça a política pública social que quer se ver implementada, não há que se falar em previsão orçamentária.

Mas a exigência de proteção efetiva do direito pelo Estado ainda assim é possível” (Soares, Inês, p. 501).

“ADMINISTRATIVO E PROCESSO CIVIL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – ATO ADMINISTRATIVO DISCRICIONÁRIO: NOVA VISÃO.

1. Na atualidade, o império da lei e o seu controle, a cargo do Judiciário, autoriza que se examinem, inclusive, as razões de conveniência e oportunidade do administrador.

**2. Legitimidade do Ministério Público para exigir do Município a execução de política específica, a qual se tornou obrigatória por meio de resolução do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.**

**3. Tutela específica para que seja incluída verba no próximo orçamento, a fim de atender a propostas políticas certas e determinadas.**

4. Recurso especial provido” (STJ; 2ª Turma; Resp nº 493811/SP, Rel. Eliana Calmon; DJ 15/03/2004 p. 236) (Destacamos).

Admitir o contrário é restringir o direito à saúde somente a uma ínfima parcela da população, representada por aqueles que apresentam condições financeiras para arcar com os custos de um plano de saúde, afrontando grave e frontalmente os princípios da universalidade, da igualdade e da integralidade do SUS. É condenar a maior parte da população a sofrer atendimentos desumanos, a aguardar, nos corredores das instituições públicas de saúde, despida de dignidade, sua própria morte, e a ser tratada como desafortunados que não possuem voz sequer para pedir socorro de forma digna!

E mais: é violar, de forma grave, a cláusula que proíbe o retrocesso em matéria social (dimensão negativa pertinente aos direitos sociais de natureza prestacional - como o direito à saúde), na medida em que aceita a redução e supressão de garantias já conquistadas anteriormente em tema de saúde pública.

Em suma, a pergunta que não calar é: até quando nós, profissionais do Direito, vamos presenciar este processo de erosão da autoridade dos direitos fundamentais e da consciência constitucional, esta verdadeira chacina sistêmica, este manifesto e violento desrespeito ao Poder Judiciário? Até quando vamos assistir este grave quadro, à espera da boa vontade do Administrador Público? Até quando vamos assistir os Poderes Públicos rasgarem nossa Constituição, e, ao seu bel prazer, brincarem e fazerem de juguete as vidas de inúmeras pessoas, escondendo-se, covardemente, sob a manta já surrada de uma distorcida tese de violação ao princípio da separação de poderes e à reserva do possível? Até quando?

#### **4. DA TUTELA DE URGÊNCIA**

Configurados os requisitos autorizadores da antecipação dos efeitos da tutela previstos nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c.c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 do CPC, haja vista a probabilidade do direito e o relevante fundamento da demanda (que se extrai de plano da prova técnica e dos inúmeros documentos acostados aos autos e das regras de experiência do dia a dia - é público e notório o caótico quadro que assola a rede pública municipal de saúde como um todo), e o perigo de dano irreversível à saúde da coletividade e risco ao resultado útil do processo (já que a cada dia que passa, novas vidas são colocadas em risco pela paralisação/restrrição e inadequação dos serviços públicos de saúde prestados pelo Município, sem falar, é claro, na prorrogação da dor e sofrimento dos inúmeros cidadãos que não receberam e não estão recebendo adequado e integral tratamento), a concessão do pleito liminar, nos termos abaixo postulados, é de rigor.

E mais: como o Município do Rio de Janeiro recebe transferência constitucional de verbas vinculadas à saúde e contingenciou, como viu, receitas vinculadas ao custeio de ações e serviços públicos de saúde, retardar as medidas postuladas é contribuir para a malversação dos recursos públicos e para a prática de improbidades administrativas.

Fosse pouco, como os fatos e as provas acostadas aos autos demonstram que a saúde pública não é política prioritária do governo municipal, não há dúvida de que sua oitiva, antes da concessão do pleito liminar, além de gravosa diante da urgência, ou seja, do risco diário de danos irreparáveis e irreversíveis para inúmeras pessoas diariamente, é inútil e desnecessária. Só servirá para prolongar e legitimar manifesto e inadmissível quadro de omissão inconstitucional.

Por fim, é importante lembrar que antecipação dos efeitos da tutela em face da Fazenda Pública só é restringida nas hipóteses taxativamente previstas nas Leis nº 12.016/2009 e 8.437/92. E não é o caso.

