



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA EM SERGIPE



ESTADO DE SERGIPE
MINISTÉRIO PÚBLICO
PROMOTORIA DOS DIREITOS À SAÚDE



PROCURADORIA REGIONAL DO TRABALHO – 20.ª REGIÃO – SERGIPE

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(ÍZA) FEDERAL DA
___ VARA - SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE SERGIPE

URGENTE

Inquérito Civil número 1.35.000.000124/2016-90

Processos Judiciais correlatos – PJE 0803495-29.2015.4.05.8500 e PJE 0805525-03.2016.4.05.8500, em trâmite perante a 3ª. Vara Federal

○ **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SERGIPE** e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO**, por seus membros signatários, no uso de suas atribuições legais e constitucionais, com amparo no artigo 129 da Constituição da República, no artigo 5.º, inciso I, alínea “h”, inciso II, alínea “d”, inciso III, alínea “e” e inciso V, alínea “a” e artigo 39, da Lei Complementar 75/93 (Estatuto do Ministério Público da União); bem assim com fundamento no artigo 27, I e II, da Lei 8.625/93 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público)., vêm, muito respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, ajuizar a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

com pedido de antecipação dos efeitos da tutela



em desfavor de:

UNIÃO, pessoa jurídica de direito público interno, a ser citada através da sua Procuradoria, localizada na Avenida Beira Mar, n.º 53, Bairro 13 de Julho, nesta cidade de Aracaju/SE ou no Setor Bancário Sul, Quadra 01, Bloco “H”, Lote 26/27, Brasília-DF, CEP: 70.070-110;

ESTADO DE SERGIPE, pessoa jurídica de direito público interno, representado judicialmente pela Procuradoria-Geral do Estado, com endereço na Praça Olímpio Campos, n.º 14, Centro, Aracaju-SE;

MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE, pessoa jurídica de direito público interno, representado pela Procuradoria-Geral do Município, sito à Praça General Valadão, n.º 341, Aracaju/SE, CEP: 49006-900; e

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, pessoa jurídica de direito privado (entidade filantrópica sem fins lucrativos), inscrita no CNPJ sob o n.º 13.016.332/0001-06, representada por seu Diretor-Presidente, com sede na Avenida Desembargador Maynard, n.º 174, bairro Cirurgia, nesta cidade de Aracaju-SE,

com fundamento nas razões de fato e de direito a seguir delineadas.



I) SÍNTESE FÁTICA DA PRESENTE AÇÃO CIVIL PÚBLICA

Os Gestores Públicos, no Brasil, embora sejam os responsáveis pela Direção Única do SUS (Sistema Único de Saúde), em cada esfera (federal, estadual e municipal), nos termos da Constituição da República (artigo 198, inciso I, da CR/88), necessitam, e é assim de Norte a Sul, se valer de estabelecimentos hospitalares filantrópicos que, em regra centenários, integram o patrimônio da própria comunidade local e prestam relevantes ações e serviços de saúde à população brasileira como um todo.

A situação não é diferente em Sergipe e, no caso, na capital Aracaju-SE. O Hospital Cirurgia, como cediço, é indispensável para garantir o funcionamento da rede pública de saúde não apenas para os aracajuanos, mas também para os sergipanos. É, a propósito, a relação contratual, mantida pelo Município de Aracaju-SE, que envolve a maior quantidade de serviços e, conseqüentemente, de repasses de recursos.

Os repasses de recursos públicos ao Hospital Cirurgia, além de serem de caráter mensal, têm origem federal, estadual e municipal, tamanha a importância do estabelecimento hospitalar, repita-se, para a rede pública de saúde de Sergipe.

Os Ministérios Públicos (Federal, Estadual e do Trabalho) há anos vêm atuando no que se refere à relação entre os gestores públicos de saúde e o estabelecimento hospitalar de caráter filantrópico em questão (Hospital Cirurgia).

1.1 A ATUAÇÃO DO MPF

O Inquérito Civil 1.35.000.000124/2016-90 (anexo – digitalizado), tramita no **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** (Procuradoria Regional dos Direitos do Cidadão em Sergipe), cabendo destacar os seguintes fatos registrados:

1.1.1) a instituição de sistema de cogestão, entre o Município de Aracaju-SE e o estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia - HC), **em junho de 2015**, em reunião conjunta realizada no Conselho Deliberativo/HC **com o objetivo de superar a descontinuidade da prestação de ações e serviços de saúde, a qual vinha e vêm**



ocorrendo, reiteradamente, há anos, causando desassistência à população sergipana. À época ambos os Ministérios Públicos (Federal e Estadual) se colocaram à disposição como mediadores, e assim o fizeram, embora acionados nessa condição uma única vez. O Município de Aracaju-SE concordou em repassar ao estabelecimento hospitalar valores significativos os quais entendia deveriam ser descontados, mas assim o fez de modo a “impulsionar desde já o funcionamento da cogestão”. A seu tempo, o Hospital Cirurgia se comprometeu a voltar **“a prestar todos os seus serviços, de forma plena, nos termos em que contratualizado com o Gestor Municipal”**.

Observe-se algumas diretrizes da cogestão (à época pactuada):

- a) Será formado Grupo de Trabalho para realizar a cogestão a respeito da área financeira e da área clínica, com indicação de dois profissionais, de cada cogestor, para cada área. O Grupo de Trabalho definirá a forma de desenvolver as suas atividades já no dia 22/06/2015;
- b) Ao decorrer da cogestão, qualquer divergência que se mostrar insanável será levada para deliberação dos mediadores. Até que ocorra a deliberação por parte dos mediadores deverá prevalecer o entendimento que melhor garanta a continuidade dos serviços prestados pelo estabelecimento hospitalar. Se, eventualmente, ocorrer divergência também sobre qual o melhor entendimento a ser aplicado, os mediadores decidirão sobre isso no prazo de até 05 (cinco) dias. Por fim, a parte descontente com a decisão dos mediadores pode pedir a desconstituição da decisão de mediação perante o Poder Judiciário.
- c) A mediação será realizada pelos Ministérios Públicos (...);
- d) O Gestor de Saúde repassará ao Hospital Cirurgia a quantia de R\$ 1.089.613,35 (referente à parte do pré-fixado federal do mês de abril/2015) até o dia 23/06/2015. Cabe ressaltar que o Gestor Municipal entende que esses valores deveriam ser descontados, como foram, de débitos que o estabelecimento tem para com a municipalidade, no entender desta. Todavia, como forma de impulsionar desde já o funcionamento da cogestão, o Gestor Municipal fará esse repasse, ressaltando que não se trata de reconhecimento de dívida de qualquer natureza. O valor repassado poderá ser objeto de desconto futuro;
- e) O Hospital de Cirurgia, diante do pactuado, voltará a prestar todos os seus serviços, de forma plena, nos termos em que contratualizado com o Gestor



Municipal, a partir da data de hoje, 19 de junho de 2015 (informações constantes das atas de reuniões respectivas – folhas 02-03, 13-13v e 14-16 do IC);

1.1.2) a primeira reunião após a implementação da cogestão, **em 07/08/2015**, tratando de detalhamentos para que não se retornasse ao cenário de desassistência à saúde da população sergipana. **Naquele momento, dentre outros temas relevantes, consignou-se: O MPF/SE e o MP/SE recomendam ao estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia) que rescinda qualquer contrato existente com prestadores que interromperem os serviços, notadamente naqueles de urgência e emergência** (fls. 02-03/IC – grifou-se).

1.1.3) a única divergência levada pelas partes aos mediadores relacionada à forma como o Gestor Municipal deveria repassar valores pretéritos do chamado CAP (Contrato de Ação Pública) do Estado de Sergipe para o Hospital Cirurgia. O estabelecimento hospitalar, **em 12/08/2015**, defendeu a interpretação de repasse integral, sem descontos (fls. 09-12/IC) enquanto a municipalidade invocou a necessária observância de que deveria repassar valores conforme o “serviço que fora efetivamente prestado” nos termos da relação contratual (fls. 17-18/IC). Os mediadores decidiram que não havia de se falar em repasse integral nos termos em que postulado pelo hospital (fls. 100-100v/IC).

1.1.4) a importância do Hospital Cirurgia em sua função de retaguarda no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, em Sergipe é consabida. Para tanto, **a regulação de leitos do estabelecimento hospitalar é imprescindível.** Nesse sentido, o tema foi tratado pela cogestão e consta de relatório técnico, **de 10/09/2015**: até se tentou a inclusão dos leitos de retaguarda no Sistema Interfederativo de Garantia do Acesso Universal – SIGAU, “o que não aconteceu, pois o representante do hospital não cumpriu o pactuado” (fls. 92-93/IC).

1.1.5) a reunião, a respeito do andamento da cogestão, **realizada em 16/10/2015**, sedimentando as dificuldades financeiras da municipalidade e o não pagamento de débitos pretéritos pactuados com o Hospital Cirurgia (fls. 98-99/IC). O final daquele ano (2015) prenunciava, inclusive, que o próprio Ministério da Saúde poderia atrasar repasses de valores o que, por certo, causaria desassistência, mais uma vez, à saúde da população sergipana. Relatou-se, também, a falta de repasses pela Secretaria da Fazenda à Secretaria de Saúde da capital sergipana (fls. 188/IC). O MPF, então, após obter a informação de que havia cerca de R\$ 5 milhões à disposição do Município de Aracaju-SE (recursos federais destinados



a convênios e finalidades específicas) e que não seriam utilizados em período anterior a 60 (sessenta) dias (fls. 163 e 181-182/IC), ajuizou Ação Civil Pública com o objetivo de garantir a prestação de serviços pelo Hospital Cirurgia, Hospital São José e Maternidade Santa Isabel.

Os pedidos efetuados em sede judicial foram:

VII) DOS PEDIDOS LIMINARES

(...), requer o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, sem que sejam ouvidas as partes contrárias, em virtude da urgência do caso:

7.1) a concessão de medida antecipatória dos efeitos da tutela, determinando-se à UNIÃO que regularize, no prazo máximo de 10 (dez) dias, os repasses de recursos federais da saúde destinados ao ESTADO DE SERGIPE e ao MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE, sobretudo os relacionados ao denominado Teto MAC (Média e Alta Complexidade);

7.2) a concessão de medida antecipatória dos efeitos da tutela, determinando-se ao ESTADO DE SERGIPE que, uma vez regularizados os repasses transferidos pela UNIÃO ao ente estadual (item precedente) efetue, no máximo em 05 (cinco) dias após, os repasses pactuados e devidos ao MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE;

7.3) a concessão de medida antecipatória dos efeitos da tutela, autorizando e determinando, em caráter excepcional, o MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE a utilizar os recursos federais de que dispõe na rubrica “Estruturação Rede de Serviço Atenção Básica de Saúde” no valor de R\$ 5.025.505,00 (cinco milhões, vinte e cinco mil, quinhentos e cinco reais), de forma a garantir o regular funcionamento dos Hospitais Cirurgia, São José e Santa Isabel, até que sejam normalizados os repasses pela UNIÃO e pelo ESTADO DE SERGIPE (itens precedentes). Deverá o MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE prestar contas, ao Juízo Federal, da utilização desses recursos, comprovando e justificando as quantias destinadas e o porquê da destinação, bem como devolvê-los à rubrica de origem assim que regularizados os repasses federais/estaduais (itens precedentes).



Requer-se, ainda, a título cominatório, a imposição de multa em valor não inferior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), por obrigação descumprida pelas demandadas e em relação a cada dia de descumprimento.

A Justiça Federal deferiu os pedidos do MPF (Processo Judicial Eletrônico número 0803495-29.2015.4.05.8500T, 3.^a Vara Federal – Aracaju-SE). Ato contínuo, deliberou-se, com o Gestor Municipal, que os valores seriam repassados aos estabelecimentos hospitalares de modo proporcional aos créditos que cada qual teria a receber, nos seguintes termos: Hospital Cirurgia: R\$ 2.261.979,81 (45,01%); Maternidade Santa Isabel: R\$ 1.677.513,56 (33,38%); e Hospital São José: R\$ 1.086.011,63 (21,61%), conforme registrado em ata de reunião (fls. 221-221v/IC).

1.1.6) a informação, do Município de Aracaju-SE, em 28/01/2016, relatando a falta de cumprimento das agendas pactuadas (para a realização de procedimentos de saúde) pelo Hospital Cirurgia (HC). **A municipalidade ressalta a “grande dificuldade na gestão do contrato” com o estabelecimento hospitalar “principalmente na regulação de procedimentos cirúrgicos e no controle das filas destes” uma vez que o HC “não tem disponibilizado sua agenda de procedimentos”. E o ente municipal afirmou: “contratualmente a relação encontra-se irregular, mas infelizmente se fôssemos aplicar as sanções cabíveis às irregularidades na execução do contrato a saída seria a rescisão, o que na prática não é possível em virtude da desassistência que causaria. Por hora o controle das agendas e das filas está sob a gestão do Hospital, não nos sendo informado sequer a ordem e datas de realização dos procedimentos”. Cabe salientar que os documentos relacionados demonstram reclames de cidadãos e cidadãs noticiando cancelamentos de cirurgias, inclusive na sensível área da oncologia, e a negativa do estabelecimento hospitalar em informar a ordem dos pacientes na lista de espera (falta de transparência), além de tratamento “com menosprezo, cara feia e deboche” por funcionários do Hospital Cirurgia** (fls. 189-219 do IC; grifou-se).

1.1.7) as alegações do estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia), em 02/03/2016, enfatizando **“a contumácia do Município de Aracaju-SE em não realizar os pagamentos por serviços que já foram prestados”**; momento em que foi ressaltado que **“a cogestão não trouxe nenhuma alteração significativa em relação à gestão dos serviços e à regularização das pendências financeiras” do ente municipal para com o estabelecimento hospitalar**. Por essa razão, apresentou-se decisão do Conselho Deliberativo/HC recomendando a imediata extinção da cogestão (fls. 225-227/IC e documentos de fls. 228-235/IC digitalizado e anexado aos autos judiciais).



1.1.8) o questionamento efetuado pelo Ministério Público Federal, em **08/08/2016**, à municipalidade quanto aos resultados obtidos pela cogestão e a necessidade de sua manutenção ou não (fls. 243/IC). **O Município de Aracaju-SE, em 03/10/2016, informou a ineficácia da cogestão devido às “dificuldades impostas por parte do Hospital de Cirurgia na concretização dos trabalhos, visto que: na área financeira, inobstante inúmeras solicitações de disponibilização de documentos para análise, houve desídia e por fim recusa ao acesso das informações e na área clínica houve inicialmente um tratamento de forma não cordial pelo representante do hospital e posteriormente impedimento de nossos representantes nas dependências do próprio nosocômio”** (Grifou-se). A municipalidade, à ocasião, também comunicou que recebeu expediente do Hospital Cirurgia noticiando, de forma unilateral, o encerramento do sistema de cogestão, “inviabilizando, desta forma, a tentativa de continuação da pactuação firmada, apesar de inclusive estar inserida em uma das cláusulas do Contrato de Prestação de Serviços entre as partes” (fls. 253-254 e documentos de fls. 255-377/IC). **O Relatório sobre a Cogestão – área clínica, da municipalidade, registra que ao decorrer das atividades, quando se defendeu a ideia de intensificação das visitas técnicas, o então Presidente do Hospital Cirurgia avisou que a continuidade delas dependeria de um ofício formal do ente municipal esclarecendo especificamente qual trabalho as cogestoras (representantes do Município de Aracaju-SE) fariam nas dependências do estabelecimento hospitalar. Ato contínuo, “no dia e horário informado, (...), na tentativa de dar prosseguimento às visitas técnicas alegando que esse trabalho já vinha sendo realizado, além de estar pactuado no contrato vigente”, as representantes da municipalidade “foram impedidas sob a justificativa de que só seria possível através da apresentação do referido documento (ofício esclarecendo o trabalho das cogestoras nas dependências da instituição)”**. **O Município de Aracaju-SE, então, enviou ofício nos termos solicitados ao Hospital Cirurgia (HC) e, como não obteve resposta, solicitou reunião para tratar do assunto. Durante o encontro o Presidente do HC informou que havia solicitado aos Ministérios Públicos o “desfazimento da COGESTÃO”** (fls. 267-269/IC). **O Relatório sobre a Cogestão – área financeira, da municipalidade, a sua vez, sedimenta que apesar das reiteradas tentativas o estabelecimento hospitalar não forneceu os documentos necessários, notadamente no que se refere à folha de pagamento (analítica); ao se agendar reunião para se solicitar, mais uma vez, a documentação bem como para se obter esclarecimentos sobre a suspensão unilateral das visitas técnicas pela área clínica, o Presidente do HC, remarque-se informou que havia solicitado aos Ministérios Públicos o “desfazimento da COGESTÃO”** (fls. 270-273/IC; grifou-se).



