



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MARANHÃO
1º OFÍCIO CÍVEL

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) FEDERAL DA ____ VARA DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO MARANHÃO

DISTRIBUIÇÃO DE URGÊNCIA

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Art. 196, da Constituição Federal)

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, pela Procuradora da República abaixo assinada, no uso de suas atribuições constitucionais e legais, com fulcro no disposto nos artigos 127 e 129, incisos II e III, da Constituição Federal de 1988; no artigo 5º, inciso V, alínea *b* e 6º, inciso VII, alíneas *a* e *d*, da Lei Complementar nº 75/1993; e, ainda, no artigo 5º da Lei nº 7.347/1985, vem, à ilustre presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA COM PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

em face do **Município de São Luís/MA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 06.307.102/0001-30, com endereço para citação na Av. Dom Pedro II, s/nº, Palácio de La Ravardiere, Centro, nesta cidade; e da

União Federal, pessoa jurídica de direito público interno, representada por meio da Procuradoria da União no Estado do Maranhão, com endereço para citação na Rua Osvaldo Cruz, nº 1.618, Edifício Sede dos Órgãos Fazendários, 8º andar, Canto da Fabril, nesta cidade;

fazendo-o com base nos fatos e fundamentos jurídicos adiante expostos:

1 - DO OBJETIVO DA DEMANDA

Visa-se com a presente Ação Civil Pública a prestação de tutela jurisdicional efetiva que garanta aos usuários do SUS, no município de São Luís, eficiente assistência de urgência e emergência, especialmente nos Hospitais Municipais Djalma Marques (Socorrão I) e Clementino Moura (Socorrão II), visando à prestação satisfatória dos serviços de saúde a que aqueles se propõem, atentando-se para as questões básicas de vigilância sanitária, atendimento humanizado, referência e contrarreferência, dentre outras que serão analisadas nesta petição.

2 - DOS FUNDAMENTOS FÁTICOS

Inicialmente, foi instaurado nesta Procuradoria da República o Inquérito Civil Público nº 1.19.000.001263/2012-51, com base em representação encaminhada pela Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão, noticiando requerimento feito ao Ministério da Saúde para que procedesse **INTERVENÇÃO** no Município de São Luís, em razão da precária situação em que se encontram suas Unidades de Saúde, tudo constatado mediante vistorias da Vigilância Sanitária Estadual.

Em seu arrazoado, a SES justifica a necessidade de intervenção no fato de a precariedade do sistema de saúde municipal estar acarretando excesso de demanda nas unidades estaduais, que por sua vez, encontram-se à beira do colapso.

Os Relatórios Técnicos de Inspeção da Vigilância Sanitária Estadual constataram graves irregularidades em todas as unidades vistoriadas, desde a necessidade de reformas estruturais por falta de manutenção à falta de médicos, medicamentos e insumos.

De se ressaltar, todavia, que a presente ação civil pública, ante a urgência e maior gravidade do caso concreto, limitar-se-á a demandar pedidos que envolvem apenas os dois hospitais de urgência e emergência, popularmente conhecidos como “Socorrões”, razão pela qual os relatórios referentes às demais unidades de saúde serão mantidos nestes autos apenas para fins de contextualização da problemática e demonstração dos fatos que são colocados em juízo. No entanto, serão reproduzidos com vistas à autuação de novo ICP.

Muito bem.

Segundo o apurado pela SUVISA (fls. 29/46), caracterizado como hospital de urgência e emergência de ALTA COMPLEXIDADE, o Socorrão I é referência para os municípios da Macrorregião de São Luís, que abrange 44 municípios¹, porém atende pacientes oriundos de todo o Estado. Durante a inspeção, observou-se superlotação em todos os setores da assistência, inclusive com pacientes internados nos corredores, carência de materiais necessários, deficiência na manutenção de equipamentos e subdimensionamento de alguns ambientes.

Foi constatado também que o hospital adotou a classificação de risco, instalando os eixos amarelo e vermelho, sendo que esta última é utilizada como pseudo-UTI, porém sem equipamentos e equipe técnica necessários para assistência nesse nível.

Lavraram-se, pois, o Termo de Fiscalização nº 019501 e o Auto de Infração nº 07604, exigindo-se uma série de exigências sanitárias, a serem cumpridas no prazo de 30 (trinta) dias.

Por sua vez, o Socorrão II, que também é considerado referência no atendimento de urgência e emergência de ALTA COMPLEXIDADE para a macrorregião de São Luís, atende pacientes oriundos de todo o Estado, tendo sido evidenciada, no ato na inspeção, superlotação com o DOBRO da capacidade instalada, vale dizer, com pacientes internados em duas vezes o número de leitos de que dispõe o nosocômio. Assim, os pacientes ficam acumulados em macas, com acompanhantes, pois invariavelmente são procedentes do interior do Estado, nos corredores do hospital, já que as enfermarias não comportam a demanda.

Em razão da constante superlotação da unidade de saúde, vários aspectos de higienização são dificultados, o que propicia a contaminação por micro-organismos. Além disso, verificou-se um déficit de profissionais de enfermagem, o que compromete a assistência prestada.

Assim, a SUVISA elencou uma série de não conformidades sanitárias, que deveriam ser sanadas pelo hospital igualmente no prazo de 30 (trinta) dias.

Nos autos do apuratório administrativo, como providência inicial, foi expedido ofício ao Serviço de Auditoria do SUS neste Estado, vinculado ao DENASUS/Ministério da Saúde (fl. 126), requisitando a realização de auditoria nas unidades de saúde de São Luís, obtendo-se a resposta de que NÃO SERIA POSSÍVEL realizar, neste exercício, nenhuma audi-

¹ Resolução CIB/MA nº 44/2011, de 16 de junho de 2011, publicada no DOE de 22.06.12. Antes, eram 127 municípios.

toria, devendo as mesmas ser incluídas, GRADATIVAMENTE, na programação de auditoria para 2013 (fls. 141/142) (como se a urgência pudesse aguardar...).

Destaque-se, também, que foi expedido ofício à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, requisitando manifestação circunstanciada a respeito do requerimento de intervenção feito pela SES àquele Ministério, nas Unidades de Saúde de São Luís (fls. 132), sem que se tenha obtido qualquer resposta, tudo a demonstrar a COMPLETA OMISSÃO da UNIÃO para com o seu dever de fiscalizar as verbas que repassa ao município, bem como com o seu dever de prestar solidariamente o direito à saúde, garantido na CF/88.

Na mesma linha, a Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS ficou-se silente aos ofícios requisitórios de informações acerca das irregularidades constatadas pela SUVISA (fls. 127, 140 e 146).

Após o resultado do pleito eleitoral, em que o atual Prefeito sagrou-se derrotado, as matérias veiculadas pela imprensa local acerca de irregularidades verificadas nos Socorrões passaram a ser a tônica maior. Por isso, determinou-se a confecção de um *clipping* de notícias (fls. 148/166), que podem ser assim resumidas:

- superlotação, com macas nos corredores;
- falta de material hospitalar e de medicamentos como psicotrópicos e antibióticos;
- falta de higiene;
- falta de alimento adequado para pacientes, acompanhantes e funcionários;
- alimentos sendo acondicionados de forma inadequada (mofo na sala onde se armazenam os alimentos);
- péssimas condições de trabalho na cozinha e lavanderia, com equipamentos enferrujados (panelas e máquinas);
- estrutura predial em condições precárias de conservação (infiltração, fiação exposta);
- falta de pagamento a funcionários do Socorrão II;
- falta de alimentos no Socorrão II.

Outrossim, o MPF foi convidado a participar de reunião com a presença dos Diretores das UPA, ocorrida em 04.12.12, na sede do Hospital Geral Dr. Tarquínio Lopes Filho, em que estes relataram, além da superlotação, o recebimento constante de pacientes graves, que suas estruturas, por não serem próprios de seu perfil, não teriam condições de resolutividade para atender. Acrescentaram que, em muitos casos, os encaminhamentos es-

tavam sendo feitos pelos próprios Socorões, o que descumpria o Protocolo de Atendimento e Fluxo de Encaminhamento de Pacientes entre Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h e SAMU 192, firmado entre os Gestores Estadual e Municipal (fl. 237).

Em seguida, encaminharam documentação (fls. 242/262) demonstrando várias listas de patologias e pacientes que estão sendo atendidos nas UPA e na Unidade Mista do Maiobão que estão fora do perfil estabelecido para atendimento em tais unidades de saúde, que não possuem equipamentos para diagnóstico por imagem ou centro cirúrgico, tampouco profissionais habilitados para prestar tal grau de assistência.