Do exposto, requer, *inaudita altera parte* e com fulcro nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c.c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 do CPC, a antecipação dos efeitos da tutela pretendida, para determinar que o Município do Rio de Janeiro:

- i) A fim de evitar a desestruturação diária e a paralisação da rede municipal de saúde, instaure, imediatamente, um Gabinete de Crise interinstitucional (pois que o setor Saúde interage diariamente com outras pessoas jurídicas, como a RioUrbe, a Comlurb, Organizações Sociais, RioSaúde, dentre outras) e

intersetorial, com participação necessária das Secretarias Municipais de Saúde e Fazenda e de representantes dos órgãos com autonomia plena para tomar decisões pela gestão, com funcionamento ininterrupto até que seja superada a crise na rede municipal de saúde (não podendo ser inferior a março de 2020, tendo em conta que somente então serão sentidos os efeitos da abertura do novo orçamento), para, dentre outras medidas, a criação e execução de um plano de contingência que adote medidas emergenciais destinadas ao restabelecimento do funcionamento adequado, contínuo e ininterrupto de todas as unidades municipais de saúde assim como à mitigação e contenção dos impactos da crise na população, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- a) o prazo de vigência do plano;
- b) as unidades de saúde que estão com todos os serviços em regular funcionamento, identificando os serviços ofertados;
- c) as unidades de saúde que se encontram com alguma restrição/suspensão/paralisação no atendimento, identificando o motivo e os serviços afetados assim como as medidas adotadas para o restabelecimento célere e regular do funcionamento das unidades;
- d) qual o mecanismo utilizado para comunicação entre a unidade de saúde e a regulação em caso de restrição/suspensão/paralisação do atendimento, sobretudo de urgência e emergência (email, whatsapp, telefone), e o transporte a ser utilizado para eventuais transferências;
- e) apresentação de um protocolo único adotado por todas as unidades de acolhimento, classificação de risco e definição dos locais de atendimento destinados aos pacientes verdes e azuis;
- f) apresentação de um protocolo único de referenciamento dos pacientes que não forem atendidos nas unidades de urgência e emergência, contendo o meio de formalização do encaminhamento dos pacientes por escrito, com assinatura e matrícula do servidor responsável, a previsão de transporte/transferência quando necessário e a indicação da unidade responsável pelo acolhimento;
- g) garantia de que todas as unidades se responsabilizem pelo redirecionamento, referenciamento e/ou transferência do paciente quando for o caso;
- h) previsão de reativação célere dos serviços paralisados, inclusive os serviços ambulatoriais e de atenção básica, e término da restrição de atendimento;
- i) identificação das equipes e seus integrantes responsáveis pela fiscalização do cumprimento do plano em cada unidade, com os respectivos telefones de contato;
- j) medidas destinadas à manutenção do abastecimento regular das unidades de saúde com medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares;
- l) medidas destinadas à recomposição das equipes de recursos humanos, sobretudo aos finais de semana e datas festivas de fim de ano (Natal – 24 e 25/12 e Ano Novo – 31/12 e 01/01);
- m) valor dos recursos destinados a cada unidade no período de contingência, fonte dos recursos, data de pagamento e previsão da forma de quitação dos valores devidos.

ii) Dê ampla publicidade ao Plano de Contingência pelos diversos meios de comunicação, e informe, diariamente, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, por e-mail ([saudecapital1@mprj.mp.br](mailto:saudecapital1@mprj.mp.br), [saudecapital2@mprj.mp.br](mailto:saudecapital2@mprj.mp.br), [saudecapital3@mprj.mp.br](mailto:saudecapital3@mprj.mp.br), [saudecapital4@mprj.mp.br](mailto:saudecapital4@mprj.mp.br),

[saudecapital5@mprj.mp.br](mailto:saudecapital5@mprj.mp.br), [coordsaudeetutelacoletiva.dpge@gmail.com](mailto:coordsaudeetutelacoletiva.dpge@gmail.com)), as unidades de saúde que se encontram com alguma restrição/suspensão/paralisação no atendimento, identificando o motivo e os serviços afetados assim como as medidas adotadas para o restabelecimento célere e regular do funcionamento das unidades;

