

EXCELENTÍSSIMO(A) SR(A). DR. JUIZ(IZA) FEDERAL DA ____ VARA CÍVEL DA SEÇÃO
JUDICIÁRIA DO ESTADO DO TOCANTINS

URGENTE

Procedimento Preparatório n.º 1.36.000.000018/2019-11

O **Ministério Público Federal**, pela Procuradora da República signatária, em atuação conjunta com o **Ministério Público do Estado do Tocantins**, pela Promotora de Justiça firmada ao final, e com a **Defensoria Pública do Estado do Tocantins**, pelo Defensor Público que esta subscreve, valendo-se, respectivamente, das disposições elencadas nos arts. 127, 129, II e III, e art. 134 c/c com o art. 196, todos da Constituição Federal, e disposições similares da Leis Complementares Federais 75/93 e 80/94 e da Lei Complementar Estadual nº 55/09; da Lei nº 8.625/93 e da Lei Complementar Estadual nº 51/2008, e no ATO PGJ nº 085/2014, vêm, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, com espeque no art. 1º, inciso IV, c/c art. 3º e art. 5º, incisos I e II, (com a redação dada pela Lei Federal nº 11.448/2007), ambos da Lei Federal nº 7.347/85 e seu microssistema interconectado de tutela coletiva e difusa, vêm, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor **Ação Civil Pública de tutela cautelar em caráter antecedente**, em face do(a):

Estado do Tocantins, pessoa jurídica de direito público interno, representado em Juízo pela Procuradoria-Geral do Estado, com sede nesta Capital, na Praça dos Girassóis, s/nº, Esplanada das Secretarias, Plano Diretor, Centro, Palmas-TO, CEP: 77.001-002;

pelos fatos e fundamentos jurídicos que passam a aduzir:

I - Do objeto da demanda

1. A presente ação civil pública tem o objetivo evitar novas violações dos direitos

dos usuários dos serviços hospitalares geridos pelo réu, diante do grave risco de desassistência, ou ainda de perda da qualidade mínima do serviço, provocados pelo Ato Declaratório n.º 01/2019 do Governo do Tocantins.

2. Com efeito, através de tal ato, foram declarados extintos, a partir de 1º de janeiro de 2019, os Termos de Compromisso de Serviço Público de Caráter Temporário firmados com diversos os profissionais – todos os contratados do Estado – alcançando de forma desproporcional, e sem planejamento adequado, os hospitais públicos do Estado do Tocantins.

3. Em vez de realizar prévia análise dos recursos humanos disponíveis – destacando-se que a obrigação de dimensionamento já está inserida no objeto da Ação Civil Pública n.º 10058-73.2015.4.01.4300 - o Estado realizou a “declaração de extinção” dos contratos temporários de forma indiscriminada. Após, adotou a sistemática de, paulatinamente, publicar novos atos excluindo servidores dos efeitos do Ato Declaratório n.º 01/2019, a medida em que detectaram a imprescindibilidade de alguns contratos e o caos se instalava, violando o art. 7º da Lei n.º 8.080/90, a LC 141 e a Constituição Federal ao inobservar a força normativa dos princípios sanitários e, notadamente, o princípio do planejamento, com ações planejadas, primado inarredável para uma administração contínua e segura no âmbito da saúde pública, evitando a descontinuidade desse serviço essencial.

4. A sistemática adotada expôs a saúde da população a risco evitável, e os atos posteriores com diversas listagens de exclusão de servidores dos efeitos dos “cortes” não foi suficiente para regularizar o serviço, afetando não só os serviços habilitados perante a União, como o SUS como um todo.

II - Dos fatos

II.1 – Do Ato do Governo do Tocantins.

5. Em primeiro de janeiro de 2019 foram publicados, no Diário Oficial do Estado do Tocantins n.º 5.268, o Ato Declaratório n.º 001/2019¹ do Secretário de Estado da Administração que declarou extintos, a partir desta data, os Termos de Compromisso de Serviço Público de Caráter Temporário firmados pelo Estado.

6. Vale ressaltar que, na composição do **quadro de servidores que atuam nos serviços hospitalares** do Estado do Tocantins– especialistas ou não – **havia um percentual**

¹ Doc 02.

alto de contratados².

7. A título de exemplificação, o Hospital Geral de Palmas – HGP, maior hospital do Estado, foi inicialmente atingido em cerca de 52% do quadro total de servidores³. O Hospital e Maternidade Dona Regina – HDMR, à época, tinha 70% das escalas cobertas por profissionais contratados, nas unidades neonatais.⁴

8. Após o caos instalado, renúncias de Diretores Técnicos, inspeções dos órgãos de controle, foram publicadas algumas portarias excluindo alguns servidores do ato declaratório de 01 de janeiro de 2019. Entretanto, como se demonstrará a seguir, embora amenizado o problema, ainda persiste o risco de desassistência decorrência da falta de planejamento e há regulamentações do Ministério da Saúde descumpridas por ausência de pessoal.

II.2 – Dos fatos apurados no Procedimento Preparatório n.º 1.36.000.00018/2019-11

9. Consoante se verificou no bojo do Procedimento Preparatório n.º 1.36.000.00018/2019-11, instaurado nesta Procuradoria da República, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins (CRM-TO), após a publicação do referido Ato Declaratório, realizou vistoria no Hospital Geral de Palmas (HGP) e no Hospital Infantil Público de Palmas (HIPP) e constatou que a falta dos profissionais contratados, entre os quais se enquadraram 629 (seiscentos e vinte e nove) médicos, prejudicou demasiadamente o funcionamento dos hospitais e, por consequência, os atendimentos prestados aos seus pacientes.

10. Entre as irregularidades aferidas pelo CRM-TO no HGP⁵, destaca-se a constatação de médico na Sala Vermelha cumprindo plantão por mais de 36 horas, para não deixar os pacientes desassistidos, por falta de profissional para substituí-lo. Vários médicos exonerados não quiseram se ausentar do plantão (que estava planejado desde 15/12/2018 e não houve tempo para adequação da escala), para não deixar a população desassistida.

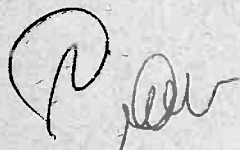
11. Já no HIPP, o CRM-TO encontrou uma médica cumprindo plantão há três dias, residentes sem preceptores e ausência de médico cirurgião substituto, assim

² O que, claramente, viola a regra do concurso público, fato que já está sendo objeto de análise no Ministério Público Estadual.

³ Doc 11.

⁴ Doc 37.

⁵ Doc 03.



como obteve a informação de que **80% dos profissionais da enfermagem que trabalhavam no hospital tiveram seus contratos extintos** e de que dos cinco cirurgiões pediátricos do hospital, três eram contratados⁶.

12. Saliente-se que, em 04 de janeiro de 2019, o Secretário de Estado da Administração publicou no Diário Oficial do Estado do Tocantins n.º 5.271⁷ a Portaria n.º 8/2019, que excluiu do Ato Declaratório n.º 001/2019 a relação de alguns profissionais que eram vinculados à Secretaria de Estado da Saúde, incluindo-se 386 (trezentos e oitenta e seis) médicos.

13. Posteriormente, o CRM-TO e o Conselho Regional de Enfermagem do Tocantins (Coren-TO) explanaram, em reunião⁸ realizada em 08/01/2019 nesta Procuradoria, que o retorno desses profissionais ainda é insuficiente para se garantir o funcionamento dos hospitais, já que estes, antes mesmo do Ato Declaratório referido, já estavam com deficit de pessoal em algumas áreas.

14. Ainda segundo esses Conselhos, **a falta de diversos profissionais nos hospitais, inclusive de Diretores Técnicos, está inviabilizando os atendimentos a ponto de instalar verdadeiro caos na saúde do Estado.**

15. A mídia local, inclusive, passou a divulgar notícias⁹ de possível **desassistência nos hospitais, como os casos de morte dos fetos de Viviane Pimentel da Silva e de Samara Mateus Alves**, supostamente ocorridos por falta de médicos no Hospital e Maternidade Dona Regina. O CRM-TO registrou boletins de ocorrência¹⁰ para apuração criminal de tais fatos.

16. A Sociedade Tocantinense de Pediatria, em nota¹¹ de 06/01/2019, externou sua indignação à extinção dos contratos de médicos pelo Governo do Estado, registrando que, por essa razão, os hospitais de referência do Estado, como HGP, HIPP, HMDR estão com pacientes graves em risco.

17. Em vistoria realizada no HDMR¹², em 09/01/2019, este *Parquet* conferiu que, mesmo com o retorno de alguns profissionais da saúde, conforme publicações do Diário

⁶Doc. 6.

⁷Doc. 7.

⁸Doc. 13.

⁹Docs. 8 e 12.

¹⁰Docs. 4 e 5.

¹¹Doc. 10.

¹²Doc. 16.

Oficial do Estado de números 5.271 e 5.273 de 2019, muitos atendimentos estavam prejudicados, alguns até foram interrompidos como os do ambulatório relacionado ao banco de leite do Programa Rede Cegonha, pela falta de profissionais. A título de exemplificação, constatou-se que não havia profissional para manipular e distribuir o leite para os bebês da UCI no dia seguinte, a só havia lactarista no dia da vistoria porque um profissional com contrato rescindido atendeu a um pedido da administração.

18. Por sua vez, na vistoria do CRM-TO¹³, também em 09/01/2019, no HGP, embora tenha sido registrado pela administração que “a situação está equivalente ao estado anterior porém ainda não é o ideal”, aferiu-se que algumas irregularidades não foram sanadas, em especial: 6.1.3 falta de médico substituto em UTI; 6.1.5 fechamento da sala de AVC; 6.1.6 e 6.1.7 falta de pessoal de apoio (enfermagem e fisioterapia).

19. Neste contexto, o MPF recomendou¹⁴ ao Governador do Estado e ao Secretário de Estado da Administração que suspendessem os efeitos do **Ato Declaratório n.º 01/2019 para os profissionais que atuam nas unidades hospitalares, de modo a analisar, em conjunto com a área técnica, o dimensionamento adequado de pessoal de modo prévio a eventuais extinções de contratos temporários.** Eis o trecho final da recomendação:

“RECOMENDAR ao Governador do Estado do Tocantins, MAURO CARLESSE, e ao Secretário de Estado da Administração, EDSON CABRAL DE OLIVEIRA, que, imediatamente, **suspendam**¹⁵, ao menos em janeiro de 2019, os efeitos remanescentes do Ato Declaratório n. 01/2019 **para os profissionais que atuam nas unidades hospitalares**, de modo a analisar, em conjunto com a área técnica, o dimensionamento adequado de pessoal de modo prévio a eventuais extinções de contratos temporários.

Recomenda-se, ainda, que tais rescisões contratuais sejam implementadas de modo a somente ter efeito a partir da escala mensal subsequente, possibilitando o planejamento por parte das unidades e dos profissionais.

Ressalta-se que a presente recomendação dirige-se ao Governador do Estado e ao Secretário de Administração do Estado do Tocantins por tratarem-se dos agentes políticos que têm poder, atribuição e competência para a adoção das medidas recomendadas, bem como responsabilidade pela reparação ou prevenção do dano.

A partir da data da entrega deste expediente, o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL considera seus destinatários como pessoalmente cientes da situação ora exposta e, nesses termos, passível de responsabilização por quaisquer eventos futuros imputáveis a sua omissão.

20. O Secretário de Administração do Estado foi comunicado pessoalmente, em

¹³Doc. 19.

¹⁴Doc. 18.

¹⁵Ou tornem sem efeito.



reunião¹⁶ realizada em 09/01/2019, sobre as irregularidades constadas na instrução dos autos relativas à falta de pessoal nos hospitais do Estado.

21. Posteriormente, em resposta, o Secretário de Administração explanou que o retorno dos profissionais pelos atos publicados no DOE-TO de n.º 5.271 e n.º 5.273 de 2019 havia amenizado a falta de pessoal nos hospitais e que logo publicaria novo ato para garantir o retorno de mais profissionais ao quadro da saúde. Ou seja, não foi cumprida a recomendação.

22. Informou, ainda, que estava trabalhando na reestruturação administrativa da saúde do Estado, pois tem o objetivo de reduzir os contratos temporários e realizar concurso público no quadro na saúde para proporcionar maior estabilidade na prestação dos serviços.

23. Em 16/01/2019, foi publicado no DOE-TO n.º 5.279¹⁷ de 2019 a relação de mais profissionais que foram excluídos do Ato Declaratório n.º 01/2019.

24. Ocorre que, em nova vistoria realizada no Hospital Geral de Palmas, em 22/01/2019, constatou-se que, mesmo com o retorno de mais profissionais contratados, os serviços do hospital estão sendo prejudicados pela falta de profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, maqueiros, entre outros. **Em vários setores do hospital, as equipes estavam desfalcadas e alguns serviços também foram interrompidos por falta de profissionais, como a Sala de AVC**, conforme registros do relatório¹⁸. Também, a título de exemplificação, apurou-se **escala incompleta em UTI**, conforme será mais detalhadamente explanado.

25. Ainda em relação a esta vistoria, cabe destacar os seguintes trechos do relatório:

A vistoria iniciou pelo **pronto socorro do hospital, que compreende a Sala Vermelha e a Sala Amarela**. O Dr. Amílcar Cruz relatou que a equipe médica do pronto socorro era composta por 17 (dezessete) médicos, dos quais 11 (onze) eram contratados que tiveram os contratos extintos. Desses contratados, 3 (três) ainda não foram excluídos do Ato Declaratório n. 01/2019. **Segundo o médico, o número da equipe já era insuficiente para as demandas do pronto socorro e, com a redução de médicos, piorou ainda mais o quadro, fazendo com que os profissionais tenham que cumprir plantões de até 36 horas para tentar adequar a escala**. Relatou que na Sala Vermelha era para ter, no mínimo, quatro médicos por plantão e, no momento da vistoria, havia apenas dois. **Relatou que a falta de profissionais está atingindo hospitais de todo o Estado, fazendo com que mais pacientes do interior sejam encaminhados para HGP**,

¹⁶Doc. 17.

¹⁷Doc. 26.

¹⁸Doc. 29.

inclusive de Araguaína. Informou, como exemplo, que **os hospitais de Dianópolis e Porto Nacional estão sem ortopedistas.** Com o aumento do número de pacientes e a redução de profissionais, **os serviços do HGP estão prejudicados.** A equipe de enfermagem do pronto socorro relatou que é necessário ter, pelo menos, 9 (nove) enfermeiros para o setor e, no momento, estão com apenas 5 (cinco). Relataram que, segundo orientação do Conselho Federal de Enfermagem, é necessário ter 1 (um) técnico de enfermagem para cada dois leitos de pacientes intensivos e, hoje, no pronto socorro, há 16 (dezesesseis) pacientes, dos quais 9 (nove) ou 10 (dez) estão entubados, e apenas 2 (dois) técnicos de enfermagem.

(...)

Nos corredores se observou o retorno dos pacientes internados em macas, sem ambiente adequado.

Oncologia, foi informado que houve redução no quadro da enfermagem, que já tinha número insuficiente. Relataram que deveria ter 5 (cinco) enfermeiros para a Oncologia e, hoje, tem apenas 3 (três), assim como deveria ter 10 (dez) técnicos de enfermagem e tem apenas 5 (cinco). Foi ressaltado que as escalas há muito tempo são completadas com plantão extraordinário, estando sempre em risco, e agora com menos profissionais está mais difícil de serem atendidas. **Foi explanado que alguns medicamentos solicitados não estão sendo entregues no setor** e que, às vezes, os enfermeiros têm que descer até a farmácia central para pegar os medicamentos. Foi ressaltado que **vários maqueiros tiveram seus contratos extintos e não retornaram**, fato que está prejudicando o transporte de pacientes. Foi citado que **não havia maqueiro escalado no setor da oncologia na data da vistoria, então chamaram um maqueiro que estava de folga** para transportar um paciente que precisava fazer radioterapia. (..)

26. No mesmo sentido, o Ministério Público Estadual apurou que, no Hospital Regional de Araguaína, a falta de pessoal está impedindo a prestação regular dos atendimentos. Em reunião, realizada em 21/01/2019 na Promotoria de Justiça de Araguaína, foi relatado o seguinte¹⁹:

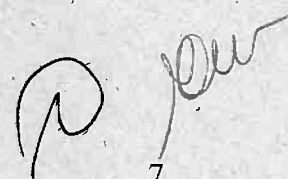
Que **a oncologia não tem como fechar a escala dos médicos a partir de hoje.** Que houve perda de 03 oncologistas contratados na escala. Que permaneceram apenas 02 oncologistas, sendo um de 40 e outro de 20 horas, não têm como fechar escolas (...) Que a **Dieta enteral ficou com apenas 01 servidor, impedindo o funcionamento noturno.** Que a **cirurgia eletiva terá que ser suspensa**, em razão das rescisões. Que os setores de faturamento e higienização ficaram prejudicados.

27. Após, foram publicados novos atos do governo, que resultaram no retorno de aproximadamente 52 (cinquenta e dois) profissionais da saúde, conforme DOE-TO n.º 5.284/2019²⁰, de 23/01/2019, e n.º 5.286²¹, de 25/01/2019, número insuficiente diante do que

¹⁹Doc. 28.

²⁰Doc. 34.

²¹Doc. 35.



7

já foi apurado no procedimento preparatório.

28. Em 23/01/2019, foi divulgado na mídia²² outro caso de óbito possivelmente relacionado à falta de médico, ocorrido no Hospital Regional de Gurupi (HRG).

29. Este é contexto atual da desorganização do serviço que já era problemático em inúmeras áreas, e piorou em razão da ausência de planejamento e dimensionamento de pessoal.

30. Registra-se que, durante a instrução do procedimento preparatório, foram requisitadas, a alguns hospitais e à Secretaria de Estado da Saúde, informações relevantes sobre o cumprimento das escalas e a manutenção dos serviços de saúde, após a perda dos contratados. Ocorre que poucas respostas foram apresentadas.

31. Em reunião, requisitou-se aos diretores do HGP e do HIPP dados relativos ao dimensionamento que poderiam expor a carência de servidores para a rotina dos serviços, assim como registros de eventuais óbitos ocorridos possivelmente por desassistência no início de janeiro e cópia das escalas.

32. O HIPP explanou que o dimensionamento dos profissionais de Enfermagem, com índice de segurança técnica, é de 59 (cinquenta e nove) enfermeiros, mas com a saída dos contratados haviam apenas 53 (cinquenta e três). Relatou, também, que a diferença de 1.312 (mil, trezentas e doze) horas de carga horária médica de assistência hospitalar teria que ser coberta com plantões extras.

33. Quanto ao HGP, houve mudança na diretoria e a resposta não foi apresentada.

34. Em 23/01/2019, oficiou-se à Diretoria Técnica do HGP²³, requisitando registros da composição e do funcionamento das comissões obrigatórias, em especial da Comissão de Óbitos, com a relação de óbitos ocorridos em janeiro e o comparativo de meses anteriores, mas a resposta também não foi apresentada. Tal requisição foi redirecionada ao Secretário de Saúde, em 29/01/2019.

II.3 – Das ações civis públicas com temas correlatos.

35. Irregularidades relacionadas aos serviços de saúde do Estado já foram objeto de outras ações judiciais propostas por estes autores.

²²Doc. 30.

²³Há informação não oficial que a Diretora Técnica também entregou o cargo.

36. Em 2013, foi proposta a **Ação Civil Pública n.º 6650-45.2013.4.01.4300**, em face do Estado do Tocantins e da União, com a finalidade de regularizar o **abastecimento** de medicamentos, insumos e materiais dos hospitais públicos do Estado.

37. Em 2015, ajuizou-se a **Ação Civil Pública n.º 10058-73.2015.4.01.4300**, em face do Estado do Tocantins e da União, objetivando, liminarmente, o retorno da realização das cirurgias eletivas, com respeito à ordem cronológica de internação dos pacientes, bem como a apresentação de plano de saúde com metas, prioridades e prazo para a organização da **gestão hospitalar** no Estado do Tocantins.

38. Ainda em 2015, o Ministério Público Estadual e a Defensoria Pública Estadual moveram a **Ação Civil Pública n.º 0006406-49.2015.827.2729** na Justiça Estadual, em face do Estado do Tocantins, para regularizar o atendimento de pacientes da **Neurologia**.

39. Em 2017, ajuizou-se a **Ação Civil Pública n.º 2050-39.2017.4.01.4300**, em face da União e do Estado do Tocantins, para garantir a regularização da assistência hospitalar, em específico para os pacientes que necessitam de atendimento em **Unidades de Terapia Intensiva** em leitos adultos e pediátricos.

40. O resultado útil almejado em todas essas ações está sendo impactado negativamente com a falta de pessoal nos hospitais.

41. Na vistoria realizada no HGP, constatou-se que o **abastecimento do hospital está sendo prejudicado**, porque não há servidores suficientes para alimentar os sistemas de controle do estoque:

Na farmácia central, foi informado que 9 (nove) assistentes tiveram os contratos extintos e 2 (dois) também saíram do quadro, porque tinham contratos não formalizados relativos aos meses de novembro e dezembro de 2018 e foram atingidos pelo Memorando Circular n. 01/2019. Foi constatado que, pela falta de assistentes, os farmacêuticos estavam separando medicamentos (cortando cartelas de comprimidos) e, com isso, **deixando de lançar registros no sistema sobre o estoque ou fazer outras atividades que efetivamente são de sua atribuição. Relataram que, também pela falta de assistentes, muitas farmácias serão fechadas**, a partir de amanhã. Registraram que, atualmente, há 32 assistentes lotados na farmácia, sendo que o número ideal é 72 profissionais.

42. Na mesma vistoria, obteve-se a informação de que não há servidores em número suficiente para atender devidamente os pacientes da UTI²⁴.

Na UTI, foi informado que o número de profissionais já era insuficiente antes do Ato Declaratório n. 01/2019 e, com a diminuição dos contratados, ficou pior. Na

²⁴Doc. 29.

farmácia da UTI, havia apenas uma assistente, sendo que deveria ter duas pessoas. Foi explicado que a UTI do HGP é classificada como Tipo 2, devendo ter 1 (um) técnico de enfermagem para cada 2 (dois) leitos. Hoje a UTI tem 27 (vinte e sete) leitos – 20 (vinte) geral, 5 (cinco) da cardiologia e 2 (dois) da hemodiálise. Segundo a coordenação da enfermagem da UTI, as escalas já estavam sendo ajustadas com os plantões extraordinários, mas 5 (cinco) técnicos de enfermagem tiveram seus contratos extintos e não retornaram.

43. Registra-se que, em audiência judicial na ACP 0006406-49.2015.827.2729²⁵, realizada em 27/11/2018 no Fórum de Palmas, “o Estado do Tocantins assumiu o compromisso de disponibilizar mais uma sala cirúrgica para a especialidade da neurologia no prazo de sessenta dias, a entrega de craniótomos no prazo de sete dias, e o aumento da equipe de oito para dez médicos neurocirurgiões para realizarem cirurgias no HGP no prazo de sessenta dias”, e tal compromisso está sendo descumprido.

44. Quando da recomendação, destacou-se que, em razão da ACP n.º 10058-73.2015.4.01.4300, proposta pelo Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual e Defensoria Pública Estadual, o Estado do Tocantins apresentou, para corrigir inúmeras irregularidades constatadas tanto pelos autores como pelo DENASUS, um plano de ação **abarcando inclusive a necessidade de dimensionamento do quadro de pessoal das unidades hospitalares.**

45. Um estudo preliminar²⁶ do dimensionamento foi apresentado, mas agora, com a redução drástica de pessoal nas equipes, está inaplicável. Ademais, tal ação trata de inúmeras não conformidades que precisam ser sanadas, que também podem ser afetadas negativamente pela falta de pessoal para a organização dos serviços hospitalares.

II.4 – Da ausência de planejamento em serviço público essencial – prejuízo para a continuidade do serviço.

46. Não obstante os diretores dos hospitais e gestores informarem que os efeitos negativos do Ato Declaratório estão sendo contornados²⁷, observa-se que **não houve consulta prévia a área técnica, não se fez uso dos documentos internos produzidos (ainda que parciais) para dimensionamento de pessoal, não se deu tempo mínimo hábil para viabilizar a reorganização da escala, e não se logrou êxito em sanar todos os efeitos negativos do ato.**

²⁵ Doc. 36.

²⁶ Doc. 1.

²⁷ Lançando-se mão de “escala mínima”, fechando áreas (por exemplo, algumas farmácias, sala de avc e ambulatório da rede cegonha), convidando médicos com contrato rompido a continuarem o labor, etc..

47. Com efeito, realizada reunião na Procuradoria da República em 07/01/2018, o Diretor-Geral do HGP e o Diretor Administrativo do HIPP, após pergunta específica, relataram que **não foram previamente consultados** sobre o quadro mínimo de servidores necessários para se garantir os serviços essenciais dos hospitais, afirmando terem sido inquiridos somente em 02/01/2019, sobre quais áreas necessitavam de reposição dos contratados com mais urgência.

48. Veja, Exmo. julgador, que tal acontecimento fático resta devidamente comprovado e demonstra a irresponsabilidade da gestão estadual, notadamente do chefe do executivo, que opta por um caminho geral (sem observar a peculiaridade dos serviços de saúde, nos quais se trabalha com a chance de pacientes terminarem com seqüelas irreversíveis e a todo tempo com risco de óbito) e inseguro (sem ouvir os servidores públicos que tem a função de gerir e manter a atividade fim no hospitais públicos), já que, em se tratando de saúde, a meta é proteger a pessoa doente e seus direitos.

49. Nessa esteira, é obrigatório afirmar que atitudes desta natureza estampadas no Ato Declaratório n.º 01/2019, publicado pelo governo estadual em documento subscrito pelo Governador Mauro Carlesse, tem inúmeros efeitos violadores da ordem jurídica, tendo em vista que o parâmetro traçado pela constituinte é de que a vida é o bem jurídico maior e a oferta de serviços de saúde um direito de relevância pública a disposição de qualquer pessoa. A nosso sentir, em razão de sua motivação inidônea e dos efeitos prejudiciais à população, referidos atos devem ser corrigidos pelo Poder Judiciário em sua obrigação de manter a ordem jurídica respeitada por quem quer que seja.

50. Diminuir consideravelmente a força de trabalho exonerando, do dia para a noite, centenas de profissionais sem o devido planejamento de retaguarda, termina por gerar um dano nítido e facilmente previsível. Trata-se de um dano *ipso facto*, no qual se tem a certeza de que o efeito do ato administrativo ou da atitude do administrador será um prejuízo à saúde com exposição a risco das pessoas doentes.

51. Eis alguns trechos de documentos que demonstram a desordem:

→ “Fomos informados pela administração que as escalas médicas foram fechadas em 15/12/2018 para o ano de 2019, **deixando a Diretoria do estabelecimento sem prazo para suprir os recursos humanos.**” Relatório CRM de Vitoria HGP;

→ “Constatou-se, também, que havia médico, de contrato não formalizado²⁸ referentes aos meses de novembro e dezembro de 2019, **escalados para o mês**

²⁸É comum no Estado a adoção da prática ilegal de contratação com pagamento e formalização do vínculo somente três meses depois.

de janeiro que não comparecerão nos plantões em virtude do Memorando Circular n. 01/2019²⁹ (..)

52. Em razão da já citada Ação Civil Pública n.º 10058-73.2015.4.01.4300, a SES/TO, no contexto do plano de ação apresentado para a “ação 2: dimensionamento do quadro de pessoal das unidades hospitalares”, narrou o Estado a seguinte situação:

Considerando o dimensionamento da força de trabalho como ferramenta estratégica para gestão em saúde, para a busca da atenção efetiva e adequada às necessidades da população;

Considerando os aspectos quantitativos e qualitativos para a racionalização na definição de pessoal necessário, orientando a gestão do trabalho para a maximização de ações e resultados; Com municípios;

A SES-TO instituiu o Grupo Condutor (GC) e os Grupos de Trabalho (GT) para o Dimensionamento da Força de Trabalho em Saúde em unidades de saúde sob gestão estadual e em município selecionado.

A instituição do GC e GTs se deu por meio da Portaria/SES/GABSEC Nº 83, de 1º de Fevereiro de 2018 (publicada no DOE Nº. 5.054 de 19 de fevereiro de 2018) que versa sobre suas composições, competências e atribuições. Os GC e GTs são responsáveis pela execução do Projeto “Fortalecimento da gestão do trabalho na SES-TO – construindo metodologia de planejamento e dimensionamento da força de trabalho em saúde”.

O Projeto se deu por meio de Carta Acordo para cooperação técnica da Associação Brasileira da Rede Unida à SESTO por meio de Termo de Cooperação entre SES-TO e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O Projeto apoia-se na abordagem problematizadora do planejamento estratégico da força de trabalho em saúde e está em consonância com as políticas de incentivo aos processos descentralizados de formação e educação permanente.

Busca contribuir para a efetiva implementação de uma prática de gestão que promova a análise dos processos de trabalho em saúde, especialmente no sentido de reorganizar o modelo de atenção segundo os princípios, valores objetivos do Sistema Único de Saúde, em especial a integralidade e universalidade da atenção à saúde.

A metodologia prevê que o dimensionamento atenda às necessidades, dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores, respondendo às questões que são de igual relevância: Para quem? - Identificar os usuários no território onde vivem. O que oferecer? – Quais os serviços que atendem as necessidades de saúde. Como? - Analisar o processo de trabalho, como são desenvolvidas as atividades oferecidas. E por fim, quantos? - Identificar a quantidade e quais profissionais necessários para atender com qualidade os usuários, ofertando os serviços de

²⁹ Os contratados que não tinham sido formalizados, foram orientados ao afastamento imediato (alguns de fato seriam contratados posteriormente, outros não). Vide nota de rodapé número “9” e Ata de Reunião de 23/01/2019. Doc 31.

forma organizada e resolutiva.

Considerando que tão importante quanto à realização do dimensionamento em si, é também fundamental a apreensão da metodologia, a gestão da SES-TO por meio da Superintendência de Gestão Profissional e Educação na Saúde (SGPES) avaliou esta proposta como positiva com vistas à formação de multiplicadores, inclusive com ativa participação da Escola Tocantinense do SUS Dr. Gismar Gomes.

*Atualmente o projeto encontra-se em andamento, sendo o HGP, o piloto do projeto que será, posteriormente, realizado nas demais unidades sob gestão hospitalar, conforme cronograma a ser apresentado ao final da experiência no HGP, cuja **previsão de término é o mês de agosto de 2018.***
(...) (destaques acrescentados).

53. Porém, até agora, como já foi dito, só foi encaminhada uma versão preliminar do Relatório Técnico do diagnóstico, planejamento e dimensionamento da força de trabalho, realizada pela SES em agosto de 2018, que não concluiu toda a tarefa e somente abarcou o HGP. Há informações sobre uma versão final do trabalho mas, não obstante requisitado, ainda não foi apresentado.

54. Analisando-se o Relatório Técnico preliminar³⁰, realizado com critérios³¹ extremamente restritivos e já parcialmente desatualizados para menor³², a título de exemplificação, observa-se:

→ à fl. 17 do Relatório, **consta no item 4.9 um superávit de 0,82 médicos³³ na sala vermelha e amarela. Ou seja, não poderia retirar nem um médico.** No Relatório de Vistoria do HGP, em 22 de janeiro de 2019³⁴, observa-se que **foram inicialmente “cortados” 11 (onze) contratados** e, desses, **três ainda não foram excluídos dos atos declaratórios** de primeiro de janeiro de 2019.

→ fl. 19 do Relatório, consta no item 5.3 um déficit de 3,03 trabalhadores médicos na UTI. No Relatório de Vistoria do HGP, em 22 de janeiro de 2019³⁵, **relatou-se que “o número de profissionais já não estava suficiente para as demandas do setor, pois havia 3 (três médicos para o plantão diurno e 2 (dois) para o noturno e, com a perda dos contratados, houve dias em que tinha apenas**

³⁰Doc. 1.

³¹Ressalve-se que vários médicos que foram declarados sem vínculo depois “retornaram” com carga horária a menor. Assim, mesmo em áreas com retorno integral (ou quase isso) de profissionais, não significa recomposição de todas as horas.

³²Na reunião de 23/01/2019, Doc 33, já está o registro que, “em relação às apurações do relatório preliminar, já houve algum aumento de demanda (com novos leitos, por exemplo)”. Não há informações de novas contratações entre a realização do relatório e o ato declaratório de janeiro de 2019.

³³Médicos afirmam que já havia déficit, em razão das características do serviço, que muitas vezes tem que, na prática, comportar pacientes que deveriam estar na UTI (mas não há leito).

³⁴Doc 29.

³⁵Doc 29.

um médico no plantão para atender todos os pacientes da UTI, como aconteceu no dia 18/01/2019”.

→ à fl. 20 do Relatório, consta no item 5.4 que havia um **deficit de 4.88 técnicos de enfermagem**. No Relatório de Vistoria do HGP, observa-se que foram **“cortados” cinco** desses profissionais, em local que já estava com grande dificuldade de se fechar a escala. Portanto, caso tenha sido mantido o número de leitos, **hoje há um deficit de quase 10 (dez) profissionais**.

55. Ou seja, mesmo em local em que se tinha ciência de áreas deficitárias, os estudos internos de dimensionamento não foram considerados.

56. A resposta aos questionamentos feitos pelos órgãos de controle traz argumentos desprovidos de qualquer fundamentação que permita se cogitar a viabilidade e necessidade da medida, sem planejamento prévio. Em realidade, o que se depreende da resposta é que o Estado decidiu, de modo unilateral e autoritário, o corte com o único critério “contratos”, sem diálogo com a área técnica.

57. Com efeito, não foram apresentados estudos, cálculos, nenhum tipo de planejamento que demonstre a viabilidade da decisão, seja do ponto de vista econômico e do pleno atendimento da média e alta complexidade no Estado do Tocantins. Em síntese, não foi apresentado nenhum elemento concreto que fundamente a medida.

58. As dificuldades econômicas para cumprimento do limite de despesas de pessoal, pelo qual passa o Estado do Tocantins, são de conhecimento público. Para tanto, há a possibilidade, por exemplo, de redução em, pelo menos, vinte por cento³⁶ das despesas com cargos em comissão e funções de confiança, entre diversas outras medidas³⁷. Ou seja, há margem para adoção de outras medidas ou, pelo menos, para planejamento prévio em uma área tão sensível como a saúde pública.

59. O Estado não pode se utilizar de argumentos genéricos de insuficiência de recursos financeiros quando havia margem para a adoção de outros atos, ou ao menos motivar, estudar e dimensionar melhor os alcances da sua decisão. Tanto não houve planejamento que, a medida que emergências ou “buracos” impossíveis de administrar nas escalas dos serviços hospitalares foram surgindo, vários servidores foram “excluídos” dos efeitos do ato declaratório.

60. Na verdade, observou-se a seguinte sucessão de fatos cíclicos: (1) gestores afirmam que o caos foi controlado; (2) órgãos de controle verificam, a título de

³⁶ Art. 169, §3º, I da CRFB/88.

³⁷ Art. 169 da CRFB/88 e art. 23 da LRF.

exemplificação, diversos problemas remanescentes; (3) Estado “resolve” alguns dos problemas apontados e afirma que a questão foi solucionada; (4) órgãos de controle realizam novas inspeções e aferem que os impactos negativos no dimensionamento ainda não foram extirpados; (5) inicia-se um novo ciclo, retornando-se ao ponto “3” com novos “remendos” pelo Estado, e por aí vai. Portanto, não restou alternativa senão a judicialização.

61. Não se pode admitir que a insuficiência de recursos – por vezes decorrente da falta com o dever de planejamento e gerenciamento da coisa pública – seja tomada como diretriz para que o poder público se esquive de promover direitos fundamentais, notadamente porque vinculados à esfera do mínimo essencial.

62. Por outro lado, com relação ao princípio da legalidade da despesa pública, é cediço que as normas de controle fiscal e gestão orçamentária devem ser observadas de forma imperiosa, mas sem afetar a saúde pública. Não se almeja o descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal, mas sim uma análise criteriosa, motivada, planejada e eficiente dos “cortes”, antes de se atingir a adequada prestação de serviços hospitalares.

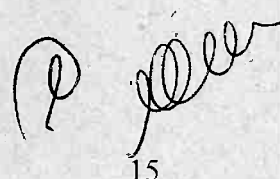
II.5 – Exemplo de normas federais descumpridas.

63. Ademais, há normativas federais a serem seguidas que estão sendo descumpridas pelos hospitais, em razão dos atos declaratórios de primeiro de janeiro de 2019, pela insuficiência de profissionais decorrente. Eis alguns casos exemplificativos.

64. Na vistoria realizada no Hospital Geral de Palmas³⁸, constatou-se que a equipe da UTI, definida no art. 9 da Portaria n.º 895, de 31 de março de 2017, que traça parâmetros para equipe multiprofissional mínima para UTI, UCI, entre outros, estava incompleta, pois, por exemplo, não havia fonoaudiólogo disponível especificamente para a unidade, assim com o número de fisioterapeutas disponíveis para os plantões noturnos estava insuficiente. Há outras irregularidades, como a médica escalada como “de rotina” que estava deslocada para cobrir plantão, entre outros fatos já abordados nos itens 52 e 54.

65. Segundo o art. 9 da Portaria n.º 895/2017 do Ministério da Saúde, para “habilitação, a UTI-a Tipo II deverá contar com a seguinte equipe multiprofissional mínima”:

³⁸Doc 29.



- I - 01 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de médico rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
- II - 01 (um) médico rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
- III - 01 (um) médico plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, com no mínimo três certificações entre as descritas a seguir:
- a) Suporte avançado de vida em cardiologia;
 - b) Fundamentos em medicina intensiva;
 - c) Via aérea difícil;
 - d) Ventilação mecânica; e
 - e) Suporte do doente neurológico grave.
- IV - 01 (um) enfermeiro coordenador, com jornada mínima de 04 horas diárias, podendo acumular o papel de enfermeiro rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
- V - 01 (um) enfermeiro rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
- VI - 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;
- VII - 01 (um) fisioterapeuta responsável técnico, com jornada diária mínima de 06 horas, com no mínimo 02 anos de experiência profissional, comprovada em Unidade de Terapia Intensiva;
- VIII - 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;
- IX - 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;
- X - 01 (um) psicólogo disponível para a unidade;
- XI - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno;
- XII - Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;
- XIII - Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

66. No mesmo sentido, na fiscalização realizada no HMDR, constatou-se que, “na UCI, desde o ano passado, a escala não atende à Portaria n. 930 do Ministério da Saúde por falta de pessoal e, agora, o atendimento que era para ser feito por quatro profissionais está sendo feito por dois”, conforme relatório³⁹.

67. A Portaria n.º 930/2012 define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em seu art. 17, define que:

Art. 17. Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima:

IV - equipe mínima formada nos seguintes termos:

- a) 1 (um) responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com

³⁹Doc. 16.

- certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação; permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação no máximo em duas unidades como UCINCo e UCINCa ou UTIN, podendo acumular a função de médico com jornada horizontal;
- b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;
 - c) 1 (um) médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração em cada turno?
 - d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa;
 - e) 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno?
 - f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno?
 - g) 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno;
 - h) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; e
 - i) 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno.

68. Além disso, obteve-se a notícia de que a **Portaria n.º 1020/2013 do Ministério da Saúde**, que “institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puerpério (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha”, também está sendo descumprida, em virtude da desabilitação do ambulatório do banco de leite e da falta de profissionais para compor a equipe necessária para habilitação do hospital como referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2⁴⁰, conforme trecho do relatório:

Confirmaram que diversas áreas foram impactadas com a perda de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, entre outros. Questionados, informaram que, de fato, alguns profissionais que retornaram aos seus cargos tiveram a carga horária reduzida. Relataram que tiveram que realocar os profissionais do hospital e, por isso, alguns setores tiveram os serviços paralisados. Questionados sobre o ambulatório do banco de leite do

⁴⁰O HDMR é habilitado com Tipo 2, conforme informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/habilitacao/1721002755157>

Programa Rede Cegonha, confirmaram que foi fechado em razão das realocações. Ressaltaram que, mesmo com todos os contratados no quadro, já havia déficit de profissionais no hospital. Explanaram, como exemplo, que logo após o Ato Declaratório n. 01/2019, não havia pediatra na Sala de Partos. Questionados, informaram que no dia da vistoria tinham dois pediatras no referido setor, mas no dia anterior tinha apenas um. Questionados acerca da UCI, informaram que havia apenas uma fisioterapeuta. (destacou-se) ⁴¹

69. De acordo com o art. 14 da Portaria n.º 1020/2013 do Ministério da Saúde, “para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos”:

(...)

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puerpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro obstetra;
- c) fisioterapeuta;
- d) fonoaudiólogo;
- e) médico anestesiológico;
- f) médico clínico geral;
- g) médico obstetra;
- h) médico neonatologista ou intensivista pediatra;
- i) médico pediatra;
- j) nutricionista;
- k) farmacêutico;
- l) psicólogo; e
- m) técnico de enfermagem;

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana:

- a) ultrassonografia com doppler;
- b) eletrocardiografia;
- c) cardiotocografia;
- d) serviço de radiologia;
- e) laboratório clínico; e

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local;

70. O descumprimento de tais portarias poderá resultar na desabilitação de programas federais e, por consequência, na perda de recursos da União, o que prejudicará, ainda mais, o funcionamento dos hospitais e a assistência à população.

⁴¹Doc 16.

III- Do Direito

III.1. - DA LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, DO MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL E DA DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL PARA A DEMANDA:

71. A legitimidade do Ministério Público para propugnar judicialmente pelos direitos difusos e coletivos está, inicialmente, respaldada no artigo 127 da Constituição Federal, que o intitulou como sendo "Instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis".

72. O texto Constitucional, em seu artigo 129, incisos II e III, definiu as funções institucionais do Ministério Público de "zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição Federal, promovendo medidas necessárias a sua garantia, bem como o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção dos interesses difusos e coletivos".

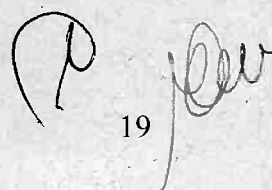
73. Entrementes, para que não se pretenda afastar a legitimidade ativa do *Parquet*, no caso específico, sob o argumento de que os direitos que aqui se deduzem possuem a natureza de direitos individuais homogêneos, insta observar que, ainda que assim fosse, a legitimidade está preservada em face da relevância social do direito protegido, que o faz transcender aos interesses do grupo atingido, a tal monta, que passam a configurar os direitos sociais previstos no art. 127 da Constituição Federal, conforme explana, entre outros, Teori Albino Zavascki, no brilhante estudo "O Ministério Público e a Defesa de Direitos Individuais Homogêneos"¹.

74. Ademais, a Constituição Federal consagrou, em seu artigo 197, que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cujo interesse social revela-se patente, diante dos destinatários do objeto pleiteado, quais sejam, todos os usuários do SUS.

75. Destarte, afigura-se legítima a atuação do **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** e **MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL** para a defesa de direitos e interesses difusos, entre os quais se insere o direito à saúde.

76. Do mesmo modo, legítima é a **DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL** para essa atuação conjunta.

77. A Constituição Federal de 1988, ao tratar das funções da Defensoria Pública, com nova redação dada pela Emenda Constitucional nº. 80/2014, refere:



19

Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal.

78. A redação trata-se de fiel reprodução do art. 1º da LC nº. 80/1994, com redação dada pela LC nº. 132/2009.

79. Essa modificação traz para a Constituição Federal elementos estruturantes e conceituais à definição do papel e missão da Defensoria Pública, como seu atrelamento ao Estado Democrático de Direito, sua vocação para solução extrajudicial dos litígios de forma prioritária, para a promoção dos direitos humanos e para a defesa individual ou coletiva.

80. Assim, devidamente justificada está a legitimidade dos autores.

III.2 - DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM DO ESTADO DO TOCANTINS

81. A legitimidade passiva do Estado do Tocantins decorre, inicialmente, da Constituição Federal, segundo a qual a competência quanto aos cuidados da saúde é comum entre os entes federativos, verbis:

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

(...)

II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências;

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.

82. A Lei nº 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 art. 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 (grifo acrescido).

83. No caso desta ação, que tem o objetivo de evitar novos prejuízos aos pacientes dos hospitais do Estado, cujos serviços foram prejudicados pela falta de pessoal decorrente dos atos declaratórios de primeiro de janeiro de 2019, a responsabilidade está direcionada ao Estado do Tocantins, por ser autor do Ato Declaratório atacado e obrigado a ofertar serviços de assistência à saúde de maneira regular aos seus pacientes.

84. De fato, a decisão postulada projetará efeitos diretos sobre a esfera jurídica do Estado, definida na legislação e nas pactuações firmadas na Comissão Intergestores Bipartite, cuja Resolução, inclusive, define o Estado como ente responsável pela assistência hospitalar.

85. Destaca-se que essa legitimidade também encontra respaldo na Portaria nº 1631, de 1º de Outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

“O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a necessidade de subsidiar o cálculo das estimativas de necessidades de saúde da população, prevista no art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, na medida em que os parâmetros incorporam e especificam os critérios contidos naquele artigo, bem como os critérios dispostos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Considerando a necessidade de articulação com o Mapa da Saúde, conforme previsto no art. 17 do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde; Considerando a necessidade de subsidiar a definição de critérios que orientem a programação de recursos destinados a investimentos que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde, como previsto no § 2º do art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; Considerando a Portaria nº 2.135/GM/MS, de 25 de setembro de 2013, que estabelece que, entre outros, são pressupostos do planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o respeito aos resultados das pactuações entre os gestores nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT) e o planejamento ascendente e integrado, do nível local até o federal, orientado por problemas e necessidades de saúde para a construção das diretrizes, objetivos e metas; Considerando a pactuação das diretrizes e proposições metodológicas da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde, ocorrida na 5ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 26 de julho de 2012; Considerando a ampla discussão sobre o estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que possibilitou a participação efetiva da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, dos profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, na sua formulação,

através da Consulta Pública nº 06/SAS/MS, de 12 de março de 2014;
Considerando a necessidade, requerida pelos gestores e pela sociedade em geral, da revisão dos parâmetros de atenção à saúde em uso no Sistema Único de Saúde, em face dos desenvolvimentos tecnológicos e das evidências científicas, acumuladas, voltando sua utilização como estimadores das necessidades de saúde da população; e
Considerando a necessidade de subsidiar com critérios e parâmetros os processos de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, bem como informar as ações de controle e regulação no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados os CRITÉRIOS E PARÂMETROS PARA O PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - "PARAMETROS SUS"

Art. 2º O documento de que trata esta Portaria encontra-se disponível no endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>

Art. 3º Os critérios e parâmetros são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde, podendo sofrer adequações no nível das Unidades da Federação e Regiões de Saúde, de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros.

Art. 4º Os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde.

§ 1º Os Estados e Municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios.

§ 2º. Excetuam-se deste caput, os critérios e parâmetros constantes do Capítulo II do documento de que trata esta Portaria: Coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/drac/cgpas/>, por possuírem regras para habilitação e/ou credenciamento no âmbito do SUS.

Art. 5º Cabe à Secretaria de Atenção à Saúde, a responsabilidade pela gestão e articulação das áreas técnicas do Ministério da Saúde para a revisão periódica dos Critérios e Parâmetros estabelecidos.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Fica revogada a Portaria nº 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 112, de 13 de junho de 2002, seção 1, páginas 36-42."

86. Assim, sendo o Estado do Tocantins responsável pelo Ato de governo que resultou na atual falta de pessoal necessário para atender às demandas dos seus

hospitais, é incontestável sua legitimidade para figurar no polo passivo desta demanda.

III.3 - DA COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL

87. Nos termos do disposto no artigo 109, inciso I, da Constituição Federal, aos juízes federais compete processar e julgar “as causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho”.

88. Pois bem, como já exposto, há vários critérios e parâmetros constantes das políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde, que possuem caráter normativo para habilitação ou credenciamento, em diversas portarias. O Ato Declaratório n.º 001/2019 afeta a capacidade do Estado de cumprir tais normativas. Além disso, desorganiza os serviços hospitalares de média e alta complexidade, afetando de modo amplo o SUS.

89. A pretensão veiculada na presente ação está relacionada aos recursos do Sistema Único de Saúde, cujo financiamento participam, dentre outras fontes, a União Federal, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Neste sentido, confira-se o teor do art. 198 da CF/88:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

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.

90. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, foi editada para regulamentar o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, e, em seu artigo 18, dispõe que: **“Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos.”**

91. Assim, a transferência dos recursos para despesas com ações e serviços da saúde ocorrem ordinariamente através de repasses automáticos fundo a fundo, sendo excepcionais as transferências de recursos pela via voluntária de celebração de convênios para finalidades específicas.

92. Quanto à fiscalização da aplicação correta dos recursos, o artigo 33, § 4º, da Lei nº 8.080/90, estabelece, expressamente, a competência do Ministério da Saúde para acompanhar, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios, sendo que, em hipótese de malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde a aplicação das medidas legais.

93. O artigo 3º do Decreto nº 1.233/94 também prevê a fiscalização exercida pelos órgãos de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União, sobre os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde.

94. A Lei nº 8.080/90 estabeleceu, também, que:

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.

95. Por conseguinte, a União, em cumprimento ao seu dever de participar do financiamento do SUS, repassa ao Estado do Tocantins, havendo interesse federal no bom desempenho dos serviços de saúde.

96. Corroborando o que é defendido, veja-se o entendimento do Tribunal Regional Federal da 1ª Região:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. COMPETÊNCIA. HOSPITAL CONVENIADO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. EDIÇÃO DE PORTARIA SUSPENDENDO OS REPASSES FINANCEIROS E CADASTRAMENTO JUNTO AO SUS, ATÉ EFETIVAÇÃO DE INTERVENÇÃO APROVADA. AÇÃO ORDINÁRIA CONTRA A UNIÃO E O ESTADO. EXCLUSÃO DA UNIÃO DA LIDE E REMESSA DOS AUTOS À JUSTIÇA ESTADUAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO.

1. "Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a União descentralizou seus serviços médicos, hospitalares, ambulatoriais e assistenciais – que continuam sendo seus - e transferiu recursos para os Estados para a cobertura das despesas, continuando, pois, a ter interesse direito no bom desempenho dos mesmos" (HC n. 94.01.25699-3/PI, Relator Desembargador Federal Tourinho Neto).
2. No caso, para a discussão da legalidade do ato normativo estadual que suspendeu os repasses de verbas e o credenciamento da agravante junto ao SUS, há legitimidade da União para integrar a lide, a qual decorre de sua responsabilidade prevista no art. 198 da Constituição Federal.
3. Competência da Justiça Federal.
4. Agravo provido.

(Origem: TRF - PRIMEIRA REGIÃO, Classe: AG - AGRAVO DE INSTRUMENTO – 200301000334490, Processo: 200301000334490 UF: DF Órgão Julgador: SEXTA TURMA, Data da decisão: 15/2/2008 Documento: TRF100269327 Fonte e-DJF1 DATA: 31/3/2008 PAGINA: 135 Relator(a) DESEMBARGADOR FEDERAL DANIEL PAES RIBEIRO) – Destacou-se.

III.4 – DO DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE - DEVER ESTATAL DE FORNECIMENTO DO TRATAMENTO INTEGRAL E DE QUALIDADE

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

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

98. O direito à saúde, tal como assegurado na Constituição de 1988, configura direito fundamental de segunda geração. Nesta geração estão os direitos sociais, culturais e econômicos, que se caracterizam por exigirem prestações positivas do Estado.

99. Visando concretizar o mandamento constitucional, o legislador estabeleceu preceitos que tutelam e garantem o direito à saúde. Nesse sentido, a Lei nº 8.212/91 dispõe que:

"Art. 1º A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à saúde, à previdência e à assistência social.

(...)"

Art. 2º A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo nosso)

Parágrafo único. As atividades de saúde são de relevância pública e sua organização obedecerá aos seguintes princípios e diretrizes:

- a) acesso universal e igualitário;
- b) provimento das ações e serviços através de rede regionalizada e hierarquizada, integrados em sistema único;
- c) descentralização, com direção única em cada esfera de governo.

100. Assim, corroborando o mandamento constitucional, a Lei Orgânica da Seguridade Social reafirma o compromisso do Estado e da própria sociedade no sentido de **“assegurar o direito relativo à saúde”**.

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

Art. 7º (...)

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

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

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

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

(...)XI – conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população. (grifo nosso).

102. Assim, a **universalidade e integralidade de assistência, na forma como está definida pelo artigo 7º, inciso I e II, da Lei Orgânica do SUS, preconiza o dever do Estado em garantir os serviços assistências a todos**, sem distinção de qualquer natureza, em todas as necessidades **voltadas para a recuperação dos pacientes de baixa, média e de alta complexidade. E ainda, como princípios do Sistema Único de Saúde em consonância aos princípios constitucionais da igualdade e da dignidade da pessoa humana.**

103. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, estabelece:

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

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

(...)

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

104. As pessoas acometidas de grave doença já se encontram sujeitas aos inúmeros inconvenientes e restrições decorrentes do mal que lhes acomete, de modo que, submetê-las à restrições, sobretudo, decorrentes de hipossuficiência econômica, agrava-lhe a situação e, conseqüentemente, atenta, sem sombra de dúvidas, contra o princípio fundamental da dignidade humana.

105. No caso concreto, deve-se ressaltar que, efetivamente, restou maculada a garantia constitucional à saúde, como direito de todos e dever do Estado, que se não possuísse acepção de valor/interesse social, não mereceria tratamento individualizado pela Carta Magna de 1988, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II.

III.5 – DO DEVER DE PLANEJAMENTO, EFICIÊNCIA E GARANTIA DA CONTINUIDADE DO SERVIÇO ESSENCIAL DE SAÚDE.

106. Ora, ante todo o exposto, a obrigação estatal de prestação igualitária e integral à saúde, determinada pela Constituição Federal e legislação infraconstitucional, não comporta as deficiências narradas nesta ação.

107. Insta consignar que são componentes da Rede de Atenção à Saúde o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, nos termos do art. 1º, VI, do Decreto 708/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

108. No mais, destacam-se os seguintes trechos da Portaria de Consolidação n.º 01 de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, que trata da “consolidação das

normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do SUS”:

Art. 4º Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde. (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º)

Parágrafo Único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, para isso deve ser assegurado: (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único)

I - atendimento ágil, com tecnologia apropriada, por equipe multiprofissional capacitada e com condições adequadas de atendimento; (Origem: PRT MS/GM 1820/2009, Art. 3º, Parágrafo Único, I).

109. No momento em que foi editado o ato no dia primeiro de janeiro de 2019, sem motivação, planejamento, ou fundamentação idônea como demonstrado, levou-se a desorganização do serviço, infringindo os princípios que norteiam as atividades da administração pública.

110. Com efeito, nos termos do art. 37 da Constituição, abaixo transcrito, o Poder Público submete-se ao princípio da eficiência, cabendo a ele prestar serviços com a presteza que se faz necessária:

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

111. Assim, o princípio da eficiência tem o condão de informar a Administração Pública, visando aperfeiçoar os serviços e as atividades prestados e otimizar os resultados, atendendo ao interesse público com bons índices de adequação, eficácia e satisfação.

112. Além de eficientes, os serviços públicos devem ser contínuos. Em razão de ter o Estado assumido a prestação de determinados serviços, por considerá-los fundamentais à coletividade, a Administração deve oferecê-los, de forma adequada, contínua e ininterrupta.

113. Pelo princípio da continuidade dos serviços públicos, o Estado é obrigado a não interromper a prestação dos serviços que disponibiliza. No momento em que houve “corte” de servidores sem qualquer preocupação com dimensionamento, tal princípio não foi observado.

114. Nestes termos, resta clara a obrigação do ente demandado quanto ao seu

dever de garantir igualdade e integralidade nessa assistência, com planejamento adequado, em todos os eixos da política instituída, com observância dos princípios que regem a administração pública.

IV – Do cabimento da Tutela Provisória Cautelar em caráter antecedente e da presença dos pressupostos para a concessão da liminar inaudita altera parte

115. A Lei da Ação Civil Pública – Lei n.º 7.347/1985 prevê em seu artigo 12 a possibilidade de concessão de mandado liminar. Trata-se de tutela de natureza antecipatória, cujos pressupostos são o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*.

116. Da mesma maneira, o novo Código de Processo Civil prevê que a tutela provisória de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o risco ao resultado útil do processo (art. 300).

117. O NCPC dispõe, ainda, que a tutela de natureza **cautelar** pode ser efetivada mediante **qualquer medida idônea para assecuração do direito** (art. 301). Quanto ao caráter antecedente, o artigo 305 do NCPC determina que a petição inicial deve indicar “a *lide e seu fundamento, a exposição sumária do direito que se objetiva assegurar e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo*”.

118. Pois bem.

119. Afigura-se perfeitamente cabível a tutela provisória de urgência cautelar em caráter antecedente no caso em tela, e estão presentes os pressupostos são o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*.

120. Com efeito, o *fumus boni iuris* encontra-se presente na fundamentação jurídica acima apresentada, pelo que desnecessários maiores esclarecimentos.

121. No que concerne ao perigo ou inconveniente da demora, **a situação é mesmo gravíssima**. Procura-se evitar que os direitos de todos os usuários dos serviços hospitalares geridos pelo réu sejam violados pelo réu. Há grave risco de desassistência, ou ainda de perda da qualidade mínima do serviço.

122. Nesses termos, a causa de pedir está bem delineada nesta inicial de demonstra cabalmente a urgência das providências.

123. O deferimento da tutela, em qualquer momento posterior, será inexitoso para o fim pretendido, resultando em dano de difícil reparação, pois os pacientes que já se encontram com o atendimento prejudicado.

124. Portanto, **verificam-se reunidos os requisitos para concessão da tutela provisória cautelar.**

125. Cumpre destacar que o tratamento adequado, em tempo oportuno, e com qualidade, além de preservar o dinheiro público, representa acima de tudo, a prevalência da dignidade da pessoa humana, consubstanciada no direito à saúde dos pacientes.

V- DOS PEDIDOS E REQUERIMENTOS FINAIS

126. Por todo o exposto, requerem o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, o MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL e a DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL:**

I) o recebimento da presente petição inicial;

II) a concessão de liminar, ***inaudita altera pars***, para que seja determinado ao Estado do Tocantins, com intimação pessoal do chefe do executivo estadual, que:

a) **suspenda os efeitos remanescentes do Ato Declaratório n.º 01/2019 para os profissionais que atuam nas unidades hospitalares**, de modo a analisar, em conjunto com a área técnica, o dimensionamento adequado de pessoal de modo prévio a eventuais extinções de contratos temporários;

b) caso seja realizado o dimensionamento e se afira a possibilidade/necessidade de algumas rescisões contratuais, que estas sejam implementadas de forma fundamentada e de modo a ter efeito somente trinta dias após a conclusão dos trabalhos e notificação dos hospitais que serão atingidos, possibilitando o planejamento antecipado por parte das unidades e dos profissionais; e

c) adote a publicidade nas escalas dos hospitais públicos do Estado do Tocantins, em local de fácil acesso ao público no próprio estabelecimento hospitalar, de forma a viabilizar o controle social em caso de desassistência por falta de pessoal para completar a escala;

III) **seja determinada a intimação pessoal, por mandado, do Sr. Governador do Estado, Sr. Mauro Carlesse, com fixação de multa cominatória pessoal** ⁴²

⁴² Cabe ressaltar que o Superior Tribunal de Justiça admite, de forma pacífica, a imposição de multa pessoal ao gestor:

“AMBIENTAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. OBRIGAÇÃO DE PROJETO DE ATERRO SANITÁRIO. RECURSO DO IBAMA. FIXAÇÃO DE ASTREINTES EM DESFAVOR DO GESTOR PÚBLICO. IMPOSSIBILIDADE QUANDO O AGENTE POLÍTICO NÃO FIGURAR NO POLO PASSIVO. DANO MORAL COLETIVO. NÃO RECONHECIMENTO PELA INSTÂNCIA ORDINÁRIA. SÚMULA 7/STJ.

ao referido gestor público estadual, por eventual descumprimento da medida liminar pleiteada, a ser fixada pelo prudente arbítrio de Vossa Excelência;

IV) a citação da requerida para contestação, nos termos do art. 306 do CPC;

V) a produção de todas as provas em direito admitidas, pois, embora já haja prova pré-constituída do alegado, protesta-se, outrossim, pela produção de prova documental⁴³, testemunhal e pericial, que se fizerem necessárias ao pleno conhecimento dos fatos;

VI) a designação de audiências dialéticas de conciliação e acompanhamento,

RECURSO DO MUNICÍPIO DE BANANEIRAS-PB: AUSÊNCIA DE INDICAÇÃO DOS DISPOSITIVOS LEGAIS VIOLADOS. SÚMULA 284/STF. FALTA DE PREQUESTIONAMENTO DO ART. 16 DA LC 101/2001. SÚMULA 211/STJ. EXAME DA SITUAÇÃO FINANCEIRA DO MUNICÍPIO. SÚMULA 7/STJ. OBRIGAÇÃO DE CONSTRUIR O ATERRO SANITÁRIO. LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL. EFETIVIDADE DAS DECISÕES JUDICIAIS.

1. Cuida-se, na origem, de Ação Civil Pública interposta pelo IBAMA em desfavor do Município de Bananeiras-PB, objetivando que a municipalidade implantasse aterro sanitário e desativasse lixão em desconformidade com as normas ambientais, bem como apresentasse o PRAD - Programa de Recuperação da Área Degradada - e pagasse indenização a título de danos morais difusos a serem arbitrados pelo juízo e revertido em favor do Fundo de Defesa dos Direitos Difusos.

2. No Recurso Especial interposto pelo IBAMA sustenta-se que teriam deixado de ser fixados danos morais difusos em favor da coletividade e astreintes em desfavor do Prefeito da municipalidade.

3. Observa-se que não se está negando vigência ao art. 11 da Lei 7.347/1985, porém determinar a cominação de astreintes aos gestores públicos sem lhes oferecer oportunidade para se manifestarem em juízo acabaria por violar os princípios do contraditório e da ampla defesa (REsp 1.315.719/SE, rel. Min Herman Benjamin, Segunda Turma, DJe 18/9/2013; AgRg no AREsp 196.946/SE, Rel. Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, julgado em 2/5/2013, DJe 16/5/2013).

4. Verifica-se que o Tribunal a quo decidiu de acordo com a jurisprudência do STJ, de modo que se aplica à espécie o enunciado da Súmula 83/STJ: "Não se conhece do recurso especial pela divergência, quando a orientação do tribunal se firmou no mesmo sentido da decisão recorrida." 5. Não há como modificar a premissa fática adotada na instância ordinária no presente iter procedimental, qual seja ser indevida a fixação de indenização por danos morais ambientais, no presente caso, consoante a Súmula 7/STJ.

6. No Recurso Especial interposto pelo Município de Bananeiras- PB, sustenta-se que as obrigações exigidas na sentença e reafirmadas no acórdão importariam desrespeito da municipalidade à Lei de Responsabilidade Fiscal.

7. Preambularmente, cumpre anotar que a municipalidade alega violação à Lei Complementar 101/2000 de modo genérico, não apontando especificamente quais dispositivos, além do art. 16 do referido diploma, teriam sido afrontados no acórdão combatido. Assim, é inviável o conhecimento do Recurso Especial nesse ponto, ante o óbice da Súmula 284/STF: "É inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia."

8. Ademais, o art. 16 da Lei Complementar 101/2000, o único apontado diretamente no Recurso Especial, sequer foi prequestionado conforme depreendido da leitura do acórdão que julgou a apelação e do acórdão exarado quando da oposição de aclaratórios pela municipalidade, que arguiu omissão referente à aplicação de preceitos constitucionais. Incide, na espécie, a Súmula 211/STJ: "Inadmissível recurso

especial quanto a questão que, a despeito da oposição de embargos declaratórios, não foi apreciada pelo Tribunal a quo."

9. No que concerne à verificação das condições financeiras do município de Bananal para adimplemento das obrigações fixadas no decisum, entende-se que não seria possível em Recurso Especial discutir todas as questões investigadas pelo Tribunal de origem, pois o acórdão avaliou o campo fático documental da causa para fixar o seu entendimento, tudo conforme o entendimento da Súmula 7/STJ.

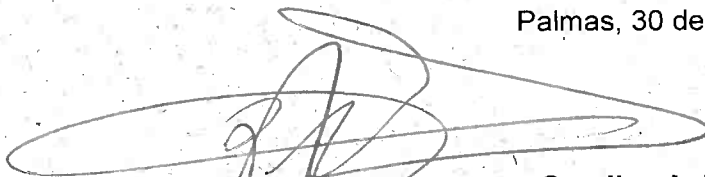
com a oitiva de profissionais de cada setor e especialidade, a fim de manter o efetividade da tutela protetiva, ora vindicada;

V) no mérito, a confirmação da tutela liminar, sendo deferida posterior juntada do pedido principal, nos termos do artigo 308 do CPC; e

VII) a condenação do Estado ao pagamento de todas as despesas processuais e de sucumbência.

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

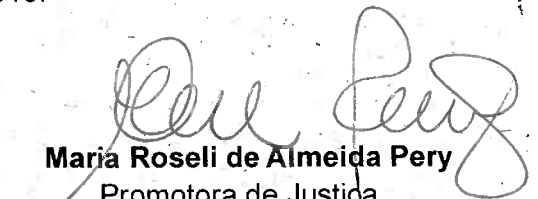
Palmas, 30 de janeiro de 2019.



Arthur Luiz Padua Marques
Defensor Público

Coord. Do Núcleo De Defesa Da Saúde

Carolina A. R. Rosado
Procuradora da República
PRDC/PRTO



Maria Roseli de Almeida Pery
Promotora de Justiça

Promotoria de Justiça da Capital

10. Quanto à suposta ausência de dotação orçamentária para o construção do aterro sanitário, é pacífico nesta Corte o entendimento de que as restrições previstas na mencionada norma não podem servir de fundamento para o não cumprimento de obrigações decorrentes de decisão judicial.

11. Recursos Especiais de ambas as partes dos quais não se conhece". (REsp 1657795 / PB RECURSO ESPECIAL 2017/0046591-0 Relator(a) Ministro HERMAN BENJAMIN (1132) Órgão Julgador T2 - SEGUNDA TURMA Data do Julgamento 17/08/2017. Data da Publicação DJE 13/09/2017)

⁴³Ha requisições ainda não respondidas.

Relação de documentos

- Doc 01** - Relatório técnico de dimensionamento HGP (versão preliminar);
- Doc 02** – DOE-TO 5268 (Ato Declaratório n.º 01/2019);
- Doc 03** – Relatório CRM de Vistoria HGP;
- Doc 04** – Boletim de Ocorrência n.º 720/2019;
- Doc 05** – Boletim de Ocorrência n.º 1359/2019;
- Doc 06** – Relatório CRM de Vistoria HIPP;
- Doc 07** – DOE-TO 5271/2019;
- Doc 08** – Reportagem sobre morte no HMDR;
- Doc 09**– Representação MPTO;
- Doc 10** – Nota Sociedade Tocantinense de Pediatria;
- Doc 11** – Ata de reunião_07-1-2019 diretores de hospitais;
- Doc 12** - Reportagem sobre segunda morte no HMDR;
- Doc 13** – Ata de reunião_08-1-2019 CRM e COREN;
- Doc 14** – DOE-TO 5273/2019;
- Doc 15** – Ata de reunião_08-1-2019 Secretário de Saúde;
- Doc 16** – Vistoria do HMDR;
- Doc 17** – Ata de reunião _09-1-2019 Secretário da Administração;
- Doc 18** – Recomendação n. 01/2019/PRTO/PRDC;
- Doc 19** – Relatório CRM de vistoria HGP;
- Doc 20** – Documentos diretoria HIPP (Of. 01-19_Jurídico);
- Doc 21** – Escala Administrativa do HIPP;
- Doc 22** – Escala Médica do HIPP;
- Doc 23** – Escala Equipe Multiprofissional HIPP;
- Doc 24** – Ata de reunião_11-1-2019 Cirurgia Cardíaca;
- Doc 25** – Ata de reunião_11-1-2019– Neurocirurgia;
- Doc 26** – DOE-TO 5279/2019;
- Doc 27** – Ata de Reunião_17-1-2019 DENASUS;
- Doc 28** – Docs. MPTO (termo de declaração e outros);
- Doc 29** – Vistoria do HGP (pasta 29 tem fotos anexos);
- Doc 30** – Reportagem de 23/01/2019 – morte no HRG;
- Doc 31** – Despacho de instrução_23/01/2019;
- Doc 32** – Ofício_23/01/2019-HGP;

Doc 33 – Ata de reunião_23-1-2019-MPF, MPE, DPE e SES;

Doc 34 – DOE-TO 5284/2019;

Doc 35 – DOE-TO 5286/2019;

Doc 36 – Termo de audiência – ACP 6406-49.2015.827.27.29; e

Doc 37 – Relatório das condições assistenciais aos pacientes neonatais no HMDR.