1.1.9) o pleito do Município de Aracaju-SE, sob nova gestão (decorrente das eleições municipais/2016), manifestando seu interesse, em 25/01/2017, pela continuidade do sistema de cogestão de forma a garantir sua eficácia (fls. 379/IC).

1.1.10) o anúncio do estabelecimento hospitalar, em 09/03/2017, reiterando atrasos nos pagamentos que lhe são devidos pelo poder público, de modo que **“o fechamento da unidade hospitalar para atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde é questão de dias”** (fls. 440-441/IC).

1.1.11) o encaminhamento, pela municipalidade, em 26/04/2017, de relato da Supervisão Hospitalar (do poder público) junto ao Hospital Cirurgia, detectando-se situações em desconformidade com o preconizado nas cláusulas contratuais, **“a exemplo da desativação dos leitos de psiquiatria, bem como a ocupação de todos os leitos na unidade de oncologia com pacientes de ortopedia”**. O ente municipal pediu providências “tendo em vista que de forma reiterada o predito hospital tem desassistido os pacientes que buscam os serviços do SUS”. A Supervisão de Auditoria de Contratos, da Secretaria Municipal de Saúde, ressaltou fatos que revelam o descumprimento contratual e prejuízo aos serviços que deveriam ser prestados e, por não serem, causam desassistência à população: a) **“a falta de realização de procedimentos cirúrgicos, que não sejam judiciais, aos pacientes do SUS por motivos de paralisação dos Anestesiologistas”**; b) **“a unidade destinada à Saúde Mental (pacientes AD) encontra-se desativada completamente (16 leitos – 100%) desde o dia 20 de março de 2017, data esta que corresponde à última alta judicial realizada. Já existem estudos para destinar essa unidade para outros fins. Com isso, deixa claro quebra contratual e a impossibilidade de contribuição assistencial aos nossos usuários”**; c) **“a unidade de oncologia (13 leitos) encontra-se 100% ocupada com pacientes da ortopedia, descaracterizando assim a proposta. Apesar de existir um serviço terceirizado de quimioterapia prestando serviço (Onco-hematos), não estão efetuando internações oncológicas por falta de 'acordos' entre as partes, o que de certa forma também descumpre o contrato quanto à distribuição de leitos (09 leitos oncológicos clínicos + 04 leitos oncológicos-cirúrgicos)”** (fls. 494-495/IC pertinente).

1.1.12) a informação, pelo ente municipal, em 02/05/2017, de que o último alvará sanitário fornecido ao Hospital Cirurgia foi em 14/01/2014 (a Coordenação de Vigilância Sanitária – COVISA/SMS/AJU explicita que em 14/01/2015 o citado alvará sanitário venceu; desde então vem sendo realizado um



trabalho exaustivo de monitoramento para minimização dos riscos sanitários, porém sem a possibilidade de renovação da licença devido ao número significativo de inadequações existentes a serem ainda solucionadas); e, em acréscimo, a apresentação de Relatório Técnico de Reinspeção Sanitária “com foco na prevenção e controle de riscos sanitários para pacientes e profissionais de saúde” realizado no estabelecimento hospitalar constatando várias inadequações que ainda persistem, dentre as quais: **I) GERAIS:** a) ausência de desfibrilador nos carros de urgência/emergência em algumas unidades; b) o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), ainda não realiza todas as ações previstas na legislação vigente; c) embora tenha sido implantado o protocolo de identificação do paciente, ocorre com frequência a falta de pulseiras para os pacientes; d) algumas paredes e teto com mofo devido às infiltrações; e) grande maioria dos extintores de incêndio com prazo de validade expirado; **II) UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI GERAL:** a) insuficiência de enfermeiros assistenciais, de médicos plantonistas, de fisioterapeutas; b) ausência de maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio; c) ausência de ventilador mecânico específico para transporte com bateria; d) No DML: ausência de tanque; ausência de dispensador de sabão líquido e papel toalha; ambiente desorganizado; e) No Expurgo: ambiente desorganizado; ausência de dispensador de sabão líquido e papel toalha; **III) UNIDADE CARDIOTORÁCICA:** a) insuficiência no número de bombas de infusão; b) insuficiência de fisioterapeutas; c) ausência de termo higrômetro no arsenal (no centro cirúrgico); **IV) CLÍNICA CIRÚRGICA VASCULAR:** a) presença de sujidades nos recipientes que armazenam produtos para saúde esterilizados; b) banheiros: teto com mofo por infiltração e presença de alguns orifícios; ambientes bastante sujos; ausência de assentos nos vasos sanitários; c) na sala de repouso da equipe de enfermagem: colchões sem revestimento impermeável, dificultando a higienização; ambiente com sujidades visíveis e desorganização; d) DML/Expurgo apresentando sujidades visíveis e desorganização; **V) UNIDADE VASCULAR AVANÇADA – UVA 2:** a) presença de sujidades nos recipientes que armazenam produtos para saúde esterilizados; b) na sala de repouso da equipe de enfermagem: colchões sem revestimento impermeável, dificultando a higienização; ambiente com sujidades visíveis e desorganização; c) banheiros: teto com mofo por infiltração e presença de alguns orifícios; ambientes bastante sujos; ausência de assentos nos vasos sanitários; **VI) CLÍNICA MÉDICA:** a) materiais utilizados em nebulização sem data de desinfecção e prazo de validade nas embalagens; b) geladeira com bastante quantidade de gelo, pontos de oxidação na parte externa e ausência de registros de temperatura; c) DML e Sala de Utilidades (Expurgo) desorganizados; **VII) SERVIÇO DE NUTRIÇÃO:** a) ausência de Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) e de protocolos de avaliação, prescrição e acompanhamento dos pacientes em uso de dieta enteral; b) as paredes



da cozinha encontram-se em mal estado de conservação; c) a estante onde são guardadas as panelas higienizadas situa-se junto à porta de saída dos resíduos. Em alguns momentos os sacos contendo resíduos ficam em contato direto com as panelas higienizadas; d) alimentos transferidos da embalagem original sem a devida identificação na área de preparo de dieta enteral; e) não está sendo realizada a coleta de amostras das preparações servidas; **VIII) LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS:** a) ausência de controle externo da qualidade para todas as análises; b) não foi apresentado Certificado de Responsabilidade Técnica do profissional legalmente habilitado que responde tecnicamente pelo setor; c) pipetas automáticas da hematologia e da bioquímica descalibradas; d) o setor de microbiologia encontra-se desativado: todas as amostras estão sendo encaminhadas para o laboratório da UNIT – Universidade Tiradentes, porém não há contrato formalizado para esta terceirização; **IX) NECROTÉRIO:** a) ambiente desorganizado (presença de caixa e colchões – materiais alheios ao ambiente); b) ausência de lavatório, de dispensador com sabonete líquido e de suporte com papel toalha; c) paredes avariadas e com presença de mofo, tanto internamente como na sala de espera; d) ausência de rede de esgoto para escoamento da água quando da higienização e preparo dos corpos, bem como do próprio ambiente; esta é escoada para o corredor anexo (local de passagem de pacientes e funcionários); e) refrigerador com sujidades visíveis, estigmas de ferrugem na parte externa e com grande quantidade de peças armazenadas; **X) SERVIÇO DE RADIOTERAPIA:** a respeito, importante transcrever trecho da conclusão apresentada pelos técnicos: “(...) este serviço apresenta sérias restrições; embora o Hospital de Cirurgia tenha adquirido um sistema de planejamento computadorizado 3D, registrado junto à ANVISA e possua licença de operação válida, concedida pela Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, vêm ocorrendo interrupções frequentes no tratamento de pacientes, por motivo de variados problemas de ordem mecânica, eletrônica, e outros, apresentados pelo aparelho acelerador linear – AL. Tais problemas são decorrentes do desgaste sofrido pelos componentes do equipamento ao longo de cerca de quatro décadas de uso. Destacamos também que a reposição de peças encontra-se cada vez mais complexa, em virtude da dificuldade de encontrá-las no mercado, por se tratar de um equipamento muito antigo. As frequentes interrupções de funcionamento do equipamento vêm prejudicando as sequências de sessões programadas para o tratamento, bem como retardando o início do tratamento de pacientes novos. A suspensão do serviço por parte da Vigilância Sanitária não voltou a ocorrer devido à premente necessidade por parte dos pacientes que necessitam deste tipo de terapia, considerando que além deste serviço, só existe no estado mais um outro serviço credenciado, havendo fila de espera para tratamento. Entretanto, a Vigilância Sanitária alerta para a necessidade de agilização por parte de todas as instâncias envolvidas neste processo, para que medidas urgentes possam ser tomadas, vindo a solucionar definitivamente este problema”; e



ainda, foram encontradas irregularidades na ORTOPIEDIA, na ONCOLOGIA/ORTOPIEDIA, na CLÍNICA MÉDICA, no CENTRO CIRÚRGICO, na CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, no AMBULATÓRIO, no SERVIÇO DE FARMÁCIA, no SETOR DE RADIOLOGIA e na UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS (fls. 443-493/IC; os grifos não constam no original).

1.1.13) a remessa, pelo Município de Aracaju-SE, em 05/05/2017, de novo relato consignando a inobservância de cláusulas contratuais pelo Hospital Cirurgia. Nessa oportunidade, a **Supervisão de Auditoria de Contratos, da Secretaria Municipal de Saúde, enfatiza a ocupação de leitos de UTI (contratualizados para o SUS – Sistema Único de Saúde) sendo usados para pacientes de convênios**, a saber: “levando em consideração o que está acordado no 1.º TERMO ADITIVO N.º 123/2015, parte integrante do Contrato celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação de Beneficência Hospital Cirurgia, que define sobre a distribuição de leitos por especialidades onde contempla 20 leitos dos 25 existentes para assistência aos usuários do SUS e que 05 leitos restantes disponíveis para acomodação de pacientes de convênios, **venho através deste, informar que no dia 03 de abril de 2017 durante uma visita de supervisão de rotina, foi constatada a ocupação dos leitos de UTI com o número de pacientes de convênios (10 leitos) acima da capacidade estabelecida em contrato e com isso ocupando leitos disponíveis para pacientes do SUS. Salientamos que há alguns dias estamos com pacientes graves nas estabilizações das nossas Unidades de Pronto Atendimento aguardando vagas para tal fim**” (fls. 497-500 do IC).

1.1.14) a realização de reuniões, em 16/05/2017, primeiro com os gestores da saúde (municipal e estadual) e depois com os representantes do estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia). Os gestores públicos (Secretaria de Estado de Sergipe e Secretaria Municipal de Aracaju-SE), diante da gravidade da situação, propuseram um novo sistema de cogestão, de modo que o poder público passaria a ser responsável direto pela gestão do estabelecimento hospitalar, indicando todos os diretores e suas respectivas equipes, inclusive o Diretor-Presidente. Ao Hospital de Cirurgia continuará cabendo as funções no Conselho Deliberativo e Conselho Fiscal. O sistema de cogestão será implementado por 02 (dois) anos, prorrogáveis, sendo que a cada 06 (seis) meses deverá ser apresentado relatório de prestação de contas das medidas realizadas e a realizar perante o Conselho Deliberativo e com a presença de ambos os Ministérios Públicos. A sua vez, o Hospital Cirurgia solicitou prazo de 20 (vinte) dias para se manifestar a respeito (fls. 501-501v e 502-502v/IC), sendo que, superado o lapso temporal, o estabelecimento hospitalar requereu dilação de prazo por estar “ainda dialogando com os entes públicos para tentar viabilizar um acordo” (fls. 505/IC). O



MPF, ato contínuo, e devido à iminente expiração do contrato objeto dos autos (junho/2017), solicitou ao Município de Aracaju-SE que apresentasse “formalmente, proposta de novo contrato, ao estabelecimento hospitalar, cujo teor deve contemplar todas as regras do Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente os atos normativos do Ministério da Saúde”. **Novas reuniões foram realizadas: em 16/06/2017**, oportunidade em que os Ministérios Públicos sedimentaram a necessidade de definição conjunta entre Estado de Sergipe, Município de Aracaju-SE e Hospital Cirurgia nos próximos 20 (vinte) dias (fls. 509/IC); **em 19/09/2017**, como prosseguimento das tratativas (fls. 516/IC); **em 10/10/2017**, sem definição de encaminhamento e com o alerta do MPF no sentido de que levaria a questão ao Poder Judiciário (notadamente para fins de transparência e abertura total das contas públicas da saúde) caso a questão não se resolvesse até o prazo final do aditivo atual (23/10/2017)” (fls. 527-527v); e, por fim, **em 19/10/2017**, sem alternativa, o Ministério Público Federal consignou com absoluta transparência que:

“(…) O MPF registra que até o presente momento se empenhou, em conjunto com os entes públicos, em busca de uma solução consensual para o caso. Todavia, conforme salientado no encontro último, independentemente da realização de novo aditivo entre SMS e Hospital Cirurgia, o MPF levaria a questão ao Poder Judiciário (notadamente para fins de transparência e abertura total das contas públicas da saúde) caso a questão não se resolvesse até o prazo final do aditivo atual da relação contratual existente com o estabelecimento hospitalar (22/10/2017). O MPF, então, nesta data, informa aos presentes que ajuizará Ação Civil Pública a respeito, na próxima semana (salvo eventual necessidade de diligências complementares às informações de que este Órgão Ministerial dispõe), continuando, porém, à disposição de todas as partes para a realização de reuniões que, apesar da futura demanda judicial, possam assegurar uma solução pactuada. Por fim, o MPF registra que mesmo na hipótese de alteração da titularidade da relação contratual (com o Hospital Cirurgia) passar da SMS para a SES, é absolutamente necessário que a SMS pactue, com o estabelecimento hospitalar, os eventuais passivos existentes (ou fixe parâmetros sobre isso, ainda que judicialmente); O MPF sedimenta, também, que é imprescindível total transparência nas filas e nas regulações respectivas para os serviços de saúde a serem prestados (...)”.



À ocasião, vale ressaltar, consignou-se que “o Governador do Estado de Sergipe e o Prefeito de Aracaju-SE ainda não se reuniram, em virtude de compromissos em Brasília-DF, mas a pretensão é de que o encontro ocorra com a maior brevidade possível”. Todavia, o encontro não ocorreu até a presente data.

1.2 A ATUAÇÃO DO MP/SE

De igual modo, inúmeros são os elementos constantes de apuratórios conduzidos pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SERGIPE (MP/SE)** nos últimos anos, **revelando, dentre outras situações relevantes, a descontinuidade da assistência de serviços de saúde à população, ocasionando inclusive a morte de pacientes, nesse reiterado embate entre o Gestor Municipal de Saúde de Aracaju-SE e o Hospital Cirurgia**, cabendo trazer à colação o seguinte:

1.2.1) a grave situação, em 2014, quanto ao funcionamento dos serviços urológicos, inclusive cirurgias oncológicas, por falta de medicamentos, insumos básicos, equipamentos endoscópicos, insuficiência de infraestrutura física-hospitalar e suspensão constante de cirurgias (PROEJ-MP/SE n.º 54.14.01.0316);

1.2.2) a suspensão e não realização, em 2015 e 2016, de procedimentos de quimioembolização (PROEJ-MP/SE n.º 54.15.01.0074);

1.2.3) diversos problemas na assistência cardiológica, com suspensão de realização de todos os exames de cateterismo cardíaco (eletivos) pelo SUS e possibilidade de suspensão para os pacientes internos e de urgência/emergência: nesse caso, foi necessário que o MP/SE recomendasse, em 09/11/2016, a médicos e representantes de fornecedores de insumos de saúde que retomassem imediatamente os serviços de urgência e emergência e fornecessem os materiais necessários “uma vez que se trata de serviço essencial e vital, para que se evite o óbito dos pacientes”, firmando-se, após, em 17/11/2016 e 22/11/2016, compromissos de ajustamento de conduta (PROEJ – MP/SE n.º 12.16.01.0270);

1.2.4) as inconsistências na subestação do Hospital Cirurgia, notadamente nas condições de segurança dos equipamentos existentes, bem como riscos associados ao



fornecimento de energia elétrica, podendo ocasionar graves acidentes às pessoas que frequentam o estabelecimento hospitalar; o laudo técnico do Conselho Regional de Engenharia e Agronomia do Estado de Sergipe – CREA/SE, de março de 2017, consigna, dentre outros fatores: **“considerando a análise técnica recomendamos a execução imediata da nova Subestação por se tratar de um complexo hospitalar que atende a toda uma sociedade; considerando que a atual subestação encontra-se em estado crítico oferecendo risco à sociedade podendo ser originado de incêndio devido ao nível de sobrecargas de equipamentos e cabos elétricos devido às péssimas condições em regime de utilização (...)”** (PROEJ – MP/SE n.º 12.17.01.0044);

1.2.5) as incessantes divergências entre débitos e créditos na relação Município de Aracaju-SE X Hospital Cirurgia, cabendo destacar algumas observações do MP/SE, em 30/05/2017, no sentido de que “através das audiências extrajudiciais realizadas e dos documentos colacionados aos procedimentos respectivos, a situação que hoje se verifica é a de que o repasse que é feito pela União remonta em torno de 60% da receita do Hospital Cirurgia, o Estado, por sua vez, repassa valores que abrangem cerca de 30% da receita do nosocômio, e as verbas do Município correspondem em torno de 10%”; que “a receita proveniente dos recursos municipais, conforme ressaltado, é ínfima em relação às despesas assumidas pelo Hospital Cirurgia, não justificando a princípio e sob uma análise superficial a corriqueira paralisação dos serviços”; e que **“nas últimas reuniões ocorridas com o Município de Aracaju-SE, o ente público vem sustentando, após a realização de recentes estudos, que não possui nenhuma dívida com o Hospital Cirurgia”**; e ainda o fato de **“ser a situação ora relatada de extrema preocupação, por se tratar de um hospital de grande porte, de referência para o Estado e cuja desassistência vem trazendo inúmeros prejuízos para a população”**; e, por fim, que **no MP/SE “existem diversos procedimentos extrajudiciais tratando sobre questões prementes do mencionado hospital, quais sejam a má prestação dos serviços, especialmente os mais essenciais como os de cardiologia e de oncologia, constantes desabastecimentos de materiais e insumos por parte dos fornecedores, paralisação dos funcionários em decorrência de atrasos salariais, má estrutura do prédio com notícias inclusive de insetos no local, falta de assistência devida aos pacientes, grandes filas de espera e até mesmo obras estruturais inacabadas, falta de manutenção na subestação de energia elétrica, entre outras séries de coisas”** (PROEJ – MP/SE n.º 12.17.09.0030; grifos ausentes no original).



1.3 A ATUAÇÃO DO MPT

O quanto apurado pelo **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO** (MPT), no que se refere ao modo como o Hospital Cirurgia administra e se comporta em relação a suas obrigações trabalhistas, também é digno de menção:

1.3.1) a ausência de condições adequadas para os trabalhadores da saúde no estabelecimento hospitalar, conforme narrativas realizadas **em 2012: insegurança na relação com os pacientes da psiquiatria; sem local para beber água; sem banheiro; falta de roupas privativas para trabalhar na UTI Geral; funcionários dormindo em colchonetes no chão** (Inquérito Civil n°. 001011.2011.20.000/6);

1.3.2) as irregularidades quanto às condições no ambiente de trabalho, sendo verificado, **em 2014** (relatório de análise pericial 0057/2014), dentre outros aspectos inadequados: **falta de camas para repouso dos funcionários (colchões no chão), colchões danificados, ausência de local para armazenamento de pertences; tomadas elétricas desprovidas de espelho, expondo os colaboradores a risco de choque elétrico; local de repouso próximo a fonte de ruído (gerador) inviabilizando o repouso; firmou-se compromisso de ajustamento de conduta em 15/06/2016** (Inquérito Civil n°. 000116.2014.20.000/3);

1.3.3) a ausência de concessão de intervalo intrajornada e coação sobre trabalhadores da área de enfermagem e do setor de farmácia do hospital, **em 2014 e 2015**, além do desrespeito a **direitos trabalhistas diversos; importante ressaltar o registro de 19/10/2016 (fls. 722-723/IC)**, quanto à **existência de diversos processos judiciais (total de 275 processos) envolvendo o Hospital Cirurgia, na Justiça do Trabalho**, a saber: a) 100 processos não julgados, seja por ter sido homologado acordo em audiência (39), seja por ter sido arquivado por ausência do reclamante na audiência inaugural (18), ou por ainda penderem de julgamento (conclusos ou ainda em fase de instrução processual); b) 7 processos julgados, fundamentalmente, improcedentes, motivo pelo qual não se buscou o teor da inicial ; c) **168 processos julgados procedentes, destacando-se os seguintes direitos violados pelo Hospital Cirurgia:** c.1) aviso prévio (6); c.2) intervalo intrajornada



(12); c.3) verbas rescisórias (7); c.4) dispensa indireta, em geral, por falta de recolhimento ao FGTS (15); c.5) CTPS, em regra, por erro na anotação da data do término do contrato ou por falta dessa data (22); c.6) FGTS não recolhido ou concessão da multa de 40% sobre o montante depositado (106); c.7) adicional de insalubridade (15); c.8) hora extra (19); c.9) adicional noturno (5); c.10) PPP não fornecido (13); c.11) seguro-desemprego obstado por falta de documento que o hospital deveria ter entregado ao trabalhador (25); c.12) décimo terceiro (9); c.13) piso salarial (5); c.14) feriado trabalhado sem compensação nem pagamento por hora extra (8); c.15) férias vencidas sem gozo e/ou sem o pagamento respectivo na forma legal (12); e c.16) descanso semanal remunerado (8); “ademais, o atraso no 13.º salário e salários mensais é incontroverso. Há condenação judicial envolvendo 13.º salário. Em relação a irregularidades envolvendo férias e feriados, há condenação judicial. Idem em relação a intervalo intrajornada”; **o MPT propôs, em 06/02/2017, compromisso de ajustamento de conduta, certo de que “os ilícitos necessitam ser cessados e regularizada a conduta do empregador”, mas o Hospital Cirurgia não concorda em pactuar por falta de recursos materiais para tanto, ressaltando que “o principal problema financeiro do Hospital decorre dos atrasos no repasse devidos pelo Município de Aracaju/SE, bem como no repasse das verbas que são transferidas, da União e do Estado de Sergipe, para o Município de Aracaju/SE, que por sua vez atrasa a transferência destes últimos repasses à inquirida, mesmo já possuindo os valores em conta bancária”** (Inquérito Civil nº. 000367.2014.20.000/2; os grifos não constam no original);

1.3.4) a verificação de inúmeras não conformidades, em 2015, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) relacionadas ao ambiente do trabalho X atividades radioativas (serviço de radioterapia do Hospital Cirurgia, em específico), estando em fase de verificação quanto ao cumprimento das condicionantes, no prazo estipulado, pelo estabelecimento hospitalar (Inquérito Civil nº. 000394.2015.20.000/8);

1.3.5) o relato, em 2015, de pacientes sendo transportados em macas precárias e por rampas (em virtude do constante não funcionamento de elevador), e ausência de controle de entrada e saída de pessoas no Hospital Cirurgia, fragilizando a segurança de funcionários e usuários em geral (Inquérito Civil nº. 000884.2015.20.000/1);

1.3.6) a alegação, em 2016, de desrespeito a normas trabalhistas e falta de urbanidade no ambiente de trabalho: demissões de funcionários estáveis; não pagamento de verbas rescisórias; desconto de FGTS pelo hospital sem o correspondente depósito; tratamento nada cordial, inclusive com o uso de palavrões, de gestores do estabelecimento hospitalar para com trabalhadores etc (Inquérito Civil nº. 002599.2016.20.000/4).



1.4 O “PODER PÚBLICO” X O “HOSPITAL CIRURGIA”: REITERADA DESASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO.

A relação entre o Poder Público e o Hospital Cirurgia é conturbada e isso perdura por longa data. A questão é que o Hospital Cirurgia desempenha, ou deveria desempenhar, papel essencial para o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, neste Estado da Federação, seja como referência em algumas especialidades, seja com a função de retaguarda do Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE.

São notórias, entretanto, as crises que vêm se repetindo ciclicamente nos últimos anos no referido estabelecimento hospitalar, ocasionando desassistência à população sergipana, com constante repercussão na imprensa, a nível estadual e até nacional e com a necessidade recorrente de reuniões, pactuações e medidas diversas pelos Ministérios Públicos (MP Federal, MP do Trabalho e MP Estadual) que a todo momento recebem comunicados de paralisações de serviços de saúde, seja pela não pagamento de trabalhadores, seja por dívidas com fornecedores.

A saturação da capacidade dos demais hospitais sergipanos, explicitadas pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, as quais precisam, a todo momento, absorver pacientes e respectivos procedimentos que deveriam ser atendidos pelo Hospital Cirurgia, mas não o são, é um agravante no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Com efeito, as reiteradas crises no Hospital Cirurgia são exteriorizadas à sociedade através de movimentos paredistas do pessoal da enfermagem, médicos e/ou outros profissionais e trabalhadores da área da saúde, o que acarreta prejuízos irreparáveis ao atendimento da população, em especial aos usuários do Sistema Único de Saúde, que são os mais carentes; além da resistência do estabelecimento hospitalar em contribuir para a necessária regulação de leitos, negando-se, inclusive, a disponibilizar sua agenda de procedimentos e a ordem de pacientes em lista de espera (transparência); desativando unilateralmente leitos de psiquiatria, ocupando leitos na unidade de oncologia com pacientes de ortopedia e, por fim, usando para pacientes de convênios leitos que foram contratualizados para utilização pelo Sistema Único de Saúde – SUS;

Nesse contexto, é válido rememorar que Ministério Público Federal, Estadual e do Trabalho, vêm atuando, diuturnamente, pela regularidade e qualidade do



atendimento pelo SUS e pelo adequado e racional gasto dos recursos públicos transferidos ao Hospital Cirurgia (da ordem de R\$ 5,5 milhões mensais). O agir dos Ministérios Públicos se dá em inúmeras frentes, chegando ao ajuizamento de demanda judicial para que recursos de convênios (destinados a finalidades específicas) fossem temporariamente repassados ao Hospital Cirurgia de modo que não ocorresse a suspensão de serviços de saúde; igualmente, MPF e MP/SE impulsionaram e acompanharam sistema de cogestão, entre o estabelecimento hospitalar e a capital sergipana, o qual foi rompido após o estabelecimento hospitalar se recusar a contribuir para aprimoramentos nas áreas financeira e clínica, não fornecendo documentação como a folha de pagamento analítica e impedindo visitas técnicas dos representantes da municipalidade na comissão de cogestão; e, por fim, diante das inúmeras irregularidades trabalhistas, não obstante a disposição do MPT em formalizar compromisso de ajuste de conduta, para o que recebeu a recusa do Hospital Cirurgia alegando dificuldades financeiras e incapacidade de adimplemento de eventual ajuste.

O problema é que o Hospital Cirurgia, faz tempo, vem passando por dificuldades financeiras. O quadro fático impulsionou ambos os Ministérios Públicos (Federal e Estadual) a atuarem de modo conjunto acerca da temática. De fato, após intensas e contínuas rodadas de debates, instituiu-se, curial reprisar, sistema de cogestão, entre a Administração do Hospital e o Gestor Municipal com o objetivo único de se garantir a manutenção de serviços essenciais à saúde da população. Observe-se¹:

“(...) Pactuação intermediada pelos Ministérios Públicos garante funcionamento pleno do Hospital Cirurgia em benefício da saúde da população

O Hospital Cirurgia, desde a última sexta-feira, 19/06, voltou a prestar integralmente os serviços contratualizados com a Secretaria Municipal de Saúde. Após uma série de reuniões e tratativas intermediadas pelos Ministérios Públicos, federal e estadual, formalizou-se acordo que permitirá uma cogestão, realizada em conjunto pelo Hospital e pela Secretaria de Saúde em relação ao contrato existente entre ambos. Com isso, os serviços voltam a ser prestados regularmente à população. A cogestão objetiva solucionar eventuais divergências entre as partes (Hospital e Gestor Municipal) e, principalmente, garantir que não ocorra qualquer tipo de interrupção ou deficiência nas ações e serviços de saúde destinados a bem atender os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os Ministérios Públicos, durante o período de cogestão (que é provisório mas não tem, por enquanto, data para terminar) atuarão como mediadores com a finalidade de assegurar que não ocorra desassistência à saúde da população. O Procurador da República Ramiro Rockenbach e os Promotores de Justiça Alex Maia e Antônio Forte salientam o bom senso, a disposição e a boa vontade da Direção do Hospital Cirurgia e do Secretário Municipal de Saúde de Aracaju-SE em busca de soluções conjuntas em prol do bom funcionamento dos serviços no âmbito do SUS na capital sergipana (...).”

Todavia, o tempo passa e continua a desassistência à saúde da população.

¹ Informações disponíveis em http://www.prse.mpf.mp.br/signo/vernociaInternet.php?cod_noticia=6330, acesso: 18/12/2015.



1.5 A FISCALIZAÇÃO INTEGRADA DOS ÓRGÃOS DE CONTROLE: AMOSTRAS DE UM PROBLEMA CRÔNICO

É de se ressaltar os recentes trabalhos de auditoria realizados pelo Tribunal de Contas do Estado de Sergipe (TCE), Tribunal de Contas da União (TCU) e Controladoria-Geral da União (CGU), cujo objetivo foi **“avaliar o acesso da população sergipana aos serviços clínicos, ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde na área de oncologia”**, destacando-se a **“importância epidemiológica do câncer e a sua magnitude como problema de saúde pública”**. As auditorias, realizadas de maio a agosto de 2017, abrangeram o período de janeiro de 2015 a julho de 2017.

Não obstante o escopo da equipe de auditores, com ênfase na “área oncológica” em Sergipe (revelando também deficiências dos gestores públicos, estadual e da capital sergipana – entes que são demandados pelos Ministérios Públicos em diversas Ações Cíveis Públicas), é relevante, para a presente demanda judicial, as constatações relacionadas ao Hospital de Cirurgia, porquanto o estabelecimento hospitalar (como narrado antes e como narrado a seguir) não vem cumprindo a contento sua missão institucional e o seu papel para o qual é contratado no âmbito do Sistema Único de Saúde.

1.5.1 O TRIBUNAL DE CONTAS DE SERGIPE, a seu turno, selou (Relatório Auditoria Coordenada na Oncologia – documento anexo digitalizado) que *“as análises e os achados permitiram concluir que a Rede de Atenção Oncológica no estado não está organizada a ponto de atender os atuais casos de câncer, bem como os casos esperados para os próximos anos, em razão de deficiências na infraestrutura das UNACONs, deficiências na gestão, insuficiência e/ou falta de insumos, bem como por problemas na execução do contrato entre Secretaria Municipal de Aracaju e Fundação de Beneficência do Hospital de Cirurgia (...)”*.

O TCE/SE, em específico quanto à atuação (ou falta de atuação) da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, salientou:

- Deficiências na estrutura física do Centro Cirúrgico da Fundação de Beneficência Hospital Cirurgia, com risco as atividades;
- Ausência de prontuário único;



- Falta de garantia de enfermagem oncológica em desacordo com o Documento Descritivo Anual;
- Desatualização e inconsistência do Banco de Dados do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- Baixa execução dos procedimentos de Oncologia Cirúrgica e Radioterapia abaixo do Contratado e dos Parâmetros mínimos da Legislação, descumprindo a Portaria MS/SAS de nº 140, de 27 de fevereiro de 2014, no capítulo IV, art. 31);
- Ofensa ao princípio da equidade no acesso, uma vez que parte das ofertas não são reguladas e a oferta que é regulada é feita de forma inconsistente, infringindo as normas art.7, cap. II da Lei 8080 de 19/09/1990, Portaria de nº 874 de 16/05/13, seção I, art. 21, e incisos I, II e III do art. 13º do Decreto 7.508 de 28/06/2011;
- Ampla fragilidade na garantia do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, dada à ausência de garantia da integralidade de oferta e da intempestividade do acesso, em descumprimento a Art. 21 e 23 da portaria 874 de 16/05/2015, Portaria SAS/MS nº 140, de 27/02/14 e art. 2º da lei 12.732 de 22/11/2012;
- Ausência de Setor e Equipe para Cuidados Paliativos na UNACON da FBHC, em desacordo com a Portaria 876, de 16/05/2013 e Portaria SAS/MS nº140, de 27/02/2014;
- Descontinuidade do tratamento de pacientes submetidos à radioterapia na UNACON da FBHC, por paralisação do aparelho acelerador nuclear, em desobediência ao art. 24, inciso VII, alínea “b”, da Portaria SAS/MS nº 140/2014;
- Ausência de assistência multidisciplinar aos pacientes oncológicos em desacordo com as normativas da RDC nº 220/2004 e da Portaria SAS/MS nº 140/2014;



O TCE/SE, como consequência, recomendou ao Hospital Cirurgia que: **a)** elabore plano de ação para regularizar a fila de espera de cirurgias oncológicas num prazo de 10 (dez) dias; **b)** viabilize com celeridade a obra do Bunker (...); **c)** adquira um Sistema de Prontuário Eletrônico; **d)** atualize o SCNES de forma sistemática e com qualidade; **e)** providencie a adequação urgente das instalações do Centro Cirúrgico em conformidade com as legislações específicas e com as orientações de boas práticas dos serviços de saúde; **f)** indique um responsável técnico para a Radioterapia e Cirurgia oncológica; **g)** viabilize a contratação de psicólogo para compor a equipe da UNACON que atuam no atendimento a pessoa com câncer; **h)** realize a manutenção e reparo nas longarinas; **i)** reative a ala específica para pacientes oncológicos na UNACON FBHC, proporcionando instalações adequadas a uma assistência satisfatória e humanizada; **j)** implante projetos para sala de espera, de modo que o paciente possa ser informado sobre seu tratamento, às complicações esperadas e as estratégias eficazes para prevenir complicações e administrar os sintomas, bem como estimule projetos que busquem motivar os pacientes para mudar seus comportamentos e manter estilos de vidas saudáveis, aderirem tratamentos de longo prazo e autogerenciarem suas condições de saúde e estarem preparados com habilidades para administrar suas necessidades de cuidado e terapêuticas no domicílio; e **k)** viabilize o atendimento multiprofissional aos pacientes oncológicos (...).

1.5.2 A CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO, por sua vez, efetuou ação de controle objetivando “o exame do custeio e da regularidade das ações conduzidas pela Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia” (documento anexo digitalizado). Curial referias **as constatações da CGU²**, no verbo:

- **Pagamento em duplicidade pelas horas utilizadas em cirurgias ginecológicas realizadas por médicos que trabalham na oncologia do hospital Cirurgia e do HUSE (Hospital de Urgência de Sergipe);**

- **Médicos que atuam na área de oncologia do Hospital Cirurgia não se submetem ao controle de frequência biométrico de uso obrigatório para os demais profissionais da mesma área;**

- **Coincidência de horários em dias de trabalho de médicos e físicos do Hospital Cirurgia com os previstos em escalas do HUSE;**

² Ao teor do Relatório da CGU relativo à Ordem de Serviço nº 201701251 (anexo, digitalizado).



- Não utilização de conta específica para movimentação dos recursos de convênio (recursos da União); Perda de recursos do convênio no valor de R\$ 323.034,93 (A FBHC se comprometeu a recompor os valores);

- Equipamentos recebidos (recursos do Ministério da Saúde) em julho de 2016 e ainda não instalados para atender aos pacientes;

- Perda de direitos assegurados no contrato de fornecimento dos equipamentos adquiridos junto à empresa Philips Medical Systems Nederland em decorrência do atraso nas obras estruturantes que estão sendo realizadas pelo Hospital de Cirurgia (recursos do Ministério da Saúde);

- Não realização de cirurgias reparadoras para pacientes de câncer de mama no FBHC (Hospital Cirurgia), o que leva as pacientes a enfrentarem longas filas de espera no Hospital Universitário - HU/FUFS;

- Produção de radioterapia inferior ao estabelecido em contrato e Portaria do Ministério da Saúde;

- Produção de cirurgias oncológicas abaixo do estabelecido em contrato e Portaria do Ministério da Saúde;

- Falta de regulação de cirurgias eletivas oncológicas na Unacon da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia – FBHC.

O minucioso e detalhado trabalho realizado pelas equipes do TCE/SE, TCU³ e CGU **revelam que nem na sensível e relevante “área da oncologia”, a relação contratual estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju-SE e o Hospital Cirurgia consegue gerar os resultados minimamente esperados. Ao revés, o que se tem é um gestor público que não cumpre seu papel como contratante e gestor máximo local do SUS e um estabelecimento hospitalar que também não faz valer seus deveres como contratado. E isso perdura há anos, num contínuo, reiterado e inaceitável prejuízo à saúde da população sergipana. Os Ministérios Públicos, como explicitado ao longo desta peça inaugural, tentaram de tudo. Nada mais há a fazer, no entanto. É necessário que o Poder Judiciário corrija, vez por todas, esse verdadeiro descaso com a saúde pública.**

³ O Relatório do TCU está pendente de homologação, por isso não é possível a juntada nesse momento; os autores solicitarão a inclusão do documento nos autos tão logo esteja formalizado no âmbito interno do órgão de controle.



2) LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

O Ministério Público tem por função precípua, consabe-se, a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do artigo 127 da Constituição da República Federativa do Brasil. Cabe-lhe, principalmente, por meio de Ação Civil Pública, pugnar pela tutela de interesses difusos e coletivos, consoante disposto no artigo 129, inciso III, do Estatuto Fundamental.

A Lei Complementar n.º 75/93, em harmonia com a Carta Máxima, dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União:

“Art. 5º São funções institucionais do Ministério Público da União:

(...)

V - zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos da União e dos serviços de relevância pública quanto:

a) aos direitos assegurados na Constituição Federal relativos às ações e aos **serviços de saúde** e à educação.

(...)

Art. 6º Compete ao Ministério Público da União:

(...)

VII - promover o inquérito civil e a ação civil pública para:

(...)

c) a proteção dos interesses individuais indisponíveis, difusos e coletivos, relativos às comunidades indígenas, à família, à criança, ao adolescente, ao idoso, às minorias étnicas e ao consumidor;

d) outros interesses individuais indisponíveis, homogêneos, sociais, difusos e coletivos.” [Grifou-se].

Ademais, o direito à saúde consubstancia direito constitucional fundamental, de natureza difusa, “*direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (art. 196 da CR/88).

Ora pois, é o direito à saúde, de forma evidente e incontestável, um inafastável direito subjetivo do cidadão e da cidadã, a ser preservado pelo Estado em prol da coletividade e assegurado, efetivamente, através de políticas públicas destinadas a esse fim social. **Infelizmente, no caso em tela, vê-se que a falta de gestão adequada e transparente na relação “Poder Público” x “Hospital Cirurgia” tem causado contínua desassistência à saúde da população. Há de um lado o gestor público responsável**



pela saúde pública; do outro lado, a entidade filantrópica (Hospital Cirurgia) contratada para prestar serviços essenciais e relevantes no âmbito do Sistema Único de Saúde em Sergipe. Tudo, mediante um contrato específico, detalhado e, o mais importante, custeado pelos três entes federados, aproximadamente, da seguinte forma: União (60%), Estado de Sergipe (30%) e Município de Aracaju-SE (10%).

Cabe selar que, no caso em questão, consideram-se conjuntamente responsáveis todos os entes que integram a federação brasileira, a saber:

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;

A exigência de uma prestação de serviços satisfatórios no âmbito da saúde pública implica a coordenação de esforços dos entes federados competentes visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, em benefício da coletividade. **E não é por outra razão, como explicitado, que os valores repassados mensalmente ao estabelecimento hospitalar em questão são de origem federal, estadual e municipal.**

Destarte, afigura-se legítima a atuação do Ministério Público para a defesa de **DIREITOS COLETIVOS E DIFUSOS**, dentre os quais se insere o direito à saúde.

Outrossim, curial rememorar que o direito à saúde é desdobramento do direito à vida digna. A dignidade da pessoa humana e a cidadania são fundamentos da República Federativa do Brasil, conforme o art. 1º da Constituição da República:

“Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos

Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático

de Direito e tem como fundamentos:

(...)

II – a cidadania;

III – a dignidade da pessoa humana;

(...)”



E ante a reprodução do Texto Constitucional, verifica-se a incumbência do Ministério Público concernente em resguardar o interesse público, **consubstanciado não só no direito à saúde, como também na dignidade da pessoa humana e na cidadania**, cuja tutela se persegue com a presente Ação Civil Pública – ACP.

Logo, verifica-se que o legislador, tanto o constituinte quanto o ordinário, incumbiu expressamente ao Ministério Público a relevante missão de defesa do interesse público e de qualquer outro interesse difuso, coletivo ou individual homogêneo de relevância social. A propósito, o fato posto sob análise se reveste da nota de indisponibilidade (CR, art. 127), circunstância que, a desdúvida, confere ao Ministério Público a incumbência da defesa desses direitos por intermédio de Ação Civil Pública.

3) LEGITIMIDADE PASSIVA DOS DEMANDADOS

Com efeito, extrai-se a legitimidade passiva dos entes requeridos diretamente da Constituição da República, a teor de seu artigo 196:

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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei n.º 8.080/90, por sua vez, disciplina a organização, direção e gestão do Sistema Único de Saúde, nos seguintes moldes:

Art. 9º - A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;**
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e**
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente. [destacado]**

Depreende-se, destarte, que o Sistema Único de Saúde ramifica-se, sem, contudo, perder sua unicidade, de modo que de qualquer de seus gestores podem/devem ser exigidas as “ações e serviços” necessários à promoção, proteção e



recuperação da saúde pública. Os entes públicos requeridos, portanto, como integrantes e gestores do Sistema Único de Saúde, figuram como partes passivas legítimas, uma vez que a decisão postulada projetará efeitos diretos sobre suas respectivas esferas jurídicas.

É pertinente trazer à lume a posição do Colendo STF no que concerne ao dever constitucionalmente imposto a cada um dos entes federativos de garantir e promover a saúde aos cidadãos e cidadãs de Norte a Sul do Brasil:

“(…) O preceito do artigo 196 da Carta da República, de eficácia imediata, revela que 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 a sua promoção, proteção e recuperação. A referência contida no preceito, a “Estado” mostra-se abrangente, a alcançar a União Federal, os Estados propriamente ditos, o Distrito Federal e os Municípios. Tanto é assim que, relativamente ao Sistema Único de Saúde, diz-se do financiamento, nos termos do artigo nº 195, com recursos do orçamento, da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. Já o *caput* do artigo informa, como diretriz, a descentralização das ações e serviços públicos de saúde que devem integrar rede regionalizada e hierarquizada, com direção única em cada esfera de governo. Não bastasse o parâmetro constitucional da eficácia imediata, considerada a natureza, em si, da atividade, afigura-se-me como fato incontroverso, porquanto registrada, no acórdão recorrido, a existência de lei no sentido da obrigatoriedade de fornecer-se os medicamentos excepcionais, como são os concernentes à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), às pessoas carentes. [...] Reclamam-se do Estado (gênero) as atividades que lhe são precípuas, nos campos da educação, da saúde e da segurança pública, cobertos, em si, em termos de receita, pelos próprios impostos pagos pelos cidadãos. É hora de atentar-se para o objetivo maior do próprio Estado, ou seja, proporcionar vida gregária segura e com um mínimo de conforto suficiente para atender ao valor maior atinente à preservação da dignidade do homem (...)” (Voto do Min. Marco Aurélio, proferido no RE 271.286-8-RS) [grifou-se]

Deveras, impõe-se ao Poder Público, em todos os níveis da organização federativa, de forma **solidária**, o dever de assegurar o direito à saúde à população através da adoção de medidas que possibilitem o acesso universal e igualitário das pessoas a um sistema organizado que atenda às necessidades vitais. E sobre a responsabilidade dos entes federados



quanto à saúde como direito subjetivo de todo cidadão, bem como acerca das competências no SUS, manifestou-se o Tribunal Regional Federal da 4ª. Região:

“Nesse sentido foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS - composto por uma rede de prestação de serviços regionalizada, que se organiza de acordo com as diretrizes da descentralização, em que se redefinem os papéis das três esferas de governo – União, Estados e Municípios – que, entre si, estabelecem novas relações. Agora, o poder público municipal assume plenamente o papel de gestor do sistema de saúde de sua cidade; e os poderes estadual e federal assumem novas responsabilidades específicas, cabendo à esfera estadual criar condições para que o município possa exercer a gestão nos seus limites territoriais ou exercer o papel de gestor nos municípios em que isso ainda não foi possível. À esfera federal cabe, além de incentivar a implementação dos SUS estaduais e municipais, normatizar e coordenar o sistema nacional.

Esse modelo de gestão do SUS representa importante instrumento para a concretização do objetivo de garantir à população uma atenção à saúde que tenha como fundamentos a universalidade, a equidade, a integralidade e um padrão mínimo de qualidade. A Constituição Federal, conforme disposto no art. 198, buscou justamente implementar racionalidade e objetividade, mediante a descentralização administrativa, sistema que encontra ressonância nas Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90.

Nas causas envolvendo o acesso à saúde dos cidadãos, por meio do Sistema Único de Saúde, os entes federados são solidariamente responsáveis. O Sistema Único de Saúde consiste na integração das três esferas de governo, com competência para as mais variadas ações em prol da saúde da população, conforme se infere dos arts. 196 a 200 da Constituição Federal, que indicam a responsabilidade solidária da União, Estados e Municípios para o integral atendimento dos pacientes da rede pública de saúde. A Lei nº 8.080, de 19.09.1990, ao dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, também prevê a responsabilidade solidária dos órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público para prestar as ações e serviços de saúde (art. 4º). Sendo assim, tanto a União, como o Estado de Santa Catarina e o Município de Jaraguá do Sul possuem legitimidade para figurar no pólo passivo desta ação (...).”(AC n. 2000.04.01.028702-4, Rel. Des. Edgar Lippmann, *in* RTRF 4ª Região 47/110-123) [destacado]



Com efeito, diante da obrigação do Estado-Nação de garantir a prestação, com qualidade e eficiência, da saúde pública para a sociedade e tendo em vista sua condição de garantidor dos direitos fundamentais, uma vez constatado o risco de não serem prestados os serviços que assegurem a saúde daqueles que necessitam da assistência da rede pública, imprescindível se mostra a inclusão dos entes federados no polo passivo da demanda para que garantam, nos termos legais, o dever que lhes é inerente.

Outrossim, **a legitimidade passiva do ente federal (União)** resta evidenciada em virtude de ser ela, a União, a exclusiva detentora de competência tributária de instituir e cobrar contribuições de seguridade social, de onde se extrai seu papel enquanto principal financiadora do sistema de saúde, atraindo o interesse federal no acompanhamento da gestão do Sistema Único de Saúde. É, nessas condições, o ente federal, via Ministério da Saúde, o Gestor Máximo do SUS. Há que se rememorar, também os repasses contínuos e constantes, de recursos federais (via Fundo Nacional de Saúde, ou outras formas) para as ações de saúde a serem concretizadas no Estado de Sergipe.

De igual modo, **a legitimidade passiva do ente estadual (Estado de Sergipe)** é cristalina pelo fato de ser o titular da Direção Estadual do SUS em território sergipano e responsável pela aplicação de seus recursos próprios, dos recursos federais que recebe e daqueles que destina a todos os municípios sob sua direção.

Deveras, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), 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 saúde, de modo que ele pudesse atender às demandas de um país continental, com inúmeras diversidades regionais e locais. Atentando para esse fato é que a própria CR/88 optou por organizar o SUS 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 nº 8.080/90 determinaram que houvesse a descentralização das ações e a repartição de atribuições.

A 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 as ações e serviços de saúde a qualquer pessoa, ainda que o cidadão ou cidadã resida nas localidades



mais distantes desta nação continental. 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/ãs 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 da República Federativa do Brasil, 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 arguida em desfavor do cidadão/cidadã.

Com o tempo, e sempre objetivando o aprimoramento das ações e serviços de saúde em favor da população, foram sendo pactuadas e repactuadas as atribuições de cada um dos entes públicos, instituindo-se, há mais de uma década, a Portaria MS/GM 373/2002, conhecida como Norma Operacional da Assistência a Saúde/NOAS-SUS 01/2002. Após, em 2006, 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, de 22 de fevereiro de 2006. 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 melhora do sistema de saúde como um todo, compondo-se pelo: **Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS**. Os entes, independentemente da assinatura do pacto, desde a sua edição, submetem-se a seus preceitos e diretrizes. 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; o Estado deve responder, solidariamente com Municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da sua população e, por fim, que, todo Município, é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, de forma solidária com o Estado e a União.

A igual modo, no caso em tela, é cristalina a **legitimidade passiva do Município de Aracaju-SE**, por idênticas razões, por ser o Diretor do SUS local e por figurar como o contratante direto com o estabelecimento hospitalar em foco.

Ademais, imperioso reprimir, a relação contratual mantida pelo poder público com a entidade filantrópica (Hospital Cirurgia), de que trata a presente lide, é custeada pelos três entes federados, aproximadamente, da seguinte forma: União (60%), Estado de Sergipe (30%) e Município de Aracaju-SE (10%).



Por fim, é também inarredável a **legitimidade passiva do estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia)**, o qual, há décadas, presta serviços ao Sistema Único de Saúde – SUS, em Sergipe, e figura como indispensável ao adequado atendimento à população sergipana, capital e interior.

Com efeito, a legitimidade *ad causam* é classicamente definida como a pertinência subjetiva da demanda. Indica, pois, na lição de JOSÉ FREDERICO MARQUES⁴, “a posição de autor e réu em relação a um litígio”, de modo que **“só os titulares dos interesses em conflito têm direito à prestação jurisdicional e ficam obrigados a subordinar-se, *in casu* ao poder ou *imperium* estatal. Legitimação *ad causam* significa existência de pretensão subjetivamente razoável.”**

4) COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL

A União está posta (e assim deve permanecer) no polo passivo da demanda, já que tem o dever constitucional de promover a aplicação de políticas públicas voltadas à área da saúde, notadamente a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, na qualidade de gestora nacional do Sistema Único de Saúde (artigos 23, II, da CR/88; artigos 9º, I e 16 da Lei n.º 8.080/1990).

A competência da Justiça Federal, como é cediço, vem disciplinada no artigo 109 da Constituição da República Federativa do Brasil, no verbo:

Art. 109. Aos juízes federais compete processar e julgar:
I – as causas em que a União, entidade ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidente de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho; (...) (Grifos).

E, em soma, tem-se a origem dos recursos que respaldam o Sistema Único de Saúde, de cujo financiamento participam, dentre outras fontes, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, como dispõe a Constituição da República:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I - descentralização, com direção única em cada esfera de

⁴ MARQUES, José Frederico. Manual de Direito Processual Civil. 13º ed., São Paulo: Saraiva, 1990, v. I, p. 303



governo;

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

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A necessária e indispensável presença da União no polo passivo do feito, portanto, torna a Justiça Federal competente para o processamento e julgamento da causa, conforme disposto no artigo 109, inciso I, da Carta Magna. A jurisprudência proclama:

“PROCESSUAL CIVIL. ADMINISTRATIVO. INTERNAÇÃO EM HOSPITAL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. LEGITIMIDADE PASSIVA DA UNIÃO. COMPETÊNCIA. JUSTIÇA FEDERAL. - É comum a competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios para garantir aos cidadãos o acesso à saúde. - Havendo solidariedade para a prestação de atendimento hospitalar pelo SUS, que garanta o direito à saúde do paciente, é cabível o chamamento da União ao processo. - Compete à Justiça Federal processar e julgar a causa, devido à inclusão da União no pólo passivo da ação. - Prequestionamento quanto à legislação invocada estabelecido pelas razões de decidir. - Agravo provido.”
(TRF da 4ª Região, 3ª T., AG nº 200304010340532/RS, Rel. Juíza Sílvia Maria Gonçalves Goraieb, j. 18.05.2004, v.u., DJU de 11.08.2004, p. 440)

Ademais, o cerne da demanda em referência envolve de um lado o gestor público responsável pela saúde pública; do outro lado, a entidade filantrópica (Hospital Cirurgia) contratada para prestar serviços essenciais e relevantes no âmbito do Sistema Único de Saúde em Sergipe. Tudo, mediante um contrato específico, detalhado e, o mais importante, custeado pelos três entes federados, aproximadamente, da seguinte forma: União (60%), Estado de Sergipe (30%) e Município de Aracaju-SE (10%). A relação conturbada culmina, reiteradamente, em suspensão de atividades prejudicando a população de todas as regiões sergipanas.

Assim, cabe a apreciação da presente lide ao Juízo da Seção Judiciária de Aracaju-SE, ficando consagrada a regra firmada pelo parágrafo 2.º do artigo 109 da CR/88,



que, de mais a mais, é consentânea com o artigo 2.º da Lei n.º 7.347/85, que disciplina a competência para processamento das ações civis públicas:

“Art. 109 – (...)

§ 2º - As causas intentadas contra a União poderão ser aforadas na seção judiciária em que for domiciliado o autor, naquela onde houver ocorrido o ato ou fato que deu origem à demanda ou onde esteja situada a coisa, ou, ainda, no Distrito Federal.”

“Art. 2º As ações previstas nesta Lei serão propostas no foro do local onde ocorrer o dano, cujo juízo terá competência funcional para processar e julgar a causa.

Parágrafo único. A propositura da ação prevenirá a jurisdição do juízo para todas as ações posteriormente intentadas que possuam a mesma causa de pedir ou o mesmo objeto”

É evidente, portanto, a competência da Justiça Federal, mais precisamente da Seção Judiciária do Estado de Sergipe, para a apreciação desta demanda.

5) DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

5.1) O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DEVER DA UNIÃO – A INTEGRALIDADE, A NECESSIDADE DE ATENDER À SAÚDE DA POPULAÇÃO E O PACTO PELA SAÚDE

A Constituição da República de 1988 elencou a saúde no rol dos direitos sociais fundamentais e dispôs, no artigo 197, que “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Ademais, estatuiu que as ações e serviços de saúde são de relevância pública (artigo 197), assegurando-lhe tratamento jurídico privilegiado.

Do tratamento constitucional da saúde, releva notar o aspecto concernente ao acesso universal às suas ações e serviços, inovação que guarda íntima conexão com os próprios fundamentos dos direitos sociais, lastreados no princípio da igualdade material. Com efeito, como direitos que se prestam ao estabelecimento da igualdade material e da liberdade



real, os direitos sociais caracterizam-se pela “igualdade como diferenciação e a universalidade no ponto de chegada”. A saúde constitui-se, pois, num subsistema do sistema da seguridade social, para efeito de disciplina própria e caracterização dos seus elementos constitutivos essenciais: **atividade preventiva e serviços assistenciais; produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos de interesse para a saúde; teor nutricional dos alimentos; meio ambiente; saneamento básico; formação de recursos humanos; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador** (arts. 198 e 200 da CF e arts. 5º e 6º da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90). A saúde, nesse contexto, passa a ser reconhecida como um direito fundamental social, nos termos da Constituição da República (art. 6º da CF).

Deveras, o tratamento constitucional conferido à saúde se apresenta em consonância com o marco teórico-referencial para a matéria desenvolvido no âmbito da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, que proclama que a **“saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos”**. Referido conceito rompe com as teses “curativa” e “preventiva”, vigentes nos séculos XIX e XX, ainda atreladas a uma visão organicista da saúde como ausência de doenças, e representa um avanço na aproximação dos conceitos de vida digna e de vida saudável. **Associa-se, ainda, ao ideário do Estado Social, no qual sobressai a função promocional dos direitos, a ele cabendo o papel de “protagonista de prestações positivas na área dos direitos fundamentais sociais”**. Na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata, na antiga URSS, reafirmou-se o conceito de saúde citado, salientando-se ser “direito humano fundamental”. À ocasião, selou-se que **“a consecução do mais alto nível possível de saúde seria a mais importante meta social mundial”** e que **“a desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países”**.

Assim, parte-se para um conceito de saúde cada vez mais sistêmico, holístico, aberto e plural, abrangente da compreensão de que o direito a ele correspondente integra o conteúdo de todas as dimensões de direitos, sendo, portanto, a um só tempo, um direito individual, social, transindividual e um direito de solidariedade. Acima de tudo, um direito fundamental do homem intrinsecamente relacionado com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana. A saúde, de acordo com Germano Schwartz, é um processo dinâmico e sistêmico, sendo, “(...) antes de tudo um fim, (...) uma “imagem-horizonte” da qual tentamos nos aproximar. É uma busca constante do



estado de bem-estar.” Para implementar o direito à saúde no Brasil foi criado um sistema único, com princípios e diretrizes cristalizados na Constituição da República. Tal sistema prevê, de forma obrigatória, uma atuação conjunta e coordenada de todos os entes federados, os quais ficam adstritos aos princípios da universalidade, igualdade, gratuidade, regionalização e hierarquização das ações e serviços, descentralização com direção única em cada esfera de governo, **integralidade de assistência** e participação social. É, pois, o Sistema Único de Saúde – SUS, a instituição jurídica criada pela Constituição da República de 1988 para organizar as ações e os serviços públicos de saúde no Brasil.

5.1.2) O DEVER DA UNIÃO E A INTEGRALIDADE

O SUS, em sede infraconstitucional, vem tratado na Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições, organização de ações e o funcionamento dos serviços de saúde, com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse diploma normativo, realçam-se as diretrizes constitucionais do SUS, especificando-se, dentre outros, os princípios da universalidade, igualdade, descentralização, regionalização e **integralidade**. **Tais princípios, dentre outros, asseguram a dinâmica do Sistema de Saúde implementado a partir da Constituição da República/88, e devem guiar o intérprete na condução de uma situação concreta. Ademais, a sua consagração na Constituição assegura a obrigatoriedade de todos os entes em observá-los, garantindo um padrão mínimo de saúde conformador dos objetivos do Estado de Bem-Estar, no qual os direitos sociais assumem a nota da fundamentalidade.**

Cabe destacar que a Constituição da República assegura a **integralidade** das ações e serviços de saúde na esfera do SUS. Garante-se, pois, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo das assistenciais (art. 198, II).

A Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, no seu art. 7º, II, anuncia que este sistema público de saúde deve seguir, além das diretrizes constitucionais e de outros princípios, o da **“integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”** e, bem ainda, assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art. 6º, I, d).



O dizer de GUIDO IVAN DE CARVALHO e LENIR SANTOS⁵ leciona que “a assistência implica, como se enuncia, atenção individualizada, ou seja, para cada caso, segundo as suas exigências, e em todos os níveis de complexidade”.

E nesse sentido, MARLON ALBERTO WEICHERT⁶ afirma que **“a integralidade implica, pois, no dever de serem oferecidos serviços integrais à saúde, qualquer que seja a doença ou agravo. Vale dizer, o cidadão tem o direito a tratamento para qualquer patologia, ainda que de extrema complexidade e de elevado custo (...). No caso da rede do SUS, a integralidade é princípio constitucional e fundamenta, inclusive, a obrigatoriedade do poder público oferecer serviços em todas as especialidades e complexidades, mesmo quando não rotineiramente incluídas na sua lista de serviços. Não pode o Poder Público deixar de prestar adequado atendimento, ainda que se trate de mal raro”**.

O Sistema Único de Saúde, nas palavras de MARLON A. WEICHERT⁷, consubstancia uma **“uma unidade nacional estabelecida por decisão constitucional”**, com a repartição de competências para a gestão da saúde pública entre os entes federados e, em consequência, impondo um sistema de mútuo controle das respectivas atuações. **No particular, em virtude de ser a União a exclusiva detentora de competência tributária de instituir e cobrar contribuições de seguridade social, destaca-se seu papel enquanto “principal financiadora do sistema de saúde, transferindo os recursos aos Estados e aos Municípios”⁸, atraindo o interesse federal no acompanhamento da gestão do Sistema Único de Saúde.** Nesse diapasão, imperioso destacar os princípios da “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” e da “conjugação dos 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” (artigo 7.º, incisos II e IX, da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90), que norteia o Sistema Único de Saúde – SUS.

Assim, **compete à Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS, “acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais”, bem como “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional**

⁵Sistema Único de Saúde, Hucitec, 2ª. edição, 1995, pág. 77

⁶Saúde e Federação na Constituição Brasileira, Lumen Juris editora, 2004, pág. 170

⁷Idem, pág. 186

⁸Idem, pág. 192



em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal” (artigo 16, incisos XVII e XIX, da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90). Ainda, “o Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios (...)” (artigo 33, §4º).

5.1.3) A UNIÃO, A NECESSIDADE DE ATENDER À SAÚDE DA POPULAÇÃO E O PACTO PELA SAÚDE

Eis que, diante da necessidade de formatação de políticas e programas integrados de saúde por meio da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de gestão, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), pactuaram responsabilidades entre os três gestores públicos do SUS.

O documento, intitulado **Pacto pela Saúde**, contempla o acordo firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças locais e regionais, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (Fundo Nacional, Fundo Estadual e Fundo Municipal de Saúde). A implementação desse pacto, nas suas três dimensões – **Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS** – possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam a alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas **e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.**

É imperioso ressaltar que, em especial, o Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.



Com efeito, as diretrizes traçadas em tais documentos destacam o papel central da União de, na qualidade de gestora nacional e principal financiadora do Sistema Único, responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população.

Observe-se:

“UNIÃO:

1. **Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população.**
2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde.
3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação.
4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso.
5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde.
6. **Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica.**
7. **Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica.**
8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS.
9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios.
10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação.
11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua



responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas.

12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica.

13. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.

14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios.

15. Proceder à investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário.

16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública/RNLSP – nos aspectos relativos à vigilância em saúde.

17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades.

18. Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas.

19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.”

E ainda, **no que atine às responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria, dentre outros, compete à União** “monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios”; “monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle, avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde” (Pacto pela Gestão do SUS).

E nessa mesma medida, o **Pacto pela Saúde**, em especial no que se refere à Gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, sedimenta que **“cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no co-financiamento, cooperação técnica,**



avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos” (Portaria do Ministério da Saúde/GM n.º 399/2006).

Outrossim, cabe à **UNIÃO**, dentre outros deveres:

a) **“responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população”;**

b) **“prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica”;**

c) **“exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS”;**

d) **“identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios”;**

e) **“desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação”;**

f) **“promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas”;**

g) **“elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde”** (Portaria do Ministério da Saúde/GM n.º 399/2006).

Da mesma forma, quanto às responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria no âmbito do SUS, é função da União, entre outras:



h) “monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios”;

i) “monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde”;

j) “acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal”;

k) “monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde”;

l) “avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais”
(Portaria do Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro n.º 399/2006).

De todo o exposto, pois, extrai-se que **o dever de integralidade do acesso ao SUS permeia as obrigações estatais quanto à consecução da política de saúde pública brasileira, impondo aos entes federativos, em regime de solidariedade, a obrigação de oferecer serviços integrais à saúde, e, nesse aspecto, compete especialmente à União, no exercício do papel de gestora nacional e principal financiadora do Sistema Único, prover a complementação financeira, tecnológica, material e humana necessária ao atendimento a esse imperativo constitucional.**

Tudo isso para dizer o seguinte: aportar recursos a Estados e Municípios é apenas uma parte dos deveres da União para com a saúde da população. Ocorre que, no caso em exame, diante das reiteradas alegações de insuficiência financeira conjugadas com a frequente desassistência à saúde da população, é necessário que a União se faça mais presente. **Das duas, uma:** ou a União, no seu papel de Gestora Máxima do SUS, demonstra o que está sendo feito errado na relação poder público x estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia); ou, a União, se o caso for de fato a falta de recursos, precisa repactuar.



Ora pois, a União arrecada a maior parte dos tributos da sociedade brasileira, como é cediço, transfere a responsabilidade da execução das ações e serviços de saúde, em sua grande maioria, a Estado e Municípios, faz sabe-se lá o que com o recursos arrecadados (aliás, casos como o do “Mensalão” e da “Lava-Jato”, apenas para citar os mais recentes, até indicam como vêm sendo usados os recursos federais) e, por fim, deixa de repassar os valores devidos aos demais entes da federação e eles que se virem como vão atender à saúde da população.

5.1.4) AS RESPONSABILIDADES (PACTUADAS) DOS ESTADOS E DOS MUNICÍPIOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O **Pacto pela Saúde** é igualmente claro quanto às responsabilidades para os demais entes federados (Estados, Distrito Federal e Municípios), a saber (dentre outras):

MUNICÍPIOS

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o Estado e a União;

Todo município deve:

a) **garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;**

b) **promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;**

c) **participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;**



d) assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

e) assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;

f) com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

g) desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

h) formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

i) organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

j) organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

k) 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;**

l) garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;



m) garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

n) promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

o) assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

p) elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

ESTADOS

a) responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade da atenção à saúde da população;

b) participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

c) formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

d) coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;

e) apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus municípios;



f) apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

g) **fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;**

h) **desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;**

i) coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

j) organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a **programação pactuada e integrada da atenção à saúde;**

k) **realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;**

l) apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

m) promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

n) coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

o) assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assumira, no menor prazo possível, sua responsabilidade;



p) executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

q) supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;

r) apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

s) elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

t) coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

u) assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para sua organização e funcionamento.

Ao fim e ao cabo, vabe ressaltar, perante esse DD. Poder Judiciário Federal, que todas as pactuações (Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS) na área da saúde não partiram nem do Ministério Público, nem da Justiça, mas dos próprios gestores. Ademais, o dever da União, em termos de ações e serviços de saúde, decorre de mandamento estabelecido constitucionalmente.



5.1.5) O MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE E A GESTÃO PLENA

A despeito dos regramentos e ajustes constantes do Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS), cumpre rememorar que o **Município de Aracaju-SE, por decisão própria, livre e espontânea, se habilitou, há mais de 15 anos** (janeiro/2002), para executar a **GESTÃO PLENA** das ações e serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, o que, nos termos Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02, significa, em essência (item 55 e seguintes):

“(…) Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

- a) **Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.**
- b) **Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.**
- c) **Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.**
- d) **Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União.**
- e) **Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto na letra c do Item 57 – Cap. III desta Norma.**
- f) **Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.**



g) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.

h) Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.

i) Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.

j) Operação do SIH e SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.

k) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.

l) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.

m) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB.

n) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;

o) Firmar o Pacto da Atenção Básica com o estado.

Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas



nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

d) Estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

e) Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento a CIT:

1. Desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;

2. Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria

3. Disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;

4. Disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.

f) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde.

g) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

h) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.

i) **Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação** (linha telefônica e acesso à Internet).

j) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

k) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância



sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

l) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

m) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

n) **Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal.**

o) **Comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares.**

p) Comprovar Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Cartão SUS.

q) Formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos/condição de GPSM.

São, pois, **as responsabilidades assumidas pelo Município de Aracaju-SE, há mais de 15 anos, remarque-se, que lhe dão**, nos termos da normativa em destaque, as prerrogativas de: “ ***a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos*** do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos.; ***b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada***, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado; e ***c) Gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.***



5.1.6) AS CONTAS DA SAÚDE E A TRANSPARÊNCIA

A falta de transparência nas contas da saúde do Município de Aracaju-SE e do Hospital Cirurgia fazem com que, ao longo dos últimos anos, perdurem, como enfatizado, incessantes divergências entre débitos e créditos na relação ente municipal X estabelecimento hospitalar. De fato, consoante explicitado, o MP/SE, em 30/05/2017, fez observações no sentido de que **“através das audiências extrajudiciais realizadas e dos documentos colacionados aos procedimentos respectivos, a situação que hoje se verifica é a de que o repasse que é feito pela União remonta em torno de 60% da receita do Hospital Cirurgia, o Estado, por sua vez, repassa valores que abrangem cerca de 30% da receita do nosocômio, e as verbas do Município correspondem em torno de 10%”**; que **“a receita proveniente dos recursos municipais, conforme ressaltado, é ínfima em relação às despesas assumidas pelo Hospital Cirurgia, não justificando a princípio e sob uma análise superficial a corriqueira paralisação dos serviços”**; e que **“nas últimas reuniões ocorridas com o Município de Aracaju-SE, o ente público vem sustentando, após a realização de recentes estudos, que não possui nenhuma dívida com o Hospital Cirurgia”**; e ainda o fato de **“ser a situação ora relatada de extrema preocupação, por se tratar de um hospital de grande porte, de referência para o Estado e cuja desassistência vem trazendo inúmeros prejuízos para a população”**; e, por fim, que no MP/SE **“existem diversos procedimentos extrajudiciais tratando sobre questões prementes do mencionado hospital, quais sejam a má prestação dos serviços, especialmente os mais essenciais como os de cardiologia e de oncologia, constantes desabastecimentos de materiais e insumos por parte dos fornecedores, paralisação dos funcionários em decorrência de atrasos salariais, má estrutura do prédio com notícias inclusive de insetos no local, falta de assistência devida aos pacientes, grandes filas de espera e até mesmo obras estruturais inacabadas, falta de manutenção na subestação de energia elétrica, entre outras séries de coisas”** (PROEJ – MP/SE n.º 12.17.09.0030).

É preciso apurar, vez por todas, o que realmente se passa, em termos econômico-financeiros, no âmbito dessa conturbada relação entre o ente municipal e hospital.



5.1.7) DO DEVER DO PODER PÚBLICO (E DO HOSPITAL FILANTRÓPICO) EM APRESENTAR INFORMAÇÕES SOBRE AS CONTAS QUE MOVIMENTAM RECURSOS DE NATUREZA PÚBLICA

As movimentações financeiras das contas públicas, imperioso enfatizar, comportam, em virtude do **princípio da publicidade**, dados e informações que são de domínio público, conforme sólida jurisprudência, a elas devendo ser dado acesso não somente aos órgãos de controle e fiscalização da aplicação dos recursos públicos, como a qualquer cidadão ou cidadã interessado. Trata-se de questão essencial à **defesa do patrimônio público, ao combate à corrupção e à transparência na Administração Pública**, máxime em se tratando de recursos destinados à sensível área da saúde.

De outro turno, é necessário salientar que a demanda em exame envolve recursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Logo, **é preciso verificar a correta aplicação não somente dos recursos federais, mas também dos recursos municipais destinados às ações e serviços de saúde em exame (os recursos estaduais já são objeto de apuração em pedido similar deferido por essa DD. Justiça Federal - Processo Judicial Eletrônico 0802992.42.2014.4.05.8500).**

Ora pois, se por um lado é fato que essa DD. Justiça Federal não será competente para processar e julgar eventuais irregularidades sobre valores de origem municipal; por outro, também é fato que somente é possível avaliar se os recursos de origem federal transferidos para o Município de Aracaju-SE são suficientes ou não mediante análise da correta aplicação pelo ente municipal de seus recursos próprios. Explica-se: como se trata de um Sistema Único (SUS), no qual as ações, serviços e recursos interagem e se complementam, nunca serão suficientes aportes de recursos federais se os entes estaduais e/ou municipais não aplicarem de forma adequada os seus próprios valores. Ou seja, num sistema a análise há de ser sistêmica.

De igual modo, vale lembrar que **a não aplicação de recursos mínimos em ações e serviços de saúde é hipótese constitucional de intervenção federal** (artigo 34, VII, “e”, da Constituição da República). Logo, como Gestora Máxima do SUS, a União/Ministério da Saúde tem o dever de efetivamente acompanhar o que está ocorrendo em cada Estado da Federação. Se não o faz, como nitidamente ocorre em Sergipe, não têm outra opção os Ministérios Públicos, diante das reiteradas omissões do Gestor Federal, a não ser buscar judicialmente provimentos em defesa da saúde da população. **Vale lembrar que, em idêntico sentido, a não aplicação de recursos mínimos em ações**



e serviços de saúde é hipótese constitucional de intervenção estadual nos municípios (artigo 35, III, da Constituição da República Federativa do Brasil).

É de bom tom selar que sob o pálio de proteção do direito fundamental à intimidade, previsto no artigo 5.º, X, da Constituição da República, o inciso XII do referido dispositivo resguarda o **direito ao sigilo bancário e fiscal**, que, nas palavras de Paulo Gustavo Branco⁹, “consiste na obrigação imposta aos bancos e seus funcionários de discrição, a respeito de negócios, presentes e passados, de pessoas com que lidaram, abrangendo dados sobre a abertura e o fechamento de contas e a sua movimentação”.

Eis que, buscando concretizar o referido direito fundamental, a Lei Complementar n.º 105/2001, que dispõe sobre o sigilo das operações realizadas por instituições financeiras, em seu artigo 1.º, estabelece que as instituições financeiras conservarão sigilo em suas operações ativas e passivas. O sigilo bancário, na lição de Sérgio Carlos Covello, possui, portanto, uma dupla acepção: de um lado, confere ao indivíduo o direito ao segredo das informações que lhe são concernentes; e, para a instituição financeira, a correspondente obrigação de guarda das informações relativas ao indivíduo, obtidas no desempenho de sua atividade-fim¹⁰. Ocorre que, como disposto no mencionado artigo 5.º, XII, da Constituição da República, o direito à proteção de informações sigilosas, tal qual os demais direitos fundamentais, não é absoluto, podendo ser afastado e, conforme entendimento da Suprema Corte, sua quebra sequer está condicionada às hipóteses constitucionais de reserva de jurisdição, bastando a previsão legal (STF, 2ª Turma, RE 261.278 AgR/PR, Rel. Min. Gilmar Mendes, j. 01.04.2008, DJe 31.07.08.). Nesse sentido, foi editada a Lei Complementar n.º 105, que disciplina o sigilo das operações de instituições financeiras e **prevê diversas hipóteses de acesso a dados bancários independentemente de prévia autorização judicial**. Assim sendo, é lícito concluir que o sigilo de dados bancários está longe de se constituir em direito absoluto, sobretudo para práticas de atos ilícitos, bastando para a sua quebra **expressa autorização legal**, tal qual conferida pelas Leis Complementares n.º 75/93 e 105/01 ou, na sua ausência, mediante ordem judicial.

É certo dizer, ainda, que mesmo não sendo absoluto, o sigilo bancário recai sobre o patrimônio e os dados a ele relativos que se confia a uma instituição financeira, na medida em que este é um dos aspectos importantes da personalidade, principalmente, no contexto da ordem econômica vigente. **No entanto, se a existência**

⁹BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Direitos Fundamentais em espécie, in MENDES, Gilmar Ferreira; COELHO, Inocêncio Mártires; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de Direito Constitucional, 4ª ed., São Paulo: Saraiva, 2009, p. 428.

¹⁰COVELLO, Sérgio Carlos. O sigilo bancário: Doutrina, Legislação e Jurisprudência. 2.ed. São Paulo: Liv e Ed. Universitária do Direito, 2001. p. 83.



desse direito é certo em relação aos particulares, tal não ocorre da mesma forma em relação às pessoas jurídicas que compõem a Administração Pública. Isso porque, mesmo que tais órgãos e entes possam invocar alguns direitos fundamentais em sua defesa – por exemplo, direito ao devido processo legal, inafastabilidade de jurisdição etc. –, essa possibilidade é restrita a situações muito peculiares.

Com efeito, doutrina e jurisprudência – inclusive do Direito Comparado – são assentes no sentido de que é excepcionalíssima a possibilidade de o Poder Público figurar como sujeito ativo de direitos e garantias fundamentais. Por natureza, essas categorias jurídicas (direitos e garantias fundamentais) foram concebidas para proteger o cidadão contra o arbítrio estatal, coibindo o abuso do poder. **Cuida-se, portanto, de instrumentos a serem utilizados frente o Estado, e não a seu favor.** Seguindo essa linha de raciocínio, o Supremo Tribunal Federal, no julgamento do MI 595, assentou que os entes públicos não possuem legitimidade ativa para impetrar mandado de injunção, pois esta é uma garantia fundamental voltada exclusivamente à proteção do cidadão e entes públicos não podem invocar em seu favor garantias destinadas à salvaguarda do cidadão.

Destarte, como pontua o Juiz Federal George Marmelstein¹¹, citando Schwab, a Corte Constitucional alemã também é, a princípio, contrária à titularidade de direitos e garantias fundamentais por pessoas jurídicas de direito público. Relativiza-se essa proibição apenas quando o ente público está em uma situação de sujeição a outro Poder, como por exemplo, no processo judicial, terreno em que se garante à parte – ainda que seja uma pessoa jurídica de direito público – o direito ao devido processo legal e seus corolários. Nessa situação – lide submetida à apreciação do Poder Judiciário – é perfeitamente plausível admitir que o ente público seja titular de direitos e garantias fundamentais.

Todavia, o mesmo não se pode dizer em relação ao sigilo bancário, garantia concebida para a proteção da vida privada e da intimidade das pessoas físicas e jurídicas de direito privado. Ora, os entes públicos que têm ativos custodiados em contas bancárias não possuem direito à intimidade e à vida privada, pois esses direitos fundamentais são inconciliáveis com regime jurídico administrativo-constitucional que a Constituição da República prevê para os entes públicos. E igual raciocínio vale para entidades filantrópicas mantidas com recursos públicos e cuja razão de ser e existir é prestar serviços de relevância pública (como o caso do estabelecimento hospitalar em foco– Hospital Cirurgia, e o papel que desempenha há anos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS).

¹¹ MARMELSTEIN, George. Curso de Direitos Fundamentais. Editora atlas, 2008.



Deveras, nesse sentido, a disposição do artigo 37, *caput*, da Constituição da República prescreve que “a administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, **publicidade** e eficiência”. Dentre esse rol de princípios, possui especial relevo o **princípio da publicidade** que, pode-se dizer, possui dois principais aspectos: o primeiro, voltado aos atos administrativos, sendo, para parte da doutrina, requisito de existência deles, e não mera condição de validade ou eficácia; e o segundo e mais importante, diante da sua abrangência, como sinônimo de **transparência no agir estatal, de modo que em todos os assuntos relativos à Administração Pública a regra é a publicidade, sendo o sigilo exceção, a incidir apenas dentro das balizas impostas pela Constituição da República Federativa do Brasil.**

A esse respeito, valorosas são as palavras do ex-Ministro AYRES BRITTO, proferidas no voto-condutor da SS 3.902-AgR–segundo, que bem sintetizam o entendimento do Supremo Tribunal Federal no tema:

*“12. Início pelo juízo de que estamos a lidar com situação demandante de conciliação de princípios constitucionais em aparente estado de colisão. Aparente conflito, e não mais que isso. De um lado, faz-se presente, aí sim, o princípio da publicidade administrativa (caput do art. 37). **Princípio que significa o dever estatal de divulgação dos atos públicos. Dever eminentemente republicano, porque a gestão da ‘coisa pública’ (República é isso) é de vir à lume com o máximo de transparência. Tirante, claro, as exceções constitucionalmente abertas, que são ‘aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado (inciso XXXIII do art. 5º). Logo respeitadas que sejam as exceções constitucionalmente estampadas, o certo é que ‘todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade (...)’, conforme a 1ª parte redacional do mesmo art. 5º. Com o que os indivíduos melhor se defendem das arremetidas eventualmente ilícitas do Estado, enquanto os cidadãos podem fazer o concreto uso do direito que a nossa Constituição lhes assegura pelo § 2º do seu art. 72, verbis”.** (Os grifos realizados não constam na versão original).*

E, nesse quadrante normativo, é de meridiana clareza que todas as informações financeiras do Estado, incluindo suas movimentações bancárias, não são e nem podem ser acobertadas pelo sigilo, na medida em que os recursos são



espécie de bens públicos. Logo, existe inarredável interesse coletivo na sua ampla divulgação, em prestígio à transparência da coisa pública. Tais medidas se justificam pois o sigilo de informações não pode servir para acobertar a prática de ilícitos.

Cumpre trazer à colação os seguintes julgados:

“PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA. ACÓRDÃO FUNDAMENTADO. INEXISTÊNCIA DE NULIDADE. QUEBRA DO SIGILO BANCÁRIO E FISCAL. POSSIBILIDADE. 1. Hipótese em que o Ministério Público do Estado de Pernambuco ajuizou Ação Civil Pública por improbidade administrativa relacionada a fatos que também ensejaram denúncia criminal, em razão de suposta prática de sonegação fiscal, corrupção e lavagem de dinheiro. [...] 4. O art. 1º, § 4º, da Lei Complementar 105/2001 confere respaldo legal à determinação judicial de quebra do sigilo. De acordo com o seu teor, tal medida não se dirige apenas à apuração de crime, mas de "qualquer ilícito", o que evidencia a sua possível aplicação nas Ações de Improbidade, máxime quando relacionada a atividade também delituosa, como ocorre no caso. 5. Os sigilos bancário e fiscal, corolários do direito à privacidade, não são absolutos, nem se levantam como barreira de proteção à criminalidade, à corrupção e à sonegação fiscal. Por isso, podem ser excepcional e justificadamente flexibilizados, caso a caso, em prol do interesse público. Precedentes do STJ. 6. Recurso Especial não provido”. (STJ. Segunda Turma. RESP 200702443728. Relator: Ministro Herman Benjamin. Julgado em 18/06/2009. Pub.: Dje 30/09/2010) (Os grifos não constam no original).

“AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO ESPECIAL. TRIBUTÁRIO. QUEBRA DO SIGILO BANCÁRIO SEM AUTORIZAÇÃO JUDICIAL. CONSTITUIÇÃO DE CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS REFERENTES A FATOS IMPONÍVEIS ANTERIORES À VIGÊNCIA DA LEI COMPLEMENTAR Nº 105/2001. APLICAÇÃO IMEDIATA. ARTIGO 144, PARÁGRAFO 1º, DO CÓDIGO TRIBUTÁRIO NACIONAL. EXCEÇÃO AO PRINCÍPIO DA IRRETROATIVIDADE. RECURSO ESPECIAL REPRESENTATIVO DE CONTROVÉRSIA. ARTIGO 543-C DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. IMPROVIMENTO. 1. "1. [...]. 2. O § 1º, do artigo 38, da Lei 4.595/64 (revogado pela Lei Complementar 105/2001), autorizava a quebra de sigilo bancário, desde que em virtude de determinação judicial, sendo certo que o acesso às informações e esclarecimentos, prestados pelo Banco Central ou pelas instituições financeiras, restringir-se-iam às partes legítimas na causa e para os fins nela delineados. (...) 13. Destarte, o sigilo bancário, como cediço, não tem caráter absoluto, devendo ceder ao princípio da moralidade aplicável de forma absoluta às



relações de direito público e privado, devendo ser mitigado nas hipóteses em que as transações bancárias são denotadoras de ilicitude, porquanto não pode o cidadão, sob o alegado manto de garantias fundamentais, cometer ilícitos. Isto porque, conquanto o sigilo bancário seja garantido pela Constituição Federal como direito fundamental, não o é para preservar a intimidade das pessoas no afã de encobrir ilícitos. 14. O suposto direito adquirido de obstar a fiscalização tributária não subsiste frente ao dever vinculativo de a autoridade fiscal proceder ao lançamento de crédito tributário não extinto." (REsp nº 1.134.665/SP, Relator Ministro Luiz Fux, in DJe 18/12/2009, sob o rito dos recursos repetitivos). 2. Agravo regimental improvido". (STJ. Primeira Turma. AgRESP 1174205. Relator: Ministro Hamilton Carvalhido. Julgado em 17/08/2010. Pub.: Dje 01/10/2010). (grifou-se).

Há que se salientar, portanto, que a guarda das informações somente se justifica pela sigilosidade dos dados, razão pela qual o segredo não é devido a informações desprovidas de qualquer grau de restrição, tais quais as de caráter público. Assim sendo, a presente discussão cinge-se à determinação sobre se há ou não sigilo em relação às contas destinadas *exclusiva ou majoritariamente* ao recebimento de recursos públicos. Vale ressaltar que não se busca legitimar, aqui, atribuição dos órgãos de controle e fiscalização para obter dados sigilosos sem ordem judicial de quebra de sigilo bancário, mas sim obter informações que não são sigilosas.

Ora pois, no âmbito do interesse público primário, vale o princípio da publicidade, porquanto premissa em que se funda a Administração Pública, conforme dispõe o artigo 37, *caput*, da Constituição da República. No lapidar magistério de Celso Antônio Bandeira de Mello¹²: "*Consagra-se nisto o dever administrativo de manter plena transparência em seus comportamentos. Não pode haver em um Estado Democrático de Direito, no qual o poder reside no povo (art. 1º, parágrafo único, da Constituição), ocultamento aos administrados dos assuntos que a todos interessam, e muito menos em relação aos sujeitos individualmente afetados por alguma medida*" (Grifou-se).

Imagine-se quando se está a tratar, como na presente demanda, das contas públicas da saúde, cuja gestão está marcada (conforme revelado nos autos) por significativa e sucessiva série de irregularidades de toda ordem. Cabe reiterar que, também em relação às movimentações financeiras do estabelecimento hospitalar não há de se falar em sigilo algum a ser preservado. Caso

¹²MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de Direito Administrativo. 28.ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2011. p. 99.



contrário, as contratações dessa jaez (verdadeiras terceirizações) implicariam subterfúgio estatal para evitar a **transparência e publicidade** que deve ser conferida à aplicação dos recursos públicos, notadamente na área da saúde.

E a respeito cabe acrescentar que “[...] *um dos efeitos mais relevantes do dever de publicidade que inviabilizam o sigilo das decisões administrativas é o efeito inibitório. A ciência da sociedade tende a inibir a prática de irregularidades em razão da possibilidade de repressão das ilicitudes e desvios, o que faz desse princípio um elemento favorável à redução de práticas ilegais*”¹³ (Grifou-se).

Daí porque o dever de prestar contas figura como norma da mais elevada hierarquia, prevista no artigo 70, parágrafo único, da Carta Magna, imputável a todo aquele que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária. Note-se que o dever de prestar contas, porquanto fundamento do Estado Democrático de Direito, é incompatível com o sigilo absoluto de informações, inclusive as bancárias. Ademais, a prestação de contas não pode se resumir a algo formal, porquanto é devida, em verdade, a toda a população.

Eis o Texto Constitucional:

“(...) Art. 70. A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

Parágrafo único. Prestará contas qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assumam obrigações de natureza pecuniária. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 19, de 1998) (...)”.

¹³MARINELA, Fernanda. Direito Administrativo. 5.ed. Niterói: Impetus, 2011. p. 40.



No mais, em que pese o caráter público das aludidas informações já ser suficiente para afastar o suposto sigilo bancário, a natureza do titular das contas bancárias específicas, qual seja, pessoas jurídicas de direito público, sujeitas ao regime de Direito Administrativo e, portanto, ao dever de prestar contas, corrobora a inexistência de sigilosidade no que tange aos dados constantes de contas bancárias destinadas exclusivamente à movimentação de recursos públicos, pertencentes a toda sociedade.

Com efeito, ainda que os referidos dados estivessem sob qualquer espécie de sigilo, este seria afastado pelo dever de prestar contas, corolário dos princípios da publicidade e da transparência, regentes do Estado democrático de Direito.

E corroborando o cenário narrado, **os Tribunais Pátrios vêm adotando posicionamento no sentido de que o acesso a contas bancárias destinadas ao repasse de verbas públicas não configura violação ao sigilo bancário.** Nesta senda, confira-se recente acórdão do Tribunal Regional Federal da 5ª Região sobre o tema:

“PROCESSUAL CIVIL E CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. SIGILO BANCÁRIO. LEGITIMIDADE ATIVA. LIMITE TERRITORIAL DA COISA JULGADA. 1. Sentença que acolhe pretensão formulada em ação civil pública, para obrigar instituição financeira a fornecer ao Ministério Público Federal, quando requisitados, os dados relativos a contas bancárias abertas como sendo de natureza privada, mas que tenham creditamento de recursos públicos por meio de convênio, sob pena de ser arbitrada multa diária no valor de R\$5.000,00. 2. Apelação alegando: a) inadequação da via processual; b) formulação de pedido nocivo ao patrimônio público; c) perda de interesse processual superveniente; d) dever de sigilo com relação a contas bancárias particulares; e) descabimento da astreinte e irrazoabilidade do valor para ela arbitrado; e f) restrição da coisa julgada à Comarca de Mossoró. 3. Parecer da Procuradoria Regional Federal opinando pelo não provimento da apelação. 4. O Ministério Público tem legitimidade para propor ação civil pública em defesa do patrimônio público (Constituição Federal, art. 129, inciso III, Súmula nº 329 do STJ). 5. Como meio de desestimular o descumprimento do provimento jurisdicional eventualmente concedido, o pedido de astreinte constitui, longe de uma ameaça, uma garantia a mais ao patrimônio público cuja proteção se busca nesta ação. 6. O Ministério Público não precisa recorrer ao Judiciário para obter, das instituições financeiras, informações sobre contas bancárias, mesmo privadas, em que hajam sido depositados recursos públicos. Hipótese que o fornecimento das informações requeridas



não configura violação ao dever de sigilo bancário. Precedente do STF (MS nº 21.729, Pleno, Rel. p/ acórdão Min. Néri da Silveira, DJ 19/10/01, p. 33). 7. A aplicação das astreintes deve nortear-se pelos princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, de modo que sua expressão monetária seja suficiente para desestimular a inércia injustificada do sujeito passivo em cumprir a determinação do juízo, mas sem se converter em fonte de enriquecimento do autor/exequiente (REsp nº 1.112.862/GO, STJ, Primeira Seção, Min. Humberto Martins, DJe 4/5/11, julgado representativo da controvérsia). Multa diária condizente com as peculiaridades do caso. 8. A sentença na ação civil pública faz coisa julgada erga omnes nos limites da competência territorial do órgão prolator, nos termos do art. 16 da Lei n. 7.347/85, com a novel redação dada pela Lei 9.494/97 (AgRg nos EREsp nº 253.589/SP, Corte Especial, Min. Luiz Fux, DJe 1º/7/08). 9. Apelação provida, em parte, para restringir os efeitos do provimento jurisdicional ao território da Subseção Judiciária de Mossoró”. (TRF5. Primeira Turma. Apelação Cível n. 497345-RN. Relator: Desembargador Manoel Erhardt. Julgado em 10/01/2013) (Os grifos realizados na constam na versão original).

É, pois, escorreta a colegiada decisão acima transcrita, posto que homenageia os princípios da publicidade e da transparência, essenciais, como dito, num Estado democrático de Direito que busca zelar pelos valores fundamentais de cidadãos/ãs.

E em idêntica linha, tem-se decisões monocráticas também corroborando o entendimento aqui delineado, no verbo:

“Sentença

EMENTA. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. REQUISICÃO MINISTERIAL DIRETA. DADOS BANCÁRIOS. MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS EM CONTAS PÚBLICAS. ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. PRINCÍPIO DO SIGILO BANCÁRIO. ÂMBITO DE PROTEÇÃO. PREVALÊNCIA DO PRINCÍPIO DA PUBLICIDADE. PROCEDÊNCIA DO PLEITO AUTORAL. - O direito ao sigilo bancário não se encontra albergado pela garantia da reserva de jurisdição, o que leva a inferir que outros entes, desde que legalmente autorizados mediante lei complementar, possam obter informações acerca da vida bancária de um correntista, mormente se esse eventual acesso venha a atender ao interesse público. - A tutela constitucional do segredo bancário há de ceder, pela princípio da ponderação de bens e valores igualmente tutelados pela Lex Mater, diante do interesse público maior da fiscalização do Ministério Público em obter informações acerca das operações e movimentações realizadas em instituições financeiras, pertinentes a recursos de



natureza eminentemente pública, por ser inerente aos seus objetivos institucionais a defesa do patrimônio revestido desta jaez. - O âmbito de proteção do direito ao sigilo bancário não alcança a atuação de modo a impedir o Ministério Público de ter acesso direto a dados ou informes bancários relativamente a contas públicas, na medida em que a sua lei orgânica (Lei Complementar nº 75/93) e a própria Carta Política de 1988 (art. 129, III) atribuem ao órgão ministerial a missão de tutelar o acervo patrimonial público. - O interesse traduzido no zelo da proteção patrimonial pública deve preponderar sobre o direito das pessoas jurídicas de direito público de não terem sua movimentação bancária investigada, uma vez que o postulado da publicidade administrativa, consagrado no art. 37 da Constituição, garante transparência e divulgação da atuação administrativa como forma de propiciar o controle dos seus agentes. Procedência do pedido”. (JF/RN. Processo 0000234-34.2011.4.05.8402. 9a. Vara Federal. Sentença publicada no D.O.E em 30/09/11, pág.11/12 – Grifou-se).

“Decisão liminar (...) Ante o exposto, presentes os requisitos autorizadores, DEFIRO o pedido liminar postulado na inicial, para determinar o Banco do Brasil S/A que forneça ao Ministério Público Federal as informações referentes a contas bancárias destinadas exclusivamente ao repasse de verbas públicas federais, quando requisitado, até decisão final deste juízo”. (JF/AM. Processo nº 0004042-76.2013.4.01.3200. Juíza Federal Maria Lúcia Gomes de Souza. 3a. Vara Federal. Processo eletrônico. Decisão inclusa em 07/03/2013 19:25:20 – Grifou-se).

Depreende-se, pois, que não resta óbice legal, sequer sob a alegação de sigilo bancário, que justifique o não fornecimento de informações relativas a contas bancárias destinadas ao recebimento de verbas públicas, daí por que merece acolhida a pretensão dos Ministérios Públicos, notadamente em defesa da saúde da população.

Outrossim, curial reprimir que os órgãos de controle e fiscalização debruçam-se sobre a atuação dos administradores públicos que, conforme explanado alhures, submetem-se ao princípio constitucional da publicidade. Portanto, no âmbito da atividade fiscalizatória trabalha-se com dados e informações de interesse coletivo ou geral, necessários à verificação da escorreita e eficiente aplicação dos recursos públicos destinados à consecução das políticas públicas: no caso, relacionadas à sensível área da saúde.



6) DA ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA

A **previsão de concessão de liminar** está prevista no artigo 12 da **Lei de Ação Civil Pública** (Lei nº 7.347/1985), que dispõe: **“poderá o juiz conceder mandado liminar, com ou sem justificação prévia, em decisão sujeita a agravo”**. Os contornos deste dispositivo legal devem ser complementados pelo artigo 84, §3º do **Código de Defesa do Consumidor – CDC**, que, disciplinando a antecipação dos efeitos da tutela em sede processual coletiva, explicita:

“Art. 84. Na ação que tenha por objeto o cumprimento da obrigação de fazer ou não fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao do adimplemento.

§ 3º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, citado o réu.”

O **novo Código de Processo Civil, Lei 13.105/2015**, a seu turno, prevê a concessão de tutela provisória de urgência de natureza cautelar ou satisfativa (antecipada). Em ambas as espécies, é possível a concessão da medida está sujeita a presença de **“elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo”**, conforme redação do artigo 300, *caput*, NCPC. Em linhas gerais, as tutelas provisórias de urgência fundamentam-se na **fumaça do bom direito** e no **perigo da demora**. Ocorre, entretanto, que a tutela provisória antecipada exige o preenchimento de pressuposto específico: **a reversibilidade dos efeitos da decisão antecipatória** (artigo 300, §3º, CPC). **No que diz respeito a este último pressuposto, a mais balizada doutrina compreende situações excepcionais em que é possível (e necessária) a mitigação do referido requisito a fim de proteger a parte requerente. Não raro ocorrem casos em que, mesmo sendo irreversível a tutela provisória pleiteada, o seu indeferimento pode causar consequências extremamente gravosas ao demandante.** Não conceder a tutela provisória satisfativa para a efetivação do direito à saúde sob o escopo da impossibilidade de reversão da decisão antecipatória pode ocasionar, por exemplo, a consequência irreversível de contínua desassistência, como no caso em tela, podendo levar inclusive à morte um sem número de cidadãos e cidadãs.

Via de consequência, como regra, em razão da urgência e da probabilidade do direito da parte suplicante, deve-se priorizar o direito fundamental a efetividade do pleito jurisdicional em detrimento da segurança jurídica da parte ré. Cabe ao julgador ponderar os respectivos valores no caso em concreto de forma a assegurar aquele de maior relevância. A



fim de abrandar os prejuízos da segurança jurídica, é possível exigir uma caução prévia a concessão da medida (art. 300, §1º), garantindo, assim, uma reparação em pecúnia.

Noutro turno, os pressupostos da probabilidade do direito e do perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo são de observância obrigatória. Primeiramente, a probabilidade do direito refere-se à plausibilidade fática e jurídica dos pedidos invocados na exordial. A fumaça do bom direito, pois, refere-se aos elementos que evidenciem verossimilhança dos fatos narrados, ou seja, aos fatos que são incontroversos, notórios ou presumíveis, juntamente a possibilidade de subsunção dos fatos ao ordenamento jurídico pátrio. O perigo da demora, pois, justifica-se pela impossibilidade de aguardar o término da demanda para entregar a tutela jurisdicional, uma vez que a demora processual certamente acarretará dano irreversível ou de difícil reparação à parte. Dessa forma, para concessão da antecipação da tutela, mister estarem presentes o relevante fundamento da demanda e o justificado receio de ineficácia do provimento final. Em outras palavras, **devem estar presentes (e estão) a fumaça do bom direito e o perigo na demora.** De qualquer forma, também se mostrará que a medida pleiteada é reversível.

A um, quanto à **fumaça do bom direito**, está exaustivamente demonstrada a partir dos elementos trazidos nesta peça vestibular, embasada nos documentos e informações que a instruem, fruto de diuturnas e extensas apurações levadas a efeito pelos Ministérios Públicos (Federal, Estadual e do Trabalho) e órgãos de controle como TCE/SE, TCU e CGU. Deveras, a falta de transparência no emprego de recursos públicos, as divergências reiteradas entre o gestor municipal da saúde e o estabelecimento hospitalar, a ausência de efetiva regulação dos serviços, entre outros problemas, causam e o/ou agravam, há anos, e a todo momento, reiterada desassistência à saúde da população sergipana.

A dois, o **perigo da demora**, por sua vez, exsurge da indefinição que se prolonga, desde junho/2017, quanto à renovação (e seus termos) da relação contratual do poder público (seja municipal, seja estadual, embora, de qualquer forma, envolva recursos dos três entes federados: 60% da União, 30% do Estado e 10% do Município) com o estabelecimento hospitalar. O contrato, que expirou há mais de quatro meses, vem sendo prorrogado sucessivamente; os embates quanto a pagamentos persistem e a população continua sendo prejudicada com a paralisação de serviços, atendimentos, cirurgias etc, agravando ainda mais o cenário da saúde pública. Como cediço, na sensível área da saúde, até os minutos são importantes, pois envolvem o limiar entre a vida e a morte, além do agravamento de doenças de toda ordem. É fundamental que medidas efetivas sejam determinadas com a extrema urgência que o caso requer.

Por fim, a **reversibilidade da medida** aqui pleiteada é superável, tendo em vista que a qualquer momento, eventuais determinações dessa DD. Justiça Federal podem ser



revistas sem causar qualquer impacto significativo aos demandados, uma vez que o que se pleiteia nesta Ação Civil Pública é justamente que obrigações constitucionais, legais e contratuais sejam devidamente observadas e cumpridas em favor da saúde da população.

É IMPERIOSA A CONCESSÃO DE TUTELA ANTECIPADA A FIM DE QUE A SITUAÇÃO MENCIONADA SEJA CORRIGIDA PELO PODER JUDICIÁRIO.

7) DOS PEDIDOS LIMINARES

7.1) À luz do exposto, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SERGIPE** e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO** requerem, a esse DD. Juízo Federal, a **concessão de tutela provisória de urgência de natureza satisfativa (antecipada)** determinando-se:

7.1.1) à **UNIÃO** que:

- a) suspenda, imediatamente, a gestão plena na saúde do Município de Aracaju-SE em relação ao estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia), se abstendo de fazer qualquer repasse de recursos financeiros (destinados a custear os serviços do referido hospital) ao ente municipal;
- b) retenha, a cada mês, 20% dos recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) destinados a Aracaju-SE¹⁴, nos próximos 90 (noventa) dias, prazo no qual a União, em conjunto com o Estado de Sergipe, deverá avaliar as deficiências da gestão plena da saúde da capital sergipana (relacionadas ao estabelecimento hospitalar - Hospital Cirurgia), inclusive apresentando proposta, perante o Juízo Federal, de aplicação dos recursos retidos de modo a garantir continuidade às ações e serviços de saúde em favor da população sergipana (referente às responsabilidades, inclusive trabalhistas e tributárias, não cumpridas pelo ente municipal enquanto gestor pleno e no que se refere à relação com o Hospital Cirurgia);

¹⁴ O valor da retenção será de cerca de R\$ 4 milhões por mês, nos termos dos dados oficiais da própria municipalidade de Aracaju-SE; informações em http://transparencia.aracaju.se.gov.br/archives/repasses_receitas/fpm/fpm_2017.pdf, acesso em 02/11/2017. **O pedido de retenção é pelo fato de o ente municipal não estar honrando pagamentos, de forma reiterada, fator que impulsiona a desassistência à população. Vale lembrar que R\$ 4 milhões não é suficiente nem mesmo para cobrir o gasto mensal previsto no contrato entre o estabelecimento hospitalar e a municipalidade, que varia de R\$ 5 a 6 milhões** (ata de reunião – fls. 516 do IC).



- c) auxilie, de forma técnica e financeira e sob os moldes que se mostrarem necessários, o Estado de Sergipe a garantir a prestação dos serviços pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia) em favor da população;
- d) habilite o Estado de Sergipe como gestor pleno em relação aos serviços prestados (e a serem prestados) pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia), devendo o ente federal repassar ao ente estadual os recursos financeiros respectivos, até ordem em contrário desse Juízo Federal; e
- e) informe a esse Juízo Federal, em até 30 (trinta) dias, e de forma detalhada, os valores de recursos federais repassados para os serviços prestados pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia) nos últimos 2 (dois) anos, devendo apresentar, em igual prazo, os relatórios de fiscalização realizados a respeito do emprego dessas verbas públicas.

7.1.2) ao ESTADO DE SERGIPE que:

- a) proceda à regulação de todos os serviços e/ou procedimentos que venham a ser executados, no Hospital Cirurgia, via Sistema Único de Saúde – SUS, devendo apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias e perante esse Juízo Federal, cronograma de implementação;
- b) adote medidas de ampla e irrestrita transparência quanto às regras de regulação e, principalmente, quanto às filas presentes e futuras para cada serviço e/ou procedimento a ser executado, no Hospital Cirurgia, via Sistema Único de Saúde – SUS, devendo apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias e perante esse Juízo Federal, cronograma de implementação;
- c) realize auditoria, de caráter técnico, econômico e financeiro, no Hospital Cirurgia, no que se refere aos serviços/procedimentos executados via Sistema Único de Saúde – SUS, em relação aos últimos 02 (dois) anos, do período mais recente ao mais distante, devendo apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias e perante esse Juízo Federal, cronograma dos trabalhos;
- d) informe a esse Juízo Federal, em até 30 (trinta) dias, e de forma detalhada, os valores de recursos estaduais repassados para os serviços



prestados pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia) nos últimos 2 (dois anos), devendo apresentar, em igual prazo, os relatórios de fiscalização realizados a respeito do emprego dessas verbas públicas.

7.1.3) ao MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE:

a) colabore efetivamente e não crie óbices à União e ao Estado de Sergipe, nos termos em que decidido pelo Juízo Federal, de modo que não ocorra descontinuidade nos serviços prestados (e a serem prestados) pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia) à população sergipana;

b) apresente ao Juízo Federal, no prazo de 15 (quinze) dias, as regras de regulação e, principalmente, as filas existentes (com identificação de todos os usuários que estão à espera e há quanto tempo esperam) para cada serviço e/ou procedimento a ser executado, no Hospital Cirurgia, via SUS;

c) ceda ao Estado de Sergipe, imediatamente e pelo prazo de 90 (noventa dias), todos os servidores públicos que hoje atuam de modo a garantir a prestação dos serviços pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia), de modo que não ocorra desassistência à saúde da população;

d) informe a esse Juízo Federal, em até 30 (trinta) dias, e de forma detalhada, os valores de recursos municipais repassados para os serviços prestados pelo estabelecimento hospitalar (Hospital Cirurgia) nos últimos 2 (dois anos), devendo apresentar, em igual prazo, os relatórios de fiscalização realizados a respeito do emprego dessas verbas públicas.

7.1.4) à FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA, na condição de entidade filantrópica atuante no SUS, que:

a) proceda à rescisão de qualquer contrato existente com prestadores que interromperem os serviços, notadamente os de urgência e emergência,



devendo apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias e perante esse Juízo Federal, cronograma dos trabalhos realizados e a realizar;

b) informe e obtenha autorização, perante o Ministério da Saúde (ou outro órgão que seja competente), sobre quaisquer serviços prestados por terceiros no âmbito do estabelecimento hospitalar, devendo rescindir, de imediato, qualquer relação contratual que esteja em desacordo com as normas regulamentadoras do SUS e das entidades filantrópicas; igualmente, deve o Hospital Cirurgia apresentar, no prazo de 15 (quinze) dias e perante esse Juízo Federal, cronograma dos trabalhos realizados e a realizar;

c) não realize, no âmbito do SUS, qualquer serviço e/ou procedimento sem prévia regulação do gestor público competente, à exceção de casos de urgência e emergência, os quais passarão por posterior auditoria pública;

d) adote as medidas necessárias, em todos os seus setores, para a obtenção de alvará sanitário perante a autoridade competente, devendo apresentar, perante esse Juízo Federal, em 15 (quinze) dias, cronograma dos trabalhos;

e) se abstenha de destinar leitos (e quaisquer espaços outros) contratados com o SUS para finalidade diversa (convênios, etc);

f) efetue todas as providências necessárias para garantir condições adequadas aos trabalhadores da saúde que atuam no estabelecimento hospitalar (ambiente do trabalho), inclusive regularização de passivos trabalhistas, devendo apresentar, perante esse Juízo Federal, no prazo de 15 (quinze) dias, cronograma dos trabalhos realizados e a realizar;

g) regularize as inconformidades detectadas pelos órgãos de controle, TCE/SE, TCU e CGU (constantes desta peça inaugural e anexos), devendo apresentar, perante esse Juízo Federal, no prazo de 15 (quinze) dias, cronograma dos trabalhos realizados e a realizar.

Requer-se, ainda, a título cominatório, a imposição de multa em valor não inferior à quantia de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), por obrigação eventualmente descumprida, e por dia de atraso injustificado, a cada parte demandada, a ser revertida para o Fundo de Direitos Difusos, à luz do artigo 13 da Lei nº 7.347/85.



ACESSO A CONTAS DA SAÚDE – AINDA PEDIDO LIMINAR

7.2) A respeito da necessária **abertura (e acesso) das contas da saúde** relacionadas ao caso concreto, os **MINISTÉRIOS PÚBLICOS** requerem **seja deferido, também liminarmente, por esse Juízo Federal**, o acesso a todas contas públicas da saúde do **MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE** e da **FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA**, nos seguintes termos:

REQUERIMENTO – INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

É válido selar que, considerando a dificuldade operacional de se processar e analisar os pedidos contendo informações bancárias, foi constituída, na Procuradoria Geral da República, a Secretaria de Pesquisa e Análise (SPEA/PGR) que, dentre outras atribuições, processa todos os dados bancários objeto de apuração pelo Ministério Público Federal, desde que as informações sejam encaminhadas no formato tecnológico adequado, que já é de conhecimento das principais instituições bancárias estabelecidas no País.

Assim, a partir do momento em que se verificou a necessidade de se obter o acesso aos dados bancários (movimentações de contas públicas), foi protocolado na SPEA/PGR o Pedido de Cooperação Técnica SPEA, sob **nº. 001-MPF-002981-84**.

A metodologia operacional para análise dos dados bancários encontra-se devidamente descrita no Memorando de Instrução - MI 001 – SPEA/PGR, disponível no endereço eletrônico <https://asspaweb.pgr.mpf.gov.br>. O pedido de acesso às informações da saúde (correspondente ao caso em exame), vale dizer, engloba as contas de depósitos, contas de poupança, contas de investimento e outros bens, direitos e valores mantidos em Instituições Financeiras pelas pessoas jurídicas abaixo relacionadas, no período informado no quadro a seguir, **sendo sugerido o prazo de 30 (trinta) dias**, a contar da comunicação do Banco Central às instituições financeiras, para que cumpram a determinação:

	NOME	CNPJ	Período de Acesso
1	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – ARACAJU-SE (FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE)	11.718.406/0001-20	01/11/2015 a 01/11/2017
2	FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA	13.016.332/0001-06	01/11/2015 a 01/11/2017



Caso o acesso aos dados bancários das contas públicas seja deferido por Vossa Excelência, **REQUER seja oficiado ao Banco Central do Brasil** para que:

I - Efetue pesquisa no **Cadastro de Clientes do Sistema Financeiro Nacional (CCS)** com o intuito de comunicar exclusivamente às instituições financeiras com as quais os investigados têm ou tiveram relacionamentos no período em exame, acelerando, assim, a obtenção dos dados junto a tais entidades.

II - Transmita em 10 (dez) dias à **Secretaria de Pesquisa e Análise da Procuradoria Geral da República – SPEA/PGR**, observando o modelo de leiaute e o programa de validação e transmissão previstos no endereço eletrônico <https://asspaweb.pgr.mpf.gov.br>, cópia da decisão/ofício judicial digitalizado e todos os relacionamentos dos investigados obtidos no CCS, tais como contas correntes, contas de poupança e outros tipos de contas (inclusive nos casos em que o investigado apareça como co-titular), bem como as aplicações financeiras, informações referentes a cartões de crédito e outros produtos existentes junto às instituições financeiras.

III - Comunique imediatamente às instituições financeiras o teor da decisão judicial de forma que os dados bancários dos investigados sejam transmitidos diretamente à Secretaria de Pesquisa e Análise – SPEA/PGR, no prazo de 30 dias, conforme modelo de leiaute estabelecido pelo Banco Central na Carta-Circular 3.454, de 14 de junho de 2010 e determinado às autoridades judiciárias pela Corregedoria Nacional de Justiça por meio da Instrução Normativa nº 03, de 09 de agosto de 2010.

IV - Comunique imediatamente às instituições financeiras o teor da decisão judicial de forma que os dados bancários dos investigados sejam submetidos à validação e transmissão descritos no arquivo MI 001 – Leiaute de Sigilo Bancário, disponível no endereço eletrônico <https://asspaweb.pgr.mpf.gov.br>;

V – Informe às instituições financeiras que o campo “Número de Cooperação Técnica” seja preenchido com a seguinte referência: **001-MPF-002981-84** e que os dados bancários sejam submetidos ao programa “VALIDADOR BANCÁRIO SIMBA” e transmitidos por meio do programa “TRANSMISSOR BANCÁRIO SIMBA”, ambos disponíveis no endereço eletrônico <https://asspaweb.pgr.mpf.gov.br>;

VI – Em caso de dúvidas, o endereço eletrônico para contato com a Secretaria de Pesquisa e Análise - SPEA/PGR é: pgr-simba@mpf.mp.br, e para correspondências o endereço é o seguinte: PROCURADORIA GERAL DA REPÚBLICA – ANEXO III – SAS QUADRA 3 BLOCO J – BRASÍLIA-DF – CEP 70.070-925.



Requer, enfim, sejam os Ministérios Públicos autores autorizados a analisar os documentos/informações diretamente ou com auxílio da Polícia Federal, Controladoria-Geral da União - CGU, Tribunal de Contas da União – TCU, e Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS.

POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO – PEDIDO DIFERIDO

E também, caso não garantida, nos próximos 06 (seis) meses, a adequada e transparente prestação de serviços de saúde à população pelo Hospital Cirurgia, **os MINISTÉRIOS PÚBLICOS requerem** que esse DD. Juízo Federal determine:

7.3) à **UNIÃO** e ao **ESTADO DE SERGIPE** que, de forma singular e/ou conjunta, **decretem intervenção temporária no Hospital Cirurgia, requisitando e/ou ocupando seus bens e serviços nos termos da Constituição da República** (art. 5º, XXV) **e da legislação vigente** (Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, artigo 15, inciso XIII; Lei 8.666/93 – Lei de Licitações, artigo 78, incisos I; artigo 79 e inciso I; e artigo 80, incisos I e II, na forma do artigo 58, inciso V; conjugados com a Lei 7.783/89, artigo 10, inciso II) garantida a auto-executoriedade do competente decreto, uma vez que a propriedade deve atender sua função social (CF, art. 5º, XXIII e 170, III); e, como cediço, a função social da propriedade da Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia – FBHC sobre o estabelecimento hospitalar, seu prédio, instalações e equipamentos está histórica, cultural e socialmente ligada ao bom funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, neste Estado da Federação, o que se concretiza legal e juridicamente mediante a formalização de relação contratual, ano após ano, com o Gestor Pleno da Saúde da capital sergipana.



8) DOS PEDIDOS DEFINITIVOS

Ao final, **por sentença**, os **MINISTÉRIOS PÚBLICOS** requerem que sejam julgados procedentes os pedidos objeto de tutela provisória de urgência de natureza satisfativa (antecipada), condenando-se as partes demandadas em caráter definitivo.

9) DO PEDIDO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Requer-se a **designação de audiência de conciliação**, perante esse DD. Juízo Federal, para fins de possível solução conciliatória para o embate em tela.

10) DOS REQUERIMENTOS FINAIS

Requerem, por fim, os **MINISTÉRIOS PÚBLICOS**:

10.1) em caso de deferimento dos pedidos antecipatórios e definitivos, como medida de efetividade dos provimentos judiciais e de garantia do direito constitucional à saúde dos cidadãos sergipanos, a **intimação, em caráter urgente, dos requeridos nos endereços indicados no preâmbulo desta exordial, inclusive via fac-símile, e pessoalmente:**

10.1.1) do Ministro de Estado da Saúde;

10.1.2) do Governador do Estado de Sergipe;

10.1.3) do Prefeito do Município de Aracaju-SE.

10.2) a citação dos requeridos para que respondam à vertente demanda no prazo legal, sob pena de revelia, nos termos da legislação regente;

10.3) a juntada dos documentos digitalizados;



10.4) a produção dos meios de prova em direito admitidos, especialmente a juntada de documentos, a realização de perícias e inspeções judiciais e a oitiva de testemunhas que se mostrem úteis à causa.

Dá-se à presente causa o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

RAMIRO ROCKENBACH DA SILVA MATOS TEIXEIRA DE ALMEIDA
Procurador da República
Procurador Regional dos Direitos do Cidadão e da Cidadã em Sergipe

FÁBIO VIEGAS
Promotor de Justiça
Coordenador de Centro de Apoio Operacional da Saúde – CAOP – MP/SE

ALBÉRICO LUIS BATISTA NEVES
Procurador do Trabalho
Procuradoria Regional do Trabalho – 20.^a Região – Sergipe

RAYMUNDO LIMA RIBEIRO JÚNIOR
Procurador do Trabalho
Procuradoria Regional do Trabalho – 20.^a Região – Sergipe