**iii)** Também objetivando evitar a paralisação da rede municipal de saúde, repasse/transfira (mediante remanejamento de verbas, utilização de reserva de contingência, abertura de créditos suplementares ou qualquer outro recurso contábil, financeiro e orçamentário), ao Fundo Municipal de Saúde, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, o valor de R\$ 284 milhões, e autorize, até 31/12/2019, a emissão de todos os empenhos, liquidações e pagamentos necessários ao funcionamento ininterrupto da rede municipal de saúde e ao custeio integral das ações e serviços públicos de saúde previstos na função “Saúde” da Lei Orçamentária Anual de 2019 ;

iv) Antes de implementar qualquer decisão no sentido do bloqueio, contingenciamento, cancelamento ou qualquer outra forma de restrição ou limitação ao poder de gasto ou repasse de recursos pelos órgãos municipais relativos a ações e serviços públicos de saúde (ASPS) ou a qualquer ação ou programa previstos no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde ou na Lei Orçamentária Anual como referente à Função de Governo Saúde, decline, mediante publicação nos meios oficiais de comunicação, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, em linguagem clara, didática e objetiva, passível de compreensão pelo cidadão comum, as suas motivações para tanto, explicitando, no mínimo:

- a) as razões que tornam a decisão proposta imprescindível, incluindo a comprovação efetiva dos fatores concretos que conduziram à frustração de receitas e o risco de afetação das metas de resultado nominal e primário e, conforme o caso, a justificativa para o erro de previsão de receita ou despesa feita para os meses remanescentes do exercício financeiro;
- b) os valores nominais e percentuais de dotações de cada Função de Governo e unidade orçamentária correspondendo às alterações de poder de gasto – para mais ou menos – por força da decisão proposta;
- c) informação se as alterações de poder de gasto (para mais ou para menos) atingiram de forma uniforme todas as demais Secretarias assim como todas as subfunções, programas e ações da função Saúde;
- d) detalhamento e quantificação de ações e seus programas de trabalho que deixariam de ser implementados por força da decisão proposta;
- e) impactos negativos esperados a partir dos efeitos da mudança da programação detalhada nos itens acima;
- f) ao menos 3 (três) alternativas de restrições de menor magnitude quanto ao poder de gasto afetado para as ações e programas previstos no Plano de Saúde, na Programação Anual de Saúde ou na Lei Orçamentária Anual como referente à Função de Governo Saúde;
- g) justificativa sobre como o saldo de bem-estar social esperado a partir da decisão proposta é maior do que as alternativas relacionadas no item acima, levando em conta a equidade na distribuição dos efeitos da decisão;
- h) quais os dados e sua análise que embasam as estimativas e justificativas previstas nos dois itens anteriores;

- i) quais os indicadores, e como será seu monitoramento, que permitam o fiel e tempestivo acompanhamento dos efeitos e impactos produzidos a partir da decisão proposta, para averiguar se e enquanto são compatíveis com as estimativas e justificativas relacionadas nos itens e) e f) acima;
- j) declaração de que a decisão não importará em nova redução dos serviços de saúde já ofertados à população nem impactará sua fiel execução;

v) atualize, publique nos meios oficiais de comunicação e apresente nos autos, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, nos moldes da Resolução SMS nº 3074/2016 (publicada no Diário Oficial do Município de 19/09/2016), o inventário dos serviços de saúde ofertados na rede municipal (própria, contratada e conveniada), identificando com precisão o quantitativo de unidades de saúde (de todos os níveis de complexidade), de servidores e profissionais de saúde contratados, de exames, consultas, cirurgias e procedimentos em geral, de leitos de urgência/emergência e leitos hospitalares) e equipamentos existentes em janeiro de 2017, assim como os serviços que sofreram redução até a data de apresentação do inventário atualizado, destacando-se os existentes na atenção básica e nas redes temáticas e prioritárias de atenção à saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência);

vi) se abstenha de realizar qualquer redução no quantitativo de unidades de saúde, de servidores e profissionais de saúde e serviços de saúde (consultas, exames, cirurgias, procedimentos, leitos de urgência/emergência e leitos hospitalares) ofertados à população que não aqueles que já sofreram redução conforme atestado no inventário a ser publicado e apresentado conforme item anterior;

vii) apresente, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, plano de ação para a recomposição, no prazo máximo de 1 ano, da rede municipal de saúde com o restabelecimento do quantitativo de unidades de saúde, servidores e profissionais de saúde contratados, equipamentos e serviços ofertados (consultas, exames, cirurgias, procedimentos em geral, leitos de urgência/emergência e leitos hospitalares) que foram reduzidos, destacando-se os existentes na atenção básica e nas redes temáticas e prioritárias de atenção à saúde (Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência).