Por fim, o Conselho Estadual de Saúde - CESMA encaminhou Relatório de Acompanhamento da Rede de Serviço do SUS, datado de 04.12.12 (fls. 263/340), o qual, resumidamente, faz um apanhado geral de como se encontra a rede SUS no Estado, destacando-se que:

- Na ATENÇÃO BÁSICA, verifica-se que a porta de entrada do sistema encontra-se, invariavelmente, FECHADA, pois não dispõem de médicos ou de estrutura adequada;
- Isso acaba sobrecarregando as chamadas UNIDADES HOSPITALARES DE PORTAS ABERTAS ou ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA, que, por sua vez, não possuem leitos de retaguarda, não podendo desocupar leitos de pacientes já estabilizados.

Além disso, o CESMA encaminhou relatórios de visitas realizadas em hospitais e unidades de saúde, feitos através de respostas a questionários.

Assim é que, diante da notícia de que os Hospitais Municipais de Urgência e Emergência estariam se furtando de suas responsabilidades perante o SUS, e principalmente perante os usuários do sistema, o MPF houve por bem realizar inspeção *in loco*, constataando-se efetivamente grande parte das irregularidades decantadas.

O relatório de inspeção, constante às fls. 167/195, traz um ROSÁRIO DE IRREGULARIDADES encontradas no Socorrão I e no Socorrão II, destacando-se, sem sombra de dúvidas, a gritante SUPERLOTAÇÃO de ambos, com MACAS E MAIS MACAS com pacientes internados em corredores, COMO SE LEITOS FOSSEM.

Não dá para achar isso normal e aceitável!!!

Não há como o Ministério Público Federal compactuar com uma situação dessas, em que todos, mas absolutamente todos saem perdendo:

- o paciente, porque é tratado em condições precaríssimas, em que a dignidade humana é relegada a último plano, sujeito a todo tipo de infecção, sem qualquer atendimento a normas mínimas de vigilância sanitária;
- o Município, a que vinculado o hospital, pois não recebe um centavo do Ministério da Saúde ou de quem quer que seja pela maca transformada em leito, razão pela qual, trocando em miúdos, divide-se por dois o valor que é recebido pelo leito regular, sucateando-se o serviço que deveria ser humanizado e de qualidade;
- o cidadão brasileiro de uma forma geral, que desacredita no Sistema Único de Saúde, e assim, embora já pague uma carga pesadíssima de impostos, acaba tendo que arcar com outro valor bastante considerável a título de seguro privado de saúde.

É inconcebível, ainda, que o Município deixe os profissionais que lhe prestam serviço sem a devida contraprestação do pagamento. Isso acarretou numa perda incomensurável para o Socorrão II, que foi surpreendido com a saída de vários profissionais médicos que integravam as suas escalas de plantão. Com a falta de tais médicos, por óbvio que pessoas não são atendidas, a despeito de o hospital funcionar a portas abertas, tendo o seu direito fundamental à saúde inconstitucionalmente ferido de morte (no sentido literal da palavra).

E isso não foi sequer negado pelo Município de São Luís, que questionado quanto ao atraso no pagamento, foi CATEGÓRICO em responder que: *“Os médicos contratados temporariamente foram pagos regularmente até o mês de SETEMBRO, estando o mês de outubro com agendamento para o próximo dia 21/12. Quanto aos meses de NOVEMBRO E DEZEMBRO, estes se encontram com PROCESSOS DE PAGAMENTO EM ANDAMENTO, aguardando o repasse da Secretaria da Fazenda pois as mesmas são pagas com recursos da Prefeitura Municipal.”* (fls. 342/343)

É um completo ABSURDO!!! Rasgou-se a Constituição e pronto!

Mas, não pode ficar por isso mesmo!!! O Ministério Público e o Poder Judiciário Federais não vão deixar ficar por isso mesmo. O Município de São Luís tem que pagar o salário de seus médicos temporários atrasados.

É inconcebível que um hospital de urgência esteja funcionando sem ESCALPE, ATADURA DE CREPE, SERINGA DESCARTÁVEL, LUYA DE PROCEDIMENTO, SONDA DE ASPIRAÇÃO, GESSO e por aí vai... (fls. 223). É inaceitável que um hospital de urgência não esteja recebendo de seu ordenador de despesas (a SEMUS) alimentos para fazer frente às necessidades de seus pacientes. Às fls. 378/381, a Direção do Hospital Clementino Moura de

monstra que algumas vezes tem tido que comprar diretamente alimentos hortifruti porque a SEMUS não os tem fornecido. **Inclusive, na data de anteontem, esta signatária recebeu ligação do Diretor do Socorrão II, solicitando a intervenção do MPF junto a SEMUS porque os pacientes não teriam comida para o turno da noite. É um completo DISPARATE!**

Enfim, não dá para aceitar que o Município abandone os seus à sua própria sorte, **simplesmente porque seu gestor não logrou reeleição**. Esse abandono, repita-se, exige a pronta iniciativa do Ministério Público Federal, bem como a adoção de uma providência **URGENTE E FIRME** por parte do Poder Judiciário Federal!

Deixar os pacientes sem alimentação, sem medicamentos e insumos, e, mais, sem médicos que os atenda é, no mínimo, revoltante, quando é de todo sabido que milhões e milhões são repassados pela União Federal para o financiamento do SUS.

Onde está esse dinheiro??? É a pergunta que não quer calar!!!

Nesse sentido, pesquisando no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde², é possível verificar o montante de recursos transferidos ao Fundo Municipal de Saúde para custeio do SUS no Município de São Luís.

Para se ter uma ideia do volume de recursos repassados, apenas no ano de 2012 (até novembro), no âmbito do Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, foi transferido no componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC o total de **R\$ 223.266.961,62** (duzentos e vinte e três milhões duzentos e sessenta e seis mil novecentos e sessenta e um reais e sessenta e dois centavos) e no componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC o total de **R\$ 19.784.059,80** (dezenove milhões setecentos e oitenta e quatro mil e cinquenta e nove reais e oitenta centavos).

E, mais, esses valores permaneceram uma constante desde o início do ano (fls. 491/495). Se pegarmos como exemplo a estratégia teto municipal da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, a média mensal de transferência foi de R\$ 13.500,00 (treze milhões e quinhentos mil reais).

Então, fica a dúvida: porque será que somente agora, **PERDIDA A ELEIÇÃO**, na qual, inclusive, foram gastos milhões de reais, não tem mais o Município de São Luís condições (ou interesse) de manter seus compromissos junto a fornecedores, prestadores de ser-

2 <http://www.fns.saude.gov.br/ConsultaFundoafundo.asp>, acesso em 10.12.12.

viços ou contratados temporariamente, e, ainda, de responder por suas obrigações junto aos seus municípios???

Verifica-se, ainda, uma novidade: o surgimento de uma nova estratégia de financiamento a partir do mês de maio de 2012 - teto municipal rede de urgência, com repasse mensal de **R\$ 45.957,12** (quarenta e cinco mil reais novecentos e cinquenta e sete reais e doze centavos). Trata-se de repasse feito em razão de a RENASES prever que o Município deverá implementar **AÇÕES DE GESTÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** de seu território, concedendo o respectivo incentivo financeiro.

Outrossim, todos esses valores já citados referem-se apenas a UM DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO (Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar), valendo dizer que existem outros blocos transferidos fundo a fundo, **por meio dos quais há o repasse de montas também milionárias**, além de inúmeras outras formas de se buscar apoio financeiro federal, como a assinatura de convênios.

Sob esse aspecto, instada a informar a respeito da existência de convênios entre o Ministério da Saúde e o Município de São Luís tendo como objeto a construção da Ala de Queimados do Hospital Clementino Moura, que como constatado na inspeção **está pronta para funcionar, porém sem equipamentos**, a Divisão de Convênios do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Maranhão - NEMS/MA respondeu afirmativamente, indicando o Convênio nº 4793/2005, SIAFI nº 546889, orçado em R\$ 8.622,900,00, sendo R\$ 7.839.999,00 oriundo do FNS/MS e R\$ 783.900,00 oriundo da contrapartida municipal, tendo como objeto a aquisição de equipamentos e material permanente, ampliação e reforma dos hospitais municipais de urgência e emergência Dr. Djalma Marques e Dr. Clementino Moura e Hospital Dr. Odorico Amaral de Matos (Hospital da Criança).

Segundo informações prestadas pela DICON, já foram repassados e aprovados R\$ 5.799.600,00, restando a aprovar R\$ 1.359.600,00, razão pela qual não foi repassada a última parcela no valor de R\$ 679.800,00.

Quanto à ala de queimados do Socorrão II, foi destacado pela Direção do nosocômio que ela teria sido mal dimensionada em relação à sua real demanda por quem propôs o projeto junto ao MS, de modo que melhor seria se ela fosse utilizada em grande parte para a ortopedia, que hoje ocupa a maioria das macas dos corredores.

