



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA DA COMARCA DE RIO DAS OSTRAS - DO RIO DE JANEIRO.

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

A DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (DPE/RJ), instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado do Rio de Janeiro e à afirmação do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88), inscrita respectivamente no CNPJ sob o número 31.443.526/0001-70, por intermédio de seu órgão de atuação, Núcleo Especializado de Fazenda Pública da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e 3º Núcleo Regional de Tutela Coletiva da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, representada pelos Defensores Públicos que a subscrevem, vêm, a V. Exa., com fulcro nos arts. 5º, XXXV e LXXIV, e 134 da Constituição da República, no art. 4º, VII, VIII, X e XI da Lei Complementar 80/1994, no art. 5º, II, da Lei nº. 7.347/1985 e nos arts. 196 e seguintes da CRFB/88 e demais atos normativos abaixo assinalados, propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

em face do MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ de nº 39.223.581/0001-66, com sede na Av.: Alcebiades Sabino dos Santos, 235, Lot. Atlantico, CEP: 28.890-000, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos:

1. DOS FATOS

A presente ação civil pública objetiva assegurar o direito humano e fundamental à saúde e à vida dos cidadãos mais vulneráveis do Município réu por intermédio de decisão judicial que garanta a elaboração e implementação imediata do Plano Municipal de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 em cumprimento à política pública posta nacionalmente para o combate coordenado e efetivo à pandemia mundial que ora se apresenta.

Como é fato público e notório, o Brasil é apenas um dos países que vivencia, hoje, uma grave pandemia do novo coronavírus (COVID-19) reconhecida pela Organização Mundial de Saúde em 11.03.2020, após declaração de



Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde², a COVID-19 é a doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Os sintomas mais comuns da COVID-19 são febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem ter dores, congestão nasal, corrimento nasal, dor de garganta ou diarreia. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente.

Todavia, segundo recente estudo do Imperial College of London³ sobre os possíveis desfechos da pandemia em todos os países, **20%** das pessoas infectadas pela COVID-19 ficam gravemente doentes, desenvolvem dificuldade em respirar, e necessitam de **hospitalização**; **5%** dos casos são **críticos** e precisam de internação em **leito de terapia intensiva** e suporte respiratório, e **cerca de metade dos casos críticos vêm a óbito**.

Trata-se, infelizmente, de uma doença nova com trajetória e comportamentos desconhecidos no mundo e em território nacional. Até o momento, não há vacina nem medicamento antiviral específico para prevenir ou tratar a COVID-2019. As pessoas infectadas devem receber cuidados de saúde para aliviar os sintomas. E pessoas em estado grave, como se viu, devem ser imediatamente hospitalizadas.

No Brasil, o Ministério da Saúde declarou, em 03.02.2020, Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (Portaria MS nº 188/2020 c.c. Decreto nº 7.616/2011 c.c Lei nº 13.979/2020).

E para combatê-la de forma estratégica e efetiva, estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE- nCoV) (controlado pela Secretaria de Vigilância em Saúde), responsável pela gestão coordenada das ações de saúde de competência da vigilância e atenção à saúde, entre as três esferas de gestão do SUS (União Federal, Estados e Municípios).

Em cumprimento à sua missão, o COE-nCoV publicou, em fevereiro de 2020, o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 determinando as ações que precisam ser planejadas e implementadas a nível nacional, estadual e municipal para o combate à pandemia em cada nível de resposta (Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública). Confira-se o seguinte trecho do plano nacional (Doc. 01, fl. 04), *in*

¹ Conforme informações e dados oficiais disponíveis em

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

² Idem.

³ Inteiro teor disponível em <https://www.revistaclinicaveterinaria.com.br/blog/modelagem-estatistica-imperial-college-london-cenarios-covid19-brasil/>



verbis:

“O Brasil adota a ferramenta de classificação de emergência em três níveis, seguindo a mesma linha utilizada globalmente na preparação e resposta em todo o mundo. **Deste modo, recomenda-se que as Secretarias de Saúde dos Municípios, Estados e Governo Federal, bem como serviços de saúde pública ou privada, agências, empresas tomem nota deste plano na elaboração de seus planos de contingência e medidas de resposta.** Toda medida deve ser proporcional e restrita aos riscos vigentes” (Destacamos).

Segundo critérios do plano nacional (transmissão local da doença e declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela OMS), o Brasil já se encontra no terceiro nível de alerta, qual seja, Emergência em Saúde Pública, organizado em duas fases: contenção e mitigação. É o que explicita o Plano de Contingência Nacional, página 07:

“Fase de contenção

Nesta fase a introdução da doença no país é uma questão de tempo. Por isso, todas as ações e medidas são adotadas para identificar oportunamente e evitar a dispersão do vírus, ou seja, as estratégias devem ser voltadas para evitar que o vírus seja transmitido de pessoa a pessoa, de modo sustentado.

Na fase de contenção, a atenção à saúde possui mais ações do que a vigilância, compra e abastecimento de EPIs e definições para a rede de urgência e emergência. Quarentena domiciliar para casos leves e Estratégia de monitoramento domiciliar para evitar a ocupação de leitos desnecessariamente.

As atividades de preparação e resposta devem ser revisadas e reforçadas na rede de atenção para o adequado atendimento dos casos confirmados, com medidas de proteção adicionais, registro das informações para que a vigilância possa consolidar e descrever o perfil da doença no Brasil, bem como enviar à OMS.

Os Planos de Contingência dos Estados devem estar elaborados e publicizados, contendo, dentre outras informações, a organização da rede de atenção hospitalar.

Toda rede de atenção à saúde do SUS deve ser alertada para a atual fase, com o objetivo de maior sensibilização dos profissionais de saúde para detecção de casos suspeitos, manejo adequado desses pacientes, bem como reforço do uso de EPI.

Os estoques dos EPI preconizados também devem ser checados e aquisições emergenciais podem ser acionadas, caso necessário.

Grau de atividade nesta fase por setor:

Atenção Primária em Saúde: +
Vigilância em Saúde: ++
Atenção Especializada em Saúde: +++

Fase de mitigação

A fase de mitigação tem início a partir do registro de 100 casos positivos do novo coronavírus. A partir deste momento, não se realiza o teste de todos os casos, apenas de casos graves em UTI.



As ações e medidas devem ser adotadas para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos. Assim, medidas de atenção hospitalar para os casos graves e medidas restritivas individuais de isolamento e quarentena domiciliar para os casos leves, devem ser adotadas para evitar óbitos e o agravamento dos casos.

Esse fortalecimento da atenção PRIMÁRIA ao paciente deve ocorrer no nível local, com a adoção das medidas já estabelecidas nos protocolos de doenças respiratórias.

Adicionalmente, caso seja evidenciada a possibilidade de superação da capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves, adaptação e ampliação de leitos e áreas hospitalares e a contratação emergencial de leitos de UTI pode ser necessária, com o objetivo de evitar óbitos.

Grau de atividade nesta fase por setor:

Vigilância em Saúde: +
Atenção Especializada em Saúde: ++
Atenção Primária em Saúde: +++^{****}

Adiante, e de forma didática, o Plano de Contingência Nacional ainda organiza as medidas de resposta a serem adotadas pelos 3 (três) entes federativos em cada fase e nível de alerta em 9 grupos:

Vigilância
Suporte laboratorial
Medidas de controle de infecção
Assistência
Assistência farmacêutica
Vigilância Sanitária - Medidas de saúde em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteiras)
Comunicação de risco
Gestão

Conclui-se, portanto, que, na fase de mitigação, quando a transmissão já é comunitária, as autoridades sanitárias devem fortalecer as ações assistenciais, pois o que determinará, em última análise, a mortalidade e letalidade é se o sistema possui capacidade (oferta razoável de leitos) de assistir adequadamente ou não os casos mais graves. Quando se consegue manter o sistema viável, com medidas de otimização e expansão da oferta hospitalar e, de outro lado, de restrição do contato social e circulação, reduz-se, ao máximo, o número de pessoas que vão a óbito.

Hoje, segundo dados oficiais (<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2020/03/boletim-coronavirus-2503-8-obitos-e-370-casos-confirmados-no-rj>), o Estado do Rio de Janeiro já possui mais de **17 óbitos e 600 casos confirmados, sendo 02 no Município réu, que atualmente tem 78 casos suspeitos.**

Portanto, à luz do próprio Plano Nacional de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, todo o Estado do Rio de Janeiro já está na fase de mitigação do último nível de alerta, Emergência de Saúde Pública.



E conforme determinações do COE-nCoV, Estado e Municípios fluminenses já deveriam ter elaborado e publicizado os seus Planos de Contingência, contendo, sobretudo, **a organização da rede de atenção hospitalar, mediante, inclusive, a ampliação de leitos e áreas hospitalares assim como a contratação emergencial de leitos de terapia intensiva, para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos.**

O Estado do Rio de Janeiro, por sua vez, divulgou, em fevereiro, a primeira versão do Plano Estadual de Contingência (**documento anexo**) contendo a organização de sua rede hospitalar nos níveis de segurança 1 (transmissão autóctone – confirmação laboratorial de transmissão do 2019-nCoV entre pessoas com vínculo epidemiológico comprovado) e 2 (transmissão comunitária). E recentemente, em resposta a solicitações formuladas pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, informou a organização atualizada de sua rede de atenção hospitalar, indicando os leitos hospitalares de enfermaria e de terapia intensiva programados, até o momento, para a devida operacionalização, inclusive mediante extensão da rede, para atendimento dos pacientes graves suspeitos e confirmados com COVID-19 oriundos do SUS. Confira-se:

SES	CTI	Enfermaria	UTI Pediátrica	Enf Pediátrica	TOTAL	INFORMAR DATAS DE IMPLANTAÇÃO DOS LEITOS, MSM Q POR ETAPAS + OBSERVAÇÕES IMPORTANTES A IMPLANTAÇÃO DO PLANO	ABERTURA
IEC	44	0	0	0	44	Em operação	16 DE MARÇO
Zilda Ams	97	132	10	10	229	180 LEITOS	28 de março
Anchieta	14	61	0	0	75	TÉRMINO DE OBRA E CONTRATAÇÃO DE OSS	30 de março
Ari Parreiras	10	8	0	0	18	Aguardando RH FS (Intensivista) E ADITIVO LABORATÓRIO	
HECC	10	0	0	0	10	Retaguarda da emergência até a transferência	
Campanha 1 - Maracanã	40	160	0	0	200	Completos (equipamentos + RH)	30 de abril
Campanha 2 - AdBo	40	160	0	0	200	Completos (equipamentos + RH)	30 de abril
Campanha 3 - Alberto Torres	40	160	0	0	200	Completos (equipamentos + RH)	30 de abril
Campanha 4 - Campos	40	160	0	0	200	Completos (equipamentos + RH)	30 de abril
Campanha 5 - Hosp Reg	40	160	0	0	200	Completos (equipamentos + RH)	30 de abril
Campanha 6 - JPA	40	160	0	0	200	Completos (equipamentos + RH)	30 de abril
Campanha 7 - Leblon	40	160	0	0	200	Doação rede D'or	30 de abril
Campanha 8 - GERICINÓ	0	50	0	0	50	HOSP DE CAMPANHA E RH DO EXÉRCITO, MAT/MED SES	
Modular 1 - NI	120	180	0	0	300	EQUIPAMENTO DOAÇÃO	
HEAL	24	0	0	0	24	Previsão 45 dias - Precisa de Aditivo - KIT COMPLETO	REUNIÃO COM AS OSS
HEMHS	8	0	0	0	8	Aditivo - Referência Gestante COVID+ - Precisa de Aditivo	REUNIÃO COM AS OSS
	607	1551			2158		

As informações atualizadas do Plano de Contingência Estadual (**documento anexo**) não detalham, entretanto, as iniciativas locais, ou seja, os leitos hospitalares que serão ofertados por cada Município, ou, ao menos, os leitos de urgência/emergência em suas unidades pré-hospitalares e de estabilização em unidades básicas de saúde. O documento informa, apenas, o quantitativo dos leitos que, a depender de obras e alocação de recursos humanos por alguns Municípios, poderão ser abertos em algumas unidades municipais de saúde já existentes com o apoio do Estado mediante a remessa de alguns equipamentos.

Fora isso, alguns poucos Municípios anunciam na imprensa, de forma isolada, informal e aleatória, a abertura de novos leitos hospitalares para atendimento exclusivo da população do seu território, em uma atuação descoordenada e não integrada incompatível com os princípios, diretrizes e normas básicas de organização, gestão e



planejamento do Sistema Único de Saúde, **RESSALTANDO QUE O MUNICÍPIO REU NADA MENCIONA EM SEU PLANO.**

Ora, sobretudo em uma situação de emergência em saúde pública declarada, a organização da rede assistencial de cada Município é essencial e inadiável, não só porque, com base nas prospecções técnicas e epidemiológicas (necessidade de aproximadamente 1.237 leitos públicos/SUS no Estado do Rio de Janeiro)⁴ do próprio Estado do Rio de Janeiro, o quantitativo de leitos estaduais programado para operação até o dia 04/04/2020 (aproximadamente 348), é notoriamente insuficiente para atender toda a população fluminense, mas também porque, sem o conhecimento da oferta municipal, o Estado do Rio de Janeiro não consegue planejar de forma adequada e programar o quantitativo de leitos que precisará suplementar, em cada Região de Saúde, para o atendimento da demanda de internação hospitalar dos pacientes suspeitos e diagnosticados com COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro.

Ainda conforme o estudo técnico citado, a demanda pelo serviço público será muito superior à da rede privada, o que é extremamente preocupante já que a oferta atual de leitos de terapia intensiva na rede SUS de todo o Estado do Rio de Janeiro já é deficitária e bem inferior à da rede privada (fato, aliás, notório e conhecido por todo o Sistema de Justiça fluminense). Portanto, com o decorrer das semanas, a COVID-19 atingirá todas as classes sociais, mas com maior impacto no serviço público para atendimento à população.

Outro complicador levantado pelo estudo é a distribuição desigual de leitos no Estado do Rio de Janeiro, o que pressiona as autoridades sanitárias a um planejamento ainda mais rigoroso. Em outras palavras, é fundamental que todos os Municípios organizem a sua rede hospitalar, planejem os leitos que serão necessários para o atendimento de sua população, otimizem os leitos hospitalares que já possuem e adotem medidas possíveis para a expansão desta oferta em seu território. Sobretudo porque, nem todos os pacientes, poderão aguardar ou possuirão condições de saúde para serem removidos por ambulância para os leitos de referência concentrados na Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro.

Em suma, o planejamento, a organização da rede hospitalar e a expansão da oferta de leitos de enfermagem e, sobretudo, de terapia intensiva por todos os Municípios é medida emergencial que se impõe, sobretudo diante do recente estudo do Imperial College of London⁵, cujas prospecções mais otimistas, mantidas as medidas de supressão precoce, estima o seguinte quadro epidemiológico:

⁴ Conforme Nota Técnica “Dimensionamento de leitos para os casos de infecção por COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro para o dia 04 de abril de 2020” do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) formado por profissionais do Departamento de Engenharia Industrial do Centro Técnico Científico da PUC-Rio (CTC/PUC-Rio), do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.ctc.puc-rio.br/nois-estima-1800-leitos-necessarios-no-rj-para-hospitalizados-por-coronavirus-ate-04-04/>.

⁵ Inteiro teor disponível em <https://www.revistaclinicaveterinaria.com.br/blog/modelagem-estatistica-imperial-college-london-cenarios-covid19-brasil/>



“Cenário 5 – Com supressão precoce

- População infectada: 11.457.197
- Mortes: 44.212
- **Indivíduos necessitando hospitalização: 250.182**
- **Indivíduos necessitando UTI: 57.423**
- **Demanda por hospitalização no pico da pandemia: 72.398**
- **Demanda por leitos de UTI no pico da pandemia: 15.432”**

O SUS, é de se lembrar, funciona de forma integrada, coordenada e regionalizada (arts. 198 e seguintes da CRFB/88). Ou seja, compete aos Municípios essencialmente a execução das ações e serviços públicos de saúde em todos os níveis de complexidade (atenção primária/básica, média e alta – art; 18, II, da Lei nº 8.080/90 c.c. arts. 4º e seguintes do Decreto nº 7.508/2011) necessários para o atendimento das necessidades e demandas de saúde da população de uma região de saúde. E ao Estado, além da cooperação técnica e financeira, a execução suplementar destes serviços (art. 17, III, da Lei nº 8.080/00).

Por isso, o planejamento da assistência em saúde é descentralizado e deve ser elaborado de forma ascendente e integrado, do nível local para o federal (art. 36 da Lei nº 8.080/90). Ou seja, dos Municípios para os Estados e destes para a União Federal. É claro, somente assim, o Estado, ciente da organização da rede assistencial dos Municípios, poderá identificar os vácuos assistenciais em seu território e planejar como e em que localidades precisará cooperar técnica e financeiramente ou suplementar a rede de saúde em atenção ao princípio da integralidade (art. 198, II, da CRFB/88).

Em outras palavras, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios (art. 18 do Decreto nº 7.508/11). E para tanto, os Municípios devem participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS em articulação com a sua direção estadual, como determina o art. 18, II, da Lei nº 8.080/90. E, é claro, garantir a oferta adequada dos serviços públicos de saúde programados em atenção às necessidades de saúde e demandas assistenciais da população do seu território.