Tudo, sob pena de multa cominatória diária, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a ser imposta pessoalmente ao Prefeito, à Secretária Municipal de Saúde e ao Secretário Municipal de Fazenda e convertida ao Fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/85, e prática de improbidade administrativa, sem prejuízo das demais sanções cíveis e criminais aplicáveis à espécie, e, visando assegurar o resultado prático equivalente ao do adimplemento das obrigações acima mencionadas, o correlato e necessário bloqueio da verba orçamentária necessária para a garantia da sua fiel execução.

viii) Em caso de acolhimento, a intimação pessoal do Prefeito, da Secretária Municipal de Saúde e do Secretário Municipal de Fazenda para que cumpra a decisão liminar;

Por fim, no caso de acolhimento do pleito liminar, requer sejam imediatamente oficiados o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Enfermagem, o Conselho Regional de Psicologia, a Vigilância Sanitária Estadual

e, ainda, o Conselho Estadual de Saúde para que, tomando ciência da decisão e, decorridos 30 (trinta) dias da mesma, contribuam com os órgãos do Sistema de Justiça, e realizem vistorias nas unidades municipais de saúde para apuração do cumprimento da tutela antecipada.

## 5. DO DESINTERESSE NA AUTOCOMPOSIÇÃO

Para os fins do disposto no art. 334, §5º, do CPC, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro afirmam que não possuem interesse na autocomposição da lide.

## 6. DO PEDIDO

Do exposto, requer:

- 1) A antecipação dos efeitos da tutela, nos moldes postulados no item 4) acima, com fulcro nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c.c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 do CPC;
- 2) A citação do **MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, para, querendo, contestar, no prazo legal, sob pena de revelia;
- 3) Sejam as intimações eletrônicas encaminhadas para todos os órgãos subscritores da presente, a saber: Núcleo de Fazenda Pública e Tutela Coletiva da Comarca da Capital da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 1ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, 4ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital, 5ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Saúde da Capital;
- 4) A procedência do pedido, confirmando-se a tutela antecipada, **nos moldes do item 4) acima**;
- 5) A intimação do Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Enfermagem, o Conselho Regional de Psicologia, a Vigilância Sanitária Estadual e, ainda, o Conselho Estadual de Saúde para que, tomando ciência da sentença, decorridos 30 (trinta) dias da mesma, contribuam com os órgãos do Sistema de Justiça, e realizem vistorias nas unidades municipais de saúde para apuração do cumprimento do *decisum*;
- 6) A condenação do Réu ao pagamento dos ônus da sucumbência, com o depósito dos valores em conta vinculada a esse Juízo, a serem revertidos ao Fundo Nacional dos Direitos Difusos, de que trata o artigo 13 da Lei nº 7.347/85;

Protesta pela produção de prova documental suplementar, oral, testemunhal e pericial, se necessárias.

Dá-se à causa o valor de R\$ 284.000.000,00 (duzentos e oitenta e quatro milhões)

Nesses termos, pede-se deferimento.

Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 2019.

THAÍSA GUERREIRO DE SOUZA  
Defensora Pública Estadual  
Coordenadora de Saúde e Tutela Coletiva  
Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

---

ALESSANDRA NASCIMENTO ROCHA GLÓRIA  
Defensora Pública Estadual  
Subcoordenadora de Saúde e Tutela Coletiva  
Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

---

SAMANTHA MONTEIRO DE OLIVEIRA  
Defensora Pública Estadual  
Coordenadora do Núcleo de Fazenda Pública  
Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

---

PEDRO BORGES MOURÃO  
Promotor de justiça  
Em exercício na 3ª. Promotoria de Justiça de Tutela  
Coletiva da Saúde da Capital  
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

---

PATRICIA TAVARES  
Promotora de Justiça  
Titular da 1ª. Promotoria de Justiça de Tutela  
Coletiva da Saúde da Capital  
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

---

JOSÉ MARINHO PAULO JUNIOR  
Promotor de Justiça  
Titular da 5ª. Promotoria de Justiça de Tutela  
Coletiva da Saúde da Capital  
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

---

ALESSANDRA HONORATO NEVES  
Promotora de Justiça  
Titular da 4ª. Promotoria de Justiça de Tutela  
Coletiva  
da Saúde da Capital  
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

---

MADALENA JUNQUEIRA AYRES  
Promotora de Justiça  
Titular da 2ª. Promotoria de Justiça de Tutela  
Coletiva da Saúde da Capital  
Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro.

