



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
**47ª Promotoria de Justiça de Natal - Defesa da Saúde Pública**  
Avenida Marechal Floriano Peixoto, 550, Tirol - CEP 59020-500 - fone/fax: (84)3232-7180

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DE UMA DAS VARAS DA FAZENDA PÚBLICA DA COMARCA DE NATAL, POR DISTRIBUIÇÃO LEGAL.**

O **Ministério Público do Estado do Rio Grande do Norte**, por intermédio de seu representante ao final assinado, com endereço para intimações à Avenida Floriano Peixoto, 550, Petrópolis, Natal-RN, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, com fulcro no art. 129, inc. III, da CF, art. 5º, inc. I, da Lei nº 7.347/85 e arts. 282 e seguintes do CPC, ajuizar

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA, com pedido de antecipação de tutela**

em desfavor do **Estado do Rio Grande do Norte**, pessoa jurídica de direito público interno, a ser intimado para o cumprimento da medida antecipatória pleiteada na pessoa do Secretário Estadual de Saúde, **Sr. George Antunes de Oliveira**, com endereço para intimações na Avenida Deodoro da Fonseca, 730, Cidade Alta, Natal/RN - Secretaria Estadual de Saúde Pública, e posteriormente citado na pessoa do Procurador Geral do Estado, com endereço profissional à Av. Afonso Pena, 1155, Tirol, nesta Capital,

e do **Município de Natal**, pessoa jurídica de direito público interno, a ser intimado para o cumprimento do pleito antecipatório requerido na pessoa da Secretária Municipal de Saúde, **Sra Ana Tânia Lopes Sampaio**, com endereço para intimações na Rua João Pessoa,

630, Edifício Ducal Cidade Alta, Natal/RN - Secretaria Municipal de Saúde, e posteriormente citado na pessoa do Procurador Geral do Município, na sede da Procuradoria Geral do Município, nesta Capital, conforme as razões de fato e de direito a seguir expendidas.

## I - SÍNTESE FÁTICA

1. Em agosto de 2006, o Ministério Público estadual instaurou Inquérito Civil nº 012/2006, com o objetivo de investigar a demanda de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) na rede de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o quantitativo de profissionais médicos intensivistas.
2. O procedimento investigativo foi instaurado a partir de notícia da Direção do Hospital Walfredo Gurgel (HWG), em reunião realizada na Promotoria de Saúde, no mês de maio de 2006, informando o déficit significativo do quantitativo de leitos de UTI na rede pública de saúde no município de Natal e em todo Estado do Rio Grande do Norte.
3. Em julho de 2006, tendo em vista o fechamento de leitos de UTI no Hospital Walfredo Gurgel, foi expedida a Recomendação nº 03/2006, encaminhada ao Secretário Estadual de Saúde Pública e à Direção do Hospital, determinando a reabertura da UTI cardiológica do hospital, no prazo máximo de 48 horas (doc. 001).
4. Prosseguindo nas apurações, o Ministério Público estadual passou a requisitar informações aos órgãos públicos, bem como a realizar reuniões ministeriais, para conhecer a realidade do atendimento nas Unidades de Tratamento Intensivo, com vistas a promover a melhoria da prestação do referido serviço público.
5. Dentre os problemas verificados, merecem destaque: a insuficiência de leitos de UTI, em relação aos padrões da Organização Mundial de Saúde (OMS); a concentração dos leitos na capital, em detrimento da precária estrutura dos hospitais no interior; a alta demanda para tratamento intensivo, agravada pelos pacientes oriundos do interior; a insuficiência de pessoal qualificado, em especial de médicos intensivistas e, a falta de estrutura dos hospitais públicos para instalação de novos leitos (doc. 002).
6. Diante desse quadro, o Ministério Público passou a intervir de forma pontual, buscando a solução da insuficiência de leitos e de médicos intensivistas por meio de medidas administrativas, mediante a expedição de recomendações e requisições às autoridades públicas, além de realização de reuniões periódicas para discutir a problemática com os vários atores envolvidos.

7. Assim, foram requisitadas informações às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, à Sociedade de Terapia Intensiva do RN (SONORTI) e às Diretorias dos hospitais Walfredo Gurgel (HWG), Maria Alice Fernandes, Varela Santiago, Giselda Trigueiro e Santa Catarina, todos confirmando o déficit de leitos de UTI na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), em suas respectivas áreas de atuação (doc. 003).

8. Em julho de 2006, o Ministério Público estadual recomendou à SESAP a contratação temporária de 04 médicos intensivistas (doc. 001); em dezembro de 2008, foi firmado termo de compromisso entre a SESAP e dois hospitais privados de Natal, a fim de garantir 10 leitos de UTI geral para o SUS (doc 004); em 2009, foram realizadas sucessivas reuniões ministeriais, com vistas a discutir soluções para a problemática (doc. 005); em julho de 2009, foi recomendado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal que assegurasse leitos de UTI adulto para 16 pacientes internados provisoriamente no HWG, conforme lista encaminhada pelo mesmo (doc. 006); dentre outras medidas.

9. No entanto, e apesar da instalação de mais leitos de tratamento intensivo pelo Estado e Município de Natal, no período compreendido entre 2006/2009, as medidas adotadas pelos Entes Públicos não foram suficientes para eliminar a demanda reprimida e adequar o serviço às normas do Ministério da Saúde (docs. 001 e 007), o que pode ser constatado observando o histórico seguinte.

10. Em novembro de 2007, conforme informações prestadas pelo Sindicato dos Médicos do RN, o Estado dispunha de cerca de 6.700 leitos hospitalares, sendo 202 de UTI, havendo, à época, um déficit de, no mínimo, 66 leitos de UTI, chegando a 267, se considerada a média de 7% de leitos de UTI em relação ao número total de leitos (doc. 008).

11. Entre janeiro e agosto de 2008, conforme informações do hospital Walfredo Gurgel/SESAP, a demanda reprimida para os leitos de UTI apontou uma média de 202 pacientes sem a assistência devida no período destacado; dentre os leitos existentes à época, 03 setores não eram cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde), alcançando 31 leitos sem financiamento federal; e alguns pacientes estavam sendo internados em outros setores, que não dispunham de suporte para a terapia intensiva, face à alta demanda em relação aos leitos disponíveis (doc. 009).

12. Em março de 2009, conforme informações encaminhadas pela SMS de Natal, persistia um déficit de 70 leitos de UTI neste município, considerando o quantitativo geral existente e as especialidades clínicas e cirúrgicas (doc. 010).

**13.** Em abril de 2009, a Diretoria do HWG informou a superlotação dos leitos de UTI, pois estava atendendo no limite máximo da sua capacidade assistencial, solicitando aos órgãos competentes para utilizar-se de outras unidades de urgência para atendimento a pacientes que necessitassem de terapia intensiva. Aliás, essa situação perdura até os dias atuais (doc. 011).