Com efeito, a lista de pacientes internados no Socorrão II na data da Inspeção do MPF, acostada às fls. 383/396, demonstra, além da superlotação, que os pacientes

da ortopedia, em um total de 140, quando cadastrados no CNES apenas 50 leitos para ortopedia/traumatologia, são, de fato, a maior demanda do hospital. Vale dizer: o número de pacientes internados naquele momento era de quase três vezes superior a capacidade instalada especificamente para ortopedia.

Enfim, o caos vivenciado na saúde pública de São Luís é algo jamais visto. A falta de compromisso dos gestores é algo jamais visto.

Apesar de realmente a demanda dos hospitais ser excessivamente superior ao número de leitos de que dispõem, a situação experimentada vai na total contramão do que determinam as normativas do Ministério da Saúde, pois, por se tratarem de hospitais de emergência, que atendem a *portas abertas*, não seria possível negarem atendimento aos que os procuram, o que tem ocorrido frequentemente, como demonstrado pelas UPA.

Frise-se que São Luís só dispõe destes dois hospitais para esse tipo de atendimento à população. Além disso, constatou-se, através dos demais relatórios da vigilância sanitária, que as unidades mistas de saúde municipais não estão estruturadas para os atendimentos mais simples, sobrecarregando os prontos socorros (e também as recém-inauguradas UPA).

Outro motivo para a superlotação é a ausência de um hospital de retaguarda para os hospitais de urgência, pelo que os pacientes acabam permanecendo internados indefinidamente nos hospitais, contrariando a sua função de hospital de urgência, que seria a de acolhimento, estabilização e encaminhamento ao hospital de retaguarda.

Há ainda outra hipótese levantada pelo Município para tentar explicar a superlotação dos Socorrões, qual seja a grande demanda de internação de pacientes oriundos do interior do Estado, sendo que tal fato seria indicativo de que a Rede Estadual de Atendimento às Urgências, a despeito da recente inauguração de alguns Hospitais Estaduais no interior, não estariam suprindo a demanda.

Pois bem. Ainda que tais fatos sejam verdadeiros e que os Socorrões não tenham condições de suportar a demanda, tais fatos compõem um problema estrutural de saúde pública neste Estado que não será objeto desta ação civil. Além disso, não são suficientes, *per si*, para justificar a precariedade em que se encontram os referidos hospitais.

Na verdade, é preciso afirmar que as fotos anexadas ao relatório de vistoria (fls. 175/195) da Procuradoria da República falam por si. Tudo o que se precisa saber para

aferir a precária condição dos hospitais está evidente nas fotos. Diante delas nada mais precisa ser dito!!!

É fácil, pois, perceber o descaso dos gestores municipais para com a saúde pública e para como o povo que os elegeu. Nesse sentido, há convênios firmados para implementar melhorias nos hospitais, com o correspondente repasse de recursos; há a transferência fundo a fundo para a prestação de serviços do Sistema Único de Saúde. Enfim, há o dinheiro, mas o Município não o aplica ou o aplica de forma insatisfatória ou tredestinada.

Eis, portanto, o relato da caótica e insustentável situação em que se encontram tão importantes hospitais para o povo maranhense!!!

Faz-se imprescindível, pois, a propositura desta ação civil pública e a intervenção do Poder Judiciário que, como guardião maior da Constituição, deverá garantir aos usuários do Sistema Único de Saúde que lhes sejam prestados serviços de urgência e emergência de qualidade.

Veja-se, então, as medidas indicadas como necessárias à melhoria paulatina dos serviços:

DA NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS ÀS EXIGÊNCIAS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Por primeiro, parece óbvio que os hospitais devem se adequar as normas e exigências da Vigilância Sanitária. Assim, todas as não conformidades descritas nos relatórios de inspeção sanitária deverão ser corrigidas.

No entanto, sem a adequação das medidas ulteriores, a presente sempre se mostrará capenga, na medida em que a superlotação compromete sobremaneira a qualidade do serviço.

DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL DE MÉDICOS PLANTONISTAS, BEM COMO DE PAGAMENTO DOS SALÁRIOS EM ATRASO DOS MÉDICOS TEMPORÁRIOS

O problema da contratação emergencial de médicos plantonistas restringe-se ao Socorrão II, em razão do distrato de médicos contratados temporariamente, ante o atraso no pagamento de seus salários.

Segundo a Direção do Socorrão II, o problema maior é sentido no setor de Ortopedia, pois, como visto, é a maior demanda do hospital.

Sobre a escala de ortopedistas, foi esclarecido o seguinte:

- São três escalas, que hoje, por conta das adaptações, estão funcionando assim:

1 - URGÊNCIA: 1 médico ortopedista (para atender a porta aberta);

2 - ENFERMARIA: 3 médicos ortopedistas (para medicar a média de 120 a 150 pacientes internados);

3 - CENTRO CIRÚRGICO: 2 médicos ortopedistas (para atender a média de 15 cirurgias diárias).

- O correto seria, 2 por dia na urgência, 4 por plantão na enfermaria, e 3 no centro cirúrgico, para o que se teria que voltar ao número de 40 médicos ortopedistas.

No momento, o hospital conta com 18 médicos concursados e 9 contratados que permaneceram (mesmo com o atraso no pagamento e que podem deixar o posto a qualquer momento), carecendo de NOVOS 13 médicos.

A escala de plantão de ortopedia, desde o mês de outubro, está com carência de muitas horas todos os dias, chegando ao ápice no domingo, quando a defasagem acumula a marca de 112 horas (fls. 357-novembro, 399-dezembro, 416-outubro).

Para se ter uma noção de como o número de médicos influenciou na quantidade de cirurgias realizadas no Socorrão II, em outubro foram feitas 410 cirurgias em ortopedia ao passo em que, em novembro, o foram apenas 340 (fls. 377).

Dessa forma, para que o Socorrão II volte a operar dentro da normalidade, faz-se urgente e premente a contratação emergencial de 13 médicos ortopedistas.

Foi esclarecido pela Direção do Socorrão II que, apesar de as demais áreas terem igualmente perdido médicos, a situação é controlável, podendo-se aguardar a assunção da nova gestão municipal para a contratação de novos profissionais.

No entanto, foram bastante claros em dizer que NÃO CHEGAM ATÉ O FINAL DO ANO, época de festas, EM QUE A INCIDÊNCIA DE ACIDENTES AUMENTA, e portanto a entrada de pacientes no hospital também, COM AS PORTAS ABERTAS, SEM A CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS ORTOPEDISTAS!!!

Assim, abrem-se as seguintes possibilidades para solução da problemática:

- 1) recontração dos médicos distratados, com o pagamento dos salários em atraso, caso assim o aceitarem e o desejarem;
- 2) contratação direta, com dispensa de licitação ante a urgência que o caso requer, nos termos do art. 24, IV, da Lei 8.666/93, com duração de 90 (noventa) dias, de cooperativa de médicos ortopedistas;
- 3) realização de processo seletivo simplificado para contratação temporária por excepcional interesse público, nos moldes do que dispõem os arts. 37, IX, da Constituição Federal e art. 2º, II e VI, *d*, da Lei nº 8.745/93, em aplicação analógica.

Por final, faz-se urgente a determinação de imediato pagamento dos salários em atraso dos médicos temporários, posto que, como já adiantado, se essa medida não for tomada novos distratos poderão surgir a qualquer momento, se já não estiverem ocorrendo a todo minuto.

É ilegal e no mínimo imoral deixar de pagar a contraprestação pecuniária pelos plantões efetivamente prestados pelos médicos contratados pela Prefeitura. Isso compromete os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde, maciçamente financiado com recursos federais.

Como se vê as fls. 345/354, são listados inúmeros médicos que desistiram de seus contratos, nos meses de outubro e novembro, por conta do atraso no pagamento de seus salários.

Por sua vez, às fls. 726/785, consta a folha de pagamento referente aos meses de agosto e setembro de 2012 dos médicos temporários da Secretaria de Saúde de São Luís, havendo a devida discriminação da unidade de saúde a que vinculados, por meio da qual se pode chegar ao valor necessário, em sendo preciso, ao **SEQUESTRO DAS CONTAS DO MUNICÍPIO**, para que seja garantido o devido pagamento dos médicos que prestaram seus serviços e não receberam o devido pagamento.

Por tudo, urge que seja feito o devido pagamento, sob pena de **sequestro de recursos próprios do Município** depositados em conta corrente de sua titularidade, em montante a ser aferido mediante cálculo dos valores apostos nas folhas de pagamento citadas.