Daí, inclusive, a razão pela qual o Plano Nacional determina que os Municípios devem elaborar e publicar os seus planos municipais de contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.

Todavia, mesmo após instado, mediante recomendação expedida pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (**documento anexo**), a elaborar, atualizar e implementar o Plano Municipal de Contingência ao novo Coronavírus (nos moldes do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus do Ministério da Saúde e com as diretrizes do



Plano Nacional e Estadual de Contingência), **o Município Réu ficou-se inerte, uma vez que o Plano Municipal de Contingência enviado a este órgão, não menciona, sobretudo, a organização de sua rede básica e hospitalar e a identificação clara e precisa dos leitos hospitalares, de urgência e emergência e de estabilização em unidades primárias de saúde destinados ao acolhimento local do paciente suspeito, provável ou confirmado de contágio pelo coronavírus.**

E tal omissão, como se viu, é extremamente grave, pois que compromete o êxito de toda a atuação Estadual e Federal no combate a esta grave pandemia. Sem o adequado planejamento, as ações de resposta ao novo Coronavírus não atenderão às reais necessidades e demandas de saúde da população infectada, conduzindo ao agravamento do quadro já esperado de mortalidade em massa.

No caso do Município Réu, em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a principal unidade hospitalar da cidade é o Hospital Naelma Monteiro da Silva e o Pronto Socorro Municipal de Rio das Ostras, que não possuem sequer um leito de isolamento ou CTI adulto ou pediátrico, conforme cadastro do CNES:⁶

Dados Estabelecimento		
CNES	CNPJ Próprio	Nome Fantasia
7612036	---	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL RIO DAS OSTRAS
Tipo de Estabelecimento	Gestão	Natureza Jurídica(Grupo)
HOSPITAL GERAL	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CNPJ Mantenedora	Nome da Mantenedora	
39.223.581/0001-66	MUNICIPIO DE RIO DAS OSTRAS	
Cadastrado em	Atualização na Base Local	Última atualização Nacional
08/11/2014	26/03/2020	26/03/2020

Hospitalar - Leitos		
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
▼ ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	28	28

⁶ <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/3304527612036>, acesso em 30 de março de 2020.
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/3304526069134>, acesso em 30 de março de 2020.



Dados Estabelecimento

CNES	CNPJ Próprio	Nome Fantasia
6069134	---	HOSPITAL MUNICIPAL DRA NAELMA MONTEIRO DA SILVA
Tipo de Estabelecimento	Gestão	Natureza Jurídica(Grupo)
HOSPITAL GERAL	MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CNPJ Mantenedora	Nome da Mantenedora	
39.223.581/0001-66	MUNICIPIO DE RIO DAS OSTRAS	
Cadastrado em	Atualização na Base Local	Última atualização Nacional
14/01/2009	26/03/2020	26/03/2020

Hospitalar - Leitos

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
ESPEC - CIRURGICO		
03 - CIRURGIA GERAL	13	13
ESPEC - CLINICO		
33 - CLINICA GERAL	17	17
41 - NEONATOLOGIA	4	4
OBSTETRICO		
10 - OBSTETRICIA CIRURGICA	12	12
43 - OBSTETRICIA CLINICA	8	8
PEDIATRICO		
45 - PEDIATRIA CLINICA	8	8

Ademais, deve-se destacar que as unidades de saúde acima mencionadas foram as indicadas no Plano Municipal de Contingência como as referências no Município para o tratamento da COVID -19. No entanto, ambas possuem condições precárias de funcionamento, com indicativo de interdição ética, conforme relatórios do CREMERJ – Conselho Regional de Medicina (documentos anexos). Nesse sentido, como pode o gestor, notificado pelo órgão de fiscalização de todas as irregularidades existentes, determinar duas unidades de saúde que sequer são capazes de atender a população em condições normais para atendê-la na situação de calamidade pública!???

Some-se a esse fato, que o Município réu já possui ao menos duas pessoas contaminadas, conforme informação do site das Secretaria Municipal de Saúde abaixo transcrita⁷, além dos casos subnotificados provavelmente

⁷ <https://www.riodasostrs.rj.gov.br/rio-das-ostras-confirma-os-dois-primeiros-casos-de-coronavirus/>, acesso em 30 de março de



existentes.

Na noite deste sábado, dia 28 de março, Rio das Ostras confirmou os dois primeiros casos de coronavírus no município, registrados por vínculo epidemiológico. As duas pessoas, mãe e filho, já estão em isolamento domiciliar e receberam a visita de uma equipe da Vigilância Epidemiológica que prestou as orientações necessárias e os cuidados que devem ser tomados a partir de agora.

A confirmação veio por conta de um resultado positivo de uma senhora de 70 anos, moradora de Itaboraí e mãe e avó das duas pessoas infectadas, que veio visitar a filha e o neto moradores de Rio das Ostras e permaneceu em contato com a família por um período de uma semana. Essa senhora deu entrada no Pronto-Socorro no último dia 23 de março com sintomas gripais e foi encaminhada para o Hospital de Araruama. Em seguida, ela foi transferida para o Rio de Janeiro, onde foi confirmada a contaminação.

Verifica-se que o Município de Rio das Ostras não possui a estrutura necessária para cuidar de pacientes em caso de surto da pandemia na cidade, haja vista a inexistência de leitos de UTI para tal. Além disso, não há qualquer notícia acerca da criação de novos leitos pelo Réu, tampouco de um hospital de campanha.

Importante observar também que nos Municípios contíguos, Cabo Frio e Casimiro de Abreu, é notório que a realidade do SUS é extremamente calamitosa, haja vista a existência de três ações civis públicas em curso sobre as precárias condições de unidades hospitalares de Cabo Frio (processos de nº 0015245-57.2016.8.19.0011, 0011942-35.2016.8.19.0011 e 0013594-87.2016.8.19.0011).

A situação fica ainda mais grave quando se observa que o Município Réu já recebe cofinanciamento federal para a execução da assistência de média e alta complexidade (na qual se inclui a assistência hospitalar) e, agora, receberá, ainda, verbas adicionais da União Federal (Portaria nº 488/2020) para a execução das ações de enfrentamento da pandemia do novo coronavírus nos três níveis de complexidade da atenção à saúde (básica, média e alta complexidade) (documento em anexo).

Conclui-se, portanto, que o Município Réu não cumpriu a política pública posta nacionalmente, à luz do Decreto nº 7616/2011, da Portaria MS nº 188/2020 e do Plano de Contingência Nacional, para que haja uma resposta adequada a uma situação de emergência e calamidade pública (declarada pelo Decreto Estadual nº 46.984/2020), com efetiva contenção e mitigação dos impactos e danos impostos à população mais vulnerável em decorrência da epidemia do novo Coronavírus.



E mais, ainda violou, de forma expressa, os princípios constitucionais da publicidade e transparência dos atos da Administração Pública (arts. 37, *caput*, § 3º, II, e 5º, XXXIII, da CRFB/89) assim como o corolário direito de acesso à informação previsto na Lei nº 10.257/2011. Sem falar, é claro, na prerrogativa dos Defensores Públicos de obter todas as informações e de solicitar quaisquer informações e documentos necessários à tutela dos direitos humanos coletivos, a teor da Resolução nº 1992154/92 da Comissão de Direitos Humanos da ONU, do art. 128, X, da LC nº 80/94 e da Lei 7347/85 (art. 8º).

Daí, a necessidade e utilidade da presente demanda, para que o Poder Judiciário corrija grave postura inconstitucional e ilegal do Município Réu, concretizando os comandos da Carta Fundamental do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88) que, por óbvio, não podem ser encarados como promessas constitucionais inconsequentes. Sobretudo, em uma situação de pandemia e Emergência em Saúde Pública.

Por certo, não pode o Poder Judiciário contribuir para um processo de erosão da autoridade dos direitos fundamentais, conceituado por Lenio Luiz Streck como uma “crise de paradigmas que obstaculiza a realização (o acontecer) da Constituição (e, portanto, dos objetivos da justiça social, da igualdade, da função social da propriedade, etc.)”. Não se pode admitir, como narra o doutrinador, que “nosso modo-de-fazer-direito continue sendo o mesmo de antanho, isto é, olhamos o novo com os olhos do velho, com o agravante de que o novo (ainda) não foi tornado visível”⁸.

2. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

2.1. DA LEGITIMIDADE ATIVA DA DEFENSORIA PÚBLICA

De início, não há dúvida de que a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro possui pertinência subjetiva para propor a demanda. O art. 134 da CRFB/88, art. 5º, II, da Lei nº 7.347/1985 (Lei da Ação Civil Pública - LACP) e os arts. 1º, 4º, VII, VIII, X e XI, e 106-A da Lei Complementar nº 80/1994 conferem, de forma expressa, à Defensoria Pública, legitimidade para propor ação civil pública objetivando a tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos, quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas necessitadas, assim compreendidas tanto as carentes de recursos econômicos, como as alijadas do Estado Democrático de Direito (art. 1º da CRFB/88), em decorrência de uma vulnerabilidade jurídica ou organizacional⁹. É o que explicita Fred Didier Jr., em sua obra “Curso de Direito Processual Civil”, volume 4, página 222, e a renomada Professora Ada Pellegrini, *in verbis*:

⁸ STRECK, Lenio Luiz. A crise da hermenêutica e a hermenêutica da crise: a necessidade de uma nova crítica do direito (NCD). In: SAMPAIO, José Adércio Leite (Org.) Jurisdição constitucional e direitos fundamentais. Belo Horizonte: Del Rey, 2003, p. 108-109.

⁹ A teor das 100 Regras de Brasília, indivíduos em situação de vulnerabilidade são aqueles que não conseguem exercitar os direitos reconhecidos no ordenamento jurídico em razão de alguma dificuldade, além da econômica, para levar suas demandas aos tribunais.



“A nova redação do art. 5º da LACP (Lei 7.347/1985), determinada pela Lei n. 11.448/2007, prevê expressamente a Defensoria Pública (art. 5º, II, da LACP) entre os legitimados para a propositura da ação civil pública. Atende, assim: a) a evolução da matéria, democratizando a legitimação, conforme posicionamento aqui defendido; b) a tendência jurisprudencial que se anunciava. Além disso, a redação do dispositivo ficou mais clara. É norma louvável, que, além de prestigiar essa importantíssima instituição, estimula a tutela dos direitos coletivos, imprescindível para o correto equacionamento da crise que assola o Poder Judiciário”.

“A exegese do texto constitucional, que adota um conceito jurídico indeterminado, autoriza o entendimento de que o termo necessitados abrange não apenas os economicamente necessitados, mas também os necessitados do ponto de vista organizacional, ou seja, os socialmente vulneráveis. Ainda que se entenda que função obrigatória e precípua da Defensoria Pública seja a defesa dos economicamente carentes, o texto constitucional não impede que a Defensoria Pública exerça outras funções, ligadas ao procuratório, estabelecidas em lei”.

Nesse sentido, aliás, a recente decisão do Supremo Tribunal Federal no julgamento da ADI nº 3943/DF que conferiu presunção absoluta de constitucionalidade ao comando do art. 5º, II, da Lei nº 7.347/85, e reafirmou a importância, no seio de um Estado Democrático de Direito, da atuação da Defensoria Pública em ações coletivas que envolvam a tutela dos cidadãos social, jurídica e economicamente menos favorecidos da sociedade. Confira-se trecho do Informativo nº 784 sobre o citado julgamento:

*“No mérito, o Plenário assentou que a discussão sobre a validade da norma que reconheceu a legitimidade da Defensoria Pública para ajuizar ação civil pública, em típica tutela dos direitos transindividuais e individuais homogêneos, ultrapassaria os interesses de ordem subjetiva e teria fundamento em definições de natureza constitucional-processual, afetos à tutela dos cidadãos social e economicamente menos favorecidos da sociedade. Ao aprovar a EC 80/2014, o constituinte derivado fizera constar o papel relevante da Defensoria Pública (“Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal”). **Em Estado marcado por inegáveis e graves desníveis sociais e pela concentração de renda, uma das grandes barreiras para a implementação da democracia e da cidadania ainda seria o efetivo acesso à Justiça. Além disso, em Estado no qual as relações jurídicas importariam em danos patrimoniais e morais de massa por causa do desrespeito aos direitos de conjuntos de indivíduos que, consciente ou inconscientemente, experimentariam viver, o dever de promover políticas públicas tendentes a reduzir ou suprimir essas enormes diferenças passaria pela operacionalização de instrumentos que atendessem com eficiência às necessidades dos seus cidadãos. A interpretação sugerida pela autora desta ação tolheria, sem razões de ordem jurídica, a possibilidade de utilização de importante instrumento processual — a ação civil pública — capaz de garantir a efetividade de direitos fundamentais de pobres e ricos a partir de iniciativa processual da Defensoria Pública.** Não se estaria a afirmar a desnecessidade de a Defensoria Pública observar o preceito do art. 5º, LXXIV, da CF, reiterado no art. 134 — antes e depois da EC 80/2014. No exercício de sua atribuição constitucional, seria necessário averiguar a compatibilidade dos interesses e direitos que a instituição protege com os possíveis beneficiários de quaisquer das ações ajuizadas, mesmo em ação civil pública. Condicionar a atuação da Defensoria Pública à comprovação prévia da pobreza do público-alvo diante de situação justificadora do ajuizamento de ação civil pública — conforme determina a Lei 7.347/1985 — não seria condizente com princípios e regras norteadores dessa instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, menos ainda com a norma do art. 3º da CF. Se não fosse suficiente a ausência de vedação constitucional da atuação da Defensoria Pública na tutela coletiva de direitos, inexistiria também, na Constituição, norma a assegurar exclusividade, em favor do Ministério Público, para o ajuizamento de ação civil pública. Por fim, a ausência de demonstração de conflitos de ordem objetiva decorrente da atuação dessas duas instituições igualmente essenciais à justiça — Defensoria Pública e Ministério Público —*



demonstraria inexistir prejuízo institucional para a segunda, menos ainda para os integrantes da Associação autora.

ADI 3943/DF, rel. Min. Cármen Lúcia, 6 e 7.5.2015. (ADI-3943)” (Destacamos).

No mesmo sentido, o julgamento prolatado pela Corte Especial do Superior Tribunal de Justiça no julgamento do EResp nº 1.192.577-RS, divulgado no Informativo nº 573, nos termos abaixo:

“A Defensoria Pública tem legitimidade para propor ação civil pública em defesa de interesses individuais homogêneos de consumidores idosos que tiveram plano de saúde reajustado em razão da mudança de faixa etária, ainda que os titulares não sejam carentes de recursos econômicos. A atuação primordial da Defensoria Pública, sem dúvida, é a assistência jurídica e a defesa dos necessitados econômicos. Entretanto, ela também exerce atividades de auxílio aos necessitados jurídicos, os quais não são, necessariamente, carentes de recursos econômicos. Isso ocorre, por exemplo, quando a Defensoria exerce as funções de curador especial (art. 9º, II, do CPC) e de defensor dativo (art. 265 do CPP). No caso, além do direito tutelado ser fundamental (direito à saúde), o grupo de consumidores potencialmente lesado é formado por idosos, cuja condição de vulnerabilidade já é reconhecida na própria Constituição Federal, a qual dispõe no art. 230 que: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Dessa forma, nos termos do assentado no julgamento do REsp 1.264.116-RS (Segunda Turma, DJe 13/4/2012), “A expressão ‘necessitados’ (art. 134, caput, da Constituição), que qualifica, orienta e enobrece a atuação da Defensoria Pública, deve ser entendida, no campo da Ação Civil Pública, em sentido amplo, de modo a incluir, ao lado dos estritamente carentes de recursos financeiros - os miseráveis e pobres -, os hipervulneráveis (isto é, os socialmente estigmatizados ou excluídos, as crianças, os idosos, as gerações futuras), enfim, todos aqueles que, como indivíduo ou classe, por conta de sua real debilidade perante abusos ou arbítrio dos detentores de poder econômico ou político, ‘necessitem’ da mão benevolente e solidarista do Estado para sua proteção, mesmo que contra o próprio Estado”. EREsp 1.192.577-RS, Rel. Min. Laurita Vaz, julgado em 21/10/2015, DJe 13/11/2015”.

Por certo, não se pode imaginar melhor exemplo de pessoas em situação de vulnerabilidade, do que as que não possuem condições de contratar um plano de saúde e dependerão, em meio a uma pandemia mundial pelo novo coronavírus, da prestação adequada e planejada das ações e serviços públicos municipais de saúde para sobreviver.

Daí, a legitimidade da Defensoria Pública para a propositura da presente demanda, que busca tutelar o direito fundamental à saúde e à própria vida de uma coletividade necessitada e hipervulnerável.

2.2 DA LESÃO AO DIREITO FUNDAMENTAL COLETIVO À SAÚDE E À VIDA

a) DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE E À VIDA E DO CORRELATO DEVER DO ESTADO DE GARANTI-LO COM A MÁXIMA EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE



No mérito, a procedência do pleito é de rigor, pois não há dúvida de que o Município Réu possui o dever constitucional de garantir o direito fundamental à saúde e à vida, o que abrange não só o devido planejamento como a execução eficiente das ações e serviços públicos de saúde, notadamente em um contexto histórico nunca antes vivenciado da atual pandemia mundial de COVID-19.

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

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

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

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

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

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

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

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



Precedentes do STF:

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

Mariana Filchtiner Figueiredo, ao citar Ingo Wolfgang Sarlet, em sua obra “Direito Fundamental à Saúde – Parâmetros para a sua Eficácia e Efetividade”, página 88, esclarece que:

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

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

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

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

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

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

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

Em tal contexto, é de se afirmar: o dever estatal de atribuir efetividade ao direito fundamental à saúde



qualifica-se como expressiva limitação à discricionariedade administrativa. Vale dizer, o administrador não possui discricionariedade para deliberar sobre a conveniência e a oportunidade de concretização de um compromisso constitucional. Ele deve observá-lo, sob pena de incorrer em odiosa omissão inconstitucional. Notadamente quando em jogo o direito à vida e à dignidade humana, que são imponderáveis.

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

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

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

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

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

III - participação da comunidade”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

b) DAS NORMAS BÁSICAS SOBRE A GESTÃO E O PLANEJAMENTO NO SUS E NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

Sobre a gestão e o planejamento em saúde, assim determinam os arts. 36 a 38 da Lei nº 8.080/90 e os arts. 15 a 18 do Decreto nº 7.508/2011 que a regulamenta:

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

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

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

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”.

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

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



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

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

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

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde”.

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

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

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

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

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

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

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

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;



d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

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

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

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

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

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

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

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

Como se vê, em atenção aos princípios constitucionais da integralidade, universalidade, equidade e regionalização do Sistema Único de Saúde, a Lei n. 8.080/1990 e o seu Decreto regulamentar nº 7.508/2011 estabelecem que o processo de planejamento, programação e organização da rede assistencial no SUS deve ser ascendente e integrado, do nível local ao federal, de modo que o planejamento estadual seja realizado a partir das necessidades dos municípios e o federal, por sua vez, das necessidades dos Estados.

Tais comandos e diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde aplicam-se, por óbvio e com maior razão, ao planejamento obrigatório, coordenado e integrado das ações e medidas de resposta a serem implementadas pelos três entes federativos no combate à pandemia da COVID-19 e impostas pelo Plano Nacional de Contingência do Ministério da Saúde, em cumprimento à Lei nº 13.979/2020, ao Decreto nº 7616/2011 e à Portaria MS nº 188/2020.

Como se adiantou nos fatos desta demanda coletiva, o Plano Nacional orienta que os Municípios devem atentar às suas diretrizes e elaborar os seus planos de contingência e medidas a serem tomadas em cada nível de resposta (Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública) nos segmentos: Vigilância, Suporte laboratorial, controle de infecção, assistência, assistência farmacêutica, vigilância sanitária, comunicação de risco e gestão.

E na atual fase do nível de resposta Emergência em Saúde Pública, segundo os Planos Nacional e Estadual e o Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus do Ministério da Saúde, os Municípios já deveriam



ter elaborado e publicizado os seus Planos Municipais de Contingência com a definição de sua rede assistencial, sobretudo dos leitos hospitalares, de atenção às urgências e emergências em unidades pré-hospitalares e de estabilização em suas unidades de atenção primária que serão ofertados. Além das medidas de prevenção populacional, de vigilância epidemiológica (notificação) e das regras de manejo clínico e fluxo assistencial para casos suspeitos, prováveis e confirmados para COVID-19 em seu território, nas seguintes frentes ora em destaque:

- **Garantir que todos os pacientes que buscarem os serviços de saúde** (Atenção Primária à Saúde, Unidade de Pronto Atendimento, Pronto Socorro, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e Hospitais), **sejam submetidos a triagem clínica para identificação dos casos suspeitos, com a oferta de máscaras cirúrgicas a sintomáticos respiratórios;**
- **Garantir que todas as unidades de saúde públicas e privadas do Município tenham área separada que contenha suprimentos de higiene respiratória e das mãos para acolhimento dos pacientes suspeitos, limitando sua movimentação fora da área de isolamento;**
- **Reforçar a provisão de todos os insumos** (máscaras cirúrgicas, máscaras N95, sabonete líquido ou preparação alcoólica, lenços de papel, avental impermeável, óculos de proteção e luvas de procedimento) **do veículo de transporte e unidades de saúde,** conforme recomendações da Anvisa (link: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>), **garantindo provisionamento de Equipamento de proteção individual, evitando assim a desassistência;**
- **Determinar às unidades de atenção básica que:**
 - a) **Realizem busca ativa** para avaliar possíveis casos de coronavírus na população cadastrada e no território e, se necessário, notificar e acompanhar o caso;
 - b) **Acionem a vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde para notificação e acompanhamento do caso.** Importante que o profissional responsável pelo atendimento realize a notificação imediata, dentro das primeiras 24 horas, de acordo com o critério de definição de caso suspeito, ao CIEVS estadual (vide Nota Técnica SVS/SES-RJ).
- **Garantir a oferta de serviços de saúde e ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde destinadas ao controle e atendimento de contingente de casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19) nas unidades de saúde sob gestão municipal;**
- **Garantir que todos os casos suspeitos sejam encaminhados a um hospital de referência para isolamento, avaliação e tratamento.** Os casos leves, a critério médico, poderão receber alta e manter isolamento em domicílio, desde que instituídas medidas de precaução domiciliar;
- **Garantir a ampliação de leitos, reativação de áreas assistenciais obsoletas ou contratação de leitos com isolamento para o atendimento dos casos de SG, SRAG e da infecção humana pelo novo coronavírus (COVID-19);**
- **Orientar, em caso de surto ou epidemia de casos de novo coronavírus, a organização da rede de atenção à saúde para disponibilidade de UTI que atenda a demanda de cuidados intensivos para casos graves, garantido adequado isolamento dos mesmos;**



No ponto, como orientação aos Municípios fluminenses, o Plano de Contingência Estadual para a Atenção Primária (documento em anexo) traça, ainda, as seguintes diretrizes técnicas:

“É fundamental que os gestores organizem a estrutura assistencial regional e local e que promovam uma ampla comunicação e mobilização com a sociedade, orientando sobre transmissão, sinais, sintomas, bem como quais unidades de saúde os usuários devem procurar de acordo com as manifestações do agravo. Devem, ainda, reforçar medidas de proteção para a Covid-19, tanto para os profissionais quanto para os usuários, e estabelecer fluxo de informação para novos casos” (fl. 07 - destacamos).

“Recomenda-se organizar o fluxo assistencial, a fim de evitar o contato dos sintomáticos para síndrome gripal com os demais usuários, desde a entrada na unidade de saúde até o término do atendimento. Para tal, é necessário estabelecer uma abordagem inicial já na porta da entrada, com critérios de triagem para identificação e pronto atendimento dos casos, questionando sobre a ocorrência de sinais e sintomas da doença (tosse seca, dor de garganta ou dificuldade respiratória, acompanhada ou não de febre). É importante lembrar que o profissional que estiver abordando os usuários na entrada da unidade de saúde deve fazer uso de EPI apropriado” (fl. 14 - destacamos)

“A sala de isolamento para pacientes com sintomas respiratórios graves deve ser, preferencialmente, distante da sala de espera e de outras salas de atendimento e próxima a banheiro para uso exclusivo pelos usuários em isolamento. Deve ser mantida com a janela aberta, porta fechada e ventilador e/ou ar-condicionado desligado. É importante que a estrutura da sala/espço possibilite uma adequada higienização, que sejam disponibilizados lenços de papel para higiene nasal (que devem ser descartados assim que utilizados) e álcool em gel a 70% e/ou pia com sabão e papel toalha, para permitir higienização de mãos frequente, além de dispor de lixeira específica para descarte do lixo contaminado (grupo A 1). É obrigatório disponibilizar insumos e EPIs para o atendimento seguro e adequado, estando estes em local de fácil acesso para os profissionais de saúde” (fl. 16 – destacamos).

“O manejo de casos com critérios de gravidade nas UAPS inclui, além do isolamento, o suporte clínico necessário à estabilização até a chegada do serviço de remoção, que deve ser imediatamente solicitado. Devem ser consideradas as seguintes intervenções:

- Obtenção de acesso venoso periférico de calibre adequado (mínimo 20G em adultos e 22G em crianças);
- Hidratação venosa com soro fisiológico ou solução de Ringer lactato (cautela em pacientes com disfunção miocárdica ou renal);
- Oxigenoterapia com O₂ sob máscara de macro nebulização ou cateter nasal se dispneia ou saturação periférica de O₂ < 95%, se oxímetro disponível;
- Tratamento sintomático para febre e dor com medicação parenteral (dipirona 1 g IV diluído em 20 ml de AD ou SF). Evitar anti-inflamatórios não esteroides (diclofenaco, cetoprofeno);
- Ventilação com bolsa e máscara / intubação orotraqueal e assistência ventilatória manual com bolsa + reservatório e O₂ suplementar em caso de Insuficiência Respiratória Aguda franca e existência de profissional habilitado;
- Notificar a SRAG. Para a solicitação da remoção, é essencial a descrição detalhada do caso, indicando a presença de SRAG ou outra condição que tenha definido a necessidade de encaminhamento e o estado clínico do paciente” (fl. 29 - destacamos).

“Deve-se atentar especialmente à priorização dos grupos de maior risco: idosos e/ou pessoas com doenças crônicas e/ou com comprometimento do sistema imunológico, com o intuito de identificar casos mais graves da doença que necessitem de estabilização e encaminhamento imediato para outros níveis de atenção, como urgências e emergências. Os usuários com sintomas de síndrome gripal leve devem ser orientados a permanecer em casa e serem acompanhados por telefone ou meios digitais. Caso compareçam à UAPS, devem ser acolhidos e avaliados e, se estiverem sem



sinais de agravamento, orientados a retornarem às suas casas. Fornecer informações sobre isolamento domiciliar, juntamente às pessoas que coabita bem com atestado médico, caso necessário. A equipe deve monitorar o usuário a cada 48 horas por meio remoto - telefônico e/ou digital” (fl. 14).

“Além disso, o município e as unidades devem ter estrutura e fluxos adequados para que não haja aglomeração de pacientes e que o fluxo dos casos suspeitos possa ser diferenciado dos demais, nas entradas, sala de espera, vacina e outros atendimentos” (fl. 14 – destacamos).

“Além do uso adequado dos EPI, os profissionais de saúde devem realizar higiene adequada das mãos. Sugerimos a realização de treinamentos sobre uso de EPI e higienização das mãos para todos os profissionais das UBS” (fl. 08).

No entanto, como se adiantou nos fatos, o Município Réu não se desincumbiu de seu dever constitucional e legal, o que, por todas as razões já expostas, inviabiliza o próprio planejamento adequado do Estado do Rio de Janeiro e a concretização da política pública imposta nacionalmente para uma reação coordenada, integrada e efetiva de todos os entes federativos, colaborando para o agravamento do quadro assistencial e elevação do índice de óbitos no Estado do Rio de Janeiro.

c) DA VIOLAÇÃO AOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DA PUBLICIDADE E DA TRANSPARÊNCIA DOS ATOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Fosse pouco, a despeito da gravidade do quadro e da importância da documentação solicitada, o Município se recusou a fornecer o Plano Municipal de Contingência ao Novo Coronavírus solicitado pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro no exercício da função institucional que lhe incumbe constitucionalmente. Ora, não se pode admitir tal respeito a esta instituição, aos cidadãos vulneráveis deste Município e, é claro, à Carta Fundamental deste Estado Democrático de Direito.

Por certo, não é esta a conduta que a Constituição Federal impõe às entidades e agentes públicos que administram, usam e gerenciam bens e serviços da coletividade, e devem atuar exclusivamente em prol do interesse público, razão pela qual seus atos devem ser objeto da mais ampla divulgação que permita, inclusive, o controle da legalidade e da legitimidade pelos órgãos de controle externo e pelos administrados, reais titulares dos bens, serviços e interesses geridos pelo Administrador Público. Negar e/ou restringir o acesso a tais informações, de interesse geral ou coletivo, importa em conduta ilícita, que pode, inclusive, configurar, em tese, ato de improbidade administrativa. Não é por outra razão que o arts. 37, *caput*, § 3º, II, e 5º, XXXIII, da CRFB/89, elevam o princípio da publicidade e da transparência da Administração Pública a *status* constitucional:



“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;”

“Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte:

§ 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

I - as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

II - o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)

III - a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998)”.

No plano infraconstitucional, a regra geral da publicidade administrativa encontra sólido assento na Lei nº 10.257/2011, que regula o dever constitucional da Administração Pública Direta e Indireta a garantir acesso a informação. Seus comandos são precisos e categóricos, nada existindo que autorize, *in casu*, a sonegação das informações requisitadas, que visam, ao final, repita-se, possibilitar o controle externo da gestão de recursos e serviços públicos. Confira-se os principais dispositivos do referido diploma:

“Art. 5º É dever do Estado garantir o direito de acesso à informação, que será franqueada, mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão.

Art. 6º Cabe aos órgãos e entidades do poder público, observadas as normas e procedimentos específicos aplicáveis, assegurar a:

I - gestão transparente da informação, propiciando amplo acesso a ela e sua divulgação;

II - proteção da informação, garantindo-se sua disponibilidade, autenticidade e integridade; e

III - proteção da informação sigilosa e da informação pessoal, observada a sua disponibilidade,



autenticidade, integridade e eventual restrição de acesso.

Art. 7º O acesso à informação de que trata esta Lei compreende, entre outros, os direitos de obter:

I - orientação sobre os procedimentos para a consecução de acesso, bem como sobre o local onde poderá ser encontrada ou obtida a informação almejada;

II - informação contida em registros ou documentos, produzidos ou acumulados por seus órgãos ou entidades, recolhidos ou não a arquivos públicos;

III - informação produzida ou custodiada por pessoa física ou entidade privada decorrente de qualquer vínculo com seus órgãos ou entidades, mesmo que esse vínculo já tenha cessado;

IV - informação primária, íntegra, autêntica e atualizada;

V - informação sobre atividades exercidas pelos órgãos e entidades, inclusive as relativas à sua política, organização e serviços;

VI - informação pertinente à administração do patrimônio público, utilização de recursos públicos, licitação, contratos administrativos; e

VII - informação relativa:

a) à implementação, acompanhamento e resultados dos programas, projetos e ações dos órgãos e entidades públicas, bem como metas e indicadores propostos;

b) ao resultado de inspeções, auditorias, prestações e tomadas de contas realizadas pelos órgãos de controle interno e externo, incluindo prestações de contas relativas a exercícios anteriores.

Art. 8º É dever dos órgãos e entidades públicas promover, independentemente de requerimentos, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas.

§ 1º Na divulgação das informações a que se refere o caput, deverão constar, no mínimo:

I - registro das competências e estrutura organizacional, endereços e telefones das respectivas unidades e horários de atendimento ao público;

II - registros de quaisquer repasses ou transferências de recursos financeiros;

III - registros das despesas;

IV - informações concernentes a procedimentos licitatórios, inclusive os respectivos editais e resultados, bem como a todos os contratos celebrados;

V - dados gerais para o acompanhamento de programas, ações, projetos e obras de órgãos e entidades; e

VI - respostas a perguntas mais frequentes da sociedade.

Art. 10. Qualquer interessado poderá apresentar pedido de acesso a informações aos órgãos e entidades referidos no art. 1º desta Lei, por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida.



§ 1o Para o acesso a informações de interesse público, a identificação do requerente não pode conter exigências que inviabilizem a solicitação.

§ 2o Os órgãos e entidades do poder público devem viabilizar alternativa de encaminhamento de pedidos de acesso por meio de seus sítios oficiais na internet.

§ 3o São vedadas quaisquer exigências relativas aos motivos determinantes da solicitação de informações de interesse público.

Art. 11. O órgão ou entidade pública deverá autorizar ou conceder o acesso imediato à informação disponível.

Art. 21. Não poderá ser negado acesso à informação necessária à tutela judicial ou administrativa de direitos fundamentais.

Parágrafo único. As informações ou documentos que versem sobre condutas que impliquem violação dos direitos humanos praticada por agentes públicos ou a mando de autoridades públicas não poderão ser objeto de restrição de acesso.

Esse, aliás, o entendimento manifestado pela Controladoria Geral da União no “Manual da Lei de Acesso à Informação para Estados e Municípios”¹⁰:

“O direito de acesso à informação é um direito humano fundamental e está vinculado à noção de democracia. Em um sentido amplo, o direito à informação está mais comumente associado ao direito que toda pessoa tem de pedir e receber informações que estão sob a guarda de órgãos e entidades públicas. Dessa forma, para que o livre fluxo de ideias e informações sejam garantidos, é extremamente importante que os órgãos públicos facilitem aos cidadãos o acesso a informações de interesse público.

A informação sob a guarda do Estado é, via de regra, pública, devendo o acesso a ela ser restringido apenas em casos específicos. Isto significa que a informação produzida, guardada, organizada e gerenciada pelo Estado em nome da sociedade é um bem público. O acesso a essas informações – que compõem documentos, arquivos, estatísticas – constitui-se em um dos fundamentos para o aprofundamento e consolidação da democracia, ao fortalecer a capacidade dos cidadãos de participar mais efetivamente do processo de tomada de decisões que os afetam.

O direito de acesso à informação impõe dois deveres principais sobre os governos. Primeiro, existe o dever de receber do cidadão pedidos de informação e respondê-los, disponibilizando os dados requisitados e permitindo também que o interessado tenha acesso aos documentos originais ou receba as cópias solicitadas. Segundo, atribui um dever aos órgãos e entidades públicas de divulgar informações de interesse público de forma proativa ou rotineira, independentemente de solicitações específicas. Ou seja, o Estado deve ser, ao mesmo tempo, responsivo às demandas de acesso a informações e proativo no desenvolvimento de mecanismos e políticas de acesso à informação.

¹⁰ Manual disponível em http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual_lai_estadosmunicipios.pdf, acesso em 09.09.2015.



Apesar da referência mais comum às pessoas naturais como destinatárias do direito à informação, também as pessoas jurídicas e órgãos despersonalizados titularizam esse direito, nos termos do art. 2º do Decreto n. 7.724/2012, que regulamenta a Lei de Acesso à Informação:

“Art. 2º Os órgãos e as entidades do Poder Executivo federal assegurarão, às pessoas naturais e jurídicas, o direito de acesso à informação, que será proporcionado mediante procedimentos objetivos e ágeis, de forma transparente, clara e em linguagem de fácil compreensão, observados os princípios da administração pública e as diretrizes previstas na Lei no 12.527, de 2011.”

Há, ainda, outro aspecto, que reforça a necessidade de acolhimento do pleito. É que as informações solicitadas destinam-se à tutela efetiva do direito humano e fundamental à saúde e à vida pela Defensoria Pública no exercício de sua função institucional, conferida, de forma expressa, pelo art. 134 da Constituição da República (**A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do [inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal](#)**).

Por isso, para que a instituição possa exercer regularmente seu múnus e com eficiência, o art. 128, X, da Lei Complementar 80/94, assegura ao Defensor Público a prerrogativa de “*requisitar de autoridade pública ou de seus agentes exames, certidões, perícias, vistorias, diligências, processos, documentos, informações, esclarecimentos e providências necessárias ao exercício de suas atribuições*”. É claro, se a Constituição Federal (e também a Lei nº 7347/85) impõe de forma explícita, à Defensoria Pública, a missão de tutelar os direitos coletivos, é coerente e legítimo que também lhe assegure os meios necessários à consecução de tal finalidade, em tempo razoável (Teoria dos Poderes Implícitos). O que só é viabilizado, é claro, por intermédio do poder de requisição.

Destarte, a imprescindibilidade da obediência às prerrogativas funcionais constitui um postulado ínsito ao regime democrático e ao ambiente republicano imposto pela legalidade, pois, longe de um privilégio pessoal, o poder requisitório subsume-se em um instrumento indispensável ao exercício pleno e efetivo do papel reservado à Defensoria Pública pelo roteiro constitucional traçado pela Lei Fundamental do Brasil.

Em linhas gerais, a requisição encontra reflexo no direito de informação e no direito de certidão contido no art. 5º, XXXIV, b, da Constituição Federal, sempre que necessária para a defesa de direitos ou esclarecimento de situações pessoais do interessado, e também no *Habeas Data* (art. 5º, LXXII da CRFB e Lei nº 9.507/1997).

Vale lembrar, ainda, que o legislador, por meio da Lei nº 12.527/2011, assegura a qualquer interessado o direito de formular pedido de acesso a informações aos órgãos públicos integrantes de administração direta e indireta,



por qualquer meio legítimo, devendo o pedido conter a identificação do requerente e a especificação da informação requerida (art. 10).

Acresça-se também o fato de que os “Princípios de Paris” (Resolução nº 1992154, de 03 de março de 1992, da Comissão de Direitos Humanos da ONU) estabelecem que as instituições nacionais votadas para a promoção e defesa dos direitos humanos devem possuir o direito de “ouvir qualquer pessoa ou obter qualquer informação e quaisquer documentos necessários, para exame de situação dentro de sua área de competência”.

Portanto, tendo sido a Defensoria Pública constitucionalmente incumbida de garantir a promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos individuais e coletivos dos necessitados (art. 134 da CRFB, com redação dada pela EC nº 80/2014), restou claramente qualificada pelo legislador constituinte como “instituição nacional de direitos humanos”; logo, deve lhe ser garantida a aplicabilidade dos princípios gerais estabelecidos pela Resolução nº 1992154, dentre os quais figura o direito de informação que embasa o poder de requisição (art. 5º, §3º da CRFB).

Veja-se que, ainda quando se trata de legitimado coletivo com *status* infraconstitucional, o art. 8º, *caput*, da Lei nº 7.347/85 assegura o seu acesso às certidões e informações que se fizerem necessárias para a instrução da petição inicial, o que, segue, embora a nível legal, a mesma lógica da Teoria dos Poderes Implícitos invocada anteriormente.

Em suma, por quaisquer dos ângulos que se examine a lide, nada autoriza a recusa injustificada do Município em fornecer as informações e o Plano Municipal de Contingência solicitado pela Defensoria Pública, sobretudo quando se destinam à tutela judicial do direito humano e fundamental à saúde e à vida.

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

Em que pese ser, a princípio, mérito administrativo a implementação de políticas no Município réu, fazê-lo sem estudo técnico prévio, capaz de comprovar que a saúde pública não está em colapso poderá acarretar responsabilidade a todos os Poderes envolvidos que, se coniventes, segurarão na alça dos caixões dos mortos!



3. DA TUTELA DE URGÊNCIA

Configurados os requisitos autorizadores da antecipação dos efeitos da tutela previstos nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c.c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 do CPC, haja vista a probabilidade do direito e o relevante fundamento da demanda (que se extrai de plano dos inúmeros documentos acostados aos autos e dos fatos públicos e notórios divulgados amplamente nos últimos dias em todos os veículos e meios de comunicação), e o perigo de dano irreversível à saúde da coletividade e risco ao resultado útil do processo (já que, a cada dia que passa, aumenta de forma progressiva e exponencial o número de pessoas infectadas e o índice de mortos e o Plano Municipal de Contingência com a organização de sua rede assistencial já deveria estar pronto e publicizado há muito), a concessão do pleito liminar, nos termos abaixo postulados, é de rigor.

Fosse pouco, como o Município não respondeu à recomendação expedida pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, não há dúvida de que sua oitiva, antes da concessão do pleito liminar, além de gravosa diante da urgência, ou seja, do risco diário de danos irreparáveis e irreversíveis para inúmeras pessoas diariamente, é inútil e desnecessária. Só servirá para prolongar e legitimar manifesto e inadmissível quadro de omissão inconstitucional.

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

Do exposto, requer, *inaudita altera parte* e com fulcro nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c.c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297 e 300 c.c 536 e seguintes do CPC, a antecipação dos efeitos da tutela pretendida, para determinar que:

a) O Município Réu, no prazo máximo de 24 horas, elabore (ou atualize, caso já o possua), e forneça à Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e à Secretaria de Estado de Saúde, o Plano Municipal de Contingência ao Novo Coronavírus, contemplando as ações mínimas indicadas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus do Ministério da Saúde (ano 2020), nos Planos de Contingência Nacional e Estadual e na Recomendação expedida anteriormente pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro com base nos referidos documentos, sobretudo:

- A organização de sua rede assistencial, com a indicação das unidades de saúde que os usuários devem procurar de acordo com as manifestações do agravo, as regras de manejo clínico dos pacientes com síndrome gripal, suspeitos, prováveis e confirmados, em estado leves e grave, as medidas de prevenção adotadas nestas unidades para um correto e seguro acolhimento, triagem clínica e atendimento destes pacientes, e os leitos hospitalares, de urgência e emergência em unidades pré-hospitalares e de estabilização em unidades primárias de saúde destinados ao tratamento dos pacientes com COVID-19;



- As medidas adotadas para a ampliação de leitos e áreas hospitalares assim como a contratação emergencial de leitos de enfermaria e de terapia intensiva para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos;

- As medidas adotadas para reforçar a provisão de todos os insumos (máscaras cirúrgicas, máscaras N95, sabonete líquido ou preparação alcoólica, lenços de papel, avental impermeável, óculos de proteção e luvas de procedimento) do veículo de transporte e unidades de saúde, conforme recomendações da Anvisa (link: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>), garantindo provisionamento de Equipamento de proteção individual, evitando assim a desassistência;

- As equipes de atenção primária que farão a busca ativa e o monitoramento dos casos de coronavírus na população cadastrada e no território;

- As medidas adotadas para a correta (em 24 horas) e célere notificação dos casos suspeitos à vigilância epidemiológica;

- A indicação dos meios de transporte e do fluxo de regulação do acesso em caso de necessidade de transferência do paciente para hospitais de referência dentro ou fora do Município;

- As medidas adotadas nas unidades de saúde, inclusive de atenção primária, para o correto manejo dos casos com critérios de gravidade e garantia das seguintes intervenções:
 - (i) Obtenção de acesso venoso periférico de calibre adequado (mínimo 20G em adultos e 22G em crianças);
 - (ii) Hidratação venosa com soro fisiológico ou solução de Ringer lactato (cautela em pacientes com disfunção miocárdica ou renal);
 - (iii) Oxigenoterapia com O₂ sob máscara de macro nebulização ou cateter nasal se dispneia ou saturação periférica de O₂ < 95%, se oxímetro disponível;
 - (iv) Tratamento sintomático para febre e dor com medicação parenteral (dipirona 1 g IV diluído em 20 ml de AD ou SF). Evitar anti-inflamatórios não esteroides (diclofenaco, cetoprofeno);
 - (v) Ventilação com bolsa e máscara / intubação orotraqueal e assistência ventilatória manual com bolsa + reservatório e O₂ suplementar em caso de Insuficiência Respiratória Aguda franca e existência de profissional habilitado;
 - (vi) Notificar a SRAG. Para a solicitação da remoção, é essencial a descrição detalhada do caso, indicando a presença de SRAG ou outra condição que tenha definido a necessidade de encaminhamento e o estado clínico do paciente” (fl. 29 - destacamos).



- b) O Município Réu implemente o Plano Municipal de Contingência elaborado e/ou atualizado nos termos acima, no prazo máximo de 48 horas;
- c) Uma vez apresentado o Plano Municipal de Contingência, a intimação do Estado do Rio de Janeiro para, na qualidade de coordenador das ações de enfrentamento da COVID-19 no Estado, se manifeste, em 48 horas, sobre o Plano Municipal de Contingência apresentado a fim de que informe, à luz do aduzido pelo Município Réu (no sentido de que inserirá os seus pacientes no Sistema Estadual de Regulação), quais leitos estaduais serão ofertados para os cidadãos deste Município, se eles são suficientes ao acolhimento da demanda e se há programação da abertura de novos leitos para o atendimento da referida Região.

Tudo, sob pena de multa cominatória diária, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a ser imposta pessoalmente ao Prefeito, ao(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e convertida ao Fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/85, e prática de improbidade administrativa, sem prejuízo das demais sanções cíveis e criminais aplicáveis à espécie.

- a) Em caso de acolhimento, a intimação pessoal do Prefeito e do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde para que cumpra a decisão liminar;

Por fim, no caso de acolhimento do pleito liminar, requer sejam imediatamente oficiados o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Enfermagem, o Conselho Regional de Psicologia e o Conselho Regional de Serviço Social para que, tomando ciência da decisão e, decorridos 30 (trinta) dias da mesma, contribuam com os órgãos do Sistema de Justiça, e realizem vistorias nas unidades municipais de saúde para apuração do cumprimento da tutela antecipada.

5. DO DESINTERESSE NA AUTOCOMPOSIÇÃO

Para os fins do disposto no art. 334, §5º, do CPC, a Defensoria Pública afirma que não possuem interesse na autocomposição da lide.

6. DO PEDIDO

Do exposto, requer:

- 1) A antecipação dos efeitos da tutela, nos moldes postulados no item 4) acima, com fulcro nos arts. 12 e 21 da Lei nº 7.347/85 c.c. art. 84, §3º, da Lei nº 8.078/90 e arts. 297, 300 e 536 do CPC;



- 2) A citação dos Réus, para, querendo, contestarem, no prazo legal, sob pena de revelia;
- 3) A intimação do Ministério Público com atribuição para intervir no presente feito;
- 4) A procedência do pedido, confirmando-se a tutela antecipada, **nos moldes do item 4) acima** (TUTELA DE URGÊNCIA), para condenar, em caráter definitivo:
 - a) O Município Réu, no prazo máximo de 24 horas, elabore (ou atualize, caso já o possua), e forneça à Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro e à Secretaria de Estado de Saúde, o Plano Municipal de Contingência ao Novo Coronavírus, contemplando as ações mínimas indicadas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus do Ministério da Saúde (ano 2020), nos Planos de Contingência Nacional e Estadual e na Recomendação expedida anteriormente pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro com base nos referidos documentos, sobretudo:
 - A organização de sua rede assistencial, com a indicação das unidades de saúde que os usuários devem procurar de acordo com as manifestações do agravo, as regras de manejo clínico dos pacientes com síndrome gripal, suspeitos, prováveis e confirmados, em estado leve e grave, as medidas de prevenção adotadas nestas unidades para um correto e seguro acolhimento, triagem clínica e atendimento destes pacientes, e os leitos hospitalares, de urgência e emergência em unidades pré-hospitalares e de estabilização em unidades primárias de saúde destinados ao tratamento dos pacientes com COVID-19;
 - As medidas adotadas para a ampliação de leitos e áreas hospitalares assim como a contratação emergencial de leitos de enfermagem e de terapia intensiva para evitar a ocorrência de casos graves e óbitos;
 - As medidas adotadas para reforçar a provisão de todos os insumos (máscaras cirúrgicas, máscaras N95, sabonete líquido ou preparação alcoólica, lenços de papel, avental impermeável, óculos de proteção e luvas de procedimento) do veículo de transporte e unidades de saúde, conforme recomendações da Anvisa (link: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>), garantindo provisionamento de Equipamento de proteção individual, evitando assim a desassistência;



- As equipes de atenção primária que farão a busca ativa e o monitoramento dos casos de coronavírus na população cadastrada e no território;
- As medidas adotadas para a correta (em 24 horas) e célere notificação dos casos suspeitos à vigilância epidemiológica;
- A indicação dos meios de transporte e do fluxo de regulação do acesso em caso de necessidade de transferência do paciente para hospitais de referência dentro ou fora do Município;
- As medidas adotadas nas unidades de saúde, inclusive de atenção primária, para o correto manejo dos casos com critérios de gravidade e garantia das seguintes intervenções:
 - (i) Obtenção de acesso venoso periférico de calibre adequado (mínimo 20G em adultos e 22G em crianças);
 - (ii) Hidratação venosa com soro fisiológico ou solução de Ringer lactato (cautela em pacientes com disfunção miocárdica ou renal);
 - (iii) Oxigenoterapia com O₂ sob máscara de macro nebulização ou cateter nasal se dispneia ou saturação periférica de O₂ < 95%, se oxímetro disponível;
 - (iv) Tratamento sintomático para febre e dor com medicação parenteral (dipirona 1 g IV diluído em 20 ml de AD ou SF). Evitar anti-inflamatórios não esteroides (diclofenaco, cetoprofeno);
 - (v) Ventilação com bolsa e máscara / intubação orotraqueal e assistência ventilatória manual com bolsa + reservatório e O₂ suplementar em caso de Insuficiência Respiratória Aguda franca e existência de profissional habilitado;
 - (vi) Notificar a SRAG. Para a solicitação da remoção, é essencial a descrição detalhada do caso, indicando a presença de SRAG ou outra condição que tenha definido a necessidade de encaminhamento e o estado clínico do paciente” (fl. 29 - destacamos).



- b) O Município Réu implemente o Plano Municipal de Contingência elaborado e/ou atualizado nos termos acima, no prazo máximo de 48 horas;

Tudo, sob pena de multa cominatória diária, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), a ser imposta pessoalmente ao Prefeito, ao(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e convertida ao Fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/85, e prática de improbidade administrativa, sem prejuízo das demais sanções cíveis e criminais aplicáveis à espécie.

- c) Em caso de acolhimento, a intimação pessoal do Prefeito e do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde para que cumpra a decisão liminar;

Por fim, no caso de acolhimento do pleito liminar, requer sejam imediatamente oficiados o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Enfermagem, o Conselho Regional de Psicologia e o Conselho Regional de Serviço Social para que, tomando ciência da decisão e, decorridos 30 (trinta) dias da mesma, contribuam com os órgãos do Sistema de Justiça, e realizem vistorias nas unidades municipais de saúde para apuração do cumprimento da sentença.

- 5) a condenação do Réus ao pagamento dos ônus da sucumbência, a serem revertidos ao Centro de Estudos Jurídicos da Defensoria Pública Geral deste Estado, nos termos da Lei nº 1.146/87 (Banco Bradesco -237, Agência 6898-5, Conta 214-3);

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

Dá-se à causa o valor de R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais).

Nesses termos, pede-se deferimento.

Rio de Janeiro, 29 de março de 2020.

RAPHAELA JAHARA CAVALCANTI LIMA CLEMENTE

Defensora Pública Estadual

3º Núcleo Regional de Tutela Coletiva

Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

SAMANTHA MONTEIRO DE OLIVEIRA

Defensora Pública Estadual

Coordenadora do Núcleo de Fazenda Pública



Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

THAÍSA GUERREIRO DE SOUZA

Defensora Pública Estadual

Coordenadora de Saúde e Tutela Coletiva

Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro

ALESSANDRA NASCIMENTO ROCHA GLÓRIA

Defensora Pública Estadual

Subcoordenadora de Saúde e Tutela Coletiva

Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro