



**EXMO(A). SR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE DUQUE DE CAXIAS/RJ**

**Distribuição por dependência aos autos nº 0139448-82.2020.8.19.0001**

A **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (DPE/RJ)**, instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado do Rio de Janeiro e à afirmação do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88), inscrita no CNPJ sob o número 31.443.526/0001-70, por intermédio de seu órgão de atuação, 4º Núcleo Regional de Tutela Coletiva, e do suporte da Coordenadoria de Saúde e Tutela Coletiva, representada pelas Defensoras Públicas que a subscrevem, e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, por meio da 2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana I, vêm, a V. Exa., com fulcro nos arts. 5º, XXXV e LXXIV, 129, III, 134 e 196 da Constituição da República; no art. 173, III da Constituição do Estado do Rio de Janeiro; no art. 25, IV da Lei Federal nº 8.625/93 (LOMP); no art. 4º, VII, VIII, X e XI da Lei Complementar 80/1994; no art. 34, VI, alínea “a” da Lei Complementar nº 106/2003 (LOMPERJ); no art. 5º, II, da Lei nº. 7.347/1985, e demais atos normativos abaixo assinalados, propor a presente

**TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA ANTECIPADA**  
**EM CARÁTER ANTECEDENTE**

em face do **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 42.498.600/0001-71, com endereço na Rua do Carmo, nº 27, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 20011-020, e do **MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito



no CNPJ sob o nº 29.138.328/0001-50, com sede à Alameda James Franco- Jardim Primavera, Duque De Caxias – RJ, CEP: 25.215-265, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos:

## 1. BREVE SÍNTESE DA LIDE

A demanda objetiva, em síntese, garantir o acesso universal e equânime de todos os cidadãos fluminenses aos serviços essenciais de saúde de média e alta complexidade de referência estadual e regional prestados pelo Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN), assim como a diretriz constitucional de regionalização das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, *caput*, da CRFB/88) e da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) desse Estado.

## 2. DOS FATOS:

### 2.1. CARACTERIZAÇÃO E IMPORTÂNCIA DO HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES (HEAPN)

Como demonstra o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) das Regiões Metropolitanas I e II, aprovado pela Deliberação CIB nº 1.735/2012 e recentemente complementado pela Deliberação CIB nº 6064/2020, o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) é uma importantíssima unidade hospitalar de referência estadual e regional. A unidade configura uma das **principais portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)** para os cidadãos que, em um contexto de urgência e emergência, necessitam de serviços de maior complexidade como cirurgia vascular, politrauma, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia pediátrica, renal e bucomaxilofacial.



De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Doc. 01 - CNES<sup>1</sup>), o HEAPN possui, além das especializações já elencadas, serviços especializados de cirurgia buco maxilo facial, ortopediatraumatologia, cirurgia plástica, cirurgia torácica e obstetrícia de alto risco. E segundo noticiado no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde<sup>2</sup>, o HEAPN conquistou, em 2021, a segunda colocação no ranking do país em captação de órgãos.

Por fim, para ratificar o papel único e especial do HEAPN para a assistência de saúde regional e estadual do Rio de Janeiro, cumpre destacar trechos do próprio termo de referência elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ)<sup>3</sup> no último processo de seleção de organizações sociais para gerir o Adão Pereira Nunes. **O documento informa de modo categórico que a unidade é referência estadual para o serviço de microcirurgia reconstrutiva de reimplante de membros amputados ou mutilados por trauma e para outras regiões do Estado do Rio de Janeiro em diversos serviços especializados:**

“O Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) está localizado na Rodovia Washington Luiz, s/nº, Jardim Primavera, Duque de Caxias – RJ (BR 040, Km 109), CEP: 25221-970, que tem uma estimativa de população de 924.624 habitantes (IBGE/2020) e IDH-M de 0,711 (IBGE/2010), situado na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. **É classificado como Hospital de Grande Porte que atende à população do seu município, assim como de outros do entorno e até de outras regiões de saúde.**

**O Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) estrutura-se com perfil de média e alta complexidade para demanda espontânea e referenciada.**

**O hospital oferece serviços de emergência geral e trauma com neurocirurgia, ortopedia, cuidados intensivos adultos, pediátricos e neonatais, obstetrícia de alto risco, pediatria, medicina interna e cirurgia geral. Adicionalmente, provê suporte em especialidades cirúrgicas (cirurgia torácica, vascular, urológica, plástica, pediátrica e bucomaxilofacial, dentre outras) e especialidades clínicas necessárias para apoio a usuários politraumatizados e outros internados. **Além disso, é unidade de referência de âmbito estadual para microcirurgia reconstrutiva de reimplante de membros amputados ou mutilados por trauma.****

....

**O Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) é destinado ao tratamento de média e alta complexidade de casos clínicos e cirúrgicos, tanto em adultos quanto em crianças, que requeiram atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. **Oferece atendimento aos usuários do SUS que procuram a unidade por demanda espontânea ou referenciada****

<sup>1</sup> <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/3301702290227>

<sup>2</sup> Inteiro teor em <http://www.transplante.rj.gov.br/Site/Conteudo/Noticia.aspx?C=7CSwtJhNizU%3D>

<sup>3</sup> <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDUxNTA%2C>



das unidades de saúde públicas de todo o Estado do Rio de Janeiro, apresentando condições potencialmente recuperáveis que se beneficiem do tratamento especializado oferecido.

**O Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) exercerá papel de Centro de Referência e Excelência destinado ao atendimento de:**

- a) Urgências e emergências clínicas;
- b) Urgências e emergências cirúrgicas;
- c) Atenção clínica e cirúrgica eletiva (entende-se por procedimento cirúrgico eletivo todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência);
- d) Obstetrícia de alto risco (por gestação de alto risco entende-se como sendo aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou feto tem maiores chances de ser atingida por complicações que a média das gestações);
- e) Emergências traumáticas referenciadas do ambiente pré-hospitalar (fixo ou móvel) ou inter-hospitalar;
- f) Microcirurgia reconstrutiva de reimplante de membros amputados ou mutilados por trauma.
- g) Maternidade e Pré-natal de alto risco”.

Se qualquer cidadão do Estado do Rio de Janeiro, e não apenas da Baixada Fluminense, demanda uma cirurgia de reimplante da mão, por exemplo, **é o Hospital Adão Pereira Nunes (HEAPN) a única referência pública no Estado do Rio de Janeiro.**

Como se vê, o HEAPN é um hospital diferenciado, pois congrega, em um único estabelecimento, tratamentos e tecnologias de altíssima complexidade e de rara existência na rede assistencial do SUS do Estado do Rio de Janeiro. **Características estas que definem o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes como um serviço público essencial de interesse regional e estadual que extrapola em muito o espectro de interesse local dos Municípios na conformação de competências constitucionais da Constituição da República Brasileira.**

Em suma, é inequívoca a importância do HEAPN para a garantia do acesso integral, igualitário e universal **de toda a população do Estado do Rio de Janeiro** (e não só do Município de Duque de



Caxias) aos serviços essenciais de saúde por ele prestados. Ou seja, trata-se de unidade fundamental para a harmonia do SUS no Estado do Rio de Janeiro.

Nesse passo, não há dúvida de que qualquer ato administrativo tendente a reduzir, restringir ou limitar a gerência/gestão estadual desta importante unidade de saúde, sobretudo de modo açodado e na contramão do interesse público já vocalizado pelos demais Municípios fluminenses, afronta os parâmetros legais e constitucionais sobre o tema, como demonstrado abaixo.

## **2.2. CONTEXTUALIZAÇÃO FÁTICA**

Em 15.07.2020, no Plantão Judiciário Noturno, a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPRJ) solicitou, com fulcro no art. 303 do CPC, tutela antecipada em caráter antecedente (autos nº 0139448-82.2020.8.19.00010) para que o Estado do Rio de Janeiro regularizasse os serviços essenciais de saúde prestados no Hospital Estadual Adão Pereira Nunes. À época, vistorias do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) apontaram inúmeras irregularidades ocorridas no fim da gestão direta exercida pela Organização Social IABAS, sem uma devida regularização pelo Estado do Rio de Janeiro.

O pedido foi acolhido pelo Juízo Plantonista, mas, como o Estado do Rio transferiu, logo em seguida, a gestão temporária direta do HEAPN para o Município de Duque de Caxias (Termo de Convênio nº 001/2020), foi necessário, com arrimo no art. 303, §1º, I, do CPC, aditar a petição inicial não só para incluir o pedido final, com o pleito de nulidade do Termo de Convênio nº 001/2020, como também para, por decorrência lógica, incluir o Município de Duque de Caxias no polo passivo da demanda.

Na oportunidade, Defensoria Pública e Ministério Público apontaram a manifesta ilegalidade do Termo de Convênio nº 001/2020, firmado entre o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Duque de Caxias, em razão (i) da ausência de sua publicização oficial; (ii) de sua não aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e pelos Conselhos Intergestores Regional e Estadual do Rio de Janeiro; (iii) da ausência de comunicação e informação de seu conteúdo à Assembleia Legislativa e à Câmara Municipal do Município de Duque de Caxias, como determina o art. 116 da Lei nº 8.666/93.



A breve gestão feita pelo Município de Duque de Caxias no HEAPN durou de julho de 2019 a janeiro de 2020, tendo sido noticiados a este r. Juízo, no curso do processo, graves fatos que a envolveram. Há notícias de que esta gestão municipal foi marcada por assédio moral sofrido pelos profissionais de saúde, precarização das condições de trabalho e fechamento de serviços assistenciais essenciais, inclusive de leitos destinados aos pacientes COVID, exatamente quando todo o Estado enfrentava um aumento substancial do número de casos e hospitalizações no final de 2020. **Todos estes fatos estão amplamente narrados nos relatórios de vistorias inclusos nos autos do processo nº 0139448-82.2020.8.19.0001** (demanda conexa – distribuição por dependência).

Diante de tal quadro grave, somado à redução do acesso dos cidadãos dos demais municípios fluminenses ao HEAPN, foi deferida, em 16/07/2020, decisão liminar nos autos nº 0139448-82.2020.8.19.0001, cujo pedido de suspensão foi indeferido pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, nos seguintes termos:

“ISTO POSTO, CONCEDO A TUTELA DE URGÊNCIA À PARTE AUTORA, a fim de determinar que o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Duque de Caxias comprovem o saneamento de todas as irregularidades narradas na exordial, no aditamento e no presente parecer, no prazo máximo de 10 (dez) dias, sob pena de encerramento do termo de convênio no prazo nele estipulado, sem a possibilidade de renovação ou prorrogação. Os réus devem comprovar, em especial, o saneamento, de forma solidária, das deficiências encontradas nas vistorias realizadas pelo CREMERJ (documentadas nos autos) e a regularização dos serviços mediante: abertura do CTI 01; regularização do déficit de plantonistas durante os finais de semana no CTI, bem como de médicos rotina; reposição do enxoval hospitalar no setor de trauma e colocação de divisórias entre os leitos, em especial por gênero; fornecimento de dados para a quantificação dos atendimentos em clínica médica na emergência em 2019; reparação da infiltração no centro cirúrgico e colocação em funcionamento da sala de cirurgia que atualmente está inutilizada por ausência de carro de anestesia; colocação em operação do aparelho de ressonância nuclear magnética; colocação dos cilindros de gases apoiados e fixados na forma correta, em



conformidade com a RDC 50 e 51 da ANVISA; **regularização da situação jurídica do corpo de profissionais de saúde e administrativos do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, para a solução de continuidade dos serviços essenciais prestados pela unidade; manutenção de toda a carteira de serviços de saúde ofertados pelo HEAPN, em especialidades e complexidades; e regulação de acesso aos serviços do HEAPN, de forma transparente e isonômica a toda a população, garantido o acesso a todas as vagas ou leitos através do Sistema Estadual de Regulação SER, de forma a evitar que sejam privilegiados pelos gestores do Hospital pacientes por critérios não clínicos. Outrossim, devem os réus demonstrar, no mesmo prazo de 10 (dez) dias, a aprovação regular do termo de convênio, durante o tempo em que estiver vigente, pelo Conselho Estadual de Saúde, pelo Conselho Municipal de Saúde, sem prejuízo de cientificação à Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e à Câmara dos Vereadores do Município de Duque de Caxias, bem como, sob pena de encerramento do termo de convênio no prazo nele estipulado, ou seja, em 07 de outubro, sem a possibilidade de renovação ou prorrogação”.**

A mobilização social e dos Secretários Municipais de Saúde da Baixada Fluminense pelo retorno da gestão estadual exclusiva do HEAPN foi tamanha que, em janeiro de 2021, expirado o prazo do Termo de Convênio nº 001/2020, a Secretaria de Estado de Saúde reassumiu o HEAPN. Nesta ocasião, o Governador do Estado do Rio de Janeiro expediu o Decreto nº 47.451/2021, regulamentando, com efeitos prospectivos, um processo legal administrativo para o estudo a respeito de uma possível municipalização do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, *in verbis*:

“Art. 1º - Cria o Grupo de Trabalho Especial com o objetivo de realizar, no âmbito do Governo do Estado do Rio de Janeiro, a municipalização do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes - HEAPN, localizado no Município de Duque de Caxias.

Art. 2º - O Grupo de Trabalho Especial será composto por 6 (seis) membros da Secretaria de Estado de Saúde, sendo 3 (três) titulares e 3 (três) suplentes, além de 6 (seis) membros da Secretaria de Estado da Casa Civil, sendo 3 (três) titulares e 3 (três) suplentes.



Parágrafo Único - O Grupo de Trabalho será coordenado pelo representante da Subsecretaria de Unidades Próprias da Secretaria de Estado de Saúde.

**Art. 3º - Os resultados obtidos pelo Grupo de Trabalho serão submetidos à análise e aprovação das Comissões Intergestores de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, no âmbito estadual, devendo o relatório final ser concluído no prazo de 60 (sessenta) dias após a criação do G T.**

Art. 4º - Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário”.

Note-se que, à época, pouco antes da Secretaria de Estado de Saúde (SES) reassumir o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN), a sua municipalização pelo Município de Duque de Caxias foi objeto de pauta específica da Comissão Intergestores Regional da Região de Saúde Metropolitana I.

Conforme trechos da ata (**Doc. 02**) destacados abaixo, não só a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro afirma ter interesse e plenas condições de assumir com qualidade a gestão do HEAPN como os demais Secretários de Saúde da Baixada Fluminense opõem-se à municipalização, exatamente em razão do caráter estadual e regional dos serviços de saúde ofertados pela unidade e, de outro lado, do histórico da gestão sanitária do Município de Duque de Caxias, cujas unidades de saúde são alvo de constantes notícias e de demandas judiciais, em razão dos problemas que os serviços por elas prestados à população apresentam, bem como em razão dos ruins indicadores de gestão e de desempenho da rede municipal de saúde. Aliás, são inúmeras as ações civis públicas que denunciam, a todos os Juízos desta Comarca, as múltiplas e gravíssimas irregularidades nos serviços de saúde prestados pelo Município de Duque de Caxias. Nesse sentido, inúmeros trechos da ata da CIR abaixo:

**“1. Municipalização do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) –**

A Sra. Monica saúda a todos e informa que a Sra. Dayse Aguiar – Assessora de Regionalização se faz presente pela importância do tema. Esclarece a



todos que a convocação da reunião extraordinária se deu em função do recebimento de um ofício do município de Duque de Caxias, solicitando a reunião para apresentar proposta de municipalização do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes. A solicitação de Duque de Caxias se deu por orientação da SES, dada a natureza do assunto, **que envolve um estabelecimento hospitalar com perfil regional, cabendo a apreciação da referida proposta pelos demais municípios integrantes da CIR Metropolitana I.**

Após a explanação do Sr. Secretário de Saúde de Duque de Caxias, a **Sra. Monica reforça que a proposta de municipalização do HEAPN é um pleito exclusivo da gestão do município de Duque de Caxias** e passa a palavra aos demais membros da CIR presentes para manifestação.

**Sra. Dulce – representante suplente de Seropédica**, em concordância com a manifestação da representante do RJ, **diz que não há acordo sem que haja conhecimento detalhado sobre o custeio do hospital e a garantia de atendimento para residentes de municípios que não Duque de Caxias.**

**Sr. Uilen – Nilópolis**, na mesma linha, fala da necessidade de informações mais técnicas e que a **organização regional Rede de Urgência e Emergência deve ser considerada.** O **Sr. Emerson – Mesquita** relaciona a situação do HEAPN e o ocorrido com o Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI). **Ressaltou a dificuldade de manutenção de uma unidade hospitalar com este porte pelo município. Reforça a necessidade de mais esclarecimentos e pede que seja informada a posição do atual Secretário de Estado.**

**Sra. Janaina – Itaguaí** apoia a posição de que faltam detalhes relevantes sobre o assunto. **Sr. Carlos – Nova Iguaçu** se posiciona contrário pela falta de detalhes da proposta. **Sr. Rene – Seropédica** solicita clareza e garantia para atendimento de urgência e emergência e declara não concordar com a municipalização nesse momento. **Sra. Marcelle – Queimados** declara ter feito planos para o fechamento do



**Hospital de Campanha. Se a municipalização se concretizar terá de rever o seu planejamento. Sr. Daniel – Magé pede que a garantia de atendimento, principalmente de alta complexidade, seja firmada, para que os pacientes não sejam desassistidos futuramente, no caso de municipalização. Sra. Marta – Belford Roxo concorda que há falta de informações estruturais. Sabe que o município de Duque de Caxias está fazendo sua parte, entretanto o serviço precisa ser garantido de forma permanente. A Sra. Andrea Lemos – representante de Japeri manifesta, através do chat que “Não vejo como a municipalização do Adão Pereira Nunes pode ser benéfico para Japeri. A Secretária de Japeri não apoia”.**

**A Sra. Monica declara que a Secretaria de Estado de Saúde vem se preparando para assumir o HEAPN, visto que o prazo para término do acordo firmado com Duque de Caxias é quinze de janeiro próximo. De acordo com o atual Secretário estadual, o estado tem condições e irá retomar a gestão da unidade.**

**A Sra. Monica .... diz que a região é importante, o colegiado é fundamental na avaliação da proposta de D. de Caxias, visto que a municipalização não prospera sem a manifestação de todos os gestores e do consenso dos membros da CIR, o que efetivamente não ocorreu.”**

Para ratificar o que ora se aduz, **o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) emitiu recente nota (Doc. 03) opondo-se à municipalização nos moldes que foi anunciada.** No documento, restou ressaltado o relevante perfil regional do HEAPN, inclusive destacando que possui caráter estadual para alguns procedimentos, e a necessidade de ser travado um debate amplo entre os gestores municipais e estadual, a fim de estabelecer critérios de garantia de acesso equânime para todos que necessitam dos serviços ofertados pela unidade.



Ao final, a nota destaca a necessidade de formação de um fórum adequado para discussão sobre a matéria pelas Comissões Intergestores Bipartite e Regional da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ e CIR-M1)), conforme preceitua a Lei nº 8.080 de 1990, com redação dada pela Lei nº 12.466 de 2011, especialmente no art. 14, que reconhece as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde, tendo por objetivo:

- I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;*
- II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;*
- III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.*

Como encaminhamento, a Nota propõe a criação de uma Comissão Técnica no âmbito da CIB/RJ, legalmente formalizada, composta de técnicos indicados pelo COSEMS, pela Secretaria de Estado de Saúde e SMS de Duque de Caxias, restando claro que a discussão da matéria, antes de ser conduzida ao colegiado estadual (CIB/RJ), seja submetida à Comissão Intergestores Regional (CIR), da Região Metropolitana I.

Não há dúvida, portanto, de que o HEAPN oferta serviços de saúde de alta complexidade, de referência estadual e regional, e que, nesse passo, qualquer alteração, restrição, limitação ao atual modelo de gestão estadual do HEAPN afeta diretamente a esfera jurídica dos cidadãos mais vulneráveis de todo o Estado e sobretudo dos Municípios da Região de Saúde Metropolitana I (Baixada Fluminense).



Embora a Defensoria Pública e o MPRJ tenham recomendado ao Governador do Estado do Rio de Janeiro, em janeiro de 2021, que o processo de municipalização fosse amplamente discutido com os demais municípios do Estado, com a inclusão de representantes das instâncias deliberativas do Sistema Único de Saúde, como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), certo é que este debate, até hoje, não se efetivou.

O Decreto Estadual n. 47.484/21 criou o Grupo de Trabalho do Governo do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de realizar a municipalização do HEAPN, em 11 de fevereiro de 2021. A Resolução Conjunta SEC/SES n. 12/21 previu a composição deste grupo. Todavia, apurou-se que aconteceu apenas UMA reunião do grupo, na qual não houve qualquer deliberação pela municipalização do hospital. Não foi, portanto, feito ou concluído qualquer estudo técnico, nem mesmo um debate político com os demais municípios e instâncias deliberativas do Sistema Único de Saúde (vide as declarações dos representantes da CIB-RJ e do COSEMS, feitas na presente data, através dos links: <https://www.dropbox.com/sh/vkxn17a5ljmi0ck/AADjYEFoJuyRI6j4tesThirKa?dl=0>).

Igualmente, esta municipalização não foi discutida no CISBF (Consórcio de Municípios da Baixada Fluminense) e nem no Conselho Estadual de Saúde.

Em tal contexto, resta inequívoco que o interesse público em jogo não é outro, senão o de impedir qualquer alteração no atual modelo de gestão estadual do HEAPN, sem que o caráter regional e estadual dos serviços de saúde ali ofertados estejam devidamente assegurados através de instrumentos jurídicos e de gestão. O que, ressalte-se, está em consonância com o princípio da preponderância dos interesses que rege a repartição de competências constitucionais dos entes federativos na Constituição Federal de 1988. Não é por outra razão, aliás, que o art. 17, IX, da Lei nº 8.080/90 estabelece:

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

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



### **2.3. DA MANIFESTA INCONSTITUCIONALIDADE E ILEGALIDADE NA MODIFICAÇÃO DO ATUAL MODELO DE GESTÃO ESTADUAL DO HEAPN**

A despeito do todo narrado, a população e os gestores de saúde fluminenses (assim como a Defensoria Pública e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro) foram surpreendidos (inclusive, o próprio Secretário de Estado de Saúde, segundo matéria jornalística) com a notícia de que o Governador e o Prefeito de Duque de Caxias decidiram novamente, *por sponte própria*, que o Município de Duque de Caxias assumiria o HEAPN, anunciando-se a celebração de novo convênio ou instrumento de ajuste para tanto.

Todavia, além de tal postura afrontar, como se viu, o próprio regramento constitucional e legal sobre a repartição de competências administrativas entre os entes federativos, inclusive no SUS (Sistema Único de Saúde), ela contrariou, ainda, o próprio Decreto Estadual nº 47.451/202 que, exatamente como forma de autocontenção do Poder Público, estabeleceu um devido processo legal administrativo para a alteração do atual modelo de gestão estadual do HEAPN. Portanto, agora, não se pode admitir, por coerência lógica (*nemo potest venire contra factum proprium*) que o próprio Governo Estadual descumpra, em nítido abuso de poder, as limitações a si mesmo impróprias para coibir violações aos princípios constitucionais da finalidade, probidade, moralidade e impessoalidade da Administração Pública. Repita-se que o Governo do Estado do Rio de Janeiro promoveu, através do grupo de trabalho que deveria debater a futura municipalização, apenas uma reunião – em fevereiro de 2021 – na qual nada foi decidido. De lá pra cá, o grupo não andou, segundo informado pelos próprios membros do grupo, representantes da CIB e da CIR (vide declarações em <https://www.dropbox.com/sh/vkxn17a5ljmi0ck/AADjYEFoJuyRI6j4tesThirKa?dl=0>).

Em tom depreciativo, o Governador demonstrou dar pouca importância ao trabalho dos técnicos do Grupo de Estudo por ele mesmo instituído e ao devido processo legal por ele mesmo estabelecido, conforme entrevista que o trecho se transcreve:



*"a gente não pode ficar criando grupos que atrapalhem o Estado a andar".<sup>4</sup>*

É lamentável perceber tal grau de desprezo às instâncias deliberativas do SUS, aos profissionais do HEAPN, aos membros da própria Secretaria de Estado de Saúde (SES), às demais secretarias municipais de saúde e à população do Estado do Rio de Janeiro.

**A lógica constitucional que deve nortear a administração pública é exatamente diversa: a população do Estado do Rio de Janeiro tem o legítimo interesse em que a gestão de serviços públicos e o uso de bens públicos do Estado, afetados à prestação de serviços públicos essenciais e inadiáveis, seja feita de acordo com o interesse da coletividade, e não de poucos ou ao bel prazer dos governantes.**

Ora, como comprovam as respostas dos ofícios inclusos, não houve, ainda, sequer finalização dos estudos e análises previstos no Decreto Estadual nº 47.451/202. E muito menos a sua submissão à prévia deliberação das Comissões Intergestores Regionais e Estadual e aos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, que concretizam o princípio da participação popular no SUS (art. 198 da CRFB/88).

Em prática recorrente, que também afronta os princípios da publicidade e transparência dos atos praticados pela Administração Pública (art. 37 da CRFB/88) e reforça o caráter ilegal das tratativas administrativas já anunciadas com relação ao HEAPN, nem o Estado do Rio de Janeiro nem o Município de Duque de Caxias enviaram à Defensoria Pública e ao Ministério Público do Rio de Janeiro cópia do instrumento de “municipalização” divulgado amplamente na imprensa pelo próprio Prefeito de Duque de Caxias e pelo próprio Governador relativo à “municipalização” do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (Doc. 04).

Nos últimos dias, inclusive, possivelmente em razão da forte resistência desses autores coletivos, do COSEMS e da ALERJ à anunciada “municipalização” do HEAPN, Estado do Rio e Município de Duque de Caxias alteraram o discurso, e divulgaram que o instrumento trata-se, na verdade, de “um

---

<sup>4</sup> <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2021/12/08/mp-alerj-defensoria-publica-e-secretarias-municipais-sao-contra-municipalizacao-do-hospital-adao-pereira-nunes-por-caxias-rj.ghtml>



protocolo de intenções no qual o município se mostra favorável a essa mudança de gestão” ([https://monitoring.knewin.com/verNoticia.aspx?q=LWcCwEm1EzayIW5vGkf9Zv\\_KgrPpvW-d0](https://monitoring.knewin.com/verNoticia.aspx?q=LWcCwEm1EzayIW5vGkf9Zv_KgrPpvW-d0)).

Todavia, há o fundado receio de que o instrumento que formaliza a alteração, em definitivo, do atual modelo de gestão do HEAPN será assinado, hoje à tarde, ou a qualquer momento no decorrer desta semana, o que vem gerando forte insegurança jurídica nos profissionais de saúde da unidade, na gestão dos demais municípios e em toda a população.

Não se pode admitir, portanto, que o Governo do Estado do Rio de Janeiro e a Prefeitura Municipal de Duque de Caxias driblem ou burlem, de qualquer modo, o controle social do SUS, mediante a falta de aprovação da municipalização no Conselho Estadual de Saúde, ou mesmo as instâncias deliberativas do SUS, mediante aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ).

Não podem, igualmente, deixar de demonstrar, através de **instrumentos jurídicos e de gestão**, medidas efetivas que garantam o **caráter regional e estadual dos serviços prestados no HEAPN**, de forma a manter o acesso igualitário a todos os cidadãos do estado aos serviços de referência de alta complexidade prestados no hospital. Importante que não se olvide: toda a rede de urgência e emergência da Baixada Fluminense depende do HEAPN.

Finalmente, importante, ainda, ressaltar que o financiamento do HEAPN, caso seja feita a municipalização de sua gestão, não resta esclarecido, nem mesmo pactuado. Como se sabe, o hospital não é uma unidade com orçamento próprio e estabelecido. O custeio do HEAPN depende do fundo estadual de saúde. Não há um centro de custos para o hospital, ou seja, o Governo do Estado não sabe quanto o HEAPN custa para os cofres estaduais. **Ora, como o Município de Duque de Caxias irá assumir um hospital cujo custeio não sabe se será capaz de suportar? Como o Governo do Estado vai entregar a gestão do hospital se não sabe como será suportado o seu custo, no mesmo padrão atual?** Se sabem, precisam esclarecer e demonstrar, em homenagem ao princípio da transparência e da publicidade. **É preciso que a manutenção da capacidade, da carteira de serviços e da qualidade sejam garantidas no HEAPN, através de instrumentos jurídicos.**



Aliás, importante lembrar que **não houve pactuação acerca do financiamento do HEAPN com os demais gestores municipais do SUS**, caso a municipalização seja feita. Todos os municípios do Estado do RJ deverão financiar os serviços de alta complexidade que são acessados por seus municípios no HEAPN. Este processo de financiamento, entretanto, precisa ser pactuado entre eles, nas esferas legalmente instituídas pelas Leis n. 8080/90 e 8.142/90.

A história recente no Estado do Rio de Janeiro mostra que a municipalização de unidades de saúde de alta complexidade devem ser precedidas de um amplo e intenso debate com todos os atores sociais e gestores públicos interessados e atingidos. Assim se deu com a municipalização do Hospital Federal da Lagoa e do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI). Até o momento, entretanto, não se deu com o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes. Sem este debate, não se pode esperar que eventual municipalização esteja “amarrada”, do ponto de vista institucional e jurídico, em mecanismos de controle e gestão para garantir o custeio e o uso adequado de um hospital que presta serviços que precisam ser acessado, igualmente, por todos os cidadãos do estado.

### **III – DO DIREITO:**

#### **A) DA VIOLAÇÃO A JURIDICIDADE – AFRONTA AO PRINCÍPIO CONSTITUCIONAL DA PREPONDERÂNCIA DOS INTERESSES E AO ARTIGO 17, IX, DA LEI N. 8080/90:**

Como se demonstrou acima, o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN) é uma das principais portas hospitalares para serviços de atenção a urgências e emergências nas Regiões de Saúde Metropolitana I e II, e oferta serviços de média e alta complexidade de referência estadual e regional que, por isso, em razão de sua afetação pública ao interesse estadual, é uma unidade de saúde estratégica e de responsabilidade da gestão estadual no SUS. Nessa toada, o comando categórico do artigo 17, IX, da Lei 8080/90, *in verbis*:

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

....



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

Como se vê, a regra expressa da Lei nº 8.080/90, que regulamenta a operacionalização do SUS, possui perfeita compatibilidade com o critério constitucional da preponderância do interesse na repartição das competências administrativas entre os entes federativos, de modo que o seu comando deve ser prestigiado pela Administração Pública, sob pena de manifesta e odiosa nulidade.

O objetivo da norma é claro: somente uma gestão estadual é capaz de garantir que haja a equidade do acesso aos cidadãos de todos os Municípios fluminenses àquele serviço que o próprio Estado identificou como de importância regional e estadual e passou a ofertar exatamente por compreender que tal tarefa não incumbe e nem será bem desempenhado pelos entes municipais.

**B) DA NECESSIDADE DE PRÉVIA APROVAÇÃO DA ALTERAÇÃO DO ATUAL MODELO DE GESTÃO DO HEAPN PELAS COMISSÕES INTERGESTORES DE SAÚDE E PELOS CONSELHOS DE SAÚDE – DO DESVIO DE FINALIDADE E DO ABUSO DE PODER E CONSEQUENTE VIOLAÇÃO A EXIGÊNCIA DE JURIDICIDADE DOS ATOS ADMINISTRATIVOS**

Como se viu, restou comprovada nos autos a falta de apresentação e prévia aprovação das tratativas até então praticadas pelos Chefes dos Poderes Executivos do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Duque de Caxias com relação ao HEAPN pelos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde.

Ou seja, as tratativas, ajustes e/ou protocolo de intenções assinados entre o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Duque de Caxias não foram submetidos ao controle social do Sistema Único de Saúde. Este fato ganha gravidade, considerando que o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, repita-se, é uma unidade de saúde de extrema importância e, também, estratégica para a população do estado, em especial para os municípios da Baixada Fluminense, sendo uma das principais referências para serviços de urgência, emergência, média e alta complexidade. Esta unidade se destaca, como se viu, no atendimento a traumas graves e a pacientes baleados.



O hospital está inserido na lógica da regionalização da política de saúde e, portanto, há questões importantes relacionadas à garantia de regulação de acesso e ao financiamento dos serviços prestados pelo hospital a pacientes oriundos de todo o estado.

Tal situação justifica a importância e necessidade de apresentação do instrumento, tratativas ou protocolo de intenções ao prévio debate e prévia aprovação pelos Conselhos Estadual de Saúde e Municipal de Saúde de Duque de Caxias, tendo em vista o modelo de gestão participativa imposto pela Constituição da República (inciso III do artigo 198 ) e pela legislação pátria (Lei n. 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde e Lei n. 8.142/90).

O parágrafo 2º do art. 1º da Lei n. 8.142/90 dispõe que o **Conselho de Saúde**, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo suas decisões homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

No Estado do Rio de Janeiro, coube à Lei Complementar n. 71, de 15 de janeiro de 1991 criar o Conselho Estadual de Saúde, estabelecendo, ainda, as regras gerais de funcionamento. A citada lei, inspirada na normativa nacional, dispõe, em seu art. 1º, inciso I, que:

**(...) ao Conselho Estadual de Saúde -CES, órgão permanente e deliberativo, composto de representantes do Governo, prestadores de serviços da área de saúde, profissionais e usuários da mesma área, incumbe atuar na formulação de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros do Sistema Único de Saúde, no Estado do Rio de Janeiro.**

No Município de Duque de Caxias coube à Lei Municipal nº 1.068, de 30 de agosto de 1991, artigo 3º:



**“O Conselho Municipal de Saúde, também denominado pela sigla COMSADC, em caráter permanente e deliberativo, é órgão colegiado composto por representantes do Governo, dos Prestadores de Serviço, dos Profissionais de Saúde e dos Usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde do Município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”.**

No campo do planejamento das ações em saúde, especificamente, quanto ao seu aspecto financeiro, a Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, dispondo sobre as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas de saúde nas 03 (três) esferas de governo, estabelece entre as atribuições dos Conselhos de Saúde:

- “a) aprovar a metodologia pactuada nas Comissões Intergestores Tripartite para a transferência de recursos federais para os Estados, Distrito Federal e Municípios, ou ainda, a metodologia estabelecida em Comissão Intergestores Bipartite, para a alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos para os Municípios (art. 17, parágrafo 1º e art. 19, parágrafo 1º);
- b) monitorar os dados recebidos do Poder Executivo acerca do montante de recursos previsto para transferência da União, para os Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde e termos de compromisso firmados entre os entes federados, ou ainda, os dados recebidos acerca do montante de recursos transferidos pelos Estados aos Municípios, com base no Plano Estadual de Saúde (art. 17, parágrafo 3º e art. 19, parágrafo 2º);
- c) aprovar os critérios de transferência dos Estados para os Municípios, via Fundos Municipais de Saúde, destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde (art. 20);
- d) deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento das prioridades a serem fixadas nos planos e instrumentos de planejamento para a aplicação de verbas da saúde – planos plurianuais, leis de diretrizes orçamentárias, leis orçamentárias e planos de aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde (art. 30, parágrafo 4º);



- e) aprovar o Relatório Anual de Gestão - RAG, o qual deverá ser encaminhado pelo gestor até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, emitindo parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas na citada lei complementar (art. 36, parágrafo 1º);
- f) aprovar a Programação Anual do Plano de Saúde - PAS antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente (art. 36, parágrafo 2º);
- g) avaliar a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas, encaminhando à Chefia do Poder Executivo as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias (art. 41).

Verificou-se, ainda, que as tratativas, protocolo de intenções ou ajustes até então firmados com vistas à alteração do atual modelo de gestão estadual do HEAPN não foram igualmente aprovados previamente pelas Comissão Intergestores Regionais das Regiões Metropolitana I e II e pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro – CIB-RJ.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi instituída a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde nº 545 de 20 maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS) 01/93. Formada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tal comissão se configura, no âmbito estadual, como a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS tendo, como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipais e estadual de governo.

Posteriormente, como instrumento de fortalecimento da diretriz constitucional de regionalização das ações e serviços públicos de saúde (art. 198, *caput*, da CRFB/88), o Decreto nº 7.508/2011 estabeleceu, ainda, a necessidade de submissão das decisões operacionais e financeiras do SUS em âmbito regional à prévia deliberação e aprovação das Comissões Intergestores Regionais. Confira-se:



“Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

**III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.**

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e



III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais”.

Ou seja, na prática, a política de regionalização, com pactuação de referências e contrarreferências regionais, passa previamente pela aprovação das CIRs e da CIB-RJ (ou seja, conta com a participação de todos os municípios) para que haja a liberação dos recursos financeiros necessários.

Considerando a posição estratégica do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes dentro da regionalização de serviços de saúde no estado, desempenhando importante papel como referência hospitalar de alta complexidade para toda a Baixada Fluminense, a aprovação de qualquer ajuste que altere o atual modelo de gestão do HEAPN demanda aprovação prévia pelas CIRs das Regiões de Saúde afetadas e pela CIB-RJ, até como forma de garantia da manutenção do acesso igualitário ou isonômico entre municípios de diversos municípios.

O acesso aos serviços do hospital estadual precisa ser garantido de forma isonômica, ou seja, os critérios de prioridade no acesso devem ser clínicos e não pautados no endereço ou residência do paciente, ou mesmo na amizade com quem quer que seja. Daí a importância da regulação de acesso aos serviços pelo gestor estadual. Atualmente, praticamente todos os processos que dizem respeito ao financiamento, à descentralização da estrutura gestora do SUS, e à estruturação e funcionamento da rede de serviços propagados pelo nível federal e estadual necessitam da apreciação e aprovação nas CIRs das Regiões de Saúde interessadas e na CIB para serem implementadas como, por exemplo, processos de habilitação municipal às diferentes condições de gestão propostas pelas Normas Operacionais do SUS; critérios para as transferências de recursos financeiros federais (definição dos tetos financeiros municipais e acompanhamento do gerenciamento local dos recursos transferidos); credenciamento de novos serviços de saúde.

#### **C- DA LESÃO AO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E À VIDA:**



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).

Mariana Filchtiner Figueiredo, ao citar Ingo Wolfgang Sarlet, em sua obra “Direito Fundamental à Saúde – 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 assegurada 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, contínua (art. 37 da CRFB/88) e com a máxima efetividade.

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. 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”.

Ou seja, determinou que todos, independentemente do sexo, raça, religião, de serem trabalhadores formais ou não, sem distinção de qualquer natureza, possuam 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 elaboradas para viabilizar a prestação eficiente e contínua do serviço essencial à saúde pelo Poder Público. Nesse passo, objetivando uma melhor e mais qualificada prestação do serviço essencial à saúde à população, a Portaria nº 1600/2011 (atualmente consolidada na Portaria de Consolidação nº 03/2017, do Ministério da Saúde) determinou que Estados e Municípios qualificassem e expandissem sua rede de atenção às urgências, mediante, inclusive, a manutenção em funcionamento regulamentar de hospitais e unidades de pronto atendimento 24h, como o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes. Confira-se:

“Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

#### CAPÍTULO I

#### DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;



IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

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

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

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



§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

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

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

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias”

À luz do todo exposto, não resta dúvida de que, tal como conduzida, a alteração na gestão do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes trará enormes impactos ao grau de assistência à saúde e à vida já alcançados pela população fluminense.



Sobre a matéria, o Professor português J. J. Gomes Canotilho sustenta que a vedação ao retrocesso social, também conhecido como revolução reacionária ou efeito clichet, consiste num comando imperativo ao legislador ou ao constituinte reformador para que não pise nos próprios passos; não retroceda, ou seja, não afronte a legítima expectativa dos cidadãos de que haverá apenas melhoria ou manutenção no que tange ao oferecimento e proteção de direitos constitucionalmente tutelados.

Percebe-se que o objetivo desse princípio-norma é a busca da segurança jurídica na aplicação da Constituição e das normas infraconstitucionais, buscando-se medidas contra ações do Estado tendentes a retroceder ou suprimir direitos e garantias já conquistadas. A doutrina brasileira também reconhece tal princípio, como bem esclarece o Professor Luís Roberto Barroso:

“Por este princípio, que não é expresso, mas decorre do sistema jurídico-constitucional, entende-se que se uma lei, ao regulamentar um mandamento constitucional, instituir determinado direito, ele se incorpora ao patrimônio jurídico da cidadania e não pode ser absolutamente suprimido”.

Essa proposição não é um princípio-norma setorial apenas do Direito Constitucional ou do Direito Público, sendo um mandado de otimização que perpassa todos os ramos do Direito.

Dessa forma, não há dúvida de que alcança do direito à saúde (ligado ao direito à assistência social, igualmente sob a égide do Título VIII da Constituição Federal), que também já foi tema de questionamento na Corte Suprema. Leia-se o voto do Min. Celso de Mello, no AgRg. no RE com Agravo 745.745/MG, julgado em 02/12/2012 pela Segunda Turma:

“Se o Estado deixar de adotar as medidas necessárias à realização concreta dos preceitos da Constituição, em ordem a torná-los efetivos, operantes e exequíveis, abstendo-se, em consequência, de cumprir o dever de prestação que a Constituição lhe impôs, incidirá em violação negativa do texto constitucional. Desse ‘non facere’ ou ‘non praestare’, resultará a inconstitucionalidade por omissão, que pode ser total, quando é nenhuma a providência adotada, ou parcial, quando é insuficiente a medida efetivada pelo Poder Público”. (Grifos nossos).



O Supremo Tribunal Federal, *ipsis litteris*, reconhece que o Estado, ao retroceder ao patamar até então alcançado de direitos sociais, fere gravemente o que a Constituição prioriza com maior veemência: os direitos fundamentais que em sua maioria são tidos como cláusula pétrea na linha do art. 60, § 4º, CR.

No mesmo sentido, afirma a Min. Rel. Assusete Magalhães, REsp Nº 1.532.931/SP (STJ) , julgado em 20/05/2015 por Decisão Monocrática: “A interpretação das normas também não pode levar ao retrocesso social, aniquilando aquele “núcleo essencial da existência mínima inerente ao respeito pela dignidade da pessoa humana”.

#### **IV – DA CONCESSÃO DA TUTELA DE URGÊNCIA**

Diante do todo exposto, não há dúvida de que estão presentes os requisitos para a concessão da tutela de urgência antecipada em caráter antecedente previstos no art. 300 e 303 do CPC, quais sejam, a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo.

Com efeito, o *fumus boni iuris* encontra-se consubstanciado em todos os documentos acostados com a inicial, nos vídeos acessíveis através dos links <https://www.dropbox.com/sh/vkxn17a5ljmi0ck/AADjYEFoJuyRI6j4tesThirKa?dl=0>, bem como nas notícias diárias da forte oposição dos gestores, da Comissão de Saúde da ALERJ, à alteração do atual modelo de gestão estadual do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, fato, aliás, já público e notório. **Tais evidências denotam que o devido processo legal que deve anteceder à municipalização de um hospital estadual não foi observado.**

O *periculum in mora*, por seu turno, evidencia-se no fato de que, a qualquer momento, poderá ocorrer, em desacordo com a legislação constitucional e legal sobre o tema, sem ampla publicidade, transparência e sem prévia submissão e aprovação dos Conselhos Intergestores e de Saúde, a alteração em definitivo do atual modelo de gestão estadual do HEAPN, fato que já está impactando o funcionamento da unidade, com violação aos direitos fundamentais coletivos à saúde e à vida.



## V – DO PEDIDO:

Diante de todo o exposto, requer:

- 1) A concessão da tutela provisória de urgência, em caráter antecedente, **para:**
  - a) **determinar, nos termos do art. 297, 300 e 303 do Código de Processo Civil, que o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Duque de Caxias se abstenham de assinar qualquer documento, instrumento ou ajuste, que altere, de forma transitória ou definitiva, o modelo atual de gestão estadual do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes (HEAPN), sob pena de multa pessoal diária ao Governador e ao Prefeito de Duque de Caxias, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), cada uma, a ser convertida ao Fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/85, sem prejuízo das demais sanções cíveis e criminais aplicáveis à espécie (art. 84, §5º, da Lei nº 8.078/90 e art. 536, §1º, do CPC) e, caso o referido documento já tenha assinado, para suspender os seus efeitos até o trânsito em julgado da lide;**
  - b) **Subsidiariamente**, a concessão da tutela provisória de urgência, em caráter antecedente, para determinar, nos termos do art. 297, 300 e 303 do Código de Processo Civil, **que o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Duque de Caxias se abstenham de assinar qualquer documento, instrumento ou ajuste, que altere, de forma temporária ou definitiva, o modelo atual de gestão estadual do Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, enquanto não seja concluído um prévio processo de debate e aprovação com as instâncias legais competentes que inclua, sob pena de multa pessoal diária ao Governador e ao Prefeito de Duque de Caxias, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), cada uma, a ser convertida ao Fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/85, sem prejuízo das demais sanções cíveis e criminais aplicáveis à espécie (art. 84, §5º, da Lei nº 8.078/90 e art. 536, §1º, do CPC):**



**b.1) aprovação da municipalização da gestão do HEAPN pelas CIRs das Regiões Metro I e II, pela CIB/RJ, pelo Conselho Municipal de Saúde de Duque de Caxias e pelo Conselho Estadual de Saúde. Caso o documento já tenha assinado, requer a suspensão dos seus efeitos até que o documento seja previa e devidamente aprovado pelas CIRs das Regiões Metro I e II, pela CIB/RJ, pelo Conselho Municipal e Estadual de Saúde;**

**b.2) pactuação prévia na CIB-RJ acerca do financiamento e custeio do HEAPN, inclusive em relação aos recursos que todos os municípios deverão destinar, ainda que através de repasses ao Fundo Estadual de Saúde, para o custeio deste hospital. Caso o documento já tenha assinado, requer a suspensão dos seus efeitos até que o processo de pactuação acerca do financiamento do HEAPN seja concluído na CIB-RJ.**

**c) Para que o Estado do Rio de Janeiro e o Município de Duque de Caxias juntem, aos autos, no prazo máximo de 24 horas, cópia integral de todos os documentos assinados com relação ao Hospital Estadual Adão Pereira Nunes nos últimos 6 meses, assim como publicize no SEI, de forma integral, todos os atos realizados pelo Grupo de Estudo previsto no Decreto nº 47.451/2021, informando o número correspondente do SEI nestes autos;**

2) A intimação dos réus, nas pessoas de seus representantes legais, sobre a concessão da presente tutela provisória de urgência para, querendo, recorrer sob pena de sua estabilização, o que desde já se requer nos termos do art. 304 do Código de Processo Civil;

3) Com a concessão da tutela pleiteada, requer-se o prazo de 15 (quinze) dias ou outro maior que Vossa Excelência determinar, para aditar a presente inicial;

4) Com o aditamento da presente inicial nos termos do inciso I do § 1º do art. 303 do Código de Processo Civil, o autor requererá a citação do réu para responder ao pedido definitivo.



Nos termos do art. 303, § 4º, dá-se á causa o valor de R\$ 10.000,00.

Informa o MPRJ que receberá as intimações pessoais decorrentes do processo na Secretaria da **2ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Região Metropolitana I**, sediada à Rua General Dionísio, nº 764, 6º andar, sl 605/606, Bairro 25 de Agosto, Duque de Caxias - RJ, CEP 25.075-095 ou por meio eletrônico, através do email **2pjtcsrcm1@mprj.mp.br**.

Nestes termos, pede deferimento.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2021.

ALESSANDRA BENTES TEIXEIRA VIVAS

Defensora Pública Estadual

4º Núcleo Regional de Tutela Coletiva

CARLA CARRUBBA

Promotora de Justiça

2ª PJTC Saúde Metro I