DA NECESSIDADE DE ORGANIZAÇÃO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE COM A DISPONIBILIZAÇÃO DE LEITOS DE RETAGUARDA E DE UMA CENTRAL REGULADORA DE LEITOS

Como já realçado anteriormente, não existe hospital de retaguarda para os Socorrões.

Ocorre que, pela sistemática dos hospitais de urgência, um paciente atendido, após estabilizado, deveria ser encaminhado para outra unidade de saúde (hospital de retaguarda), caso não fosse ainda o momento de receber alta, de modo a vagar o leito que ocupava no hospital de urgência, que estaria apto a receber outro paciente.

No entanto, como os Socorrões não possuem hospital de retaguarda, vivem superlotados, além de suas capacidades instaladas, sempre com macas em corredores como se fossem leitos...

Bastaria, contudo, boa vontade e competência aos gestores municipais para obterem uma melhor organização da rede, alocando, conveniando ou contratando leitos para servirem de retaguarda para os Socorrões, bem como colocarem em efetivo funcionamento uma Central Reguladora de Leitos, que seria a responsável por fazer o encaminhamento do paciente ao leito de retaguarda.

Cita-se, como exemplo, a Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, que, recentemente, nos termos da Portaria nº 1.312, de 28.11.12, obteve a Renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, na área de saúde (fls. 645), possuindo vinculados ao SUS: 112 leitos cirúrgicos (sendo 8 de cardiologia e 104 de cirurgia geral); 141 leitos clínicos (sendo 14 de cardiologia e 127 gerais); 10 leitos de UTI adulto tipo II; e 72 leitos de pediatria clínica.

Destarte, poderia ser firmado convênio com a entidade para servir de retaguarda aos Socorrões.

Outrossim, o Hospital da Mulher, que é de gestão municipal, e como verificado pela Vigilância Sanitária, encontra-se com leitos vazios (fl. 68) e o centro cirúrgico desativado por falta de insumos e de cirurgiões (fl. 59), seria outra opção de leitos de retaguarda para os Socorrões, caso fosse redimensionada a sua natureza.

Hoje, deveria ser especializado em ginecologia, mas encontra-se pratica-

mente fechado por falta de gestão, médicos, equipamentos etc. Esse serviço poderia ser prestado nas Unidades de Saúde, caso lá houvesse efetivamente médicos. Possui cadastrados 20 leitos cirúrgicos, sendo 9 de cirurgia geral e 11 de ginecologia e 13 leitos clínicos gerais.

Poderia, ainda, haver a contratação de leitos na rede privada.

Por fim, a nova ala do Hospital Socorrão II deveria ser imediatamente inaugurada, equipando-se-a e redimensionando-se a necessidade de leitos para queimados. Assim, o restante dos leitos prestariam a ortopedia, que, repita-se, representa a maior demanda do hospital, retirando macas dos corredores.

Às fls. 652/699, encontra-se o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências, atualmente em fase de análise perante o Ministério da Saúde, onde se vê que as medidas ora sugeridas são de fácil concretude, não se entendendo o porquê de até o presente momento não terem saído do papel. Vale registrar, inclusive, que ali são apontados somente em São Luís, entre leitos existentes e novos (a serem criados), como retaguarda para a urgência, 140 leitos na Santa Casa, 160 leitos no Hospital de Retaguarda Clínica (atual Hospital Nina Rodrigues, que será transformado em Hospital Geral), 33 leitos na Unidade Mista Bequimão, 40 leitos no Complexo Hospitalar Materno Infantil do Maranhão (atuais Hospital Marly Sarney e Benedito Leite), 70 leitos no Hospital da Mulher, 40 leitos no Hospital Presidente Vargas, 4 leitos no Hospital Tarquínio Lopes Filho (atual Hospital Geral), 70 leitos no Hospital Carlos Macieira (antigo IPEM) e 36 leitos na Unidade Mista do Itaqui Bacanga (fls. 680).

Tais medidas não impediriam por completo a presença das famigeradas macas nos corredores dos Socorrões, mas certamente diminuiriam a quantidade destas.

DA NECESSIDADE DE INVESTIMENTOS NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE, COM A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Por fim, para uma população de mais de um milhão de habitantes, que há 14 anos não é agraciada por seus gestores com a construção de um hospital de urgência e emergência, a solução efetivamente seria uma nova unidade hospitalar.

Todas as medidas anteriores são paliativos para evitar a falência da rede, enquanto não se obtém um novo hospital de urgência e emergência.

Assim é que Município e União devem adotar as medidas administrativas pertinentes à dotação de recursos e conseguinte execução de obras para a construção de um novo hospital de urgência e emergência, que diminua, se não conseguir zerar, o déficit de leitos e serviços enfrentado por essa Capital Maranhense.

Adiante-se que o slogan de campanha de reeleição do atual Prefeito, que seria a construção de um novo Hospital de Emergência de São Luís, conforme Placas da obra constantes às fls. 718/719, não passou de “propaganda politiqueria”, pois embora requisitados a comprovarem a dotação orçamentária que amparou o Edital da Concorrência nº 002/2011, cujo objeto seria a construção do referenciado nosocômio, no valor de R\$ 92.587.687,41 (noventa e dois milhões, quinhentos e oitenta e sete mil, seiscentos e oitenta e sete reais e quarenta e um centavos), nada falaram. Tal informação também não se encontra disponível no site da Prefeitura (nenhuma transparência!!)

Outrossim, realizada resquisa no SICONV, não se logrou localizar Convênio ou Contrato de Repasse para construção do Hospital de Urgência de São Luís.

3 - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

3.1 - Da competência da Justiça Federal

No caso, discute-se a omissão do Município de São Luís em prestar, com qualidade, serviços de urgência e emergência a pacientes usuários do SUS.

Como visto, a União, observando seu dever constitucional de participar do financiamento do SUS, repassa ao Município recursos para custear as despesas com a área da saúde.

Destarte, como se verá mais amiúde, deve ela figurar como um dos sujeitos passivos da lide, por haver um **grande** volume de verbas federais envolvido na questão, principalmente se considerado que os procedimentos de alta e média complexidade são custeados através de verbas do Teto MAC e do FAEC, o que passa a justificar a competência da Justiça Federal para o processo e julgamento da presente demanda, tudo nos termos do artigo 109, inciso I, da Constituição Federal.

Ademais, o entendimento já consolidado no âmbito do Superior Tribunal de Justiça atesta que a simples presença do Ministério Público Federal no polo ativo da ação já seria suficiente a atrair a competência da Justiça Federal. Nesse sentido, veja-se a

ementa do TRF da 1ª Região:

CONSTITUCIONAL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. RECURSOS FEDERAIS REPASSADOS AO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO/RO PARA APLICAÇÃO NA SAÚDE DA POPULAÇÃO. TEMPESTIVIDADE DA APELAÇÃO. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL. CERCEAMENTO DE DEFESA NÃO CONFIGURADA. DESVIO DE VERBAS COMPROVADO. PROCEDÊNCIA DO PEDIDO. SENTENÇA ULTRA PETITA. CORREÇÃO DO JULGADO, NO PONTO.

I - Apregoa a Constituição da República, em vigor, que "o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis" (CF, art. 127, caput), arrolando, entre suas funções institucionais, a de "promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos" (CF, art. 129, III). **Nessa linha de determinação, o Ministério Público Federal tem legitimidade ativa para propor ação civil pública objetivando a defesa da correta aplicação dos recursos federais destinados a ações voltadas à preservação da saúde da população de município.** Preliminar de ilegitimidade ativa ad causam do Ministério Público Federal, que se rejeita.

II - **Versando a controvérsia instaurada, nos presentes autos, sobre a irregularidade da gestão de recursos repassados pelo Governo Federal ao Município réu, a competência para processar e julgar o presente feito é da Justiça Federal. Ademais, consoante entendimento jurisprudencial firmado pelo colendo Superior Tribunal de Justiça, a presença do Ministério Público Federal, no feito, já justifica, por si só, a competência da Justiça Federal, para processá-lo e solucionar a demanda.**

III - Afigura-se tempestiva a apelação interposta dentro do prazo recursal, contado, no caso, da juntada aos autos do mandado de intimação do Município, devidamente cumprido.

IV - Não resta configurado a nulidade do processo por cerceamento de defesa, em virtude do indeferimento da prova testemunhal, quer por se encontrar preclusa a discussão sobre a matéria, quer por não se fazer necessária, diante da prova documental produzida nos autos.

V - Demonstrado nos autos o desvio das verbas federais repassadas ao Município réu para aplicação em ações voltadas à saúde da população, merece amparo a pretensão deduzida pelo requerente, no sentido de que o promovido devolva à conta própria de origem, os recursos indevidamente transferidos a outras contas, para finalidades diversas das que se destinam.

VI - Restringindo-se o pedido deduzido na inicial à devolução às contas de origem dos valores indevidamente utilizados pelo Município, caracteriza-se ultra petita a sentença que condena o promovido a proceder ao ressarcimento da União Federal das verbas desviadas para outras finalidades. Sentença que se corrige, no ponto em que se apresenta ultra petita, para se ajustar a condenação ao pedido formulado pelo autor ministerial.

VII - Apelação e remessa oficial parcialmente providas.

(TRF - PRIMEIRA REGIÃO. AC - APELAÇÃO CIVEL - 199941000012477/RO. Órgão Julgador: SEXTA TURMA. Data da

decisão: 17/12/2007. Documento: TRF10265628. Fonte DJ
DATA:21/01/2008 PAGINA:182)

Assim, é inegável a competência da Justiça Federal para processar e julgar a ação civil pública em exame.

3.II - Do cabimento da ação civil pública e da legitimidade ativa do Ministério Público Federal

O Ministério Público tem por função precípua a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do artigo 127, *caput*, da Constituição Federal. Cabe-lhe, por meio de ação civil pública, pugnar pela tutela de interesses difusos e coletivos, consoante disposto no artigo 129, inciso III, do mesmo estatuto fundamental.

Na espécie, pretende-se assegurar o normal funcionamento dos serviços de urgência e emergência prestados pelo SUS, o que será viabilizado por meio de obrigações de fazer e de não fazer, que adiante serão devidamente catalogadas. **Está-se agindo, em última análise, em prol da saúde pública, direito difuso previsto no artigo 196 da Carta Magna.**

O Supremo Tribunal Federal já decidiu que, em casos como esse, o Ministério Público tem legitimidade para o ajuizamento de ação civil pública. Senão, veja-se:

O Ministério Público Federal está autorizado a ajuizar ação civil pública na defesa da moralidade pública e também para preservar a saúde pública.(...) Estabelece o inciso III do artigo 129 da Constituição Federal que compete ao Ministério Público 'promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos'. A previsão acima é a mais genérica possível no que concerne ao interesse da coletividade e dela presume-se que a defesa do interesse público não tem caráter individualizado. O Sistema Único de Saúde é mantido por recursos provenientes da União Federal. Seu universo é indeterminado, mas determinável, pois abrange toda a população que necessita dos seus serviços, bem como atinge aquelas instituições privadas que almejam dele participar, mediante contrato ou convênio. O ato que se questiona é o da contratação de rede hospitalar privada, no âmbito do SUS, sem o devido procedimento licitatório. Daí a legitimação do ora recorrido para propor a presente ação, para proteção do patrimônio público. (Supremo Tribunal Federal. Segunda Turma. RE n.º 244.321/MA. Rel. o Exmo. Sr. Min. Maurício Corrêa. DJU de 26.05.1999, p. 46)

Na mesma linha, colha-se decisão do STJ:

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MELHORIA DE ATENDIMENTO NO HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR. OBRIGAÇÃO DE FAZER. PREQUESTIONAMENTO. SÚMULAS 282/STF E 211/STJ. ART 1º DA LEI Nº 7.347/85.

1. A ausência de emissão de juízo de valor na origem, nem mesmo no âmbito dos embargos de declaração, dos dispositivos processuais invocados como contrariados implica ausência de prequestionamento, requisito essencial ao conhecimento do recurso especial. Incidência das Súmulas 282/STF e 211/STJ.

2. A Constituição Federal de 1988 outorgou ao Ministério Público funções da maior relevância, atribuindo-lhe um perfil muito mais dinâmico do que ocorria no antigo ordenamento jurídico, entre elas a competência para a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis (art. 127), por meio da ação civil pública (art. 129, III).

3. A legislação de regência da ação civil pública garante ao Parquet a utilização desse meio processual como forma de defesa do patrimônio público e social, do meio ambiente ou de outros interesses difusos e coletivos e de interesses individuais homogêneos.

4. É cabível o ajuizamento da presente ação civil pública que pugna pela defesa de interesses difusos, considerando-se que a tutela pretendida - direito à saúde (art. 6º da CF) - é indivisível, pois visa atingir a um número indeterminado de pessoas, ou seja, aquelas que são atendidas pelo Hospital Municipal Souza Aguiar.

5. Apoiado na conclusão do inquérito civil, o pedido formulado pelo Ministério Público não se mostra genérico, tampouco está baseado em reparação de danos, porque consistiu na condenação do Município na obrigação de fazer novas contratações, mediante concurso, para compor os quadros do Hospital Souza Aguiar de pessoal da área médica, assim como de renovar os contratos com técnicos de manutenção dos equipamentos existentes e compra de novos, como forma de garantir atendimento adequado e satisfatório, com o que se estará cumprindo o mandamento constitucional de proteção à saúde, obrigação a que o Município vem se omitindo.

6. Recurso especial conhecido em parte e não provido.

(STJ - SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. RESP - RECURSO ESPECIAL - 947324. Processo: 200700975169/RJ. Órgão Julgador: SEGUNDA TURMA. Data da decisão: 19/02/2008. Documento: STJ000321035. Fonte DJE DATA:18/04/2008. Relator(a) CASTRO MEIRA)

Revela-se, pois, plenamente admissível, no caso, o manejo da ação civil pública pelo Ministério Público Federal.

3.III - Da legitimidade passiva dos Réus

Segundo estabelece a nossa Constituição Federal, a competência quanto aos cuidados da saúde é comum entre os entes federativos, a teor do que dispõe o seu artigo 23, inciso II, *in verbis*:

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 deficiências;

Além disso, ao tratar especificamente da saúde, em seu capítulo II, seção II, artigo 196, a Lei Maior estabelece que é dever do ESTADO, no sentido genérico (União, Estado e Município), cuidar da saúde, erigindo-a como um direito de todos, donde concluir-se que a Carta Constitucional estabeleceu, quanto às ações de saúde promovidas pelo Estado, o **PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE!!!**

Por conseguinte, a todos os entes federativos foi imposto o encargo constitucional de cuidar da saúde, de forma solidária, de modo que a ação de um seja complementada ou suprida pelo outro, objetivando que as necessidades sanitárias da população brasileira sejam atendidas de forma integral, pois o mesmo artigo 196 da CF/1988, acima referido, estabelece que deve ser garantido às pessoas ACESSO UNIVERSAL às ações e serviços de saúde.

Ainda no capítulo destinado à Saúde, a Constituição Federal, em seu artigo 198, estabelece diretrizes para a construção de um Sistema Único de Saúde. Esse artigo reforça que o atendimento à saúde prestado pelo Estado deve ser integral.

Ora, legitimado passivo é aquele que, acaso julgado procedente o pedido, sofrerá o ônus dele decorrente, ônus este apto a propiciar e fornecer os meios à efetiva realização do direito pretendido pelo autor, legitimado ativo. A União e o Município são responsáveis solidários pela saúde junto ao indivíduo, sendo, pois, legitimados passivos na demanda cuja causa de pedir seja a implementação do direito à saúde, no caso, a imediata regularização das condições de serviço prestadas nos Hospitais Municipais de Urgência e Emergência - Socorros I e II.

Leciona ALEXANDRE DE MORAES que “o texto constitucional enumera as matérias nas quais existe a coincidência entre interesses geral, regional e local, disciplinando, ainda, que a lei complementar federal fixará normas para a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e bem-estar em âmbito nacional.”³

No caso, o Estado do Maranhão deixa de ser apontado como sujeito passivo,

³ Moraes, Alexandre de. Constituição do Brasil Interpretada e Legislação Constitucional. São Paulo: Editora Atlas. 2002. Comentários ao artigo 23.

em razão de o Município estar habilitado para cuidar do seu sistema de urgência e emergência, recebendo diretamente da União os recursos para financiar esses serviços, fundo a fundo.

Muito embora o Estado do Maranhão também assuma papéis nessa relação de saúde, dentre eles, o de participar da implementação do Plano Regional de Atenção às Urgências, não se pode atribuir diretamente a ele, ao menos no que concerne aos serviços próprios do ente municipal, o caos em que se encontram os referidos nosocômios, já que a União repassa diretamente ao Município os valores, para que ele promova, *per si*, as ações.

Assim é que a União financia os serviços, enquanto ao Município cabe executá-los, não participando o Estado diretamente dessa relação.

Pois bem. A Lei n.º 8.080/90, ao instituir o Sistema Único de Saúde/SUS, estabelece, em seu artigo 4º, que ele é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, cuja participação da iniciativa privada tem caráter meramente complementar.

Ocorre que era preciso operacionalizar o sistema, de modo que ele pudesse atender às demandas de um país continental, com inúmeras diversidades regionais e locais. Atentando para este fato é que a própria CF/1988 optou por organizar o sistema de forma DESCENTRALIZADA, com direção única em cada esfera de governo.