**14.** Em outubro de 2009, a Secretaria Municipal de Saúde informou que a Chamada Pública - realizada em caráter de urgência, após expedição de Recomendação do Ministério Público - para contratação de 20 leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal, publicada em 18.09.09, foi considerada deserta, em virtude da ausência de licitantes (doc. 012); em seguida, o ente municipal contratou, em caráter emergencial, apenas 10 leitos junto a entidades privadas, sob regime temporário, por 180 dias, como medida paliativa (doc. 013).

**15.** Em novembro de 2009, o Conselho Regional de Medicina do RN (CREMERN) informou da ausência de médicos na assistência aos pacientes graves internados nas UTIs I e II do Pronto Socorro Clóvis Sarinho; esse fato levou a autarquia a decidir pela interdição ética do exercício profissional médico na unidade, até que houvesse a garantia pela SESAP do ideal atendimento médico à população (doc. 014).

**16.** Logo em seguida, veiculou-se notícia em periódico local, informando das deficiências que dominam o serviço público de saúde no HWG, obrigando os médicos a escolher os pacientes a serem atendidos, a partir de critérios como gravidade da doença e chance de sobrevivência do paciente (doc. 015).

**17.** No interior do Estado, a situação não diverge da apresentada acima, segundo dados da Coordenação do Sistema Estadual de Auditoria: em Pau dos Ferros, não existem leitos cadastrados; em Currais Novos, existem apenas 03 leitos funcionando como Unidade Intermediária de Cuidados Intensivos (UCI), ainda com falta de médicos intensivistas, e 05 leitos de UTI Neonatal funcionando, com espaço para mais um leito, apesar de não estarem habilitados; e, em Mossoró, os 03 leitos atualmente em funcionamento estão sendo adaptados para UCI e, apesar do recebimento de recursos para instalação de 07 leitos de UTI, apenas 03 estão habilitados e 04 estão aguardando os equipamentos para habilitação(doc. 002).

**18.** Para alento dos pacientes, o CREMERN autorizou a desinterdição da Unidade de Tratamento Intensivo II do Pronto Socorro Clóvis Sarinho, o que ocorreu somente em fevereiro de 2010. Porém a situação acima descrita não melhorou muito até o presente,

subsistindo as precárias condições de atendimento, decorrente do déficit de leitos de UTI e de profissionais qualificados, ocasionando a absurda fila de espera para atendimento em Unidade de Terapia Intensiva do paciente SUS (doc. 001).

19. Nesse contexto, restou configurado que os problemas no acesso ao serviço de saúde UTI vêm se agravando no decorrer do tempo, sem uma solução eficaz por parte dos gestores públicos. Ao contrário, o Estado e o Município vêm adotando soluções paliativas, como, por exemplo, a celebração de contratos temporários em regime de urgência com entidades privadas, inexistindo um planejamento adequado para solucionar esta grave problemática; tanto que nem mesmo as últimas requisições encaminhadas aos réus pelo Ministério Público foram sequer respondidas (doc. 016).

20. Diante disso, após monitoramento realizado por este Órgão Ministerial das ações da Municipalidade e do Estado, no intuito de resolver os problemas da insuficiência do tratamento em UTI dispensado aos pacientes, sem haver emergido uma solução corretiva adequada à gravidade do contexto, busca-se a via judicial para assegurar a efetivação do direito à saúde.

## II - DA INSUFICIÊNCIA DE LEITOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

21. De acordo com documento encaminhado pela SONORTI, o Ministério da Saúde (MS), na Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, define o número de leitos hospitalares e de terapia intensiva de acordo com a recomendação da OMS, da seguinte maneira: a) **leitos hospitalares:** 2,5 - 3 leitos/1000 habitantes; b) **leitos de UTI:** 4 a 10% dos leitos hospitalares; c) **leitos em unidades pós-cirúrgicas:** 2 - 3/sala cirúrgica. (doc. 017).

22. Ainda, salienta o documento que a referida portaria do MS não especifica em que proporção estes leitos devem ser ofertados pelo SUS ou pelo sistema de saúde suplementar. E, no mesmo documento, a SONORTI informa que, segundo o último censo do IBGE (2005), o Estado do Rio Grande do Norte conta com 3.003.087 habitantes e o Município de Natal com 778.040 habitantes.

23. Portanto, o número adequado de leitos seria: a) **leitos hospitalares:** 1. **Rio Grande do Norte:** 7.507 - 9.009 leitos, 2. **Município de Natal:** 1.945 - 2.334 leitos; b) **leitos de UTI (considerando 4% dos leitos hospitalares):** 1. **Rio Grande do Norte:** 300 - 360 leitos, 2. **Município de Natal:** 77 - 94 leitos; c) **leitos de UTI (considerando 10% dos**

leitos hospitalares): 1. Rio Grande do Norte: 750 - 900 leitos, 2. Município de Natal: 194 - 233 leitos.

24. Entretanto, a realidade constatada nos hospitais públicos e privados contratados SUS neste Estado mostra-se distante das normas aludidas acima, conforme informações colhidas, no curso das investigações, perante os órgãos públicos. E quem mais sofre é o paciente SUS, haja vista em média 90% da população norte-rio-grandense utilizar exclusivamente o sistema público de saúde.

25. A Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), em junho de 2008, encaminhou lista contendo o número de leitos de UTI existentes nos hospitais sob gestão estadual situados na capital: Hospital Maria Alice Fernandes - leitos de UTI Pediátrica: 07; Hospital Giselda Trigueiro - leitos de UTI Adulto: 07; Hospital José Pedro Bezerra - leitos de UTI Geral: 06, leitos de UTI Neonatal: 35; Hospital Walfredo Gurgel - leitos de UTI Geral: 19, leitos de UTI Pediátrica: 06, leitos de UTI Cardiológica: 06, leitos de UTI Cirúrgica: 05, leitos de UTI Queimados: 05; TOTAL GERAL DE LEITOS DE UTI NA CAPITAL: 96; TOTAL GERAL DE LEITOS DE UTI NO ESTADO: 147; porém, em efetivo funcionamento, somente 129 - (doc. 018).

26. A Direção do HWG, em 16 de fevereiro de 2009, informou que conta com somente 19 leitos de UTI cadastrados no Ministério da Saúde, recebendo financiamento federal para sua manutenção: dos 31 leitos de UTI geral adulto, que estão divididos entre a UTI Bernadete, a Reanimação e a UTI geral propriamente dita, somente 09 estão habilitados; dos 07 leitos de UTI na pediatria, somente 05 encontram-se habilitados; dos 06 leitos cardiológicos, 05 estão habilitados; e os leitos cirúrgicos de UTI correspondem ao Centro de Recuperação de Operados (CRO) e não propriamente a leitos de UTI, não sendo habilitados.

27. Completa que desativou os leitos da UTI de queimados, devido à sua baixa ocupação, distribuindo os respectivos equipamentos e recursos humanos para atendimento no Pronto Socorro Clóvis Sarinho, e que 12 leitos de reanimação estão sendo utilizados para internação em UTI, de maneira totalmente desvirtuada, já que a reanimação é um ambiente de passagem para a estabilização do paciente, ressaltando a necessidade urgente de identificar leitos de UTI no sistema SUS na Capital que corrijam esta situação. (doc. 019).

28. Posteriormente, afirmou que, baseado na estatística diária, em que há levantamento dos pacientes críticos internados, em média, permanecem 30 pacientes

que necessitam de tratamento intensivo, sem acesso ao leito de UIT; sendo que os leitos de UTI infantil atendem a necessidade do hospital rotineiramente (doc. 020).

29. A **Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal**, em março de 2009, encaminhou documento informando sobre o real déficit de leitos de UTI no SUS no âmbito da municipalidade, aduzindo que, especificando os leitos hospitalares em suas especialidades clínicas e cirúrgicas em planilha, é verificado um déficit de 70 leitos de UTI, considerando o quantitativo geral existente.

30. A **Direção do Hospital Giselda Trigueiro** informou, em junho de 2009, que dispõe de 07 leitos de UTI, os quais são suficientes para atender à demanda de doenças infecciosas, porém havendo somente 01 leito de isolamento, ocasionando a disposição de paciente grave, portador de doença contagiosa, no pronto-socorro ou nas enfermarias, junto com os demais pacientes. Salientou que, à época, havia disponibilidade de espaço para instalação de outro leito de isolamento (doc. 021).

31. A **Direção do Hospital Maria Alice Fernandes** informou, em junho de 2009, que o número de leitos de UTI infantil no hospital é cadastrado no CNES, da seguinte forma: 03 leitos de neonatologia (0 a 28 dias de vida) e 02 leitos para pediatria (acima de 28 dias de vida); que o número de leitos utilizados na prática diária inclui mais 02 que não possuem cadastro no CNES; que a taxa de ocupação é permanentemente de 100%, especialmente para pacientes pós-traumático; que, embora a quantidade de leitos de tratamento intensivo no município corresponda às determinações do Ministério da Saúde, há déficit decorrente da grande demanda procedente dos municípios do interior do Estado (doc. 022).

32. A **Direção do Hospital Infantil Varela Santiago** informou, em junho de 2009, que dispõe de um total de 9 leitos de UTI, sendo 7 pediátricos e 2 neonatais, para atender a demanda do Estado; que há taxa de ocupação de praticamente 100% e com permanência hospitalar extremamente elevada; que identificou uma média de 60% de solicitações de vagas não atendidas; que há significativo número de óbito de pacientes que necessitam de tratamento intensivo, por insuficiência de leitos; e conclui que são necessários 03 médicos intensivistas para compor a equipe e, com o grande volume de procedimentos de alto risco e o baixo grau de resolutividade apresentado, há necessidade da disposição de 20 leitos de UTI, isto é, 20% do total de leitos.

33. A SONORTI encaminhou relatório com as vagas disponibilizadas em UTI adulto nos Hospitais Estaduais/Federais nas cidades de Natal e Parnamirim, assim distribuídos:

**Públicos:** Hospital Giselda Trigueiro - 07 leitos existentes e 07 leitos disponíveis (apenas 01 leito de isolamento); Hospital Deoclécio Marques de Lucena (Parnamirim) - 09 leitos existentes e 07 leitos disponíveis (01 leito desativado por falta de material/pessoal e 01 leito bloqueado para realizar hemodiálise); Hospital da Polícia Militar - 03 leitos existentes e 03 leitos disponíveis (espaço físico limitado para mais leitos); Hospital Santa Catarina - 06 leitos existentes e 06 leitos disponíveis; Hospital Universitário Onofre Lopes - 10 leitos existentes e 10 leitos disponíveis (possibilidade de ampliação para 20 leitos); ; Pronto Socorro Clóvis Sarinho - 20 leitos existentes e 10 leitos disponíveis (10 ou mais leitos de “reanimação” funcionando de forma precária sem equipamento/pessoal); Hospital Walfredo Gurgel - 25 leitos existentes e 15 leitos disponíveis (pois os outros 10 leitos estão no CRO em funcionamento sob condições desvirtuadas, uma vez que não é unidade de UTI);

**Privados:** Hospital do Coração - 26 leitos existentes e 6 leitos disponíveis para a rede SUS (06 leitos de acordo com contrato com a SESAP, mas vem atendendo mais pacientes sob liminar e disponibiliza leitos para pós-operatório de cirurgia cardíaca e transplante de medula, sem limite definido); Natal Hospital Center - 22 leitos existentes e 05 leitos disponíveis para a rede SUS (05 leitos de acordo com contrato com a SESAP, mas vem atendendo mais pacientes sob liminar e disponibiliza leitos para pós-operatório de cirurgia cardíaca e angioplastia, sem limite definido);

**TOTAL - 128 leitos existentes e 69 leitos disponíveis (doc. 023).**

34. Portanto, resta evidenciada a insuficiência de leitos de UTI - adulto, tanto que a região metropolitana do Estado do Rio Grande do Norte conta com apenas 128 - 138 unidades, acrescidos os dez leitos que a SMS/Natal comprou no Hospital Natal Center em dezembro de 2009, das quais apenas 69 estão credenciadas para receber recursos federais - **significando que apenas estas estão cumprindo a risca as Portarias Ministeriais do Serviço de Terapia Intensiva.** De outro lado, seriam necessários, no mínimo, 300 a 360 leitos neste Estado e 77 a 94 leitos instalados somente neste Município, com fundamento na meta mínima de 4% disposta na Portaria Ministerial nº 1.101, de 12 de junho de 2002.

35. Inicialmente, a legitimidade Ministerial para aforar a presente demanda judicial deflui do comando normativo inserto no artigo 129, inciso III, da Constituição Federal de 1988, que estabelece, expressamente, ser o Ministério Público legitimado para a proposição de inquéritos civis públicos e ações civis públicas visando a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

36. Outrossim, a Constituição atribui ao *Parquet* a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na carta Política (art. 129, inc. II). Nesse quadro, em seu art. 197, a Carta Magna reconhece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público a execução.

37. Em compasso com o mencionado dispositivo constitucional, a Lei Orgânica Nacional do Ministério Público (Lei Federal n.º 8.625/93), ao estabelecer as funções gerais do Ministério Público, confere-lhe, em seu artigo 25, inciso IV, alínea “a”, legitimidade para propor ação civil pública objetivando a proteção ao meio ambiente, consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turísticos e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos.

38. Convém ressaltar que, no caso em apreço se defende, por meio da presente ação civil pública, o interesse público primário na manutenção de um serviço público de saúde adequado, com vistas a assegurar o direito da coletividade de contar com um serviço eficiente prestado pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, de acordo com as legislação aplicável.

39. Trata-se, portanto, da defesa do interesse difuso, considerado aquele submetido a um regime jurídico de ordem pública, resguardado por normas que primam pela supremacia do interesse público sobre o particular e pela indisponibilidade do direito vindicado, gozando de cogência e de inderrogabilidade por transcender a individualidade e repercutir na satisfação da coletividade (Resp 86.006-PE, Relator Ministro Félix Fischer, 5ª Turma, DJ 18.10.1999, pág. 00253).

40. Analogicamente, conforme jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, “o Ministério Público é parte legítima para ingressar em juízo com ação civil pública visando a compelir o Estado a fornecer medicamento indispensável à saúde de pessoa individualizada.” (RE 407.902, Rel. Min. Marco Aurélio, julgamento em 26-5-09, 1ª Turma, DJE de 28-8-09).

41. Em conclusão, ao se tratar do tema saúde pública, emerge, sem qualquer dúvida, evidente interesse público, legitimador da atuação do Ministério Público.

#### **IV - DA LEGITIMIDADE PASSIVA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE E DO MUNICÍPIO DE NATAL**

42. Já no preâmbulo constitucional, constata-se que o Estado brasileiro possui, entre as metas a serem alcançadas, o *bem-estar social*, visando à consolidação de um Estado Democrático. E, entre as várias facetas que integram o objetivo do *bem-estar*, indiscutivelmente se encontra o respeito ao direito à saúde.

43. Quanto à saúde, precisamente em relação à competência administrativa, entendida esta na tarefa de fazer concretizar o comando constitucional que trata o tema como direito social, o artigo 23 da CF também reparte a responsabilidade entre os três entes federativos:

**Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios:**

.....

**II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.**

44. Resta clara a competência administrativa comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Sendo assim, a determinação das responsabilidades deve pautar-se pelo **princípio da predominância do interesse**, pelo qual a aferição da competência sobre serviços públicos leva em conta circunstâncias de lugar, natureza e finalidade do serviço<sup>1</sup>.

45. Nesse contexto, a Lei 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que veio dispor sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como à organização e funcionamento dos serviços correspondentes, disciplina as competências de seus órgãos gestores, quais sejam, a União, o Estado e os Municípios.

##### **IV.1 - Da legitimidade passiva do Estado do Rio Grande do Norte:**

46. Em relação aos Estados Federativos, assim dispõe a Lei Orgânica da Saúde no que diz respeito às suas competências:

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

**III - prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; (...)**

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

<sup>1</sup> Hely Lopes Meirelles, Direito Municipal Brasileiro, 7ª ed., Malheiros, pág. 257.

47. Destarte, a responsabilidade do Estado-réu decorre de sua obrigação, nos termos da Lei Federal nº 8080/90, em identificar hospitais de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade - como é o caso nestes autos -, de referência estadual e/ou regional. Logo, a assistência à saúde no âmbito hospitalar também fica a cargo do Estado Federativo, incumbindo-lhe organizar o serviço com eficiência e adequação à legislação pertinente.

48. No caso dos autos, os hospitais Walfredo Gurgel, Maria Alice Fernandes, Gizelda Trigueiro, Pedro Bezerra/Santa Catarina e Deoclécio Marques em Parnamirim são administrados pelo Governo do Estado, restando configurada sua responsabilidade pela prestação de serviço de saúde, em seus estabelecimentos, de forma eficiente.

49. Ainda, reforçando a legitimidade de figurar no pólo passivo da demanda, temos que o Estado-réu gerencia, através de seu Fundo de Saúde, recursos federais direcionados ao financiamento de ações de média e alta complexidade no SUS, da grande maioria dos municípios do Rio Grande do Norte, pois os mesmos ainda não têm condições de gerir plenamente seus recursos financeiros. Significando que tem responsabilidade na assistência direta à saúde de inúmeros munícipes interioranos, especialmente no âmbito da alta complexidade hospitalar.

50. Logo, inadmissível a deficiência de financiamento em hospitais públicos com o perfil adequado para manutenção de leitos de UTI, que vêm trabalhando com capacidade reduzida em razão de suposta limitação financeira. Contraditoriamente, o Estado-réu tem financiado o tratamento dos pacientes que necessitam do serviço mediante contratos temporários com hospitais privados, o que se mostra mais oneroso do que o oferecimento do serviço pela rede pública.

51. Portanto, se faz absolutamente necessário a intervenção judicial no caso presente, a fim de se dar um basta na omissão do Estado-réu em oferecer o serviço de UTI adequado e eficiente em seus hospitais, além de firmar contratos definitivos e contínuos com os hospitais privados para compra de leitos de UTI, e não temporários em condições de urgência, até a efetiva estruturação de leitos de UTI nos hospitais públicos em número adequado e suficiente à demanda SUS.

#### **IV.2 - Da Legitimidade Passiva do Município de Natal:**

52. Em relação aos Municípios, assim dispõe a Lei Orgânica da Saúde no que diz respeito às suas competências:

**Art. 18. À direção municipal do Sistema Único 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; (...)**

**V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e medicamentos para a saúde; (...)**

53. Destarte, cabe ao Município planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, bem como gerir e executar os serviços de saúde. É, exatamente em virtude desta incumbência de execução dos serviços em saúde, que se estes não são oferecidos adequadamente, cabe chamar a responsabilidade o ente público municipal.

54. Insta consignar, ainda, que a Portaria GM/MS nº 2203, de 5 de novembro de 2006, cria a Norma Operacional Básica do SUS - NOB/96, um dos principais instrumentos estruturantes do Sistema Único de Saúde, consolida a política de municipalização, ao estabelecer o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da saúde.

55. Com efeito, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, conforme legislação sanitária específica - Portaria Ministerial nº 399/GM -, que inaugurou o atual estágio de distribuição de competências entre os três entes federativos no âmbito da política pública de saúde, reafirma - assim como fez as demais Portarias Ministeriais anteriores a esta - que cabe aos municípios executar diretamente as ações e serviços de saúde. Restando como responsabilidade da União e Estados, prioritariamente, o apoio financeiro e técnico.

55. Diante do panorama normativo retro explanado, o município de Natal tem responsabilidade direta pela assistência em saúde de seus munícipes, em seus três patamares assistenciais: Atenção Básica; Média Complexidade e Alta Complexidade; seja o atendimento ambulatorial ou hospitalar, de urgência e emergência ou considerado eletivo. Esta organização sanitária reflete o princípio da descentralização administrativa que rege a política de saúde pública.

56. Em conclusão, imperiosa a intervenção judicial no caso presente, a fim de se dar um basta na omissão do Município-réu em oferecer o serviço de saúde de Terapia Intensiva adequado e eficiente nesta urbe.

#### **V - DO DIREITO QUE SE BUSCA TUTELAR**

57. Os fundamentos básicos do direito à saúde no Brasil estão elencados nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal. Especificamente, o art. 196 dispõe que:

**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.**

58. O direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988, configura direito fundamental de segunda geração. Nesta geração estão os direitos sociais, culturais e econômicos, que se caracterizam por exigirem prestações positivas do Estado. Não se trata mais, como nos direitos de primeira geração, de apenas impedir a intervenção do Estado em desfavor das liberdades individuais.

59. Neste sentido, Alexandre de Moraes, trazendo excerto de Acórdão do STF, preleciona que:

Modernamente, a doutrina apresenta-nos a classificação de direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira gerações, baseando-se na ordem histórica cronológica em que passaram a ser constitucionalmente reconhecidos.

60. Como destaca Celso de Mello:

enquanto os direitos de primeira geração (direitos civis e políticos) - que compreendem as liberdades clássicas, negativas ou formais - realçam o princípio da liberdade e os direitos de segunda geração (direitos econômicos, sociais e culturais) - que se identificam com as liberdades positivas, reais ou concretas - acentuam o princípio da igualdade, os direitos de terceira geração, que materializam poderes de titularidade coletiva atribuídos genericamente a todas as formações sociais, consagram o princípio da solidariedade e constituem um momento importante no processo de desenvolvimento, expansão e reconhecimento dos direitos humanos, caracterizados, enquanto valores fundamentais indisponíveis, pela nota de uma essencial inexauribilidade' (STF - Pleno - MS n° 22164/SP - rel. Min. Celso de Mello, Diário da Justiça, Seção I, 17-11-1995, p. 39.206) (grifo acrescido)<sup>2</sup>.

61. Destarte, os direitos de segunda geração conferem ao indivíduo o direito de exigir do Estado prestações sociais nos campos da saúde, alimentação, educação, habitação, trabalho, etc. Com proteção especial à maternidade e à infância, expressamente previstas no *caput* do artigo 6° da Constituição Federal.

---

<sup>2</sup> MORAES, Alexandre de. Direitos Humanos Fundamentais. São Paulo: Atlas, 1998. p. 44-45.

62. Cumpre-nos ressaltar, outrossim, que baliza nosso ordenamento jurídico o princípio da dignidade da pessoa humana, insculpido no art. 1º, inciso III, da Constituição Federal e que se apresenta como fundamento da República Federativa do Brasil.

63. Daniel Sarmiento, em sua erudita obra intitulada “A Ponderação de Interesses na Constituição”, assevera que:

Na verdade, o princípio da dignidade da pessoa humana exprime, em termos jurídicos, a máxima kantiana, segundo a qual o Homem deve sempre ser tratado como um fim em si mesmo e nunca como um meio. O ser humano precede o Direito e o Estado, que apenas se justificam em razão dele. Nesse sentido, **a pessoa humana deve ser concebida e tratada como valor-fonte do ordenamento jurídico, como assevera Miguel Reale, sendo a defesa e promoção da sua dignidade, em todas as suas dimensões, a tarefa primordial do Estado Democrático de Direito.** Como afirma José Castan Tobena, el postulado primário del Derecho es el valor próprio del hombre como valor superior e absoluto, o lo que es igual, el imperativo de respecto a la persona humana.

64. Nesta linha, o princípio da dignidade da pessoa humana representa o epicentro axiológico da ordem constitucional, irradiando efeitos sobre todo o ordenamento jurídico e balizando não apenas os atos estatais, mas também toda a miríade de relações privadas que se desenvolvem no seio da sociedade civil e do mercado. A despeito do caráter compromissório da Constituição, pode ser dito que o princípio em questão é o que confere unidade de sentido e valor ao sistema constitucional, que repousa na idéia de respeito irrestrito ao ser humano, razão última do Direito e do Estado. (grifo acrescido) <sup>3</sup>.

65. Visando concretizar o mandamento constitucional, o legislador estabeleceu preceitos que tutelam e garantem o direito à saúde.

66. A relevância do problema enfrentado pelos indivíduos tutelados nesta ação, reside, ainda, no fato de que uma boa parte deles são pacientes graves, a maioria por decorrência de traumas violentos, em quadro agudo de morbidade, que não podem esperar indefinidamente pela terapêutica em leitos UTI, sob risco de morte ou seqüelas definitivas.

67. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece, em seu art. 2º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Poder Público - prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

---

<sup>3</sup> SARMENTO, Daniel. A Ponderação de Interesses na Constituição. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000. p. 59.

68. Dispõe, então, a Lei 8.080/90, que a atuação do Estado no que tange à Saúde será prestada através do Sistema Único de Saúde - SUS:

**Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.**

69. O artigo 7º da citada lei estabelece que as ações e serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da CF, obedecendo, ainda, aos seguintes princípios:

**Art. 7º .....**

**I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;**

**II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**

**III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;**

**IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;**

**.....**

**XI - conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população;**

70. Verifica-se, destarte, que a própria norma disciplinadora do Sistema Único de Saúde elenca como princípio a integralidade da assistência, definindo-a como um conjunto articulado e contínuo de serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

71. Contudo, os fatos narrados demonstram que, ao contrário do que dispõe a legislação constitucional e infraconstitucional, o Sistema Único de Saúde, por intermédio de seus órgãos com atribuição em nível estadual e municipal, não têm garantido a realização de serviço de tratamento intensivo de maneira satisfatória.

72. Acerca do assunto, cabe invocar o princípio da eficiência da Administração Pública, a qual não cabe apenas realizar o serviço, mas fazê-lo de modo a conseguir o melhor resultado possível. E este melhor resultado, com cumprimento da Portaria Ministerial nº 1.101, de 12 de junho de 2002, não está sendo assegurado neste Estado, em área da assistência em saúde absolutamente essencial e vital.

73. Destarte, uma vez que o art. 196 da Constituição Federal estabelece como dever do Estado a prestação de assistência à saúde e garante o acesso universal e igualitário do cidadão aos serviços e ações para sua promoção, proteção e recuperação, não deve este direito fundamental sofrer embaraços impostos por autoridades administrativas, no sentido de reduzi-lo ou de dificultar-se-lhe o acesso.

74. Corroborando a exposição realizada, o Superior Tribunal de Justiça já se manifestou no sentido de promover e garantir o direito fundamental à saúde, conforme dispõe o seguinte acórdão trazido à colação:

CONSTITUCIONAL. RECURSO ORDINÁRIO. MANDADO DE SEGURANÇA OBJETIVANDO O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO (RILUZOL/RILUTEK) POR ENTE PÚBLICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA GRAVE: ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA - ELA. PROTEÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS. DIREITO À VIDA (ART. 5º, CAPUT, CF/88) E DIREITO À SAÚDE (ARTS. 6º E 196, CF/88). ILEGALIDADE DA AUTORIDADE COATORA NA EXIGÊNCIA DE CUMPRIMENTO DE FORMALIDADE BUROCRÁTICA.

1 - A existência, a validade, a eficácia e a efetividade da Democracia está na prática dos atos administrativos do Estado voltados para o homem. A eventual ausência de cumprimento de uma formalidade burocrática exigida não pode ser óbice suficiente para impedir a concessão da medida porque não retira, de forma alguma, a gravidade e a urgência da situação da recorrente: a busca para garantia do maior de todos os bens, que é a própria vida.

2 - É dever do Estado assegurar a todos os cidadãos, indistintamente, o direito à saúde, que é fundamental e está consagrado na Constituição da República nos artigos 6º e 196.

3 - Diante da negativa/omissão do Estado em prestar atendimento à população carente, que não possui meios para a compra de medicamentos necessários à sua sobrevivência, a jurisprudência vem se fortalecendo no sentido de emitir preceitos pelos quais os necessitados podem alcançar o benefício almejado (STF, AG nº 238.328/RS, Rel. Min. Marco Aurélio, DJ 11/05/99; STJ, REsp nº 249.026/PR, Rel. Min. José Delgado, DJ 26/06/2000).

4 - Despicienda de quaisquer comentários a discussão a respeito de ser ou não a regra dos arts. 6º e 196, da CF/88, normas programáticas ou de eficácia imediata. Nenhuma regra hermenêutica pode sobrepor-se ao princípio maior estabelecido, em 1988, na Constituição Brasileira, de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196).

5 - Tendo em vista as particularidades do caso concreto, faz-se imprescindível interpretar a lei de forma mais humana, teleológica, em que princípios de ordem ético-jurídica conduzam ao único desfecho justo: decidir pela preservação da vida.

6 - Não se pode apegar, de forma rígida, à letra fria da lei, e sim, considerá-la com temperamentos, tendo-se em vista a intenção do legislador, mormente perante preceitos maiores insculpidos na Carta Magna garantidores do direito à saúde, à vida e à dignidade humana, devendo-se ressaltar o atendimento das necessidades básicas dos cidadãos.

7 - Recurso ordinário provido para o fim de compelir o ente público (Estado do Paraná) a fornecer o medicamento Riluzol (Rilutek) indicado para o tratamento da enfermidade da recorrente. (STJ. ROMS 11183/PR - 1999/0083884-0. DJ 04/09/2000, p. 121).

Com o mesmo objeto dos autos, temos a seguinte sentença prolatada pelo Juízo Federal de Mossoró:

PROCESSO N° 2008.84.01.001198-6

Autores: Ministério Público Federal e Ministério Público Estadual

Réus: União Federal, Estado do Rio Grande do Norte e Município de Mossoró/RN

Sentença Tipo A

EMENTA: CONSTITUCIONAL. ADMINISTRATIVO. DIREITOS DIFUSOS E COLETIVOS. LEITOS DE UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. SOLIDARIEDADE DOS ENTES ESTATAIS. DIREITO À SAÚDE. DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS. RESERVA DO POSSÍVEL. MÍNIMO EXISTENCIAL. JUDICIÁRIO INTERVIR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS. POSSIBILIDADE. PROCEDÊNCIA.

1. Ação civil pública visando o estabelecimento de uma política pública referente ao Direito à Saúde.
2. Legitimidade ativa do Ministério Público, decorrente de sua missão constitucional na prerrogativa de defensor dos direitos humanos e dos interesses difusos e coletivos.
3. A instalação dos leitos de UTI, em número proporcional aos habitantes e exigidos por portaria interministerial do Ministério da Saúde, constitui-se como garantia constitucional.
4. A reserva do possível, bem como questões relacionadas ao orçamento, não devem ser utilizados como limites absolutos à prestação de direitos humanos.
5. O dogma da separação de poderes fortalece a atuação do Judiciário na consecução da prestação jurisdicional, não havendo de se cogitar em indevida intromissão na esfera discricionária de outros poderes.
6. A atuação dos entes estatais deve se dar de forma equilibrada, tendo em vista a solidariedade que deve informar todo o sistema único de saúde.
7. Procedência.

75. Não há dúvida, pois, quanto ao dever do Estado do Rio Grande do Norte e do Município de Natal de fornecer acesso regular às unidades de tratamento intensivo aos pacientes que dele necessitam, os quais se encontram recebendo um atendimento parcial e insuficiente, em visível dano às suas integridades físicas e psíquicas.

## VI - DA ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

76. Acerca da antecipação dos efeitos da tutela jurisdicional pleiteada, dispõe o artigo 273 do Código de Processo Civil:

**“Art. 273. O juiz poderá, a requerimento da parte, antecipar, total ou parcialmente, os efeitos da tutela pretendida no pedido inicial, desde que, existindo prova inequívoca, se convença da verossimilhança da alegação e:**

**I - haja fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação; ou**

**II - fique caracterizado o abuso de direito de defesa ou o manifesto propósito protelatório do réu.”**

77. De acordo com o mencionado dispositivo, os pressupostos autorizadores para concessão da tutela antecipatória compreendem a fumaça do bom direito e o perigo na demora, a teor do magistério de Alexandre Freitas Câmara:

“Assim sendo, conclui-se que o primeiro requisito para a concessão da tutela antecipatória é a probabilidade de existência do direito afirmado pelo demandante.

Esta probabilidade de existência nada mais é, registre-se, do que o *fumus boni juris*, o qual se afigura como requisito de todas as modalidades de tutela sumária, e não apenas da tutela cautelar. Assim sendo, deve verificar o julgador se é provável a existência do direito afirmado pelo autor, para que se torne possível a antecipação da tutela jurisdicional.

Não basta, porém, este requisito. A probabilidade de existência do direito do autor deverá aderir outro requisito, sendo certo que a lei processual criou dois outros (incisos I e II do art. 273). Estes dois requisitos, porém, são alternativos, bastando a presença de um deles, ao lado da probabilidade de existência do direito, para que se torne possível a antecipação da tutela jurisdicional.

Assim é que, na primeira hipótese, ter-se-á a concessão da tutela antecipatória porque, além de ser provável a existência do direito afirmado pelo autor, existe o risco de que tal direito sofra um dano de difícil ou impossível reparação (art. 273, I, do CPC). Este requisito nada mais é do que o *periculum in mora*, tradicionalmente considerado pela doutrina como pressuposto da concessão da tutela jurisdicional de urgência (não só na modalidade que aqui se estuda, tutela antecipada, mas também em sua outra espécie: a tutela cautelar)”.<sup>4</sup>

78. No caso dos autos, justifica-se o *periculum in mora*, para o deferimento do pleito de antecipação total de tutela, em relação aos pacientes que necessitam de tratamento intensivo, diante da possibilidade do retardamento no tratamento dos mesmos causar sérios agravos à sua saúde, sendo absolutamente necessária a intervenção

---

<sup>4</sup> Lições de Direito Processual Civil. São Paulo: Lumem Júris, 2000. pág. 390-391.

especializada no tempo adequado, uma vez que esses pacientes são críticos/muito graves e a terapêutica UTI é a única via de manutenção de suas vidas, permitindo evolução no quadro de morbidade através de monitoramento altamente eficaz dos sinais vitais do paciente (doc. 024).

**79.** De outro lado, o *fumus boni iuris* encontra fundamento na inobservância das disposições contidas na Constituição Federal, artigos 1º, incisos II e III, artigo 6º, *caput*, artigos 196 e 227, tendo em vista que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, bem como é fundamento do Estado Democrático de Direito o respeito à cidadania e à dignidade da pessoa humana, conforme acima explanado.

**80.** Com efeito, a falta de garantia do serviço essencial e vital eficiente e de qualidade contraria todo o arcabouço jurídico pátrio voltado à regulamentação do direito à saúde, atestando a plausibilidade do direito, além de acarretar graves riscos à saúde daqueles pacientes que necessitam com urgência do tratamento, configurando o perigo na demora. Logo, restam atendidos os requisitos para concessão do pleito antecipatório.

**81.** Nesse caminho, a jurisprudência autoriza a concessão da antecipação dos efeitos da tutela em desfavor do Poder Público, notadamente quando se faz necessário a manutenção do estado de saúde, *in verbis*:

DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO - TUTELA ANTECIPADA - INTERNAÇÃO HOSPITALAR, TRATAMENTO CIRURGICO - PACIENTE POBRE, REPRESENTADA POR INTEGRANTE DA DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO, IDOSA E SOFRENDO DE LITIASE BILIAR - TRANSTORNO A SAÚDE INQUESTIONÁVEL - INTERNAÇÕES ANTERIORES INVIABILIZADAS PELO AGRAVANTE SEM BOA EXPLICAÇÃO - DEVER DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE DE VIABILIZAR O ATENDIMENTO, GESTOR QUE E DO SUS, MESMO QUE A PACIENTE SEJA DO INTERIOR, QUESTÃO ORÇAMENTÁRIA QUE DEVE SER SOLVIDA NAS VIAS PRÓPRIAS - AGRAVO IMPROVIDO - RELATOR VENCIDO -. (TJRS - AI 598474880 - RS - 3ª C. Cív. - Rel. Des. Luiz Ari Azambuja Ramos - J. 26.02.1999)

TUTELA ANTECIPADA - REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO - PACIENTE RESIDENTE EM OUTRO MUNICÍPIO - ATENDIMENTO QUE JÁ VEM SENDO REALIZADO PELO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE - POSSIBILIDADE DE A AGRAVADA VIR A SOFRER LESÃO GRAVE COM O INDEFERIMENTO DO PEDIDO - TUTELA CONCEDIDA - Agravo provido em parte, para afastar a liberação de dinheiro. (TJRS - AI 598458834 - RS - 4ª C.Cív. - Rel. Des. João Carlos Branco Cardoso - J. 09.12.1998)

DIREITO PÚBLICO INESPECÍFICO - FORNECIMENTO DE MEDICAÇÃO POR FORÇA DO CONVÊNIO ENTRE O MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE E A ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS MUNICIPAIS DE PORTO ALEGRE - TUTELA ANTECIPADA - POSSIBILIDADE CONTRA O PODER PÚBLICO

QUANDO EM RISCO A SAÚDE E A VIDA, BENS JURIDICAMENTE TUTELADOS NA PRÓPRIA CARTA POLÍTICA DE REPÚBLICA - Agravo improvido. (TJRS - AI 598390417 - RS - 3ª C.Cív. - Rel. Des. Nelson Antonio Monteiro Pacheco - J. 12.11.1998)

AIDS - FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO - LEI Nº 9313, DE 1996 - TUTELA ANTECIPADA - AGRAVO DE INSTRUMENTO - Agravo de instrumento. Antecipação da tutela. Medicamento especial. AIDS - Se os remédios pretendidos são exatamente os receitados pelos servidores tecnicamente habilitados do próprio Município, após procederem a exame, para tratamento dos autores, correta se apresenta a decisão hostilizada, de sorte a não ser possível ao Judiciário, em sede de agravo de instrumento, com a prova nele produzida, modificar, limitando o âmbito da tutela concedida. (TJRJ - AI 2279/97 - (Reg. 060498) - Cód. 97.002.02279 - RJ - 3ª C.Cív. - Rel. Des. Oscar Silveiras - J. 04.12.1997).

**82.** Diante do exposto, requer-se a Vossa Excelência que conceda a antecipação dos efeitos da tutela de mérito, determinando ao Estado do Rio Grande do Norte e ao Município de Natal que, imediatamente, adotem medidas administrativas eficazes e suficientes para não mais permitir que pacientes SUS fiquem sem acesso a leitos de UTI, conforme vem acontecendo e acontece ainda hoje, nos termos dos comunicados recebidos pelo Ministério Público através da Unidade de Gerenciamento de Vagas do hospital Walfredo Gurgel - UGV/HWG (ver ofícios constantes do doc. 001):

**83.** Assim, vem requerer a Vossa Excelência que:

a) o Município réu garanta o acesso a leitos de UTI para munícipes de Natal, inclusive mediante ampliação da contratação do Serviço de Terapia Intensiva junto à iniciativa privada, a fim de complementar os leitos atualmente existentes na capital para o SUS;

b) o Estado do Rio Grande do Norte garanta acesso a leitos de UTI aos cidadãos norte-rio-grandenses residentes nas cidades do interior, mas que foram referenciados para Natal e estejam identificados na Unidade de Gerenciamento de Vagas do hospital Walfredo Gurgel - UGV/HWG, inclusive mediante mais contratação do Serviço de Terapia Intensiva junto à iniciativa privada, a fim de complementar os leitos atualmente existentes na capital para o SUS.

**84.** Requer, ainda, quanto ao Estado-réu que este providencie em até 180 dias:

a.1) no Hospital Giselda Trigueiro: providenciar a instalação de, no mínimo, mais 01 leito de isolamento;

a.2) no **Hospital Deoclécio Marques de Lucena (Parnamirim)**: adotar as medidas necessárias para reativar 01 leito de UTI, dotando-o de recursos humanos/materiais adequados, e desbloquear 01 leito, destinando outro apenas para a hemodiálise;

a.3) no **Pronto Socorro Clóvis Sarinho**: promover a readequação da estrutura dos leitos disponíveis no setor de “reanimação” de acordo com as normas técnicas expedidas pelo Ministério da Saúde; e

a.4) no **Hospital Walfredo Gurgel**: Não permitir que no CRO - Centro de Recuperação de Operados permaneçam pacientes que necessitam de leitos de UTI, utilizando este espaço de assistência exclusivamente para os pacientes com perfil e necessidade de recuperação pós-cirúrgica e, por conseqüência, garantindo leitos de UTI aos que tiverem indicação para esse tipo de assistência;

a.5) No **hospital Maria Alice Fernandes**, abertura de mais três leitos de UTI pediátrica; ( Ofício do Maria Alice Fernandes, doc 022).

**85.** Requer, ainda, que o Estado do Rio Grande do Norte e o Município de Natal, solidariamente, em comunhão igual de esforços e em um prazo de até 180 dias: abram e mantenham um serviço para pacientes pediátricos crônicos, de forma que os leitos de UTI hoje permanentemente ocupados nos hospitais Maria Alice Fernandes e Varella Santiago e até mesmo em hospitais privados, possam voltar a ser utilizados para as patologias agudas e reversíveis, reduzindo em curtos espaço de tempo o déficit de leitos de UTI pediátricos ( ver ofício do Varella Santiago, doc. 022).

**86.** Por fim, pugna o Ministério Público pela aplicação de multa coercitiva no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), em face de cada autoridade gestora das respectivas Secretarias de Saúde, ou a quem lhes vier suceder no curso dessa ação, mediante intimação pessoal, por dia de atraso no cumprimento da obrigação de fazer, para cada paciente crítico que não estiver assistido adequadamente dentro do prazo concedido, devendo ser a mesma revertida aos Fundos Estadual e Municipal de Saúde, respectivamente.

## **VII - DO PEDIDO PRINCIPAL**

87.

Diante do exposto, o Ministério Público vem requerer a este Douto Juízo:

- a) O deferimento da tutela antecipada pugnada, em todos os seus termos, após prévia oitiva das Fazendas Públicas, no prazo de 72 horas, de acordo com o art. 2º da Lei nº 8.437/92;
- b) Determine a citação do Estado do Rio Grande do Norte e do Município de Natal, através de seus representantes legais, para contestar a presente demanda no prazo legal, sob pena de revelia;
- c) No mérito, a condenação dos demandados em obrigação de fazer, para determinar:

c.1) confirmando o pleito de tutela antecipada, a execução das medidas necessárias à implementação da Portaria Ministerial nº 1.101/2002, com vistas à instalação de, no mínimo, 7% de leitos de UTI em relação ao número total de leitos, abrangendo os grupos etários adulto, pediátrico e neonatal, conforme a população residente neste estado federativo, dividindo a responsabilidade entres os dois entes réus da seguinte forma: o Município de Natal seja obrigado a ampliar leitos de UTI no percentual acima requerido em seu território e para seus municípios/usuários SUS; o Estado do Rio Grande do Norte seja obrigado a ampliar leitos de UTI no percentual acima requerido em seus hospitais na capital e regionais situados no interior do Estado.

c.2) a adoção de providências administrativas para credenciamento, junto ao Ministério da Saúde, em observância a Portaria GM/MS 3432/1998, dos leitos de UTI atualmente instalados em todos os hospitais estaduais, além dos que vierem a ser instalados, a fim de viabilizar e garantir a transferência das verbas federais necessárias à sua manutenção; e

c.3) seja determinada ao Município de Natal a adoção das medidas administrativas bastantes à instituição, de uma Central de Regulação de Leitos hospitalares e leitos para pacientes críticos, com funcionamento em tempo integral, que deverá ficar responsável pelo controle da ocupação dos leitos de UTI disponíveis nos diversos hospitais públicos ou privados contratados.

- d) Coercitivamente, a aplicação de multa diária, no valor de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e R\$ 200,00 (duzentos reais), em face, respectivamente, dos Erários Estadual e Municipal, e pessoalmente em face das atuais autoridades gestoras das respectivas Secretarias de Saúde, ou a quem lhes vier a suceder no curso dessa ação, mediante intimação pessoal, por cada leito que não estiver instalado dentro do prazo concedido, devendo ser a mesma revertida aos respectivos Fundos de Saúde previstos no art. 13 da Lei nº 7.347/85, sem prejuízo dos comandos legais previstos no *caput* e § 5º do artigo 461 do CPC;
- e) a condenação dos requeridos no pagamento das verbas de sucumbência, com as devidas atualizações monetárias;
- f) a dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, desde logo, em face do previsto no artigo 18 da Lei nº 7.347/85 e do art. 87 da Lei nº 8.078/90; e
- g) sejam as intimações do autor feitas **pessoalmente**, mediante entrega dos autos na 47ª Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde, situada no endereço declinado acima, **com vista dos autos**, em face do disposto no art. 236, § 2º, do Código de Processo Civil e no art. 149, inc. XX, da Lei Complementar Estadual nº 141/96.
- h) no caso do Município de Natal/RN, o Estado do Rio Grande do Norte virem a alegar que não dispõem de dotação orçamentária para o cumprimento da decisão judicial ora pleiteada, que seja determinada a transferência de verbas referentes à propaganda institucional ou de setores não prioritários da Administração Pública, alocando-as no Fundo Municipal ou Estadual de Saúde, conforme o caso, após informação das Secretarias de Saúde sobre o montante necessário para o cumprimento da determinação judicial.

Protesta provar pelos meios admitidos em direito, requerendo desde logo a juntada aos autos dos documentos que seguem em anexo, desentranhados do Inquérito Civil nº 012/06 - 47ª Promotoria de Justiça de Natal.

Dá-se à causa o valor de R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais).  
Termos em que pede deferimento.

Natal, 09 de abril de 2010.

**Iara Maria Pinheiro de Albuquerque**  
47<sup>a</sup> Promotora de Justiça de Natal