

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS  
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO**



**UFRJ**

**O MODELO FEDERATIVO ADOTADO NA CRFB 88 E A CONSECUÇÃO DO  
DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

**FABIANO LUIZ DE SOUZA**

**RIO DE JANEIRO  
2017 / 2º Semestre**

**FABIANO LUIZ DE SOUZA**

**O MODELO FEDERATIVO ADOTADO NA CRFB 88 E A CONSECUÇÃO DO  
DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação do **Professor Dr. Carlos Alberto P. N. Bolonha**.

**Rio de Janeiro**  
**2º semestre/2017**



**FABIANO LUIZ DE SOUZA**

**O MODELO FEDERATIVO ADOTADO NA CRFB/88 E A CONSECUÇÃO DO  
DIREITO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professor Dr. Carlos Alberto P. N. Bolonha**

Data da Aprovação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Orientador: **Professor Dr. Carlos Alberto P. N. Bolonha**

---

Membro da Banca

---

Membro da Banca

**Rio de Janeiro**

2º semestre/2017

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus. A Ele toda a glória por esta conquista!

Em segundo lugar, meus agradecimentos aos meus pais Francisco e Felomena, que me deram a vida e, mesmo em sua pouca escolaridade – mas com amor e sacrifício – sempre foram exemplo de decência, ética e retidão, nos quais moldei meu caráter.

Minha gratidão se destina, também, aos meus irmãos Solange, Flávio e Simone; e aos meus sobrinhos Flavinho, Juliana, Leandro, Matheus, Gustavo, Mariana e Guilherme pelo estímulo permanente nesta caminhada rumo à Universidade Pública.

A todos os professores que tive na vida, meus sinceros agradecimentos e reconhecimento por terem me incentivado, sustentado, suportado e por seu apoio irrestrito nessa conquista.

Finalmente, às amigas da faculdade Heloisa Brum e Sabrini a minha mais profunda gratidão. E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação durante os anos para a obtenção deste título, externo aqui a minha Gratidão!

Meu agradecimento especial ao meu Orientador, Professor Carlos Bolonha pelo acolhimento, direcionamento e incentivo nesta empreitada.

## RESUMO

**SOUZA, Fabiano Luiz de. O Modelo Federativo Adotado na CRFB/88 e a Consecução do Direito à Saúde no Município do Rio de Janeiro. 2017: 55 páginas. Monografia (Graduação/Bacharelado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.**

Este trabalho aborda o acesso à saúde no Brasil no âmbito dos direitos constitucionais básicos. Apontará os liames doutrinários e a fundamentação legal que embasam o tema e a gestão da saúde no âmbito municipal. Discorrerá sobre o funcionamento do Sistema único de Saúde – SUS, com a transferência da Gestão da Saúde para os entes federativos que têm apresentado uma série de ineficiências e entraves, levando ao colapso da universalização da saúde conforme o projeto do SUS. Com base nas garantias fundamentais e nos direitos constitucionais elencados na Constituição Cidadã, a oferta em Saúde possui primordial relevância para o cidadão brasileiro. Neste enfoque, as negativas de tratamento violam direitos consagrados, conseqüentemente há uma crescente judicialização da Saúde – para fornecimento de internações, medicamentos, realização de cirurgias e exames – face à ineficiência do sistema de saúde em seus âmbitos federativos, o que denota o fracasso do modelo de Gestão da Saúde adotado no Brasil e em especial no Município do Rio de Janeiro, através das OS e OSCIP.

**Palavras-Chave:** Acesso à Saúde, Direitos Fundamentais, Municipalização, Sistema Único de Saúde, OS/OSCIP.

## ABSTRACT

**SOUZA, Fabiano Luiz de. The Federative Model adopted by the CRFB/88 and the Procurement of the Right to Health on the Rio de Janeiro County. 2017: 55 pages. Monograph (Undergraduate/Bachelor in Law) – Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.**

This work deals with the access to health in Brazil in the scope of basic constitutional rights. It will point doctrinal bonds e the legal fundamentation which are the bases of the theme and health management in the county scope. It will discourse over the functioning of the Unified Health System (SUS), with the transfer of the Management of Health between the federation entities which have presented a series of inefficiencies and blockades, which has brought about the collapse of health universalization according to the SUS project. With bases on the fundamental assurances and in the constitutional rights cast in the Citizen Constitution, the offer in health has primordial relevance to the Brazilian citizen. In such light, the negatives of treatment violate consecrated rights, consequently there is a growing judicialization in Health - for the supply of internment, medication, surgery and exam execution - face to the inefficiency of the health system in its federate scopes, which denotes the failure of the model of Health Management adopted in Brazil and specially in the Rio de Janeiro County, through the OS and OSCIP.

**Keywords:** Access to Health, Fundamental Rights, County, Unified Health System, OS/OSCIP.

## SUMÁRIO / TABLE OF CONTENTS

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>CAPÍTULO 1 - A CRFB/1988 E A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS</b>	11
<b>PARTICULARMENTE, O DIREITO À SAÚDE</b> .....	
1.1 O MODELO FEDERATIVO ADOTADO NO BRASIL.....	12
1.1.1 Espécies de Federalismo.....	13
1.1.2 Federalismo Cooperativo.....	14
1.2. O SUBSÍDIO GOVERNAMENTAL NA ÁREA DE SAÚDE.....	15
1.3. COMANDOS CONSTITUCIONAIS DE ACESSO À SAÚDE.....	16
<b>CAPÍTULO 2 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	18
2.1. HISTÓRICO E FUNCIONAMENTO.....	18
2.2. DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	18
2.3. MÍNIMO EXISTENCIAL VERSUS RESERVA DO POSSÍVEL .....	23
2.4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL.....	24
<b>CAPÍTULO 3 – SITUAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE</b>	27
<b>JANEIRO</b> .....	
3.1. ATENDIMENTO VERSUS QUALIDADE.....	27
3.2. GESTÃO MUNICIPAL.....	28
3.3 UPAS, OS E OSCIP – A TERCEIRIZAÇÃO DA SAÚDE.....	30
3.4 REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS.....	33
3.5 FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS.....	35
3.6 A SITUAÇÃO ATUAL DA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE NO RJ: HÁ	37
NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO FEDERAL?.....	
3.7 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	44
<b>CONCLUSÃO</b> .....	50
<b>LEGENDAS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	53



## INTRODUÇÃO

Este trabalho monográfico tem como base de conhecimento a área do Direito Constitucional, com o título “O Modelo Federativo Adotado na CRFB/88 e a Consecução do Direito à Saúde no Município do Rio de Janeiro”, objetivando responder como se dá o acesso à saúde e quais os mecanismos usados nessa empreitada. Abordará a gestão da saúde no âmbito municipal, as soluções de organização e transferência de atuação **federativa na área e a judicialização da saúde, como consequência da realidade que a população enfrenta.**

O tema em foco é o Gestão da Saúde no âmbito municipal e a sua contribuição ao modelo federativo atual, em que pese o cenário recente, em que as competências dos entes federados são fortemente questionadas, mormente no tocante a direitos positivos de saúde.

O esgotamento dos modelos de gestão vivenciados após a promulgação da Carta Magna de 1988, face aos desafios impostos pela positivação dos direitos sociais elencados no artigo 6º do mesmo diploma, é o objeto deste estudo. Não obstante, mostram-se igualmente desafiadores, os números apontados pela insatisfação generalizada dos que se utilizam do sistema público de saúde, o crescente número de ações judiciais visando o atendimento das demandas sociais, sonegadas pela administração pública (sobretudo ações que versam sobre questões de saúde) e as manifestações populares, cada vez mais comuns, que tomam as ruas das principais cidades, reivindicando as mais diversas pautas do poder público.

A pertinência temática e o conteúdo jurídico relevante dão-se a partir da constatação do fato social, de que, apesar de todo o trâmite político-burocrático empreendido, no bojo do processo legislativo e executivo, apesar de todos os aportes de recursos envolvidos e destinados à consecução do bem ou serviço público **em saúde**, a sociedade mostra-se continuamente desatendida e os números aferidos vão de encontro à insatisfação popular. Destarte, mostra-se útil investigar e elencar os diversos contornos envolvidos com a problemática da qualidade da prestação dos serviços públicos **em saúde** oferecidos, da competência e execução destes serviços e de como a reorganização do pacto federativo pode colaborar para atenuar os problemas identificados.

Não menos importante, será a demonstração de como as construções do passado influenciam a realidade atual. O diálogo das antigas práticas com as tendências inovadoras. O papel e o tamanho do Estado perpassam, necessariamente, por essa discussão, cuja propositura é inevitável. A conclusão possível é a de que a norma abstrata positivada na lei é justa, possível e adequada; os meios para se alcançar o direito material é que são discutíveis.

O cerne de toda a pesquisa consiste na articulação dos referenciais teóricos e da fundamentação legal permeados pelos direitos e garantias constitucionais, a fim de compreender o fenômeno da falência de grande parte das ações públicas, em razão do montante de recursos destinados à área da Saúde e o papel dos Municípios – como bem preceitua a designação constitucional de “ente da federação” – como interlocutores de governo mais próximos dos cidadãos. Também como a inversão da lógica de organização estatal podem, efetivamente, contribuir para a redução das desigualdades sociais e aprimorar os sistemas público-administrativos, principalmente no tocante à saúde.

O amparo doutrinário a esta pesquisa monográfica encontra base nos autores Flavio Carneiro Guedes Alcoforado, Luís Roberto Barroso, Sérgio Ferrari, Fabiana Okchstein Kelbert, Vinícius Lucas Paranhos, Ingo Sarlet, Daniel Sarmento, José Afonso da Silva, Alessandra Schettino Tavares, Daniel W. L. Wang. A pesquisa também se apoia em publicações do Ministério da Saúde, da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

No Capítulo Primeiro será abordada a efetivação dos direitos sociais, particularmente, o direito à saúde com amparo na Carta Magna, o sistema federativo brasileiro e suas características.

No Segundo Capítulo abordaremos o Sistema Único de Saúde – SUS, seu histórico e funcionamento nas três esferas governamentais, bem como a nova forma de gestão por meio da municipalização de equipamentos hospitalares e de organizações sociais – UPAs, OSs e OSCIPs.

O Capítulo Terceiro será pautado na análise da Gestão da saúde e especificamente, a situação da saúde no município do Rio de Janeiro, apontando o atendimento ao usuário, a gestão propriamente dita, o modelo das UPA, OS e OSCIP, realização de cirurgias, fornecimento de medicamentos, a situação atual e a necessidade ou não de intervenção federal e a consequente judicialização da saúde em razão do não atendimento aos patamares mínimos necessários para o atendimento da população.

Na Conclusão, são apontadas a necessidade de aporte do governo federal no tocante à municipalização e a transição do modelo atual de gestão, com a necessidade de sistemas de controle, conforme o apontado nos capítulos anteriores, ao se abordarem os meandros de aplicabilidade da gestão da saúde no âmbito municipal e os futuros caminhos a seguir quanto à gestão da saúde no Rio de Janeiro.

## **CAPÍTULO 1 - A CRFB/1988 E A EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS, PARTICULARMENTE, O DIREITO À SAÚDE**

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/1988) é muito clara ao se referir em seu artigo primeiro nos fundamentos em que se baseia, dentre os quais se destaca, no cerne desta pesquisa monográfica, ao disposto no inciso III, “a dignidade da pessoa humana”, assim entendida como a condição mínima de uma vida digna, saudável e amparada em todas as suas faces, seja no direito à moradia, à educação, à saúde e fatores essenciais para o exercício de uma vida plena.

Os direitos fundamentais são, conforme posição da doutrina, direitos humanos positivados no ordenamento jurídico pátrio. Porém, para Canotilho, não basta a positivação destes para que se tornem direitos fundamentais, cabendo para isto que sejam reconhecidos pela sociedade como essenciais para o pleno exercício da cidadania. Para Ferrari os conceitos fundamentais da teoria constitucional do Estado Federal e da jurisdição constitucional indicam a tendência dos tribunais superiores sobre os direitos fundamentais.

Os direitos fundamentais são divididos na CRFB/1988 em cinco espécies: direitos individuais, coletivos, sociais, direitos à nacionalidade e direitos políticos.

A doutrina classifica tais direitos em gerações ou dimensões.

Como direitos de primeira geração, aqueles vinculados à liberdade dos indivíduos, direitos civis, políticos e afins. Como direitos de segunda geração são os direitos coletivos, econômicos, sociais, culturais e afins. Como direitos de terceira geração os direitos difusos, à democracia, à comunicação, ao pluralismo e afins. Todos estes direitos se coadunam com o pleno exercício da cidadania em seus diversos espectros e como essência, há diversas formas de controle constitucional para tal exercício.

Neste cenário evolutivo de direitos em dimensões, há que se amparar os direitos e garantias fundamentais no Princípio da Isonomia ou da Igualdade, no que a CRFB/1988 embasa o seu artigo 5º, quando define no *caput* que “todos são iguais perante a lei”, sem distinção de qualquer natureza.

Citado por Cibele Gralha Mateus (2007, p. 17), Ingo Sarlet defende a tese da eficácia direta *prima facie* dos direitos fundamentais, em suas dimensões positivas ou negativas, consoante o parágrafo 1º do art. 5º da CRFB/1988.

No artigo 6º, que trata dos direitos sociais, a CRFB/1988 é explícita ao dispor sobre o direito à saúde.

Assim, conforme posição de Vinícius Paranhos (2007, p. 3), “a saúde é um estado de equilíbrio e bem-estar físico e mental. Dada sua importância, foi colocada pelo legislador constituinte de 1988, nos arts. 6º e 196, da CF, como direito social de todos e dever do Estado”.

Para que se compreenda a amplitude das Garantias e Direitos Fundamentais, e sua aplicação prática, há que se abordar como os poderes constituídos se dividem e como tais modelos propiciam o acesso à saúde a que todo cidadão brasileiro é merecedor.

## **1.1 O MODELO FEDERATIVO ADOTADO NO BRASIL**

Dos diversos modelos administrativos existentes e adotados, pode-se verificar, notadamente, o modelo federalista, de raiz norte-americana, cujas bases o Brasil foi importador e adaptador, centralizando certas competências legislativas e tributárias.

A CRFB/1988 adotou como forma de Estado o Federalismo, em que foi criado primeiramente o Estado-Central por segregação; e posteriormente, por agregação, com cada Estado-membro subordinado ao Estado federal.

Neste modelo, o Estado-membro goza de autonomia, considerando os limites impostos pela CRFB/1988, tendo o federalismo como a forma do Estado brasileiro, incluindo os Municípios na condição de ente federado, com se aduz do artigo 1º.

As características comuns da Federação são a descentralização política, a Constituição rígida com base jurídica, a vedação ao direito de secessão, a soberania do Estado federado, a auto-organização do Estado-membro, órgão representativo dos Estados-membros e órgão incumbido de guardar a Constituição Federal.

A repartição constitucional de competências pode ser material (administrativa e não administrativa) comum (a todos os entes da federação) ou material exclusiva da União (indelegável); e legislativa privativa (pode ser delegada para outro ente) ou legislativa concorrente (a todos os entes da federação).

A competência residual, consoante ao parágrafo 1º do artigo 25 da CRFB/1988, será do Estado. A competência legislativa do Município, prevista no artigo 30, incisos I e II da

CRFB/1988 poderá versar sobre assunto de interesse local, podendo complementar a legislação federal no que couber.

### 1.1.1 Espécies de federalismo

Os entes da federação brasileira são a União, os Estados-membros, os Territórios, o Distrito Federal e os Municípios. Esta, pois, é a composição da Federação.

A União é pessoa jurídica de direito público com visão interna relativa aos demais entes federados e uma visão externa, relativa aos Estados estrangeiros. Perante o Estado estrangeiro, a União representa todo o Estado federado. Suas competências estão elencadas nos artigos 21 e 22 da CRFB/1988.

Barroso (1982, *apud* Ferrari, 2003) define o Estado federal como sendo “uma modalidade de Estado composto, onde se verifica a superposição de duas ordens jurídicas – federal, representada pela União, e federada, representada pelos Estados-membros, coordenadas por um processo de repartição de competências determinado pela Constituição Federal, em que a União titulariza a soberania e os Estados-membros detêm autonomia, participando, por um critério de representação, na formação da vontade federal.

O Estado federado possui autonomia (autogoverno) com poder de se auto organizar nos limites estabelecidos pela CRFB/1988, regendo-se por uma Constituição estabelecida pelo seu Poder Constituinte decorrente. Dentre as características dos Estados-membros da Federação apontam-se a auto-organização, o autogoverno, a autoadministração e a auto-legislação. A formação dos Estados-membros pode se dar por incorporação, subdivisão, desmembramento, anexação e formação. Para essa formação, devem-se respeitar os seguintes requisitos: a consulta prévia à população via plebiscito, oitiva das Assembleias Legislativas dos Estados interessados e Lei Complementar que aprove tal ato.

Os Territórios são pessoas jurídicas de direito público interno com capacidade administrativa e de nível constitucional ligadas à União, como fonte de regime jurídico infraconstitucional, sendo meras divisões administrativas, regidos por um Governador nomeado pelo Presidente da República. A CRFB/1988 transformou os Territórios existentes em Estados, excetuando-se o de Fernando de Noronha – incorporado ao Estado de Pernambuco, consoante os artigos 14 e 15 do ADCT. Assim, não existem mais Territórios no Brasil.

O Distrito Federal foi erigido pela CRFB/1988 como pessoa política integrante da federação em face de sua antiga condição de autarquia territorial. Sua autonomia está

consagrada pelo artigo 32 da CRFB/1988, que lhe concede autogoverno, autolegislação e autoadministração, porém com limitações em questões essenciais elencadas nos incisos XIII e XIV do artigo 21 do texto constitucional. A competência legislativa compreende às atribuídas aos entes federativos estaduais e municipais, sempre limitada pela Constituição Federal. Possui Câmara Legislativa, Governador distrital e não possui Poder Judiciário tal qual os Municípios.

Os Municípios, tratados de forma inovadora pela CRFB/1988 como entes componentes de estrutura federativa (art. 1º e 18), tem competência especificada no art. 30 e com atribuição de rendas prevista no art. 156, em contraste com sua submissão aos Estados que decidiam sua organização antes de 1988. Os municípios possuem autonomia política, administrativa e financeira, mas com peculiaridades que os diferem dos Estados. Tal como os Estados, as características dos Municípios são a auto-organização, o autogoverno, a autoadministração e a auto-legislação. A Lei Orgânica Municipal confere poder de auto-organização que, com respeito aos preceitos constitucionais (federais e estaduais), fixará sua organização. Cumpre ressaltar que José Afonso da Silva não considera que os Municípios sejam entidades federativas, mas que possuam tão somente autonomia político-constitucional.

A maioria da doutrina e da jurisprudência, porém, não se coaduna com esta visão, já que defende que a federação brasileira adquiriu peculiaridades como ter três esferas de governo se contrapondo ao federalismo clássico (dual).

### **1.1.2 Federalismo Cooperativo**

O Federalismo Cooperativo está definido nas áreas das competências concorrentes (art. 24 da CF/88) e as comuns (art. 23 da CF/88), instituindo expressamente o federalismo cooperativo do Estado brasileiro.

Conforme citado por Alessandra Schettino Tavares (2008, p. 4), a Constituição brasileira abriu a possibilidade de Estados, Distrito Federal e Municípios compartilharem com a União a guarda da Constituição e a prestação de serviços em assuntos do setor social, destacando as áreas de saúde, cultura, educação, meio ambiente, habitação, combate à pobreza, integração social, políticas de trânsito, exploração de recursos hídricos e minerais (art. 23 da CF/88). As competências comuns requerem a atuação conjunta dos entes

federativos. Assim, a União, os Estados-membros e os Municípios devem cooperar e desenvolver atividades conjuntas para atender melhor a população em suas necessidades.

Segundo a autora, há falta de uma regulamentação clara estipulando quem cuidará de algumas questões sociais, já que a norma constitucional (art. 23, parágrafo único da CRFB/1988) ainda carece de regulamentação:

*“Leis complementares fixarão normas para cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional.”*

Por razões históricas, o Brasil viu-se compelido a centralizar o poder administrativo no governo federal, razão pela qual temos hoje um modelo federalista impróprio, adaptado e diferente do federalismo norte-americano, onde os estados são autônomos e independentes, inclusive podendo editar as próprias leis, somente reunindo-se em caso de interesse comum, como deflagração de guerra.

Por derradeiro, frise-se que os modelos desgastados de hoje consolidam o descontentamento generalizado e o caos que se desenha nas instituições. A crise de representatividade dos dias atuais, não denota apenas a completa aversão à odiosa corrupção (normalmente atribuída à classe política), mas ao modo também de se conceber o tratamento da máquina pública e as ações de interesse social comum.

No âmbito da saúde e políticas públicas para o atendimento da população, criou-se um modelo de gestão de saúde extremamente desenvolvido, mas com claros problemas de implantação em face da complexidade que se apresenta num território tão grande e tão cheio de especificidades locais.

As realidades díspares do Brasil como o relevo, a infraestrutura diferenciada em razão da realidade de cada localidade (se urbana ou rural, se litorânea ou interiorana, se metrópole ou pequena localidade), fazem da gestão um complicador. Além disso, o sistema de licitações frágil para implantar o modelo do SUS nos municípios e diversas leis não regulamentadas trouxeram um entrave ao acesso à saúde para a população desassistida.

Para se traçar as especificidades do Sistema Único de Saúde – SUS e sua implementação, deve-se entender seu funcionamento de forma estruturada.

## **1.2 O SUBSÍDIO GOVERNAMENTAL NA ÁREA DE SAÚDE**

O aporte financeiro do Governo Federal na área de saúde se dá em diversas formas, efetivadas pelo Ministério da Saúde (MS). Assim, o Governo Federal é quem financia a rede pública de saúde nas três esferas de governo.

No âmbito federal, o MS idealiza políticas nacionais de saúde, porém não realiza as ações, delegadas a seus parceiros (entes federativos, ONGs, fundações, empresas, etc.) na fase de execução. Cabe ao MS o planejamento, normatização, avaliação e utilização de instrumentos para o controle do SUS.

O Governo Estadual atua através de secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios (inclusive nos municípios), e aqueles repassados pela União. Afora ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, formula suas próprias políticas de saúde, coordenando e planejando o SUS em nível estadual, com respeito à normatização federal, organizando o atendimento à saúde em seu território.

Já o Governo Municipal atua mediante a estratégia adotada no país e que reconhece o município como o principal responsável pela saúde da população local. Essa visão foi reforçada pelo Pacto pela Saúde, de 2006, em que o gestor municipal passou a assinar um Termo de Compromisso a fim de assumir integralmente as ações e serviços em seu território. Os municípios, tal como os estados, possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. Deve-se ressaltar que o gestor municipal deve aplicar recursos próprios e aqueles repassados pela União e pelo Estado.

Além de formular suas próprias políticas de saúde, o município também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde, visto que coordena e planeja o SUS em nível local, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode ainda estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

Após a visão genérica de funcionamento hierarquizado da gestão de saúde, será analisado o Sistema Único de Saúde – SUS de forma mais detalhada.

### **1.3. Comandos Constitucionais de acesso à saúde.**

Como já sobejamente exposto, a Constituição Federal de 1988, fornece o norte e guia para se orientar a saúde pública no Brasil. As normas Constitucionais que tratam do acesso à saúde pelo cidadão, além do art. 6º da Carta Magna, *caput*, vão do art. 196 até o art. 200. Partindo-se dessa referência, podemos depreender, *in verbis*:

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 90, de 2015)

(!)

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. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

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

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado).

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010)

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

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 e a inovação;(Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

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.

A saúde no Brasil faz parte de um tripé, que é composto por: Saúde, Previdência Social e Assistência Social, o qual, para fins de facilitação desse estudo, abordaremos somente o primeiro.

## CAPÍTULO 2 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde – SUS é considerado por especialistas como um sistema ímpar no mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira, seja do simples atendimento ambulatorial a transplantes de órgãos, incluindo realização de exames, cirurgias e fornecimento de medicamentos.

O SUS é resultado de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços de muitas pessoas, ao longo de décadas, que atuavam na área da saúde no país. A partir de seus esforços, foi se construindo uma política pública em saúde que foi se aperfeiçoando com o passar dos anos.

### 2.1 Histórico e Funcionamento

A implantação do SUS no Brasil foi realizada de forma gradual: primeiro veio o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)<sup>1</sup>; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e, por fim, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS.

A “porta de entrada” do usuário no SUS deve se dar preferencialmente através da Atenção Básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família etc.). Partindo desse primeiro atendimento, haverá encaminhamento do usuário para os outros serviços de maior complexidade (em hospitais ou clínicas especializadas) através do Serviço de Regulação. O funcionamento do Sistema Público de Saúde se dá de forma referenciada, e pode ocorrer que, caso o gestor local do SUS não dispore do serviço de que o usuário necessita, realizará o encaminhamento para outra localidade que o oferece, através de pactos entre os municípios.

### 2.2 Descentralização da Saúde

1 Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das AIS, que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. Disponível em: . Acesso em 10 nov.2017.

A descentralização da saúde é um dos mecanismos mais importantes para propiciar o acesso à saúde a uma população que se espalha por um país de dimensões continentais como o Brasil.

Segundo a Cartilha “O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios”<sup>2</sup>,

O processo de descentralização da gestão do sistema de Saúde em curso no Brasil coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados. A pluralidade de contextos vivenciados por nossos municípios e regiões exige que desenhemos políticas públicas capazes de responder adequadamente às diferentes necessidades advindas dessa diversidade. Nessa perspectiva, o papel de cada gestor é determinante na superação dos desafios e na consolidação de um sistema de saúde comprometido com as necessidades específicas da população, presente em cada localidade brasileira.

Assim, a gestão do sistema de saúde é transferida para os municípios, bem como transferem-se recursos financeiros pela União e propicia-se a cooperação técnica.

A Cartilha “Entendendo o SUS”<sup>3</sup>, publicada pelo Ministério da Saúde para apresentar o seu funcionamento, elenca os principais pontos para que haja o pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS. Um dos pontos essenciais é que se exige que os estados e municípios atendidos tenham Conselhos de Saúde com representantes dos usuários do SUS, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde. Esses Conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.

Como aponta ainda a Cartilha “Entendendo o SUS”, sobre o aporte de recursos para gerir o sistema, “a União é a principal fonte financiadora da saúde pública no país, metade dos gastos é feita pelo governo federal, e a outra é responsabilidade estadual e municipal. A União

2 BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível em: . Acesso em 10 nov.2017.

3 Disponível em: . Acesso em 15 nov. 2017.

estipula políticas nacionais, porém a implementação é realizada pelos parceiros (estados, municípios, organizações não governamentais e iniciativa privada).”

A saúde pública **local** é de responsabilidade municipal, visto estar mais próxima localmente dos cidadãos.

O Pacto pela Saúde, de 2006, define que o gestor da municipalidade assume imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão de ações/serviços de saúde oferecidos no município.

Porém, quando o município carece desses serviços, irá pactuar com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde dos seus munícipes. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor do Estado ao qual o Município pertença.

O governo estadual implementa políticas de âmbito nacional e estadual, e organiza o atendimento à saúde aos seus cidadãos.

Não há hierarquia entre os entes federativos, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS através de acordo. Segundo descrito pela Cartilha “Entendendo o SUS”, “a relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados).”

Na esfera municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde. Conforme o descritivo da Cartilha “Entendendo o SUS”.

A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território. Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de

complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer. Os municípios não devem ter todos os serviços de saúde já que a maior parte deles não tem condições de ofertar na integralidade os serviços de saúde. Para que o sistema funcione, é necessário que haja uma estratégia regional de atendimento (parceria entre estado e municípios) para corrigir essas distorções de acesso. Como estratégia de atendimento, no Sistema Único de Saúde, há o que se chama de referencialização, ou seja, para cada tipo de enfermidade há um local de referência para o serviço. A entrada ideal do cidadão na rede de saúde é a atenção básica (postos de saúde, equipes do Saúde da Família, etc.)<sup>4</sup>.

Um segundo conceito básico do SUS é a hierarquização da rede. O sistema, portanto, entende que deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Quanto mais complexos os serviços, eles são organizados na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região. Os gestores municipais e estaduais verificam quais instrumentos de atendimento possuem (ambulâncias, postos de saúde, hospitais, etc.).

Após a análise da potencialidade, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou pactuação irá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um hospital de referência em uma cidade vizinha.

Com o “Pacto pela Saúde” (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento:

1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS.

Antes do Pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos, o que redundava em algumas dificuldades para seu incremento. Com a centralização, o controle passou a ser mais efetivo. Os municípios devem assumir integralmente as ações e serviços de saúde em seu território. Desse momento em diante o município assina um Termo de Compromisso de

4 Atenção Básica à Saúde - Trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo SUS. É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia. Estudos demonstram que a atenção básica é capaz de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde. Fonte: Cartilha Entendendo o SUS.

Gestão, podendo este ser aprovado na Comissão Bipartite do estado, passando o gestor municipal a gerir os serviços de saúde em seu território e a receber os recursos de forma regular e automática para todos os tipos de atendimento em saúde que ele venha a realizar.

Os entes federativos podem ainda firmar convênios<sup>5</sup> para atender as demandas de saúde através de repasses para a realização de ações e programas de responsabilidade mútua. Esses convênios podem ser firmados entre MS e demais entidades (estatais, fundacionais, sociais ou outros interessados no financiamento de projetos específicos na área de saúde podendo haver transferência desses recursos de forma voluntária ou obrigatórias (fundo a fundo).

No âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.).

Por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde). Cabe ao Ministério da Saúde arcar com o aporte financeiro do governo federal, aplicando metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública. Os outros entes federativos arcam com a outra metade dos recursos. É importante ressaltar que o “Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações”. Para realizar projetos, depende de parcerias firmadas com os entes federativos ou entidades sociais, mas atua planejando, normatizando, avaliando e utilizando instrumentos para o controle do SUS.

Quanto aos medicamentos básicos, estes são adquiridos pelas secretarias de saúde nos âmbitos estadual e municipal, dependendo do pacto feito na região.

Os medicamentos estratégicos - incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo MS.

5 São feitos quando há interesse recíproco entre o Ministério da Saúde e o conveniente (entidades federais, estaduais, municipais, ONGs, filantrópicas, empresas, etc.). No convênio, sempre se exige uma contrapartida, que será variável conforme a capacidade de cada parceiro. Podem ser utilizados para a execução de programas, projetos, ações, atividades ou eventos de saúde.

Os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e seu ressarcimento se dá após comprovação de entrega ao paciente.

Sobre o repasse dos recursos na compra dos medicamentos excepcionais, em média, a União repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.

A fundamentação legal da definição dos recursos para a saúde **está amparada na Emenda Constitucional nº 29**, que estabeleceu as limitações mínimas aplicáveis em saúde para cada ente federativo. A União deve dotar com base no PIB e no exercício anterior, os estados comprometem 12% das receitas e a municipalidade pode dispor de ao menos 15% de suas receitas.

Conforme a publicação do Ministério da Saúde, “O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios” (2009, 397-402):

*“Os Sistemas de Informação em Saúde e Bancos de Dados” que são utilizados pelo SUS e pelo Sistema de Saúde do país para facilitar a gestão e a interface entre diversos órgãos do setor, são o Banco de Preços em Saúde - BPS, Caderno de Informações de Saúde, Cartão Nacional de Saúde, Conselhos Federais da Área de Saúde (Conprof), Indicadores Básicos para a Saúde (IBS), Pagamentos efetuados a unidades hospitalares e a terceiros, Pagamentos efetuados diretamente a prestadores, Recursos Federais do SUS, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Gerenciamento de Projetos e Atividades, Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (Gescon), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS Pré-Natal), Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), Sistema de Informações de Beneficiários de planos privados de saúde, Sistema de Informações do Câncer da Mulher (Siscam), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI/PNI), Sistema de Informações Hospitalares (SIH SUS), Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), Sistema de Organização para Modelos Assistenciais do SUS (SomaSUS), Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SIS PPI), Sistema de Transferência de Recursos Fundo a Fundo (Sisfaf), Sistema Gerencial de Informações Financeiras do SUS (SGIF/SUS),*

*Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho, Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi), Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS Fronteiras), Sistema Integrado de Protocolo e Arquivo (Sipar), Sistema Nacional de Informações para Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS), Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep), Subsistema do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Alto Custo (Apac), Transferências do Fundo Nacional de Saúde (p. 2009, p. 457-467).*

Há ainda que se estabelecer e sopesar o direito à saúde com os limites estabelecidos pela condição do Estado para suportar o sistema em todas as suas faces, como veremos a seguir.

### **2.3 MÍNIMO EXISTENCIAL *VERSUS* RESERVA DO POSSÍVEL**

O *mínimo existencial* se refere aos direitos relacionados às necessidades humanas e que visam garantir condições mínimas de existência humana digna. Referem-se aos direitos positivos, pois exige que o Estado ofereça condições para que haja eficácia plena na aplicabilidade destes direitos. Assim, os direitos abrangidos pelo mínimo existencial são os que estão relacionados com os direitos sociais, econômicos e culturais, previstos na Constituição Federal (como o trabalho, salário mínimo, alimentação, vestimenta, lazer, educação, repouso, férias e despesas importantes, como água e luz). O mínimo existencial abrange o conjunto de prestações materiais necessárias e absolutamente essenciais para todo ser humano ter uma vida digna. Está fundamentado no inciso III do artigo 1º da CRFB/1988.

Com a ampliação dos direitos fundamentais pela CRFB/1988 e a obrigatoriedade do Estado para atendê-los, somado à conscientização dos cidadãos quanto a esses direitos, a falta de recursos do Estado para supri-los foi se tornando evidente. É nesse contexto que nasce a *reserva do possível*: é o fenômeno que impõe limites para a efetivação dos direitos fundamentais prestacionais, como os direitos sociais. A reserva do possível pode ser chamada também de “reserva do financeiramente possível” ou ainda “reserva da consistência”. Esse instituto surgiu na Alemanha (com o caso “Numerus Clausus I”), em que foram impostos certos limites à quantidade de estudantes que ingressariam em determinados cursos universitários.

Segundo Wang, acerca da necessidade de limitação dos recursos para a Saúde:

*“As políticas públicas para efetivação de direitos sociais demandam, na grande maioria das vezes, gasto de recursos públicos. E esse é o ponto central no debate a respeito da exigibilidade judicial dos direitos sociais, pois uma decisão judicial para a tutela de um determinado direito social no caso concreto pode obrigar o Estado a realizar gastos públicos e, uma vez que os recursos públicos disponíveis são menores do que o necessário para oferecer (...) aos cidadãos todos os direitos que a Constituição prevê, muitas vezes a Administração não tem ou não pode dispor dos recursos necessários para atender a decisão judicial sem prejudicar a tutela de um outro direito que o Poder Público entendeu ser mais importante.”*

No Brasil atual, a amplitude de direitos e garantias fundamentais da nossa Constituição Cidadã criou essa dicotomia entre o mínimo existencial e a reserva do possível, em que pese a ineficácia do Estado em atender às necessidades dos cidadãos, principalmente e de forma mais evidente na área da saúde.

Neste diapasão, Fabiana Okchstein Kelbert<sup>6</sup> (2009, p. 10) defende que:

*“Os direitos sociais, na qualidade de direitos fundamentais constitucionalmente positivados, são direitos que asseguram a exigência de prestações positivas a serem realizadas pelo Estado. Além disso, todos os entes estatais encontram-se vinculados aos direitos sociais também em um sentido negativo: devem se abster da prática de condutas que possam violar esses direitos.”*

Resta evidente que há um vácuo prestacional que o Estado precisa preencher para atender às necessidades dos cidadãos, visto que a universalização da saúde colide com a ineficiência estatal em suprir as necessidades de tratamento, cirurgia, realização de exames e fornecimento de medicamentos incorporados pelo SUS aos seus cidadãos.

Assim, o embate entre o mínimo existencial e a reserva do possível termina no Judiciário.

Para o atual Ministro do STF, Luís Roberto Barroso, em artigo publicado ainda como Procurador de Estado do Rio de Janeiro, no que concerne ao papel do Judiciário, este não

6 KELBERT, Fabiana Okchstein. **Reserva do possível e a efetividade dos direitos sociais no direito brasileiro**. 2009. 13 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: . Acesso em 16 nov.2017.

pode ter “pretexto de promover os direitos fundamentais de uns, causar grave lesão a direitos da mesma natureza de outros tantos”, já que a universalização da saúde impõe que *todos* sejam atendidos e não apenas alguns. Com esta visão crítica, Barroso defende que:

*“(...) se está diante de uma colisão de valores ou de interesses que contrapõe, de um lado, o direito à vida e à saúde e, de outro, a separação de Poderes, os princípios orçamentários e a reserva do possível. A realidade, contudo, é mais dramática. O que está em jogo, na complexa ponderação aqui analisada, é o direito à vida e à saúde de uns versus o direito à vida e à saúde de outros.”*

Assim, o papel do Judiciário é equacionar esta relação e primar pela oferta com base na teoria do Utilitarismo<sup>7</sup> dos recursos em saúde. Assim, um maior número de pessoas tem seu direito à saúde atendido e há a necessária maximização do atendimento das necessidades da população assistida pelo SUS.

## 2.4 FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Segundo elencado na publicação do Ministério da Saúde, “O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios” (2009, 397-402), há uma extensa legislação referente à saúde e na qual o SUS se ampara, perpassando pela previsão constitucional, leis, decretos, portarias e normativas. Abaixo, a discriminação dos principais fundamentos legais atinentes ao tema:

***Constituição Federal, de 1988** Título VIII – DA ORDEM SOCIAL, Capítulo II – Seção II Da Saúde – Artigos 196; 197; 198 (Parágrafo único – EC 29); 200. **Emenda Constitucional no 51/2006**, que acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Emenda Constitucional nº 29**, que altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Lei Complementar nº 101**, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas*

7 O Utilitarismo é uma teoria em ética normativa que apresenta a ação útil como a melhor ação, a ação correta. O termo foi utilizado pela primeira vez na carta de Jeremy Bentham para George Wilson em 1781 e posto em uso corrente na filosofia por John Stuart Mill na obra Utilitarismo, de 1861. (...) o termo "utilitarismo" passou a designar apenas a teoria mais próxima daquela defendida por Bentham e Mill, a maximização da promoção da felicidade.

voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. **Lei nº 4.320**, de 17 de março de 1964 que estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. **Lei nº 6.932**, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Lei nº 8.666**, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Lei nº 8.689**, de 27 de julho de 1993 que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. **Lei nº 9.279**, de 14 de maio de 1996, que regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. **Lei nº 9.452**, de 20 de março de 1997 que determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos municípios e dá outras providências. **Lei nº 9.656**, de 3 de junho de 1998, alterada pela Medida Provisória nº 2.177- 44, de 24 de agosto de 2001, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. **Lei nº 9.787**, de 10 de fevereiro de 1999 Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Lei nº 9.836**, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Lei nº 9.961**, de 28 de janeiro de 2000 Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro (RJ), prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Lei nº 10.424**, de 15 de abril de 2002, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. **Lei nº 10.520**, de 17 de julho de 2002, que institui, no âmbito da União, estados, Distrito Federal e municípios, nos termos do artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade

de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns e dá outras providências. **Lei nº 10.708**, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais, egressos de internações. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Lei nº 11.107**, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. **Decreto nº 1.232**, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências. **Decreto nº 1.651**, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. **Decreto nº 3.156**, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nº 564, de 8 de junho de 1992, e nº 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Decreto nº 3.964**, de 10 de outubro de 2001, que dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências. **Decreto nº 5.813**, de 22 de junho de 2006, que aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Decreto nº 6.017**, de 17 de janeiro de 2007, que regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. **Decreto, de 20 de junho de 2007** Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

### CAPÍTULO 3 - SITUAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Para melhor entendimento deste trabalho monográfico, mediante o acesso a informações atualizadas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), busca-se analisar a nova política de saúde pública em implantação pelo atual governo. Assim, serão elencadas abaixo as principais medidas constantes do Relatório “100 dias de Gestão” do governo Marcelo Crivella, disponibilizado no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro<sup>8</sup>, como uma política pública em instalação.

De acordo com o sítio do IABAS (Instituto de Atenção Básica e Avançada), que é a OS que administra algumas das Clínicas da Família existentes no Município do Rio de Janeiro, os dados sobre a saúde pública da cidade, são os seguintes:

Rio de Janeiro



Fonte: PEP\*, CNES\*\* e DP/RH IABAS\*\*\*

8 Disponível em: . Acesso em 15 nov. 2017

ESF - Estratégia de Saúde da Família				
AP	4.0	5.1	5.2	Total
Unidades*	16	24	30	70
Total da população coberta pela ESF*	144,399	390,457	468,380	1,003,236
Equipes de Saúde da Família**	38	75	69	182
Equipes de Saúde bucal**	17	43	60	120
Total de Colaboradores***	655	1471	1454	3580

Fonte: Contrato de Gestão IABAS\* e PEP\*\*

### 3.1 Atendimento *versus* Qualidade

Na nova gestão municipal, buscou-se identificar as necessidades e como serão atendidas. A atenção especializada buscou num primeiro momento criar um Programa de Clínica de Especialistas. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS desenvolveu em 90 dias um plano de readequação e implantação das Policlínicas, considerando as necessidades da rede de saúde. Dessa forma, a SMS busca viabilizar um Projeto com modelagem das Policlínicas, levantando seus custos e a identificação de locais adequados para sua implantação que foi entregue ao Gabinete do Prefeito.

O Projeto Policlínicas, segundo o Relatório “100 dias de Gestão”, da PMRJ, tem os seguintes pontos a serem modelados:

- I – Definição do funcionamento, especialidades, processos e procedimentos que irão compor o novo modelo desse equipamento de saúde;
- II - Estabelecimento de cronograma definido para implantação das Policlínicas e suas respectivas localidades;
- III - Necessidades de obras ou redesenho de unidades já existentes e conceito arquitetônico básico das unidades a serem construídas;
- IV - Definição da estrutura de equipe necessária para correto funcionamento das Policlínicas;
- V - Detalhamento do orçamento necessário, bem como as fontes de recursos que serão utilizadas para sua implantação.”

Há ainda, a previsão de instalação nas Policlínicas das seguintes especialidades médicas: Anestesia, Cardiologia (consulta e procedimentos de diagnose), Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular (consulta e procedimentos de diagnose e terapêutica), Dermatologia (cirurgias dermatológicas), Gastroenterologista (endoscopia e colonoscopia), Ginecologia (consulta e procedimentos de diagnose e terapêutica), Proctologia (Retossigmoidoscopia), Radiologista (Ecocardiográfica Transtorácica), Urologia (vasectomia ambulatorial) e Ultrassonografia (doppler venoso e doppler arterial).

*Na atenção primária, conforme se apreende do referido relatório, se buscará “(...)manter e aprimorar a estratégia de Saúde da Família em duas vertentes. Na primeira, implantar ações de Combate e controle das Arboviroses; Capacitação de equipes de atenção primária, manejo clínico e informe epidemiológico; Cartão de acompanhamento das Arboviroses; implementar a Campanha “Aqui mosquito não se cria”; Realização do LIRA a 2,5 milhões de visitas de inspeções realizadas. Na segunda, haverá a avaliação de necessidade de contratação de pediatras e ginecologistas para as clínicas da Família e a elaboração de proposta técnica de reforço dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família com esses profissionais.”*

*Dentre as ações mais impactantes na realidade nacional e especialmente no município do Rio de Janeiro, em razão da situação endêmica recorrente a que a municipalidade tem sido exposta, encontram-se as Ações de Enfrentamento às Arboviroses (Dengue, Chikungunya e Zika) com as seguintes medidas planejadas:*

*“Acompanhamento semanal da situação epidemiológica das 3 doenças; Produção de manejo clínico e cartão de acompanhamento do paciente; Definição da lista de medicamentos para chikungunya crônico; Capacitação assistencial da Rede de Atenção Primária – mais de 300 técnicos; Resolução Conjunta SMS/SMEEL/SMASDH N° 61, das secretarias de Educação, Esportes e Lazer, Saúde e Assistência Social e Direitos Humanos - GT para apresentar proposta com definições de ações para o combate ao mosquito; Realização de seminário sobre Arboviroses para profissionais das 3 secretarias – mais de 200 profissionais; Realização do Dia de Mobilização, 11 de fevereiro, em articulação com a SMEEL e SMASDH; Reunião com Comitê Técnico Assessor em Arboviroses, com experts da Cidade. O governo municipal, numa clara intenção de combater essas doenças, publicou o DECRETO N° 42947 de 20 de março de 2017, que estabelece medidas de combate aos focos do mosquito do gênero Aedes pelos Agentes de Vigilância em Saúde (AVS) para o controle de Arboviroses e outras doenças transmitidas pelo mosquito em locais com possíveis criadouros, considerando que é dever do Poder Público Municipal priorizar a adoção de medidas preventivas no combate à proliferação do mosquito do gênero Aedes.”*

Em razão das medidas a serem adotadas, será abordada a gestão municipal da saúde, para discriminação das necessidades identificadas e planejadas pelo alcaide e sua equipe.

### **3.2 Gestão Municipal**

A atual gestão da prefeitura do Município do Rio de Janeiro emitiu um boletim informativo com os “100 dias de Gestão”, apresentando inicialmente os dois aspectos-chave para a gestão que se inicia:

- (1) Planejamento de ações alinhado com os principais eixos de trabalho que balizam a agenda de governo para saúde no quadriênio 2017-2020; e
- (2) Compromisso com a manutenção do funcionamento pleno da SMS, apesar dos cancelamentos de empenho no final de 2016. Confirma que o diagnóstico da situação encontrada da gestão anterior é a principal ponto a partir do qual passa a planejar o enfrentamento dos problemas da gestão dos equipamentos de saúde na esfera municipal.

A atual gestão aponta, no referido relatório, como levantar os recursos financeiros para a saúde em dois momentos: no primeiro, alocando mais recursos na Saúde e reestruturando a gestão dos equipamentos de atenção hospitalar (urgência e emergência). Num segundo momento, implantando ações para reequilibrar o orçamento da saúde, fazer o levantamento e classificação das despesas de exercícios anteriores (DEA) e propiciar a criação de Comissão Permanente de Sindicância (GT OSS – Estudo economicidade nos contratos de gestão).

Na gestão dos recursos advindos do SUS, ainda conforme o relatório em análise, a atual gestão municipal tem como meta no primeiro trimestre de 2017, para a implantação do E-SUS AB na SMS Rio de Janeiro, a realização de reuniões de trabalho com Ministério da Saúde e equipe da IPLANRIO; a definição das unidades que utilizarão o Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS AB em dois momentos: no primeiro momento, definindo 50 unidades do Tipo B (centros municipais de Saúde), sendo 09 unidades no período de março e abril de 2017 (04 unidades na AP 3.2 e 05 unidades na AP 3.3); Visitas da SUBGEX e da

IPLAN objetivando verificar a distribuição de 941 computadores doados pelo Ministério da Saúde por meio do QUALISUS em 2015, e avaliação do cenário de implantação do Prontuário Eletrônico e-SUS AB nas AP 3.2 e 3.3 - 12 visitas. Num segundo momento, realizará o treinamento de 42 multiplicadores das AP 3.2 e 3.3. A SMS também fará a realização de estudo dos custos com aquisição de software, datacenter, treinamento, suporte e equipamentos para uso dos prontuários eletrônicos contratados pelo Contrato de Gestão com as OS.

Na identificação de necessidades, houve o Levantamento de Doses Aplicadas e Coberturas Vacinais, apontando as necessidades vacinais dos moradores da cidade e o real quadro de doses aplicadas, num espectro comparativo dos primeiros trimestres de 2016 e 2017 em face do quadro epidemiológico encontrado.

Realizou ainda uma avaliação da necessidade de ginecologistas e pediatras nas Clínicas da Família, redimensionando o número de profissionais, tendo como proposta técnica, munir todos os Núcleos Assistenciais de Saúde da Família - NASF do município com os profissionais Ginecologistas/Obstetras e Pediatras e não as equipes de Saúde da Família. Utilizou para tanto os seguintes critérios: análise da taxa de óbitos materno e infantil no ano de 2016, em que os territórios das AP 5.3. 3.3 e 3.1 apresentaram-se como prioritários para investimento. Considerando a capacidade instalada de equipes NASF, identificou-se a necessidade de contratação de 82 médicos, sendo 42 médicos ginecologistas e 40 pediatras a fim de cobrir as equipes NASF que não dispõem dessas especialidades.

Outra necessidade encontrada na nova gestão é a de implantar Coordenações de Emergência Regionais (CER), mediante a identificação de local apropriado para a sua instalação e a conseqüente elaboração de projeto com modelagem clínica e projeção de custos, incluindo a desapropriação de espaço.

Segundo o relatório apresentado pela prefeitura carioca, a municipalidade tem como fonte de recursos para utilizar na saúde diversas receitas:

a) Impostos Municipais: ISS, IPTU, ITBI (sobre transmissão de bens imóveis).

- b) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota-parte do ITR e transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.
- c) Imposto de Renda Retido na Fonte.
- d) Transferências do Estado: cota-parte do ICMS, cotaparte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação.
- e) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos. Para calcular quanto o município deve gastar, basta fazer a seguinte conta:  
Para se estipular o total vinculado à saúde, se faz esse cálculo =  $(a+b+c+d+e) \times 0,15$ .

Desta feita, sabedor do aporte necessário e em função da dificuldade em montar equipamentos de saúde (hospitais, centros de referência) e equipes profissionais (médicos, profissionais de saúde etc.), é comum que os municípios adotem um modelo de “terceirização” da saúde, com a contratação de organizações sociais dentro da legislação em vigor, como será analisado a seguir.

### **3.3 UPA, OS e OSCIP – A terceirização da Saúde**

São analisadas a seguir o modelo de execução dos serviços de saúde no município através de Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, Organizações Sociais – OS e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP.

As UPAs são originariamente concebidas para atuarem em nível estadual, mas com a falência financeira do Estado do Rio de Janeiro, houve a necessidade de municipalizar este tipo de equipamento, o que gerou estudos para que tal ocorresse.

Quanto à municipalização de Unidades de Pronto Atendimento - UPAs estaduais, o Comitê estabelecido por meio do Decreto nº 42.752, de 01/01/17 conclui que a municipalização das oito unidades recomendadas no relatório apresentado pelo atual governo somente será viável se houver aporte orçamentário específico mínimo de R\$ 18.336.000,00 (18 bilhões e trezentos e trinta e seis milhões) anuais para cada unidade a ser municipalizada, acrescidos dos recursos de investimento para recuperação estrutural e aquisição de equipamentos.

Assim, há entraves financeiros para a plena municipalização das UPAs.

No relatório em análise, quanto às Organizações Sociais – OS, a Prefeitura do RJ em sua nova gestão quer manter apoio das organizações sociais, garantindo realização de ações de auditoria e cobrança rigorosa de metas e produtividade. Existem 3 resoluções normativas para OSs (RSMS 3.227, 3.208 e 3.161) fazendo a renegociação dos contratos de gestão de OSs em cerca de R\$ 250 milhões. Foram criados Grupo de Trabalho para Estudo e Apresentação de Proposta de Economicidade nos Contratos de Gestão celebrados entre SMS e OS; CDI - Apoio técnico ao grupo de trabalho de auditoria de OS; Resolução SMS 3.227 (controle da aquisição de insumos e serviços); Regulamentando o funcionamento das OSs, foram Publicadas a Resolução SMS 3.208 (regularidade e pontualidade no cumprimento das obrigações trabalhistas) e a Resolução SMS 3161 (estabelece normas gerencias para controle dos instrumentos contratuais, criando inclusive a figura dos gerentes de contrato). A Lei Estadual RJ nº 5501, de 07 de julho de 2009 dispõe sobre a qualificação de pessoa jurídica de direito privado como organização da sociedade civil de interesse público – OSCIP e dá outras providências.

Para Flavio Carneiro Guedes Alcoforado, sobre as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), existem atividades sociais realizadas em parceria com o terceiro setor. Uma delas são as atividades de controle social, as organizações de defesa de interesses públicos, e aquelas cujo modelo é a de oferta de serviços sociais e científicos, que é uma propriedade pública não estatal e que vem se consolidando cada vez mais. É neste modelo que estão inscritas as Organizações Sociais e as OSCIPs. As Organizações Sociais e as OSCIPs podem aparecer também sob forma de parceria, por meio de convênios, tradicionalmente, segmentada em todas as esferas da administração pública. No caso da propriedade privada, essas entidades do terceiro setor são consideradas filantrópicas, mais especificamente relacionadas à Educação e Saúde. Elas prestam serviços públicos e contam com recursos públicos indiretos através da isenção ou imunidade tributária e realizam essas ações dentro dos parâmetros legais que se prevê para essas entidades. (...)

A Constituição de 1988, que representou por um lado um avanço democrático grande para o nosso país, unificou a estrutura da máquina pública. Havia uma regra única para todos

os modelos de serviço público, tanto fazia uma entidade da administração direta, fundação ou até empresa pública.

A sociedade de economia mista também obedeceu às mesmas regras. A proposta que vem sendo construída e sedimentada em relação a esses novos modelos organizacionais para prestação de serviços sociais e científicos busca uma intersectorialidade, ou o que podemos chamar de governança social, em que Estado, mercado e entidades do terceiro setor estejam juntos, pois cada uma sozinha não vai conseguir chegar a um nível de desenvolvimento social que satisfaça a população.

Discorrendo ainda sobre o modelo de OS, defende o autor que:

*“O modelo de Organização Social é muito mais seguro para a administração pública do que um simples convênio. Ele possibilita um controle maior de resultados e maior segurança da própria administração pública, daqueles serviços que serão realizados, pois tem acompanhamento em tempo integral. No convênio, há uma despesa glosada, o que não é o caso de uma OS, que trabalha com despesa prevista e combinada com a administração pública, já que a política pública é formulada pelo Poder Executivo, pelas Secretarias e é executado pela entidade. (...) As OS's funcionam para os serviços de relevância pública, em que se passa a ter um maior controle dos resultados e da aplicação dos recursos públicos. É um modelo de Organização Social que não é fácil de implantar. A implantação não se faz da noite para o dia; requer uma adaptação da própria estrutura da administração pública para lidar com os modelos e com entidades que tenham uma profissionalização ou que queiram se profissionalizar para trabalhar com esse modelo. Esse tipo de entidade tem que ter um contador que assuma os balanços, que trabalhe com essa condição de terceiro setor e com princípios da administração pública, fazendo a prestação de contas do setor público. São várias características que requerem uma profissionalização. (...) No Brasil inteiro 95% das unidades de saúde do SUS, são entidades do terceiro setor conveniadas. Apenas o Rio de Janeiro tem muitos hospitais estatais, mas no restante do país não. Esses convênios são precários para ambas as partes, porque não está focado em realizar e em atingir resultados, está sendo avaliado apenas por procedimentos. A entidade recebe uma cota mensal, periódica, para poder realizar uma quantidade de procedimentos, não tendo muitas vezes resultados a serem alcançados e que estejam de acordo com a política pública.”*

Diante do caráter de relevância social, as OS e OSCIP se apresentam como modelos adequados às necessidades de o governo levar o serviço saúde aos diversos rincões do país.

Para melhor entender como se dá a contratação da OS, esta se convenia com o ente federativo através do Contrato de Gestão (um instrumento firmado entre o Poder Público e a

entidade qualificada como organização social), com vistas à formação e execução de serviços públicos. Além disso, para ser efetivado, requer convocação pública de entidades interessadas em celebrá-lo com o Estado, num processo quase licitatório, mas com caráter de chamada pública.

São apontados no relatório o conteúdo do Contrato de Gestão, com a “especificação do programa de trabalho definido pelo Órgão Estatal Supervisor, a estipulação dos resultados e metas a serem atingidos com os respectivos prazos de execução, dentre outros.

As vantagens do modelo OS são “a finalidade e objetivos públicos; Flexibilidade e agilidade de gestão (...) Geração de dados para subsidiar a formulação e avaliação de políticas públicas; Fomento à intersectorialidade”.

Os instrumentos de gestão das OS são: a “(...) contratação de pessoal pela CLT, com processo seletivo próprio; flexibilidade de utilização dos recursos disponíveis, sem rubricas rígidas; transparência de atos e resultados na internet”. Já os papéis dos parceiros Estado/Município são “a formulação da política pública para a área social específica; o monitoramento das atividades e resultados previstos no Contrato de Gestão; a avaliação dos resultados alcançados; e a execução do pactuado no Contrato de Gestão”.

A fundamentação legal para a criação desses modelos de gestão se baseia na Lei 9.637/98, que instituiu as Organizações Sociais, Contratos de Gestão e o Programa Nacional de Publicação; e na Lei Federal n.º 9.790, de 23/03/1999, que instituiu as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP.

### 3.4 Realização de Cirurgias

Dentre outras medidas essenciais para atender a população carente de assistência médica, a redução de filas de atendimento é um fator preponderante. Para que isso se tornasse realidade de forma célere, realizaram-se mutirões de saúde para zerar a fila de cirurgias.

Segundo a prefeitura do RJ, foi feito um pacto para ampliação da oferta de serviço da rede federal para o Sistema de Regulação mediante negociação com hospitais universitários com a publicação de Decreto 42.928, 09/03/2017 (que regulamenta a aplicação de compensação de até 70% de ISS para prestadores de serviço da saúde).

Dentre outras medidas que propiciassem a redução de filas, houve ainda a implementação de um Mutirão de Cirurgias no final de semana nos principais hospitais da rede, incluindo hospitais pediátricos. Neste esforço conjunto, mais de 500 pacientes foram operados. Houve a abertura do Setor de Endoscopia e Colonoscopia do Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC), bem como a entrega de novo microscópio oftalmológico para cirurgia de catarata no HMMC. Foram implantadas medidas visando propiciar a redução de filas tendo sido realizado chamamento público para contratualização<sup>9</sup> de serviços de média e alta complexidade; Pactuada ampliação da oferta de serviço da rede federal para o Sistema de Regulação e negociação com hospitais universitários; Aumento do número de consultas e procedimentos ofertados e maior agilidade na marcação; Resolução SMS Nº 3229, 24/03/2017, define procedimentos que poderão ser objetos de compensação, visando a redução das filas.

Visando uma ampliação de 20% no número de leitos nos hospitais municipais, fez-se a elaboração de estudo sobre necessidades específicas de aumento de leitos na Rede Municipal e o incremento das habilitações dos leitos pelo Ministério da Saúde.

No tocante aos recursos humanos necessários, identificou-se como prioridade a chamada de profissionais do Banco de Concursados, visando suprir o déficit encontrado de

9 Contrato de um estabelecimento de saúde com o gestor (União, estados, DF, municípios), no qual são estabelecidas metas e indicadores de resultado a ser cumpridos pela unidade de saúde, além dos recursos financeiros.

profissionais. Assim, também se busca a regularização dos contratos temporários, retomar a seleção pública e a contratação de médicos para suprir necessidade da rede hospitalar, com a realização do concurso público para médicos de diversas especialidades. Na ampliação dos recursos humanos, houve a chamada de profissionais do Banco de Concursados: A Prefeitura do Rio autorizou a convocação de 518 profissionais de saúde aprovados, no concurso público de 2013. Os profissionais foram chamados no início de março e seriam lotados em abril/2017.

São 28 médicos, 518 profissionais de enfermagem, 40 técnicos de radiologia e 40 técnicos de laboratório. Para suprir o déficit de profissionais, fez uma Chamada Pública de 978 novos médicos, em regime de contratação por tempo determinado, para as especialidades de psiquiatria, cardiologia, anestesiologia, cirurgia plástica, geral, torácica e pediátrica, hematologia, nefrologia, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia, radiologia, urologia, obstetrícia, infectologia e geriatria. Em chamamento anterior, outros 107 médicos foram contratados.

Visando a redução de filas, atos do prefeito em exercício foram implementados em caráter de urgência, tais como a publicação do Decreto Rio 42.928, 09/03/2017 que regulamenta o art. 199 da Lei nº 691, de 24 de dezembro de 1984, para aplicação da compensação entre créditos tributários do ISS e créditos de pessoas jurídicas prestadoras de serviços de saúde e de assistência médica; a publicação da Resolução SMS No 3229, 24/03/2017, que define, com base nas demandas do SISREG e na capacidade da oferta, os serviços de saúde que poderão ser objeto de compensação.

Houve um claro apoio da Câmara de Vereadores para que novos médicos possam ser contratados por até 2 anos em que o Projeto de Lei 0011/ 2017 foi aprovado por 41 vereadores, autorizando a contratação de médicos na rede municipal por 1 ano, podendo o contrato ser renovado por mais 1 ano, como ocorre em nível federal. A medida passa a valer após a sanção do prefeito Marcelo Crivella.

De forma programática, o relatório da prefeitura apresenta um fluxograma sobre a redução de filas, visando a ampliação da oferta em parceria com a rede federal.

Ainda quanto à Redução de Filas, a síntese dos resultados é de que no início da gestão, mais de 130 mil pessoas aguardavam na fila do SISREG para a realização de algum procedimento. Com todas essas medidas, relacionadas anteriormente, foi possível:

- Aumentar a oferta de serviços mediante reordenamento das filas, reduzindo, em apenas 15 dias, em 5,8% a fila dos cinco serviços com maior demanda no SISREG;
- reduzir o tempo de espera dos pacientes na fila do SISREG já em fevereiro de 2017, comparando com o mesmo mês de 2016, em 23,4% para consultas (de 64 para 49 dias de espera) e em 34% para exames (de 53 para 35 dias).
- O número de consultas agendadas passou de 96.306 em março de 2016 para 112.144 em março de 2017 (aumento de 14%) e o de consultas realizadas de 109.750 para 101.572 (reduziu 7,45%).
- O número de exames agendados passou de 31.074 para 39.665 (21,6%) e os realizados de 36.881 para 34.758 (-5,7%) entre março de 2016 e de 2017.
- Para alguns procedimentos com as maiores demandas, como consulta em cirurgia geral para hérnia, o tempo de espera entre fevereiro de 2016 e de 2017, caiu de 203 dias para 119 (-41,4%); para oftalmologia geral, de 112 para 89 dias (-20,5%); para o exame de colonoscopia, de 143 para 115 dias (-19,3%); para teste de esforço ergométrico, de 172 para 111 dias (-35,7%).

Contudo, a demanda por consultas e exames na rede municipal aumentou consideravelmente, de 125.780 para 147.635 entre janeiro de 2016 e de 2017; e de 119.425 para 140.302 entre fevereiro de 2016 e de 2017.

Devido, principalmente, a ampliação da rede de Atenção Primária, dando mais acesso aos serviços de saúde; e pela crise da rede estadual de saúde, gerando uma supressão da oferta de serviços nas unidades do Estado e a migração dos pacientes para a rede municipal, onde a oferta está mantida.

### **3.5 Fornecimento de Medicamentos**

Segundo o Portal da Fiocruz<sup>10</sup>, em face da integralidade da prestação em saúde, ao estabelecer que a saúde deve ser integral, ou seja, abranger tudo o que é necessário para prevenir e curar doenças, o Sistema Único de Saúde (SUS) organiza a sua assistência

10 Disponível em: . Acesso em 16 nov. 2017.

farmacêutica através do Decreto Federal nº 7508, que regulamenta a Lei Orgânica nº 8080/90.

Esta legislação estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), com uma seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos pelo SUS.

Para ter acesso aos medicamentos previstos na Rename, o usuário deve fazer seu atendimento via SUS, com prescrição realizada por profissional de saúde no exercício regular de suas funções, em conformidade também com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. A prescrição deve estar de acordo com a relação complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos, tendo sua distribuição em unidades indicadas pelo SUS.

No portal da Fiocruz, no menu “Pense SUS”, são apontadas de forma elucidativa, as diretrizes da Assistência Farmacêutica do SUS estão apresentadas na Política Nacional de Medicamentos, do Ministério da Saúde, que estabelece as regras para a gestão da cessão pública de medicamentos (nos níveis federal, estadual e municipal), observando a oferta de produtos gratuitos a preços reduzidos, segurança, qualidade e eficácia do que é oferecido.

A Fiocruz, no menu “Pense SUS”, chama a atenção para a dificuldade de acesso a medicamentos por parte da população carioca. Mesmo com avanços como a política dos genéricos, as pesquisas com fitoterápicos, a política da Farmácia Popular e a ampliação da relação de medicamentos oferecidos, ainda é grande a desigualdade no acesso a medicamentos por parte da população brasileira, havendo muitas fragilidades e desafios a serem encarados pelos gestores.

Segundo parecer de Luís Roberto Barroso, concernente à de que forma o Judiciário (e os magistrados) devem optar pelo medicamento genérico, de menor custo:

*58. (...) “Os medicamentos devem ser preferencialmente genéricos ou de menor custo. O medicamento genérico, nos termos da legislação em vigor (Lei nº 6.360/76, com a redação da Lei nº 9.787/99), é aquele similar ao produto de referência ou inovador, com ele intercambiável, geralmente produzido após a expiração da proteção patentária, com comprovada eficácia, segurança e qualidade.”*

Segundo Barroso, o Judiciário deverá ainda optar por substâncias disponíveis no Brasil, conforme entendimento no mesmo parecer:

57. *“A inclusão de um novo medicamento ou mesmo tratamento médico nas listas a que se vinculam os Poderes Públicos deve privilegiar, sempre que possível, medicamentos disponíveis no mercado nacional e estabelecimentos situados no Brasil, dando preferência àqueles conveniados ao SUS66. Trata-se de decorrência da necessidade de se harmonizar a garantia do direito à saúde com o princípio constitucional do acesso universal e igualitário.”*

Para amparar os magistrados na análise e concessão de medicamentos e tratamentos requeridos através de ações judiciais, o Tribunal de Justiça do RJ conta, desde 2009, com um Núcleo de Assessoria Técnica (NAT)<sup>11</sup>, que assessora os juízes em ações de medicamentos, cujas atividades apresentam um resultado positivo. Em um ano, o NAT deu mais de dois mil pareceres. Para o presidente do TJRJ, desembargador Luiz Zveiter, o sucesso da iniciativa é visível, com o crescimento de 20% no número de laudos produzidos. Em 2009, foram 987; hoje já superamos 1200”, afirmou. O presidente do TJRJ explica que o objetivo do NAT é dar tranquilidade aos juízes no momento das decisões e evitar fraudes. “A equipe tem 24 profissionais. Além daqueles que atuam na área administrativa, temos 15 farmacêuticos, dois enfermeiros, quatro nutricionistas e um médico que avaliam os pedidos com base nas prescrições, documentos e histórico dos pacientes-autores para atender a quem realmente necessita dos remédios ou de tratamento específico”.

No âmbito legislativo municipal, buscando uma solução para ampliar a oferta de medicamentos à população atendida pelo SUS, a vereadora Verônica Costa apresentou o Projeto de Lei Nº 519/2017 de 31 de outubro de 2017, que ainda está aguardando análise de Comissão interna em 14/11/2017, e que “Institui o Banco de Medicamentos do município do Rio de Janeiro e dá outras providências”.

Assim, o Legislativo municipal, preocupado com a necessidade premente dos cidadãos da cidade necessitados de medicamentos diversos, se movimenta para criar mecanismos de fornecimento em meio à grave crise que afeta a Saúde no âmbito municipal.

Segundo o Portal do Estado do Rio de Janeiro, visando dirimir conflitos e evitar o ajuizamento de ações judiciais no Rio de Janeiro, foi criada a Câmara de Resolução de

11 Disponível em: . Acesso em 16 nov. 2017

Litígios de Saúde (CRLS), órgão que representa a união de várias entidades e poderes públicos visando à mediação dos casos que envolvam a saúde da população do Estado do Rio de Janeiro, em 70 dias de funcionamento, reduziu em 38% o número de novos processos na Justiça. Localizada no Centro do Rio de Janeiro, a CRLS reúne a Procuradoria Geral do Estado, a Procuradoria Geral do Município, o Tribunal de Justiça do Estado, a Defensoria Pública do Estado, a Defensoria Pública da União, a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

### **3.6 A situação da atual gestão municipal de saúde no RJ: Há necessidade de intervenção federal?**

O caos a que está submetida a saúde no Estado do Rio de Janeiro e no Município do Rio de Janeiro é mais um capítulo da politicagem rasteira que contamina todas as instituições, haja vista que os serviços públicos nunca foram prestados a contento, principalmente pela cultura de corrupção que está impregnada em nosso país, mas também pela desvalorização dos serviços prestados para a população no âmbito público, como já dito, desconhecimento dos seus direitos pelos usuários do sistema, o que, acaba por acarretar em perpetuação do patrimonialismo e promiscuidade na utilização dos recursos públicos, além do aparelhamento e utilização política daquilo que deveria ser bem público; leia-se: “patrimônio de todos” e não “coisa de ninguém”. Neste aspecto, são inúmeras as denúncias de superfaturamento, fraudes em licitações, cortes de verbas e a conseqüente supressão de rubricas na área da saúde nas três esferas governamentais.

O Rio de Janeiro agoniza em uma crise sem precedentes, como se rios de dinheiro não fossem injetados mensalmente nas contas públicas da saúde. Afiguram-se como fatores preponderantes da atual conjuntura da saúde pública: a má gestão, a influência político-ideológica na gestão do direito social à saúde e a hedionda corrupção, que enfraquece ainda mais aqueles que já são socialmente vulneráveis e carentes de políticas públicas que os retirem de seu estado de aviltamento.

Outro problema encontrado na falência do sistema de saúde é a migração dos pacientes da rede estadual (combatida pela crise do governo do ERJ), para a rede municipal de atenção básica, que não está funcionando nem com o mínimo necessário.

Esse adensamento de busca por atendimento (sem condição de ser satisfeito) trouxe uma enorme insegurança e um alto índice de agravamento para a saúde dos cariocas. Não há o mínimo essencial para o atendimento básico, de dor de cabeça a uma fratura simples. A população está à mercê da própria sorte, instalando-se o caos em unidades de saúde antes consideradas de referência.

As UPAs municipalizadas, que deveriam atender aos casos de menor complexidade, por sua vez, estão sobrecarregadas, sucateadas e sem condições de atender à crescente demanda em razão dos problemas na rede estadual e federal, faltando-lhes pessoal, insumos e medicamentos básicos para o mais simples atendimento. Muitos pacientes precisam, eles próprios, adquirir insumos básicos e medicamentos simples. Some-se a este quadro, a insegurança já noticiada dos profissionais de saúde nas UPAs instaladas em áreas conflagradas.

Os Hospitais de Emergência (Souza Aguiar, Miguel Couto, Salgado Filho, Albert Schweitzer, Rocha Faria) atendem somente aos pacientes graves e contam com quadro incompleto de profissionais de saúde, diminuição da oferta de leitos, *déficit* de materiais e medicamentos.

A referência em Saúde Mental do município do RJ, Instituto Phillippe Pinel, afetada pela política de saúde da atual gestão, teve diminuição de atendimentos, fechamento progressivo de leitos e desabastecimento da farmácia. Somente casos graves são atendidos. Não é de causar espanto a matéria<sup>12</sup> publicada no jornal O Globo em 16/11/2017 sobre a situação de tão importante hospital de referência, como vemos abaixo:

***“Pinel fecha 15 dos 18 leitos para tratamento de alcoolismo e drogas***

*Crise fez unidade desativar também metade das 70 vagas do setor de emergência*

*RIO - Considerada a principal emergência psiquiátrica da cidade, o Instituto Philippe Pinel, em Botafogo, reduziu o número de atendimentos, fechou leitos e cortou a alimentação oferecida a funcionários e acompanhantes de pacientes. Um dos setores mais afetados, como noticiou o colunista Ancelmo Gois, foi a unidade de tratamento para alcoolismo e usuários de drogas, onde 15 dos 18 leitos foram fechados. A média de pacientes atendidos no setor por mês caiu de 300 para 50. Segundo a Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores, por causa dos cortes no orçamento, metade das 70 das vagas em leitos de emergência do Pinel também fechou este ano.”*

Os Centros de Referência em Tuberculose (doença que já havia sido erradicada, mas que hoje tem diagnóstico crescente no município do Rio de Janeiro, e que tem avançado em razão da insalubridade de comunidades cariocas favelizadas), estão abandonados, com péssima infraestrutura, leitos fechados, falta de insumos e sem profissionais de saúde. Outrossim, a Gestão de Contratos com unidades de atenção básica à saúde enfrenta grave crise, muito em função do imobilismo da Prefeitura, conforme matéria<sup>13</sup> abaixo publicada no jornal O Globo:

***“Gestora de nove contratos em mais 80 de unidades atenção básica à saúde está sem dinheiro.***

*OS não recebe repasses da prefeitura e avisa que atrasará salário de outubro.*

*RIO — O Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde (Iabas), organização social que administra nove contratos e mais de 80 unidades de atenção básica à saúde municipais, informou nesta quinta-feira a seus funcionários que não há previsão de quando será feito o pagamento de outubro. Segundo o comunicado, a Secretaria municipal de Saúde não teria repassado os recursos. O mesmo problema afeta a OS Viva Rio, responsável por três unidades.*

*Procurado, o Iabas informou que “lamenta profundamente” a situação. De acordo com a OS, parte dos salários de julho, agosto e setembro dos funcionários ainda está atrasada, além de a entidade acumular dívidas com fornecedores e serviços terceirizados. O Iabas também informou que, em outubro, só recebeu recursos da prefeitura para pagar na totalidade um dos nove contratos de gestão que possui com o município.*

*Por nota, a Secretaria municipal de Saúde informou que pagou ontem o “último dos contratos incluídos no compromisso firmado pelo prefeito Marcelo Crivella com as organizações sociais”. Ainda de acordo com a pasta, “R\$ 36,4 milhões foram repassados para fins de regularização dos salários em atraso nas unidades, conforme valor informado pelos representantes das OSs”. A pasta disse que os valores relativos a outubro serão repassados “em breve, conforme calendário e liberação” do órgão.”*

*Assim, a falência do município vem se somar ao que o Estado do Rio de Janeiro vem enfrentando, com carência de leitos, recursos, pessoal e insumos. Soma-se a esse quadro desalentador o corte de verbas da Saúde no âmbito federal.*

13 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/gestora-de-nove-contratos-em-mais-80-de-unidades-atencao-basica-saude-esta-sem-dinheiro-22052593#ixzz4yYTD5eQLstest>. Publicada em 10/11/2017. Acesso em: 15 nov. 2017.

*Como novo capítulo, o jornalismo investigativo levantou a situação atual, publicando em 20 de novembro de 2017 os números estarrecedores da saúde municipal, na matéria intitulada “Unidades de saúde da prefeitura reduzem procedimentos em 3,9 milhões em um ano - Número de exames foi o que mais caiu: de 13,1 milhões para 8,8 milhões”<sup>14</sup>:*

*“O drama da carioca centenária é um exemplo da crise na rede municipal de saúde do Rio. Com R\$ 550 milhões do orçamento bloqueados e pelo menos 120 leitos fechados nos últimos meses em diversas unidades por falta de recursos, esse cenário já se reflete nas estatísticas do desempenho da rede da Secretaria municipal de Saúde (SMS). Entre janeiro e setembro, a SMS teve um saldo de 3,9 milhões de procedimentos a menos — entre exames, consultas e cirurgias —, em comparação com o mesmo período de 2016, segundo dados obtidos pelo GLOBO no sistema DataSus do Ministério da Saúde.*

*No total, a Secretaria municipal de Saúde realizou, entre janeiro e setembro do ano passado, 44,8 milhões de procedimentos. Este ano, nos nove primeiros meses, foram 40,9 milhões (8,6% a menos). Enquanto isso, segundo estimativas do IBGE, a população do Rio aumentou de 6,4 milhões para 6,5 milhões (1,5%), de 2016 para 2017. Dentro desse universo, o número de exames realizados foi o que mais caiu: despencou de 13,1 milhões para 8,8 milhões (32,8% a menos). As consultas recuaram de 20,6 milhões para 18,8 milhões (1,8 milhão ou 8,7% a menos), e as cirurgias passaram de 506 mil para 407 mil no período (queda de 19,56%).”*

*A redução dos procedimentos seria ainda mais drástica não fossem dois itens que subiram: a quantidade de próteses e similares fornecidas pela secretaria aumentou de 320 mil para 381 mil; e as ações de prevenção em saúde (atendimentos nas clínicas da família) passaram de 10 milhões para 12 milhões. Todos esses números — tanto os do ano passado como os de 2017 — no entanto, poderão ser atualizados pelo DataSus.*

#### *CLÍNICAS DA FAMÍLIA LIMITAM SEUS HORÁRIOS*

*Em outubro, O GLOBO mostrou que 244 mil pacientes aguardavam consultas, exames ou cirurgias na rede municipal de Saúde, segundo a subsecretária de Regulação, Controle, Avaliação, Contratualização e Auditoria, Claudia da Silva Lunardi. O número é, aproximadamente, 80% maior do que o registrado no fim do ano passado, quando 134 mil pacientes esperavam por atendimento.*

*E as estatísticas da saúde no Rio podem piorar nos últimos meses do ano, devido a uma greve dos profissionais de Organizações Sociais (OSs) que prestam atendimento na rede. O presidente da Associação de Medicina de Família e Comunidade, Moisés Vieira Nunes, afirma que 170 das 227 unidades de atenção básica (centros de saúde e clínicas da família) estão em greve há três semanas devido a atrasos nos salários. Nelas, só 30% dos funcionários estão trabalhando.*

14 <https://oglobo.globo.com/rio/unidades-de-saude-da-prefeitura-reduzem-procedimentos-em-39-milhoes-em-um-ano-22087836#ixzz4yz8TQ0pr>

*— Não temos, hoje, condição de tratar uma pneumonia leve, porque não há antibióticos. É preciso mandar o paciente para um hospital — diz Moisés, que trabalha numa clínica na Rocinha. Moisés identifica outro problema: por economia, várias unidades que funcionavam até as 20h passaram a fechar mais cedo, limitando os atendimentos. Em Santa Cruz, alguns postos param às 17h. Na Rocinha, o expediente agora se encerra às 18h, e a unidade deixou de funcionar aos sábados.*

Em razão desta crescente e amplificada crise, o cidadão carioca, bem como o usuário do sistema de saúde fluminense, não têm onde se socorrer, partindo assim para a judicialização da Saúde com última chance de receber ao menos o mínimo essencial para a manutenção da vida.

Por derradeiro, que resta por desaguar na conclusão, não pode um direito social tão sensível e fundamental, constitucionalmente garantido como cláusula pétrea, depender de políticas partidárias e de políticos para se consolidar, posto que, via de regra, a alguns dos políticos da atualidade, falta-lhes uma postura republicana e de cidadania, de supremacia do interesse público sobre o privado.

### **3.7 A judicialização da saúde**

Com a falência do sistema de saúde, os pacientes se encontraram abandonados à própria sorte, sem que suas necessidades fossem atendidas. Com a conquista de direitos a partir da promulgação da CRFB/1988, os cidadãos se viram obrigados a buscar amparo no Judiciário. Surgia assim um movimento crescente e proporcional à falência do Estado: a judicialização da Saúde.

Sensível a este cenário, o Conselho Nacional de Justiça – CNJ, passou a monitorar a judicialização da saúde nos tribunais do país e “buscou analisar o cenário da judicialização da saúde e a política judiciária de saúde” (2015, p. 13). Assim, publicou em 2015, o resultado de ampla pesquisa sobre o tema, no relatório “Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência” (2015), em que aponta que:

*“A saúde e o direito são campos bastante politizados no Brasil. As instituições jurídicas e sanitárias têm sido testemunhas desse processo, que influencia decisivamente as sociabilidades e o estabelecimento de estratégias de reivindicação de direitos pelos atores sociais. No Brasil, a*

*relação entre direito e saúde ganhou sua versão atual há pouco mais de 25 anos, a partir da Constituição de 1988, e sua cristalização foi fruto de amplos debates com grupos de pressão, sociedade civil e Estado (2015, p. 9).”*

No referido relatório, o CNJ vai apresentar como definiu a metodologia quantitativa dos perfis a serem analisados, com “a escolha dos tribunais. Os desafios iniciais, a seleção para análise dos dados do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, do Paraná, do Rio Grande do Norte, de Minas Gerais, de Mato Grosso do Sul, do Acre”. Além disso, apontou qual a metodologia qualitativa das experiências.

Também, apontou o perfil da judicialização da saúde, apontando dados das despesas dos tribunais (quantidade de servidores, de magistrados, carga de trabalho e processos julgados por magistrado, de processos em estoque), da saúde pública, da saúde suplementar. Esmiuçou de forma analítica as experiências de efetivação da saúde nas localidades de Araguaína/TO, Lages/SC, Brasília/DF, com a devida compreensão dos atores, os arranjos institucionais e os atores da experiência e resultados alcançados.

O CNJ identificou, com o passar dos anos, que:

*“A judicialização do direito à saúde, mais especificamente, tem se direcionado a diversos serviços públicos e privados, tais como o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de exames e a cobertura de tratamentos para doenças. Não é difícil observar em qualquer governo no Brasil a existência de ações judiciais que buscam o deferimento de pedidos sobre estes e outros assuntos. O resultado deste processo é a intensificação do protagonismo do Judiciário na efetivação da saúde e uma presença cada vez mais constante deste Poder no cotidiano da gestão em saúde (2015, p. 9).”*

Num movimento que busca assistir os jurisdicionados e a envolver os diversos atores envolvidos, o CNJ passou a criar mecanismos de identificação e uma política judiciária para a saúde, conforme se aduz abaixo:

*“O crescimento da importância e do protagonismo judicial em matéria de saúde trouxe a necessidade de se estabelecer uma ação mais coordenada e estratégica. Não é por acaso que, ao longo dos últimos cinco anos, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) tem liderado e estimulado de maneira mais sistemática a atuação do Judiciário, buscando estabelecer uma política judiciária para a saúde. As estratégias oriundas dessa política judiciária envolvem desde a criação do Fórum Nacional do Judiciário para a saúde até Comitês Estaduais de Saúde e recomendações sobre como os juízes podem decidir as demandas que lhes são apresentadas (2015, p. 10).”*

Dentre as medidas adotadas, o CNJ publicou a Recomendação n. 31 que, considerando o volume processual de centenas de milhares de processos em saúde, teve como objetivo orientar os tribunais na adoção de medidas que subsidiem os magistrados para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde pública (2015, p. 10).

Esta Resolução n. 31 veio dar parâmetros para que os tribunais atuassem de forma diligente e amparada por critérios técnicos nas demandas de saúde.

As decisões dos magistrados exigiam domínio do tema e isso levou à criação de protocolos do tratamento das demandas de saúde em cada uma de suas especialidades: tratamento, cirurgia, fornecimento de insumos e medicamentos.; e a exigência de instrução dos processos com relatórios médicos completos (descrição da doença, identificação correta da doença com o Código Internacional de Doenças – CID correto, a “prescrição de medicamentos, com denominação genérica ou princípio ativo, produtos, órteses, próteses e insumos em geral, com posologia exata” (2015, p.11).

Foi estimulada assim a criação de Núcleos de Assessoria Técnica (NAT) da área médica e farmacêutica para dar assessoramento aos magistrados dos tribunais estaduais na tomada de decisões em demandas de saúde cada vez mais complexas e os NAT nasceram da necessidade de uma compreensão multidisciplinar a respeito da saúde e do direito.

Tradicionalmente, os NATs foram implementados nos diversos tribunais do país com um propósito consultivo, ou seja, para auxiliar o juiz na formação de sua convicção nos litígios em saúde. Em regra, o profissional da saúde sabe da eficácia de medicamentos, pertinência de exames ou desejabilidade de tratamentos. Nesse sentido, o apoio do NAT seria importante para que, com o parecer de profissionais de saúde, o juiz pudesse julgar melhor e com mais elementos técnicos (2015, p. 57-58).

Em 2010, continuando a atuar para apoiar a Justiça nesta problemática, o CNJ ainda publicou a Resolução n. 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário (FNJ) para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Entre suas atribuições, o FNJ deve elaborar estudos e propor medidas concretas para o aperfeiçoamento, reforço e efetividade dos processos judiciais, além de refletir sobre a prevenção de novos conflitos em matéria de saúde. A Resolução ainda prevê a possibilidade de os tribunais realizarem termos

de cooperação técnica com órgãos ou entidades públicas ou privadas para o cumprimento de suas atribuições (2015, p. 12).

Em 2011, publica o CNJ a Resolução n. 36 (numa evolução da Resolução n. 31), para auxílio nas decisões referentes a ações sobre Saúde Suplementar, sendo certo que “as medidas adotadas pelo CNJ constituem verdadeiros avanços institucionais do Judiciário” (2015, p. 12). Assim, para nortear a nova postura a ser adotada pelos tribunais, como subsídio para a criação de recomendações pelo CNJ, para delimitar qual era o “panorama de judicialização” e como era “a política judiciária de saúde” vigentes, buscou-se atender especificamente a três objetivos:

- 1) O primeiro foi o estabelecimento de um perfil amplo dos litígios em saúde pública e saúde suplementar no Brasil, a partir de diversas informações e características presentes em processos judiciais.
- 2) O segundo foi a análise de conteúdos, concepções e sentidos atribuídos pelos atores jurídicos e políticos no que concerne ao direito à saúde e às estratégias de efetivação.
- 3) O terceiro objetivo, por fim, foi a compreensão dos arranjos institucionais e sociais que foram desenvolvidos em experiências específicas de interação entre Judiciário, sociedade e gestão para a efetivação do direito à saúde (2015, p. 13).

Na busca de um parâmetro, a pesquisa do CNJ considerou os três objetos (2015, p. 14) como mais relevantes para a judicialização da saúde no Brasil:

- Ações judiciais em saúde (pedidos, causas de pedir, demandantes, demandados, provimentos, recursos etc.);
- Redes institucionais das políticas de saúde (Fórum Nacional de Saúde, Comitês Estaduais de Saúde, Conselhos de Saúde etc.);
- Estratégias extrajudiciais desenvolvidas no ou pelo Judiciário (Audiências Públicas, Mutirões etc.).

A análise dos dados encontrados precisava de um recorte e a amostragem foi definida tendo como “referência o ‘Relatório Justiça em Números 2012’, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça que classifica os tribunais estaduais em três grupos (pequeno, médio e

grande porte)” que possuíam demandas de saúde, com critérios definidos que norteassem o CNJ:

Primeiramente, foi realizada uma pesquisa nos sites dos Tribunais de Justiça, com o objetivo de constituir um perfil dos litígios em saúde pública e complementar, buscando categorizá-los mediante os seguintes dados: autor, réu, existência de antecipação de tutela, pedido principal, causa de pedir, existência de recursos, principais argumentos do autor e do réu, ações coletivas e individuais, além de outros previstos nos questionários de análise. (2015, p. 14)

Após o levantamento dos dados qualitativos, o CNJ fez uma análise quantitativa que é apresentada de forma extensa e muito detalhada no referido Relatório, retratando de forma inequívoca o agigantamento da judicialização da saúde nas diversas regiões do país.

Considerando os resultados, o CNJ encontrou inúmeros desafios em face da progressiva influência do Judiciário sobre as políticas públicas de saúde, dentre os quais se destaca a necessidade de reconfiguração das estratégias de atuação judicial e extrajudicial nos conflitos entre o cidadão e o poder público na efetivação da saúde.

Em meio a estes desafios encontrados pelo CNJ, se destacam os:

- a) desafios de concepção do direito à saúde;
- b) desafios institucionais; e
- c) desafios do cotidiano decisório” a fim de desenvolver “uma política judiciária para efetivação do direito à saúde” (2015, p. 132).

Nos desafios do cotidiano decisório, a capacitação dos atores envolvidos até a tomada de decisão tem caráter preponderante, vista haver necessidade de promoção “permanente, plural e cotidiana” visando a promoção da efetivação da saúde. Também, a identidade daquele que ajuíza uma ação deve ser lembrada, pois para além de um número de processo, há uma pessoa que sofre e que requer que seu direito seja atendido.

Há que se ater ainda ao entrosamento das esferas institucionais (entes federativos), gestores de saúde, Conselhos, agências reguladoras, entidades de saúde suplementar e órgãos afins visando mitigar os entraves do acesso à saúde, direito constitucional que muitas vezes é esquecido ou até mesmo negado.

O atual Ministro do STF, Luís Roberto Barroso, ao apontar a força normativa e a efetividade da Constituição, nos lega parâmetros para a compreensão da busca da satisfação por via judicial dos direitos à saúde que assolam os tribunais, já que “nos últimos anos, no

Brasil, a Constituição conquistou, verdadeiramente, força normativa e efetividade. A jurisprudência acerca do direito à saúde e ao fornecimento de medicamentos é um exemplo emblemático do que se vem de afirmar. As normas constitucionais deixaram de ser percebidas como integrantes de um documento estritamente político, mera convocação à atuação do Legislativo e do Executivo, e passaram a desfrutar de aplicabilidade direta e imediata por juízes e tribunais. Nesse ambiente, os direitos constitucionais em geral, e os direitos sociais em particular, converteram-se em direitos subjetivos em sentido pleno, comportando tutela judicial específica. A intervenção do Poder Judiciário, mediante determinações à Administração Pública para que forneça gratuitamente medicamentos em uma variedade de hipóteses, procura realizar a promessa constitucional de prestação universalizada do serviço de saúde.”

Há uma busca desenfreada pela saúde nos tribunais do país, com os Plantões Judiciários abarrotados de pedidos de tutela antecipada e uma escalada de medidas coercitivas (multas e medidas de apoio) aplicadas pelos magistrados contra os entes federativos.

Dentro dessa situação há julgados favoráveis aos autores no TJRJ, fornecendo tratamento e até mesmo transporte, como o Agravo de Instrumento [0001171-60.2017.8.19.9000](#) , disponível em anexo.

A situação de calamidade pública encontrada no Estado e no Município do Rio de Janeiro faz com que o Tribunal de Justiça seja palco de sérios embates, em que pese a falência absoluta dos cofres públicos.

Some-se a isso a situação política do município, cujo gestor máximo (do governo atual) modificou totalmente a gestão já em voga (do governo anterior) e, dentre outras medidas, paralisou diversos programas, extinguiu leitos, demitiu funcionários e não paga as organizações sociais que atuam na saúde municipal.

Com este panorama dramático, este trabalho aponta que o aporte de recursos não é a chave para o sucesso, mas antes de tudo a decisão por uma política pública que atenda aos anseios e necessidades de toda uma população, em todos os âmbitos federativos.

## CONCLUSÃO

A conclusão inevitável a que se chega, é a de que o papel do Governo na promoção e garantia de acesso da população aos serviços de saúde deve limitar-se à identificação da demanda existente, da mensuração de dados e de orçamento, da regulamentação, publicação de editais, aporte de recursos e fiscalização rigorosa, combinado com aprimoramento de sistemas de controle.

Deve, de forma efetiva, atuar com rigor na fiscalização em todas as etapas do processo. Está fartamente comprovado, que a sistemática adotada até hoje é absolutamente ineficaz, principalmente quando há o viés político-partidário-ideológico envolvido. O poder público, administrando de forma direta as unidades de saúde pública, terá que orientar-se pela legislação e pela isonomia. É aí que o problema se instala. Privatizando-se todo o setor, e subsidiando-se o pobre na medida de sua capacidade econômica, através de convênios / seguros saúde, a administração pública conseguirá três objetivos principais, a saber:

1. Imiscuir-se da responsabilidade direta pelos atos praticados pelos profissionais que atuam na rede de saúde, proporcionando-se, assim, a quase erradicação de pagamentos de verbas sucumbenciais em ações judiciais contra a Fazenda Pública;
2. Elevar o nível da qualidade da prestação dada ao cidadão, reduzindo-se assim, o nível de insatisfação do destinatário final , transferindo-se o atendimento e a responsabilidade à iniciativa privada, fomentando-se, dessa forma, o empreendedorismo na área da saúde e estimulando novos negócios;
3. Enxugamento da máquina pública e da folha de pagamento.

Assim, cumpre destacar que os esforços das ações públicas e os recursos financeiros, devem ser aplicados de modo a garantir a eficácia do sistema – a saber, que o cidadão receba a sua prestação de serviço de saúde, pelo menor preço e maior qualidade.

A prestação de serviços de saúde pelo SUS é garantido pela Constituição Federal de 1988, e há que se encontrar um modo equilibrado de gestão, a fim de evitar ao máximo os desperdícios e fraudes bem como envidar esforços de poupança, de modo a colaborar para a

ampliação de programas específicos de saúde básica e avançada e na ampliação da oferta dos medicamentos de distribuição gratuita.

Em matéria jornalística<sup>15</sup> sobre as Organizações Sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, o jornal O Globo tem denunciado a falência de gestão e a atuação necessária do Tribunal de Contas do Município auditando essas parcerias, conforme se depreende da matéria abaixo publicada no Sítio do jornal O Globo:

*“Das dez OS's que operam no município, oito estão sob investigação.*

*A maioria das investigações teve por base 16 auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas do Município (TCM)*

*RIO - Das dez organizações sociais (OSs) que administram 108 das 248 unidades de saúde da prefeitura do Rio, oito são investigadas em procedimentos no Ministério Público (MP) estadual e em ações no Tribunal de Justiça (TJ) do Rio por suspeitas de irregularidades. Há desde denúncia de não fornecerem condições adequadas aos pacientes, até casos de supostos desvios de recursos públicos. A maioria das investigações teve por base 16 auditorias realizadas pelo Tribunal de Contas do Município (TCM). Em alguns casos, os auditores constataram sobrepreços de até 508% na compra de medicamentos.*

As auditorias do TCM foram feitas em nove OSs que tinham contrato com a prefeitura à época da inspeção. Apenas na Fiotec não foram detectados problemas. Mas foram apontadas objeções aos serviços nas demais: Instituto de Atenção Básica e Avançada de Saúde (Iabas), Viva Rio, Associação Paulista, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (Cejam), Centro de Estudos e Pesquisas 28 (Cep 28), Gnosis, Unir e Cruz Vermelha.

Na maior parte, foram identificadas práticas semelhantes às que levaram a Justiça a decretar a prisão de oito pessoas ligadas à Biotech, na operação Ilha Fiscal, sob acusação de desvio de mais de R\$ 48 milhões em contratos com a prefeitura. A Biotech, já descredenciada, administrava os hospitais Pedro II (Santa Cruz) e Ronaldo Gazolla (Acari). Diante da gravidade do quadro — e do fato de que essas OSs receberão este ano R\$ 1,9 bilhão (cerca de 38,8% do orçamento destinado à saúde) — os promotores do MP recomendaram ao município, na semana passada, a suspensão de novas contratações.”

Com a situação descrita acima identificada pelos órgãos de controle no município, pode-se deduzir que a utilização das OS e OSCIP têm apresentado falhas graves,

principalmente no cumprimento do que determina a lei que regula esses modelos de gestão da saúde.

Assim, há que se repensar o modelo de gestão de saúde em voga no país, visto que este tem se apresentado distante da necessidade real da população, devido a um subdimensionamento das estruturas de saúde em face do grande número de assistidos, numa conta que “não fecha”.

Também se soma a este quadro o desmonte da saúde municipal em razão, principalmente, de decisões políticas equivocadas, pactuação de convênios suspeitos, superfaturamento, falta de insumos, desvios de recursos públicos, fraude em licitações, contratos espúrios, demora na realização de exames, cirurgias de baixa complexidade e problemas com recursos humanos, dentre outras situações que comprometem o funcionamento mínimo do sistema.

O fato de as esferas federal e estadual terem diminuído o aporte financeiro, diminuído leitos, cancelado contratos e programas só piora a situação dos municípios na questão da saúde pública ao consumidor final, o munícipe.

O modelo de gestão atual, além de ser extremamente ineficaz, contribui em muito para a tão nefasta corrupção, que consome anualmente bilhões dos cofres públicos e prejudica a população.

Não há nada que justifique o colapso da saúde pública, senão a má gestão.

Esta gera, inevitavelmente, a baixa qualidade dos serviços prestados e a insatisfação dos usuários, que, não tendo outro recurso a recorrer, resta por sofrer os prejuízos que decorrem dessa má prestação: o agravamento de sua enfermidade, ou até mesmo a morte.

Surge assim, nesse cenário, pessoas das mais diversas classes sociais e nível de renda ocupando os mesmos espaços, visto haver universalização do direito à saúde, à vida, à dignidade humana, preceitos constitucionais e que norteiam o SUS.

Os desafios de saúde pública no Brasil são inúmeros: do acesso ao saneamento básico, qualidade da água e alimentação consumidas, programas de prevenção da saúde, até a liberação das consultas e exames via SISREG. O caminho a percorrer é longo e com inúmeros entraves.

Se o orçamento público destinado à saúde fosse direcionado apenas para subsidiar os convênios contratados pelos usuários (na proporção devida ao governo), haveria um espaço muito maior para os cuidados com a atenção básica de saúde e ações preventivas. Além disso,

a proposta atende perfeitamente ao comando constitucional, nos termos do art. 197/CRFB, *in verbis*:

*Art. 197. “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”*

Esta medida otimizaria e oxigenaria o sistema de atendimento nos espaços de saúde, de modo a reduzir as competências do poder público a tão somente criar as políticas públicas, regular a forma de acesso, financiar e fiscalizar o cumprimento e nível de satisfação dos usuários.

Não haveria mais que se falar em “hospitais públicos” ou “postos de saúde”, ou ainda, “unidades básicas de saúde”. Essa segmentação entre espaço público e privado simplesmente desapareceria. Teoricamente, as OS e OSCIP seriam a forma de consolidar a oferta digna de tratamento de saúde, mas não é isso que se realiza na prática.

Permitir-se-ia, outrossim, a consulta pública e um maior controle, principalmente tirando da máquina pública esse ônus e incumbência de administrar de modo direto as unidades e serviços público de saúde.

Esta gestão compartilhada, se funcionasse, reduziria também consideravelmente a quantidade de demandas judiciais em que a Fazenda Pública é parte, porquanto exonerar-se-ia do atendimento direto ao usuário e, portanto, não responderia mais diretamente por supostos erros médicos, negligência, negativa de atendimento.

Além disso, os órgãos de controle existentes – Ministério Público, ANS, Tribunais de Contas (da União, dos Estados e dos Municípios), entidades de classe e associações, podem auxiliar o governo na questão do controle, das denúncias e reclamações, no sentido de aprimorar o sistema.

A ineficácia da gestão da saúde existente nos municípios surge da maneira de se *repensar* o acesso da população aos serviços de saúde.

É inegável que todos almejam qualidade, bom atendimento e satisfação de suas demandas essenciais de saúde.

Um ponto relevante a ser considerado nesta equação é a questão do empreendedorismo e fomento aos negócios na área de saúde.

O profissional liberal, empresário ou médico capitalizado se sentiria motivado a abrir novos negócios na área de saúde, novas clínicas, consultórios e centros médicos. Isso estimularia a economia sobremaneira, por meio de favorecimento à concorrência e à livre iniciativa, fundamento da República.

Nesse sentido, o mercado faria a sua parte, promovendo a melhoria e aprimoramento constante tanto dos seguros saúde, como das terapêuticas, práticas de mercado no setor de saúde, desenvolvimento de tecnologia e de medicamentos.

A Constituição Federal, no preâmbulo, defende “instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos”.

O texto constitucional, cujos fundamentos se amparam na dignidade da pessoa humana e na livre iniciativa, estimula que o Estado atue na gestão da saúde de forma a garantir direitos e proporcionar uma vida plena e digna a seus cidadãos, consoante o art. 6º.

O Estado, como promotor do bem-estar, deve atender da melhor forma aos preceitos de sua Carta Magna.

Que o acesso à saúde e à assistência aos cidadãos (de fato e de direito) sejam, enfim, a tônica em tempos vindouros. Que o texto constitucional deixe de ser letra fria esculpida na lei e passe a ser uma verdade em dados e números. Principalmente no percentual de usuários satisfeitos!

A ANS, poderia e deveria ser parceira nesse modelo de gestão. Segundo informações obtidas em seu sítio, é a Agência Nacional de Saúde Suplementar. é a **agência reguladora** vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de **planos de saúde** no Brasil. Notória a sua atuação, visando regular o setor e mediar as relações entre os segurados e as operadoras de planos de saúde em todo o território nacional.

A ANS, com a proposta sugerida, atuaria como mais uma ferramenta na engrenagem de controle da boa aplicação dos recursos públicos. Além dela, poder-se-ia também propor a criação de um gabinete especializado de saúde pública nos Ministérios Públicos Estaduais e Federal, a fim de combater as fraudes, distorções e desperdício de dinheiro público.

## **LEGENDAS**

CRFB – Constituição da República Federativa do Brasil;

MS – Ministério da Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde;

SMS – Secretaria Municipal de Saúde;

PMRJ – Prefeitura do Município do Rio de Janeiro;

SISREG – Sistema de Regulação de Consultas e Exames da Saúde Pública;

ERJ – Estado do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ALCOFORADO, Flavio Carneiro Guedes. **As Organizações sociais e seu controle**. In: Cadernos de Controladoria, PMRJ, Ano IX, no. 1. Rio de Janeiro: 2009.

BARROSO. Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro, Renovar, 2009..

\_\_\_\_\_. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: Direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. Interesse Público, Belo Horizonte, v. 9, n. 46, nov. 2007. Juris Plenum: Direito Administrativo, Caxias do Sul (RS), v. 1, n. 1, p. 25-50, mar. 2014. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/38245>. Acesso em 1 nov. 2017.

BRASIL. CNJ. **Judicialização da saúde no Brasil: dados e experiência**. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2015. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486dae\\_f02bc6ec8c1e491a565006.pdf](http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486dae_f02bc6ec8c1e491a565006.pdf). Acesso em 01 nov. 2017.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf>. Acesso em 10 nov.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Entendendo o SUS**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em 15 nov. 2017.

CANOTILHO. José J. Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

FERRARI, Sérgio. **Constituição Estadual e Federação**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

KELBERT, Fabiana Okchstein. **Reserva do possível e a efetividade dos direitos sociais no direito brasileiro**. 2009. 13 f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2014, vol.21, n.1, pp.15-36. ISSN 0104-5970. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>.

PARANHOS. Vinícius Lucas. **Efetividade dos provimentos judiciais na garantia do direito à saúde: estudo sobre as decisões *inaudita altera parte* no fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado**. Belo Horizonte: Meritum – v. 2 – n. 1 – p. 153-176 – jan./jun. 2007. Disponível em <http://www.fumec.br/revistas/meritum/article/view/762>. Acesso em 16 nov. 2017.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais**. 11. ed. ver. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SARMENTO, Daniel. **Por um constitucionalismo inclusivo: história constitucional brasileira, teoria da Constituição e Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito constitucional**. São Paulo, Malheiros, 2016.

TAVARES, Alessandra Schettino. **O Federalismo Cooperativo da Constituição Federal de 1988: Uma Análise na Repartição de Competências**. Monografia (especialização) – Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), da Câmara dos Deputados, Curso de Especialização em Instituições e Processos Políticos do Legislativo, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Informação e Bibliotecas. **Manual para elaboração e normalização de trabalhos de conclusão de curso**. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [http://www.sibi.ufrj.br/manual\\_teses.pdf](http://www.sibi.ufrj.br/manual_teses.pdf). Acessado em: abr. 2007.

WANG, Daniel Wei Liang. **Escassez de recursos, custos dos direitos e reserva do possível**. Revista Direito GV, São Paulo.

NA INTERNET: JORNAL O GLOBO ONLINE

RODRIGUES, Renan. Clínicas da Família do município sofrem com falta de remédios e equipes reduzidas – Pacientes, que precisam comprar em farmácias. O GLOBO. medicamentos em falta, temem pelo fim de unidades de saúde. Publicada em 15/11/2017 4:30. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/clinicas-da-familia-do-municipio-sofrem-com-falta-de-remedios-equipes-reduzidas-22071421#ixzz4yYJtwZStstest>. Acesso em 15 nov. 2017.

WERNECK Antônio; BOTTARI, Elenilce. Das dez OSs que operam no município, oito estão sob investigação. **O GLOBO**. Publicado em 18/01/2016 6:00. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/das-dez-oss-que-operam-no-municipio-oito-estao-sob-investigacao-18494571#ixzz4ybgT2kZmstest>. Acesso em 16 nov.2017.

JUNQUEIRA, Flávia; RODRIGUES, Renan. Número de doentes à espera de exames e cirurgias em hospitais municipais cresce 80% - São 244 mil pessoas na fila; unidades de saúde da Zona Oeste demitem 140 profissionais. **O GLOBO**. Publicada em 21/10/2017 4:30. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/numero-de-doentes-espera-de-exames-cirurgias-em-hospitais-municipais-cresce-80-21975805#ixzz4yYOaNI5nstest>. Publicada em 21/10/2017 4:30. Acesso em 15 nov. 2017.

CANDIDA, Simone. Pinel fecha 15 dos 18 leitos para tratamento de alcoolismo e drogas – Crise fez unidade desativar também metade das 70 vagas do setor de emergência. **O GLOBO**. Publicada em 16/11/2017 4:30. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/pinel-fecha-15-dos-18-leitos-para-tratamento-de-alcoolismo-drogas-22073073>. Publicado em 16/11/2017. Acesso em 16 Nov.2017.

MARINATTO, Luã; VALLE, Luisa. Gestora de nove contratos em mais 80 de unidades atenção básica à saúde está sem dinheiro - OS não recebe repasses da prefeitura e avisa que atrasará salário de outubro. **O GLOBO**. Publicada em 10/11/2017 6:00. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/gestora-de-nove-contratos-em-mais-80-de-unidades-atencao-basica-saude-esta-sem-dinheiro-22052593#ixzz4yYUm2LjQstest>. Publicada em 10/11/2017. Acesso em: 15 nov. 2017.

ALFANO, Bruno; RIBEIRO, Leonardo. Unidades de saúde da prefeitura reduzem procedimentos em 3,9 milhões em um ano - Número de exames foi o que mais caiu: de 13,1 milhões para 8,8 milhões. **O GLOBO**. Publicado em 20 nov. 2017. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/unidades-de-saude-da-prefeitura-reduzem-procedimentos-em-39-milhoes-em-um-ano-22087836#ixzz4yz8TQ0pr>. Acesso em 20 nov.2017.

## ANEXOS

[0001171-60.2017.8.19.9000](#) - AGRAVO DE INSTRUMENTO

Juiz(a) MIRELA ERBISTI - Julgamento: 30/08/2017 - CAPITAL 1 TURMA RECURSAL DOS JUIZADOS ESPECIAIS DE FAZENDA PÚBLICA.

**TRANSPORTE ESPECIALIZADO; SOLIDARIEDADE ENTRE ESTADO E MUNICÍPIO; TUTELA DE URGÊNCIA; DEFERIMENTO**

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO TURMA RECURSAL DE FAZENDA  
PROCESSO: 0001171-60.2016.8.19.9000 RECORRENTE: YOLANDA RODRIGUES ALVES  
RECORRIDO: ESTADO DO RIO DE JANEIRO RECORRIDO: MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO AGRAVO DE INSTRUMENTO. TRANSPORTE. TUTELA DE URGÊNCIA INDEFERIDA. DEFERIMENTO DO AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO PROVIDO  
RELATÓRIO Trata-se de Agravo de Instrumento interposto contra decisão proferida pelo Juízo do Juizado Especial Fazendário da Comarca da Capital que, nos autos de ação proposta por YOLANDA RODRIGUES ALVES, ora agravante, em face do ESTADO DO RIO DE JANEIRO e do MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, ora agravados, indeferiu a tutela de urgência (fls. 15). Insurge-se a parte autora aduzindo, em síntese, a presença de pressupostos autorizativos à medida. Decisão (fls. 18), negando efeito suspensivo ao recurso. Contrarrazões do Estado do Rio de Janeiro a fls. 19/27. O recurso é tempestivo e a recorrente é beneficiária da gratuidade de justiça. VOTO O agravo de instrumento merece ser provido, impondo-se a reforma da decisão. Consoante cediço, a tutela de urgência tem a finalidade de dar maior efetividade à função jurisdicional e serve para adiantar, no todo ou em parte, os efeitos pretendidos com a sentença de mérito a ser proferida no final do processo. Sabe-se, para deferimento da medida, é indispensável o preenchimento dos requisitos exigidos pelo artigo 300, do Código de Processo Civil, revestindo-se tais requisitos na probabilidade do direito e no perigo de dano, exigindo-se, ainda, ponderação sobre existência de perigo de irreversibilidade do provimento antecipado. Evidentes, no caso, os pressupostos à tutela perquirida em análise sumária. A autora, ora agravante, constitui-se portadora de INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA ESTÁGIO 5, encontra-se em tratamento de hemodiálise 3 vezes por semana, necessitando de transporte especializado, pois que se encontra impossibilitada de se locomover devido a um acidente no qual fraturou duas vértebras da coluna cervical. O laudo médico de fls. 17 confirma a patologia. Contudo, impossível à parte autora, ora agravante, custear o transporte até o local. Desta forma, há necessidade da tutela para que seja conferido o transporte adequado a fim de realizar com sucesso o seu tratamento. Ora, a medida sequer constitui-se irreversível - salvo para o autor, ora agravante, dado o óbvio risco a sua **saúde**, decorrente de eventual demora. Assim, VOTO para conhecer o agravo de instrumento e a ele dar provimento, DEFERINDO o pedido de tutela requerido, determinando que o Estado do Rio de Janeiro e o Município do Rio de Janeiro, promovam solidariamente, o transporte na forma

*pleiteada, observando as datas agendadas. Rio de Janeiro, 28/08/2017. MIRELA ERBISTI JUÍZA  
RELATORA.*