Desse modo, muito embora o dever de prestar os cuidados da saúde tenha sido imputado a todos os entes federativos, a própria Constituição e a Lei 8.080/90 determinaram que houvesse a descentralização das ações e a repartição de atribuições entre os entes federativos.

Essa divisão, por óbvio, foi implementada para facilitar a operacionalização do sistema e não para dificultar a vida da população. Ela visou distribuir melhor as atividades entre os entes, de modo a garantir, de forma efetiva, o acesso integral e universal às ações e serviços de saúde a qualquer pessoa, ainda que esta resida nas localidades mais distantes desse país.

De fato, se a divisão de atribuições veio para garantir o acesso efetivo a todos os serviços de saúde disponíveis, ela não pode, de forma nenhuma, ser oposta aos cidadãos que, por omissão do ente estatal, vejam-se desprovidos do atendimento integral à saúde.

Enfim, é preciso conjugar o dever de solidariedade, estabelecido na Constituição Federal, pelo qual União, Estados e Municípios são responsáveis, em conjunto, pelo dever de prestar os serviços de saúde, com a possibilidade de divisão das atribuições, entre eles. Daí decorre que, se o dever é solidário, mas pode haver divisão de atribuições, essa divisão só tem validade internamente entre eles, não podendo ser argüida em desfavor do cidadão.

Posto isso, conclui-se que, em razão da solidariedade, a divisão de atribuições não pode ser oposta aos cidadãos, mas somente entre os próprios entes federativos, em caso de omissão de um deles em cumprir os seus deveres explicitados nas leis que tratam do direito à saúde.

No que se refere especificamente às políticas de alta complexidade, a Lei 8.080/90, esmiuçando a divisão de atribuições das Pessoas Jurídicas de Direito Público Interno, em seu artigo 16, estabelece as da União, e especificamente, em seu inciso III, inciso **a**, determina:

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) **compete:**

(...)

III - definir e coordenar os sistemas:

a) **de redes integradas de assistência de alta complexidade;**

(...)

XIII - **prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;**

(...)

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
(Grifou-se)

Já quanto ao Município, a invocada norma estabeleceu em seu artigo 18:

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;
(Grifou-se)

Era preciso, todavia, pormenorizar as atribuições de cada um dos entes.

Assim é que, em 2006, após a edição de alguns atos normativos, numa tentativa de obter a construção de políticas de saúde identificadas com as realidades

regionais, foi instituído o Pacto pela Saúde, veiculado pela Portaria nº 399/GM. O seu objetivo é buscar que os gestores do SUS se comprometam a estabelecer e cumprir metas que possibilitem um avanço no trato da saúde da população brasileira, bem como prioridades que visem a melhoria do sistema de saúde como um todo, compondo-se pelo: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. De fato, os entes, independentemente da assinatura do pacto, desde a sua edição, submetem-se a seus preceitos e diretrizes.

No que se refere à gestão da alta-complexidade, o PACTO ressaltou como dever da União definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica; e para os Municípios, pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o Estado, Distrito Federal e com os demais Municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal.

É importante ressaltar que o PACTO enfatiza que a União deve responder, solidariamente com os Municípios, o Distrito Federal e os Estados, pela **integralidade** da atenção à saúde, e que todo Município é responsável pela **integralidade** da atenção à saúde da sua população, de forma solidária com o Estado e a União.

Ainda, segundo o PACTO, **o financiamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão: União, Estados e Municípios**. No que se refere aos recursos federais, destinam-se ao custeio, e são constituídos, organizados e transferidos em **BLOCOS DE RECURSOS**, sendo que o seu uso para custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades neles previstas.

Em seu artigo 10, esta Portaria define que o Bloco de média e alta complexidade será formado por dois componentes: **COMPONENTE LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR - MAC** e **COMPONENTE FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC**.

A referida Portaria, em seus artigos 11 e 12, discorre pormenorizadamente sobre os dois componentes e especificamente no artigo 11, *caput*, estabelece que o componente limite financeiro MAC dos Estados e Municípios é destinado ao financiamento de procedimentos e incentivos permanentes, para o custeio das ações de alta e média complexidade. Já no seu artigo 12, parágrafo único, tal Portaria indica que os recursos

destinados ao custeio de procedimentos financiados, até a edição da Portaria 698/2006, por meio do FAEC e não mais contemplados neste artigo 12, seriam incorporados ao limite MAC dos Estados e Municípios.

Destarte, diante da obrigação dos entes federativos de garantir a prestação, **COM QUALIDADE E EFICIÊNCIA**, da saúde pública, tendo em vista suas condições de garantidores dos direitos fundamentais, uma vez constatada, como resta patente nessa oportunidade, a omissão e a não-prestação, ao menos razoável, dos serviços que garantam a saúde daqueles que necessitam da assistência médica da rede pública, imprescindível se mostra a inclusão da União Federal e do Município de São Luís no polo passivo da demanda para que respondam, nos termos legais, pelo descumprimento daquele dever que lhes é inerente.

Veja-se, agora, a individualização da responsabilidade de cada ente indicado para compor o pólo passivo desta demanda:

i) UNIÃO FEDERAL

Ficou bem demonstrado que o custeio das ações de média e alta complexidade é feito através de financiamento da União, mediante transferência fundo a fundo, pelos blocos. Todavia, **não há que se falar** em responsabilidade da União restrita ao repasse de recursos. Rechaça-se, portanto, desde já, eventual alegação de que, pelo fato de a União estar repassando em dia as verbas destinadas à manutenção da rede de média e alta complexidade de saúde, não poderá figurar no pólo passivo em razão de falta de interesse de agir.

Ora, repise-se: o dever da União não se limita ao simples repasse de recursos! A partir do momento em que **não promove medidas concretas de fiscalização, controle e implementação efetiva de serviços de saúde**, torna-se tão responsável pelo caos verificado nos Hospitais de Urgência e Emergência de São Luís quanto o Município. Não pode a União Federal simplesmente repassar recursos de forma irresponsável, “lavando as mãos”, olvidando-se de verificar o que, de fato, foi executado em favor da sociedade.

No caso em apreço, a responsabilidade da União se mostra ainda mais premente na medida em que, a uma, instada a fazer auditoria nos serviços das unidades de saúde de São Luís, quedou-se inerte, não o fazendo até hoje, e, a duas, firmou Convênio com o Município de São Luís, repassando recursos para reforma e ampliação dos

nosocômios, que a toda evidência foram insuficientes para fazer frente à demanda. Ou seja, a União destinou milhões para a melhoria dos serviços dos Socorrões, mas não tomou providências concretas e eficazes para vê-los funcionando a contento, com dignidade à população.

Além disso, foi previamente identificada do colapso por que passa o sistema municipal de saúde, através do requerimento encaminhado pela SES, e reforçado através de ofício encaminhado pelo Ministério Público Federal, sem que nada de efetivo tenha feito para impedir que a situação tenha chegado ao nível em que chegou: verdadeiramente NO FUNDO DO POÇO!

ii) MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

O Município de São Luís é responsável direto pela prestação dos serviços, por ser gestor dos hospitais, que são referência para atendimento de urgência em alta complexidade na macrorregião respectiva. Para isso ele recebe diretamente, fundo a fundo, as verbas provenientes da União.

Além disso, o Socorrão II não é dotado de autonomia financeira, não havendo ordenação de despesas em seu âmbito interno. Todas as demandas do hospital são repassadas a Secretaria de Saúde do Município, que deveria provê-las. No entanto, como restou sobejamente demonstrado, não atende as necessidades mais básicas e primárias do hospital, que sempre ESTÁ À MÍNGUA DE INSUMOS, MEDICAMENTOS E PROFISSIONAIS.

No que tange ao Socorrão I, embora seja dotado de personalidade jurídica e, portanto, de autonomia financeira, em face da superlotação e do não pagamento pela internação de pacientes em quantidade superior à capacidade instalada, essa autonomia também não consegue fazer frente às demandas do hospital, que funciona à beira da falência, ofendendo a dignidade de seus pacientes.

3.IV - Do Direito à Saúde

No direito constitucional brasileiro, notadamente a partir da Constituição Federal de 1988, pode-se asseverar, sem receio de equívoco, que a saúde é um direito fundamental.

Com efeito, além de se encontrar expressamente incluída no rol de direitos sociais insculpidos no art. 6º da Constituição Federal, a saúde é definida como “direito de

todos e dever do Estado”, a ser garantido mediante a adoção de políticas públicas voltadas para a redução do risco de doença e de outros agravos e para o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, à luz de seu art. 196.

Nessa perspectiva, coerente com as normas constitucionais, assenta a doutrina preponderante que o direito à saúde, tal como assegurado na Carta Magna, quadra-se na categoria de direito fundamental de segunda dimensão (geração), que são aqueles caracterizados por exigirem prestações positivas do Estado para a sua consecução. Não se trata, aqui, à semelhança dos direitos de primeira dimensão, de apenas impedir a intervenção estatal em desfavor das liberdades individuais, mas de reclamar do Poder Público a execução do que lhe é cominado.

Cumprе lembrar, ainda, que se qualificam de RELEVÂNCIA PÚBLICA as ações e os serviços de saúde, segundo o art. 197 da Constituição Federal, evidenciando-se o propósito de realçar, indelevelmente, o caráter de essencialidade do direito fundamental à saúde na nova ordem constitucional, independentemente de ser prestado diretamente pelo Estado ou por entes privados.

O principal consectário do enquadramento de uma norma na categoria dos direitos fundamentais é o reconhecimento da sua supremacia hierárquica - não apenas do ponto de vista formal, mas também axiológico - e, conseqüentemente, da sua força normativa diferenciada. A fundamentalidade de que se revestem tais direitos não pode passar despercebida ao intérprete, a quem cabe, através da hermenêutica especificamente constitucional, extrair deles o significado que proporcione máxima possibilidade de gerar efeitos práticos.

Nessa linha, ensina-se que “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”.⁴

É insofismável, pois, o dever do Estado de disponibilizar os recursos necessários para que o direito subjetivo dos indivíduos à saúde, tratado extensivamente

4 DANIEL SARMENTO, A ponderação de Interesses na Constituição Federal, 1ª ed., 3 tir., Editora Lumen Juris, 2003.

pela Constituição Federal, seja levado a efeito. Mas a prestação desse serviço público essencial deve ocorrer, importa não olvidar, de modo imediato, sem que seja admitida qualquer espécie de escusa ou justificativa e, ainda, de maneira perfeita e acabada, conforme se depreende da Constituição Federal, art. 198, caput, inciso II, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com a seguinte diretriz: **atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.**

Semelhantemente, a Lei nº 8.080/90, editada com o intuito de regulamentar os dispositivos constitucionais referentes ao direito à saúde e dispor sobre o SUS, ressalta os valores primordiais que tem a saúde no ordenamento jurídico brasileiro, vale dizer, um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício⁵.

Essa Lei estabelece, outrossim, que as ações e serviços públicos que integram o SUS serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas especialmente no art. 198 da Carta da República, obedecendo, ainda, aos princípios da universalidade de acesso, da integralidade da assistência, da igualdade e da conjugação de recursos financeiros, tecnológicos e humanos.⁶

Por tudo, tem-se que a conjugação dos dispositivos da Constituição Federal e da legislação infraconstitucional fixa, de modo harmônico, entre as competências interfederativas, o dever de garantir a efetivação do direito à saúde através da implantação de uma rede de atenção à saúde, integrando desde a assistência primária até a assistência de média e alta complexidade.

Conseqüentemente, permitir que pacientes sejam internados em macas em corredores de hospitais que não possuem médicos, medicamentos, insumos ou alimentos,

5 Lei nº 8.080/90:

"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.

(...)

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."

6 Lei nº 8.080/90

Artigo. 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;

(...)

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

negando-lhes o direito à saúde, traduz conduta ilícita do Município de São Luís, compactuada pela omissão da União Federal, que não pode ser cancelada pelo Poder Judiciário, estando a merecer rápida reprimenda judicial.

3.V - Da Política Nacional de Atenção às Urgências em Saúde

Considerada prioritária no âmbito do SUS, a atenção às urgências em Saúde tem sido orientada pela Política Nacional de Atenção às Urgências, hoje regida pela Portaria nº 1.600, de 7.07.2011, a qual é fundada nas seguintes diretrizes⁷:

I - **ampliação do acesso** e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - **garantia da universalidade**, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e **acesso regulado** aos serviços de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIII - **regulação articulada** entre todos os componentes da Rede de

7 Art. 2º, da Portaria nº 1.600/11

Atenção às Urgências com garantia da equidade e **integralidade do cuidado**; e

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

De forma bem resumida, o que a Política Nacional determina é que sejam criadas as Redes de Atenção às Urgências, cuja finalidade é articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

Para tanto, gestores estaduais e municipais devem se organizar para compor o desenho da rede de modo a envolver todos os níveis do SUS, desde a atenção básica até a terapia intensiva, com o estabelecimento claro de referências e contra-referências e o encaminhamento de pacientes sendo realizado através de Central Médica de Regulação.

A Portaria nº 1.600, em art. 4º, descreve quais são os componentes da Rede de Atenção às Urgências, a saber:

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

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

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

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

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

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

Por sua vez, ao tratar do componente hospitalar, a portaria ministerial estabelece:

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

No entanto, não é o que se vê em São Luís, em que a Porta Hospitalar de Urgência não é integrada a nenhuma outra unidade da Rede de Assistência, permanecendo o paciente indefinidamente internado, o que é pior, em MACAS, nos CORREDORES, porque os hospitais de urgências estão sempre lotados!!!

Não há central de regulação de leitos, porque não há leitos de retaguarda etc, etc, etc... Tudo isso já foi dito e repetido várias vezes nessa petição inicial.

Mas não é só.

Não bastasse isso, vale dizer, não bastasse a Rede de Atenção às Urgências não funcionar, os próprios hospitais não funcionam, porque não cumprem os requisitos estabelecidos no Capítulo V, do Anexo, da Portaria 2.048/2002, do Ministério da Saúde.

Efetivamente, como relatado na exposição fática, falta muita coisa e falta muita gente nos Socorros. Na verdade, eles funcionam sem atender muitos dos requisitos estabelecidos pela legislação citada. E é justamente essa situação que se deseja mudar, com a interposição desta ação.

3.VI - Da Reserva do Possível e Separação de Poderes.

Quando se trata de exigibilidade judicial de direitos que demandam uma ação ativa, tornou-se corriqueiro ver o Poder Público alegar que a conduta só pode ser efetivada nos limites que os recursos orçamentários permitirem, em princípio doutrinariamente conhecido como “reserva do possível”, e o desrespeito ao princípio da separação de poderes, por entender que as decisões proferidas pelo Poder Judiciário em tais casos invadem a esfera de conveniência e oportunidade da Administração Pública.

Assim, para afastar, desde já, tais tipos de argumentação que porventura sejam apresentadas pelos requeridos, cita-se recente entendimento do Superior Tribunal de Justiça sobre o assunto, que é brilhantemente esclarecedor e explicita a visão deste MPF:

ADMINISTRATIVO - AÇÃO CIVIL PÚBLICA - CONTROLE JUDICIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS - POSSIBILIDADE EM CASOS EXCEPCIONAIS - DIREITO À SAÚDE - FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTOS A HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - MANIFESTA NECESSIDADE - OBRIGAÇÃO DO ESTADO - AUSÊNCIA DE VIOLAÇÃO DO PRINCÍPIO DA SEPARAÇÃO DOS PODERES - NÃO-OPONIBILIDADE DA RESERVA DO POSSÍVEL AO MÍNIMO EXISTENCIAL.

1. Não comporta conhecimento a discussão a respeito da legitimidade do Ministério Público para figurar no pólo ativo da presente ação civil pública, em vista de que o Tribunal de origem decidiu a questão unicamente sob o prisma constitucional.

2. Não há como conhecer de recurso especial fundado em dissídio jurisprudencial ante a não-realização do devido cotejo analítico.

3. A partir da consolidação constitucional dos direitos sociais, a função estatal foi profundamente modificada, deixando de ser

eminentemente legisladora em pró das liberdades públicas, para se tornar mais ativa com a missão de transformar a realidade social. Em decorrência, não só a administração pública recebeu a incumbência de criar e implementar políticas públicas necessárias à satisfação dos fins constitucionalmente delineados, como também, o Poder Judiciário teve sua margem de atuação ampliada, como forma de fiscalizar e velar pelo fiel cumprimento dos objetivos constitucionais.

4. Seria uma distorção pensar que o princípio da separação dos poderes, originalmente concebido com o escopo de garantia dos direitos fundamentais, pudesse ser utilizado justamente como óbice à realização dos direitos sociais, igualmente fundamentais. Com efeito, a correta interpretação do referido princípio, em matéria de políticas públicas, deve ser a de utilizá-lo apenas para limitar a atuação do judiciário quando a administração pública atua dentro dos limites concedidos pela lei. Em casos excepcionais, quando a administração extrapola os limites da competência que lhe fora atribuída e age sem razão, ou fugindo da finalidade a qual estava vinculada, autorizado se encontra o Poder Judiciário a corrigir tal distorção restaurando a ordem jurídica violada.

5. O indivíduo não pode exigir do estado prestações supérfluas, pois isto escaparia do limite do razoável, não sendo exigível que a sociedade arque com esse ônus. Eis a correta compreensão do princípio da reserva do possível, tal como foi formulado pela jurisprudência germânica. Por outro lado, qualquer pleito que vise a fomentar uma existência minimamente decente não pode ser encarado como sem motivos, pois garantir a dignidade humana é um dos objetivos principais do Estado Democrático de Direito. Por este motivo, o princípio da reserva do possível não pode ser oposto ao princípio do mínimo existencial.

6. Assegurar um mínimo de dignidade humana por meio de serviços públicos essenciais, dentre os quais a educação e a saúde, é escopo da República Federativa do Brasil que não pode ser condicionado à conveniência política do administrador público. A omissão injustificada da administração em efetivar as políticas públicas constitucionalmente definidas e essenciais para a promoção da dignidade humana não deve ser assistida passivamente pelo Poder Judiciário.

Recurso especial parcialmente conhecido e improvido.

(REsp 1041197/MS, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/08/2009, DJe 16/09/2009)

Por tudo, diante da necessidade de efetivação de um direito fundamental, decorrente das deficiências provocadas pela atuação insuficiente dos outros poderes, devida e indispensável é a atuação do Poder Judiciário, sem que se possa falar em ofensa à Separação de Poderes, pois implícito em seu conceito a ideia do sistema de freios e contrapesos.

Outrossim, a necessidade de atuação do Poder Judiciário, com a conseqüente legitimidade da intervenção entre os poderes, verificar-se-á quando as situações concretas atingirem o “mínimo existencial” do direito a ser debatido.

De outra parte, o princípio da reserva do possível regula os limites da atuação estatal no tocante à efetivação de alguns direitos, condicionando a prestação do Estado à existência de recursos públicos disponíveis.

A teoria, todavia, não pode ser aplicada indistintamente, devendo-se fazer ponderações à luz dos casos concretos. Nesse sentido, a cláusula da Reserva do Possível deve ser analisada com base no **princípio da proporcionalidade**, que prescreve que o autor só pode pedir prestações que sejam **necessárias, adequadas e razoáveis**, como no caso presente.

Cabe ao Poder Judiciário aferir, diante do caso concreto, se a ausência de uma certa prestação social feriria o **mínimo existencial da pessoa humana**, impelindo o Poder Público a cumprir a prestação e não podendo se escusar sob a alegação da cláusula da reserva do possível.

No caso dos autos, efetivamente, viola-se o mínimo existencial, na medida em que se verifica a não concretização de direitos fundamentais, inerentes à dignidade da pessoa humana, tais como o direito à vida e à saúde. Neste aspecto, não há espaço para a discricionariedade administrativa, por se tratar de encargo político-jurídico que incide de forma coativa sobre o ente público.

4 - DO PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA

Com fundamento nos artigos 273 do CPC e 12 da Lei n.º 7.347/85, pede-se medida liminar, vez que presentes os requisitos legais para tanto.

Ora, a **relevância dos fundamentos jurídicos** é patente, na medida em que existe todo um arcabouço normativo garantindo o direito à saúde dos cidadãos, no sentido do funcionamento da rede de assistência às urgências, não podendo a administração municipal, em prejuízo a princípios e diretrizes basilares do SUS, unicamente porque perdeu a eleição, **NEGAR ATENDIMENTO E DESASSISTIR UMA POPULAÇÃO**, já tão carente de serviços públicos de saúde, especialmente no campo da urgência.

Por sua vez, o **perigo da demora** resta configurado, uma vez que, como o próprio nome do serviço está a indicar, não sendo providenciada a imediata contratação de médicos, bem como a disponibilização de insumos, medicamentos e alimentos aos Socorros, muitos usuários do SUS ficarão sem **SOCORRO URGENTE**, aumentando ainda mais

a morbimortalidade, com risco direto e iminente à vida de pessoas.

Em face disso, atendidos os pressupostos para a concessão da medida, **requer-se liminarmente:**

a) a determinação ao **MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS** que **ADOpte PROVIDÊNCIAS ADMINISTRATIVAS PARA,**

1) NO PRAZO DE 72 (SETENTA E DUAS) HORAS:

- providenciar o pagamento dos salários em atraso, incluindo a primeira parcela do 13º salário, dos médicos contratados temporariamente pela Secretaria Municipal de Saúde, sob pena de sequestro **de recursos próprios do Município** depositados em conta corrente de sua titularidade para atender a tais despesas;
- providenciar a recontração de 13 médicos ortopedistas para o hospital Socorrão II;
- garantir o abastecimento contínuo e ininterrupto de medicamentos, insumos e alimentos para os hospitais Socorrão I e II, nos moldes do quanto determinado pela Portaria nº 2.048/2002;

2) NO PRAZO DE 60 (SESSENTA DIAS):

- providenciar a adequação das não conformidades constatadas pela Vigilância Sanitária;

3) NO PRAZO DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS:

- garantir a organização da rede SUS no Município de São Luís, de modo a prover a existência de leitos de retaguarda para os hospitais Socorrão I e II, seja firmando Convênios com a Santa Casa de Misericórdia do Maranhão ou com outra instituição, seja realocando leitos de sua própria rede, seja contratando leitos da rede privada, e, ainda, colocando em funcionamento uma Central de Regulação de Leitos que possa referenciá-los;

b) a determinação à UNIÃO FEDERAL para que, através de órgãos de controle interno e/ou externo (Controladoria Geral da União - CGU, Serviço de Auditoria do SUS no Maranhão - SUAUD/MA, Tribunal de Contas da União - TCU), realize, **no prazo de 90 (NOVENTA) dias**, auditoria nas contas do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE da Prefeitura Municipal de São Luís, no período de 2009 até o presente momento, de maneira a verificar a regularidade da aplicação dos recursos do aludido fundo na SAÚDE, bem como nos serviços das unidades de Urgência de São Luís, para verificar a qualidade destes;

c) a determinação ao **MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS** e à UNIÃO FEDERAL que,

CONJUNTAMENTE, dotem recursos orçamentários para, NO PRAZO DE 2 (DOIS) ANOS, providenciarem a construção de um novo hospital de urgência e emergência em São Luís, tudo com vistas a garantir atendimento aos pacientes usuários do SUS que dele necessitem;

d) que seja **aplicada multa** significativa em caso de descumprimento das presentes medidas, com a possibilidade de direcionamento de seu pagamento pessoalmente aos gestores; e

e) que sejam **intimados, de forma pessoal, o Prefeito de São Luís e o Secretário Municipal de Saúde** para ciência da tutela concedida, com ressalva para a possibilidade de aplicação do art. 14, parágrafo único, do Código de Processo Civil, caso realizem atos atentatórios ao exercício da jurisdição, pois muitas vezes tais medidas são as únicas capazes de efetivar o cumprimento de decisão contra o Poder Público.

5 - DOS PEDIDOS FINAL E PROCESSUAIS

Por fim, como pedidos definitivos, requer o Ministério Público Federal que Vossa Excelência se digne em:

a) receber e determinar a autuação da presente ação civil pública, independente do depósito de custas, conforme prevê o art. 18 da Lei n° 7.347/85;

b) determinar a intimação do representante judicial dos réus, para pronunciamento sobre a antecipação de tutela no prazo de setenta e duas horas, na forma do art. 2° da Lei n° 8.437/92;

c) deferir as medidas liminares acima requeridas;

d) determinar a citação dos demandados, através de seus representantes legais, para, querendo, apresentarem defesa, sob pena de revelia;

e) julgar procedente a presente ação civil pública para confirmar a medidas liminares acima requeridas, de modo a torná-las definitiva;

f) destinar as multas eventualmente impostas a entidades assistenciais do Município de São Luís, ou a outras entidades a serem indicadas, quando da execução, pelo Ministério Público Federal.

O MPF protesta, ainda, pela produção de todas as provas em direito admitidas que se fizerem necessárias ao pleno conhecimento dos fatos, inclusive no transcurso do contraditório que vier a se formar com a apresentação da contestação.

Desde logo, requer a juntada dos autos do Inquérito Civil Público nº 1.19.000.001263/2012-51, composto por três volumes.

Dá-se à causa o valor de R\$ 93.000.000,00 (noventa e três milhões de reais), para efeitos meramente fiscais.

São os termos em que pede e, respeitosamente, espera deferimento.

São Luís/MA, 12 de dezembro de 2012.

Ana Karízia Távora Teixeira Nogueira
PROCURADORA DA REPÚBLICA
PROCURADORA REGIONAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO