



Número: **1050554-80.2025.4.01.3200**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

Órgão julgador: **1ª Vara Federal Cível da SJAM**

Última distribuição : **22/10/2025**

Valor da causa: **R\$ 10.000.000,00**

Assuntos: **Financiamento do SUS, Controle Social e Conselhos de Saúde, Consulta**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL - MPF (AUTOR)	
UNIÃO FEDERAL (REU)	
ESTADO DO AMAZONAS (REU)	
MUNICIPIO DE SAO GABRIEL DA CACHOEIRA (REU)	
HOSPITAL DE GUARNICAO DE SAO GABRIEL DA CACHOEIRA (REU)	
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL - MPF (FISCAL DA LEI)	
FUNDACAO NACIONAL DOS POVOS INDIGENAS - FUNAI (AMICUS CURIAE)	
ASSOCIACAO HUMANIZA COLETIVO FEMINISTA (AMICUS CURIAE)	
FEDERACAO DAS ORGANIZACOES INDIGENAS DO RIO NEGRO (AMICUS CURIAE)	
REDE DE MULHERES INDIGENAS DO ESTADO DO AMAZONAS - MAKIRA ETA (AMICUS CURIAE)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo	Polo
2218358536	22/10/2025 18:37	Petição inicial	Petição inicial	Outros interessados



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO AMAZONAS
1º OFÍCIO

AO JUÍZO DA _ VARA FEDERAL DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO AMAZONAS

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, no exercício das suas atribuições constitucionais e legais, vem, com fundamento nos artigos 127, 129, inciso III, da Constituição Federal; e artigos 5º, incisos I, III e IV, 6º, incisos VII, XII e XIV, da Lei Complementar nº 75/93, propor

AÇÃO CIVIL PÚBLICA
COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA

em face da **UNIÃO FEDERAL**, pessoa jurídica de Direito Público interno, representada pela Procuradoria da União no Estado do Amazonas, situada na Avenida Tefé, 611, Edifício Luis Higino de Sousa Neto, bairro Praça 14 de Janeiro, CEP 69020-090, Manaus/AM; do **ESTADO DO AMAZONAS**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ 04.312.369/0001-90, representado pela Procuradoria-Geral do Estado, situada na Rua Emílio Moreira, nº 1308, bairro Praça 14 de Janeiro, CEP 69020-090, Manaus/AM; e do **MUNICÍPIO DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ 04.272.670/0001-18, representado pela Procuradoria-Geral do Município, com sede na Avenida Álvaro Maia, 569, Fortaleza, CEP 69750000, São Gabriel da Cachoeira/AM



SUMÁRIO

1. OBJETO DA DEMANDA	3
2. SÍNTESE FÁTICA	3
2.1. Aspectos gerais sobre o Município de São Gabriel da Cachoeira e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região do Alto Rio Negro. Providências anteriores do Ministério Público Federal	3
2.2. Estrutura da atenção básica no Município de São Gabriel da Cachoeira	5
2.3. Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira e Termo Convênio n. 04/2020. Repasses federais destinados à média e alta complexidade e corresponsabilidade dos entes federativos	7
2.4. Relatórios da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM) sobre o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira. Ausência de rotina administrativa de correção das irregularidades. Precariedade na documentação de informações e prontuários na unidade hospitalar	12
2.5. Recomendação 21/2024 do Ministério Público Federal e insuficiência de atuação das instâncias de monitoramento	19
3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS	24
3.1. Questões preliminares	24
3.1.1. Objeto processual e cabimento da demanda	24
3.1.2. Competência material da Justiça Federal e legitimidade ativa do Ministério Público Federal	24
3.2. Avaliação das redes de atenção à saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira	27
3.3. Parâmetros nacionais e internacionais de qualidade dos serviços de saúde	31
3.3.1. Necessidade de integração entre a atenção básica e as redes de alta e média complexidade. Possibilidade de atendimento ambulatorial em unidades hospitalares	32
4. NATUREZA ESTRUTURAL DO LITÍGIO	35
4.1. Comitê de Monitoramento da Saúde Pública do Município de São Gabriel da Cachoeira	38
5. MEDIDAS REPARATÓRIAS	42
5.1. Pressupostos para a responsabilização civil dos entes públicos	42
5.2. Fixação dos danos morais coletivos	44
6. MEDIDAS PROCESSUAIS	47
6.1. Designação de Audiência Pública	47
6.2. Distribuição dinâmica do ônus da prova. Inversão dos encargos processuais	48
6.3. Designação de prova pericial	49
6.4. Intervenção de terceiros e despolarização da demanda	50
6.5. Imposição de multa cominatória e possibilidade de direcionamento aos agentes públicos	51
7. TUTELA PROVISÓRIA	52
8. PEDIDOS	53



1. OBJETO DA DEMANDA

Cuida-se de Ação Civil Pública que visa garantir a universalidade e a integralidade do direito à saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira, pleiteando-se, para tais fins, a imposição de **medidas estruturais interinstitucionais**.

Além disso, o Ministério Público Federal requer, em razão de omissões ilícitas no planejamento e na execução da saúde pública, o pagamento do montante de R\$10.000,00 (dez milhões de reais), a título de danos morais coletivos, a ser revertido para o Fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/1985.

2. SÍNTESE FÁTICA

2.1. Aspectos gerais sobre o Município de São Gabriel da Cachoeira e a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região do Alto Rio Negro. Providências anteriores do Ministério Público Federal

O Município de São Gabriel da Cachoeira é o **terceiro maior município do Brasil em extensão territorial**, com aproximadamente 109.181,245 km². A cidade compõe a região do Alto Rio Negro, no noroeste do Estado do Amazonas e faz divisa com os países da Colômbia e da Venezuela (região de tríplice fronteira). A população é de 51.795 habitantes, dos quais **93% são autodeclarados indígenas** (IBGE, 2022).

No total, o território abrange 12 Terras Indígenas, com oito territórios homologados. Congrega, ainda, 23 povos indígenas e cinco troncos linguísticos diferentes. O município também sedia a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), cuja atuação abrange a área de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro, Japurá e Barcelos.

Em relação à estrutura do SUS na localidade, a zona urbana do município conta com **05 (cinco) Unidades Básicas de Saúde** em funcionamento: UBS do Dabaru, UBS Dr. Albino Couto (Areal), UBS Dr. Franklin (Miguel Quirino), UBS Geraldo Siqueira (Centro) e UBS Praia. Além disso, há um laboratório para exames no bairro Miguel Quirino e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No Município de São Gabriel da Cachoeira, **estão presentes 02 (dois) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)**: o DSEI Yanomami e o DSEI Alto Rio Negro. Os equipamentos operados pelos DSEIs são Unidades Básicas de Saúde Indígena e os Polos Base.



O Hospital da Guarda de São Gabriel da Cachoeira -**HGuSCG** (ou somente HGu) é a **única unidade especializada de média complexidade** do Município de São Gabriel da Cachoeira e fica localizado no bairro Dabaru. Desde 1994, a unidade funciona em um **terreno municipal**, sob um acordo de **gestão mista** entre o Exército Brasileiro e Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), conforme o Termo de Convênio 004/2020.

Em 2021, representantes do Ministério Público Federal, da Defensoria Pública da União e da Defensoria Pública do Estado do Amazonas realizaram inspeções em unidades de saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira. Em razão das irregularidades constatadas, houve a expedição de algumas recomendações e o ajuizamento de demandas judiciais referentes ao sistema de saúde da localidade:

- **Recomendação Conjunta nº 03/2021, de 03 de dezembro de 2021** - o Ministério Público Federal, a Defensoria Pública da União e a Defensoria Pública do Estado recomendaram a realização de **correções estruturais no Hospital de Guarda de São Gabriel da Cachoeira**, a fim de corrigir as falhas referentes às instalações elétricas e aos pontos de umidade, buracos e corrosão de estruturas metálicas existentes em algumas paredes;
- **Recomendação Conjunta nº 04/2022, de 02 de dezembro de 2022** - o Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União recomendaram ao Secretário de Saúde do Estado do Amazonas e à Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira que viabilizassem a oferta de médicos especialistas **nas áreas de ginecologia e de obstetrícia** para atuação na rede de saúde do município, especialmente quanto aos serviços de atenção à gravidez de alto risco, bem como a ampliação do contrato de fornecimento de médicos obstetras para o Hospital de Guarda de São Gabriel da Cachoeira, em número adequado ao atendimento da demanda existente.
- **Recomendação Conjunta nº 05/2022, de 02 de dezembro de 2022** - o Ministério Público Federal, a Defensoria Pública da União e o Comitê de Enfrentamento à Violência Obstétrica do Estado do Amazonas recomendaram contratação dos(as) profissionais de saúde necessários(as) à **operação dos equipamentos de ultrassom e de mamografia** e o **cumprimento da Lei do Acompanhante**, de maneira que: (i) toda parturiente tenha direito a alguém que esteja consigo durante o pré-natal, o parto e o puerpério; (ii) a parturiente seja a única pessoa a decidir quem vai lhe acompanhar, independentemente de sexo, gênero, grau de parentesco ou outras circunstâncias do(a) acompanhante



Além disso, o MPF e a DPE/AM ajuizaram a **Ação Civil Pública 1011999-96.2022.4.01.3200** em face da União e do Estado do Amazonas. Em sede de sentença, o Juízo da 3ª Vara Federal da SJAM julgou parcialmente procedente a demanda, a fim de condenar os entes públicos nas seguintes obrigações de fazer referentes ao Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira: (i) “entrega de novos equipamentos de gasometria e ionograma”; (ii) oferta de “pelo menos dois médicos pediatras que possuam capacitação em reanimação neonatal por meio de treinamento teórico-prático, nos termos da Portaria n. 371/2014”.

Em relação aos aspectos pecuniários, os entes federativos foram condenados ao pagamento de **R\$500.000,00** (quinhentos mil reais), de forma solidária, a serem revertidos ao fundo previsto no artigo 13 da Lei 7.347/1985.

2.2. Estrutura da atenção básica no Município de São Gabriel da Cachoeira

Conforme mencionado anteriormente, a zona urbana do Município de São Gabriel da Cachoeira possui (05) cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) em funcionamento e (1) um laboratório para exames (que funciona em local anexo à UBS Miguel Quirino).

O relatório de visita à localidade (**Anexo I**) registra inspeção na UBS Miguel Quirino, ocasião na qual indicou-se que: (i) a unidade atende cerca de 10 etnias indígenas; (ii) os exames diagnósticos são realizados em laboratório de imagem anexo; (iii) as ultrassonografias são direcionadas a uma médica ginecologista contratada pela SEMSA; (iv) a UBS realiza exames de Papanicolau às quintas-feiras, e os resultados são liberados em cerca de 30 dias; (v) há, atualmente, cerca de 54 gestantes em acompanhamento pré-natal; (vi) a UBS utiliza o serviço de TELEPNAR, formulado pela UFAM; (vii) não há fluxo padrão nos casos de violência sexual e de abortamento legal; (viii) não há oferta de PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) na UBS; e (ix) não há inserção de DIU.

No mesmo documento, constam informações relacionadas à UBS Dabaru, onde os profissionais de saúde ouvidos afirmaram que: (i) a maior parte dos estrangeiros chega na localidade sem cartão SUS; (ii) o **maior gargalo da saúde municipal está no Hospital de Guarnição**; (iii) a ultrassom do município funciona de forma centralizada no laboratório anexo à UBS Miguel Quirino; e (iv) inexiste fluxo referente aos casos de violência sexual e de abortamento legal.



Na UBS Geraldo Siqueira/Centro, houve menção à alta rotatividade de médicos na região e às **dificuldades de comunicação com o Hospital de Guarnição** (Anexo I).

Conforme o relatório mencionado anteriormente, em visita à Casa de Saúde Indígena (CASAI) de São Gabriel da Cachoeira, foram obtidos os seguintes dados: (1) toda gestante indígena trazida para zona urbana do município, antes de ser recebida na CASAI, passa inicialmente pelo Hospital de Guarnição, onde é atendida por um clínico (não há participação dos especialistas em ginecologia); (2) se não for o caso de internação e/ou após a estabilização da gestante, ocorre o encaminhamento para a CASAI; (3) de forma recorrente, a CASAI encaminha a gestante para iniciar o trabalho de parto no HG-SHC, mas os **parâmetros de internação da unidade hospitalar são bastante estritos**, o que, em regra, enseja novo retorno para a CASAI; (4) O Hospital de Guarnição **não oferece atendimento ambulatorial nas especialidades**, visto que os médicos especialistas atuam apenas em circunstâncias de urgência e emergência.

Além disso, declarou-se que: (5) em geral, não há adequação do Hospital de Guarnição às práticas culturais indígenas, sobretudo porque a atenção especializada somente ocorre em cenários de urgência e emergência; (6) **não há mecanismos interinstitucionais** para melhoria da saúde na região; (7) os exames requisitados pela CASAI **não são realizados de forma imediata no Hospital de Guarnição**, o que exige uma nova triagem interna por médicos da unidade hospitalar, retardando o atendimento; (8) o HG-SGC **não possui uma via de contato institucional aberta para a CASAI** (contato telefônico, por exemplo), o que dificulta a troca de informações.

Ainda, em reunião (Anexo I) com representantes da Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), reiterou-se a falta de reconhecimento oficial das práticas curativas tradicionais no sistema de saúde local, além de problemas na articulação com o Hospital de Guarnição.

Em relação à vigilância epidemiológica e outras atividades da atenção primária, as inspeções evidenciaram que: (i) inexiste Comitê de Monitoramento da Morte Materna e Infantil em São Gabriel da Cachoeira; (ii) não há Sistema de Verificação de Óbitos no Município, mas apenas um setor responsável pelo tema no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde; (iii) a investigação de morte materna ocorre por meio de investigação domiciliar (sob responsabilidade do profissional de enfermagem que atendeu o paciente) ou hospitalar (por profissionais médicos); e (iv) os profissionais que realizam as atividades, dada a exiguidade dos recursos



humanos na região, costumam coincidir com aqueles que atenderam os pacientes no primeiro momento (não há segregação de funções).

Por fim, de acordo com o “Relatório Inicial Sobre o Panorama Obstétrico à Saúde da Mulher na Cidade de São Gabriel da Cachoeira – Amazonas” (**Anexo II**), o elevado número de mortes maternas e neonatais está relacionado à falta de assistência médica no pré-natal, sobretudo pelos seguintes aspectos:

- I - Equipamentos básicos não funcionam adequadamente, incluindo o aparelho de ultrassonografia e o cardiotocógrafo;
- II- ausência de insumos básicos para a coleta do exame do preventivo/Papanicolau (colpocitologia oncológica), com espera de mais de 6 meses para as pacientes terem acesso, o que impacta diretamente no encaminhamento e tratamento precoce do câncer de colo de útero;
- III - Em relação às diretrizes para a realização do pré-natal, o município não consegue cumprir o que é normatizado pelo Ministério da Saúde por ausência de materiais e recursos humanos;

Destacam-se, portanto, **fallas estruturais na atenção básica municipal**, sobretudo pela ausência de mecanismos adequados de investigação dos óbitos e de vigilância epidemiológica, o que impacta de forma relevante a atenção à saúde materna e infantil.

2.3. Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira e Termo Convênio n. 04/2020. Repasses federais destinados à média e alta complexidade e corresponsabilidade dos entes federativos

O Hospital da Guarnição de São Gabriel da Cachoeira (HG-SCG) é a unidade de saúde responsável por operar os serviços de média complexidade na localidade.

O Termo de Convênio 004/2020 (**Anexo III**), firmado entre o Estado do Amazonas, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES/AM), e o Comando Militar da Amazônia (12^a Região Militar), formaliza a cooperação entre as entidades públicas para a prestação de serviços de saúde e assistência médico-hospitalar para indivíduos que necessitem, dentro dos limites e quantidades disponibilizadas pelo Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira (HG-SCG). Conforme os termos do ajuste, a cooperação deve seguir as normas do Sistema



Único de Saúde (SUS/AM) e o Plano de Trabalho anexo, pela duração de 12 meses, a partir da data de assinatura, com possibilidade de prorrogação por 60 meses.

Na 3^a Cláusula do Termo de Convênio 004/2020, são fixadas as responsabilidades dos pactuantes, destacando-se o que segue:

- (1) Compete ao Estado do Amazonas/Secretaria de Saúde: (i) **repassar** ao Comando Militar da 12^a Região/Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira os recursos financeiros atinentes ao Convênio (valor anual estimado de **R\$3.000.000,00**); (ii) **prestar assessoria** técnica e administrativa, além de acompanhar e avaliar os serviços; (iii) instituir Comissão de Monitoramento e Avaliação do Plano de Trabalho do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira; (iv) exercer o **controle e avaliação** dos serviços prestados (...), bem como monitorar a unidade de saúde de acordo com a execução do Plano de Trabalho;
- (2) Compete ao Comando Militar da Amazônia **cobrir os custos operacionais** de energia, água, telefonia e internet, garantir a organização, administração e o fornecimento de insumos e medicamentos e **prestar atendimento aos usuários do SUS**, garantindo acesso **universal, integralidade e humanização**.

O Termo de Convênio prevê, ainda, a instalação e o funcionamento de uma Comissão de Acompanhamento e Avaliação, composta por técnicos designados de forma paritária pelas partes envolvidas. As principais funções do órgão são: (i) reunir-se trimestralmente, no mínimo, para acompanhar os Planos de Trabalho; (ii) avaliar o cumprimento das metas físicas acordadas; (iii) propor modificações nas cláusulas do convênio, desde que não alterem o seu objeto; (iv) propor novos indicadores de avaliação para o Plano de Trabalho; e (v) emitir um parecer sobre a conveniência e oportunidade de renovação do convênio antes do término da vigência.

Quanto à responsabilidade por subsidiar os Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH), trata-se de atribuição compartilhada entre a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM) e o Comando Militar da 12^a Região.

A SES-AM compromete-se a processar o SIA e o SIH, ou qualquer outro sistema que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto a unidade (gerida diretamente pela 12^a Região Militar) deve: (a) alimentar o SIA e o SIH, o Sistema de Regulação (SISREG) ou qualquer outro sistema dessa natureza, de acordo com os critérios da



SES/AM; e (ii) integrar o hospital às Centrais de Regulação Regional, oferecendo serviços especializados e agenda de atendimento dos profissionais de saúde de acordo com o seu perfil.

Além disso, o negócio jurídico prevê a informatização e digitalização dos sistemas internos. Nesse sentido, a unidade hospitalar deve "Aderir, implantar e/ou alimentar os sistemas informatizados de gestão hospitalar (...)" (Cláusula 3º, inciso II, alínea "s", do Termo de Convênio) e administrar "registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira disponibilizando, a qualquer momento, à Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas - SES-AM e às auditorias do SUS, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados".

Conforme inspeção realizada em 2024 (**Anexo I**), a unidade hospitalar conta com **53 leitos**, mas nenhum deles funciona na modalidade de Terapia Intensiva (UTI). Por consequência, considerando que apenas o Hospital Guarnição de São Gabriel da Cachoeira atende demandas de média complexidade da região, **a região do Alto Rio Negro não conta com leitos de UTI habilitados.**

Além disso, foram verificadas as seguintes informações relevantes: (i) no setor ambulatorial, funcionam 04 enfermarias e 01 farmácia; (ii) os atendimentos seguem uma ordem de prioridade baseada no Protocolo de Manchester; (iii) na parte emergencial, há 1 setor cirúrgico, 1 setor de ginecologia e obstetrícia, 1 setor pediátrico e uma ala clínica; (iv) no setor cirúrgico, funciona apenas 1 sala de cirurgia (a sala vizinha serve apenas como suporte); (v) há 1 sala de parto compartilhada (com **capacidade para apenas 02 gestantes**); (vi) o projeto de expansão da estrutura hospitalar foi abandonado em razão das complexidades da gestão mista do local; (vii) o orçamento anual estimado do HG-SGC é de cerca de 25 milhões de reais.

Informou-se, ademais, que o Município de São Gabriel da Cachoeira (SEMSA) operacionaliza o SISREG na localidade, enquanto o HG-SGC é o responsável pela inclusão de pacientes no SISTER.

Consta também que **não houve adesão à política de Incentivo Financeiro para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI)**, formulada pelo Ministério da Saúde. Na ocasião, justificou-se que tal medida implicaria uma série de adaptações na unidade hospitalar. No entanto, **registrou-se que haveria um incremento de cerca de R\$3 milhões de reais** anuais (cerca de 12% do orçamento anual, vigente à época), o que poderia implicar aprimoramentos na localidade.



Quanto à estrutura dos recursos humanos, há uma **composição híbrida** da unidade, abrangendo profissionais contratados pela SES/AM, normalmente por meio de cooperativas, e médicos/enfermeiros militares.

Além disso, em contato com usuários e habitantes da região (conforme registrado no Anexo I), houve **relatos de favorecimento aos dependentes de militares na unidade hospitalar**. Nesse sentido, registrou-se que: (a) a maioria dos óbitos maternos na região são de mulheres indígenas que não conseguem acessar a rede de média e alta complexidade; (b) diversos usuários do HG relataram episódios de negligência médica e/ou violência obstétrica na unidade; (c) por outro lado, no caso de pacientes e gestantes com vínculos com membros das Forças Armadas, informou-se que o tratamento dispensado foi bem melhor do que o normal; (d) gestantes com vínculos com membros do Exército relataram que foram atendidas com brevidade e, durante o trabalho de parto, foram acompanhadas por diversos profissionais.

Em corroboração ao quadro de deficiência estrutural dos serviços de média complexidade, há relatos sistemáticos de negligência no atendimento, conforme informações divulgadas em meios de comunicação:

- 05/03/2025 - gestante indígena da comunidade Warirambá, no Alto Rio Içana, faleceu após complicações decorrentes de uma cesariana no Hospital de São Gabriel da Cachoeira;¹
- 12/08/2025 - falecimento de Vianney Pimenta Batista na unidade hospitalar. Segundo os familiares do paciente, 04 dias antes de falecer, “ele procurou atendimento se queixando de fortes dores, vômitos e calafrios, (...) foi medicado e mandado para casa”. Em momento posterior, retornou ao HG-SGC, ocasião na qual verificou-se que tinha uma grave infecção, pois seu “apêndice já tinha estourado e estava necrosando o intestino dele”. Após cirurgia emergencial, foi intubado e faleceu.²

¹ **Tragédia no Alto Rio Içana: Mulher indígena e recém-nascida morrem por alegada negligência médica após cesariana.**<https://dmirn.foirn.org.br/tragedia-no-alto-rio-icana-mulher-indigena-e-recem-nascida-morrem-por-alegada-negligencia-medica-apos-cesariana/>. Acesso: setembro/2025

²Hospital de Guarnição do Exército é acusado de negligência.<https://www.brasildefato.com.br/2024/09/17/hospital-de-guarnicao-do-exercito-e-acusado-de-negligencia/>. Acesso: outubro/2025.



- Técnica de enfermagem que atua como agente de saúde na Terra Indígena Yanomami relatou que **sofreu violência obstétrica** na localidade, razão pela qual procurou a Defensoria Pública do Estado do Amazonas, que ajuizou demanda reparatória.³

Por fim, o Relatório Sobre o Panorama Obstétrico (mencionado acima), informa que: (a) “nas gestações de alto risco, **não há uma garantia que algum médico especialista vá acompanhar a gestação**, já que o município não contava com ginecologista obstetra no quadro de profissionais.” (b) há relatos de cesarianas que geraram infecção puerperal, o que exigiu reabordagem cirúrgica e internação hospitalar, com afastamento da mãe de seu bebê por mais tempo; (c) o Hospital **não cumpre a lei da vinculação** (Lei nº 11.634/2007), que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento da maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde; e (d) os equipamentos de ultrassom e o Raio X do HG-SGC **são de uso exclusivo para situações de emergência**.

O documento acima também relata dificuldades de diálogo entre as Unidades Básicas de Saúde e o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira. Nesse sentido, menciona-se que, muitas vezes, as gestantes são encaminhadas à unidade hospitalar em situações de risco, **mas há negativa de assistência** no HG-SGC, **potencializando a gravidade** das situações de urgência.

De forma similar, em visita à Casa de Saúde Indígena, representantes do Ministério Público Federal e de outras entidades (públicas e privadas) conversaram com profissionais de saúde que trabalham no referido equipamento. Na ocasião, registrou-se o que segue:

- “Muitas vezes, a CASAI encaminha a gestante para iniciar o trabalho de parto no HG, mas os parâmetros de internação da unidade hospitalar são bastante estritos, o que enseja- conforme os termos usados na reunião- um ‘efeito ioiô’ (pois a gestante retorna, mais uma vez, para a CASAI) [...];
- Há dificuldades na operacionalização do SISTER na localidade, pois- diante do atendimento no HG somente em cenários de urgência/emergência, é recorrente que pacientes somente sejam inseridos no sistema em cenários de elevada gravidade”

Os registros evidenciam diversos pontos críticos na unidade hospitalar, destacando-se: (1) **dificuldades na articulação** entre o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira e a rede de atenção básica; (2) **ausência de leitos de UTI na Região do Alto Rio Negro**, o que gera a necessidade de reiteradas remoções aéreas para Manaus, operacionalizadas por meio do

³ Hospital de Guarnição do Exército é acusado de negligência.<https://www.brasildefato.com.br/2024/09/17/hospital-de-guarnicao-do-exercito-e-acusado-de-e-negligencia/>. Acesso: outubro/2025.



SISTER (alimentado pelo Comando Militar/12^a Região); (3) **restrição do atendimento especializado** (médicos especialistas) aos contextos de urgência e emergência, em razão das diretrizes adotadas pelo HG-SGC; e (4) necessidade de comunicação interinstitucional para alinhar o funcionamento do SISREG (gerido pelo Município de São Gabriel da Cachoeira), que regula os atendimentos na rede pública de saúde.

Além disso, observa-se uma **corresponsabilidade majorada** dos entes federativos no que se refere à rede de serviços de alta e média complexidade. No Ofício nº 2374/2025/SAES/CGOEX/SAES/MS (**Anexo IV**), o Ministério da Saúde informou que os repasses federais destinados à alta e média complexidade (Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade -Teto MAC) são transferidos diretamente ao Município de São Gabriel da Cachoeira/AM, porquanto o ente federativo “se encontra sob Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (GPSMS).”

2.4. Relatórios da Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM) sobre o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira. Ausência de rotina administrativa de correção das irregularidades. Precariedade na documentação de informações e prontuários na unidade hospitalar

No Relatório de Inspeção nº 24/2024 (**Anexo V**), a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas certificou os principais fatos decorrentes de visitas técnicas realizadas ao Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, entre 27 de agosto e 30 de agosto de 2024.

Nas informações gerais, relata-se o que segue: (i) a unidade hospitalar **não apresenta política ou programa de garantia de controle de qualidade nos serviços e não possui procedimentos operacionais padrão (POPs)**; (ii) a estrutura física apresenta condições de conservação, segurança, organização e conforto **fora de conformidade**, apresentando setores improvisados (passando por manutenção), separados por paredes de compensados, subdimensionadas, sendo cobertos na sua totalidade por forro de PVC (inclusive o Centro Cirúrgico) e setor de internação sem separação, atendendo ambos os sexos no mesmo ambiente; e (iii) o hospital atua nos serviços de atendimento ambulatorial, hospitalar e de urgência e emergência, mas **não realiza a classificação de risco durante o período noturno** para determinar a prioridade de atendimento.



Registrhou-se que a unidade conta com 53 leitos, mas não possui um controle de qualidade da água, gestão de qualidade adequada e apresenta inconformidades em diversas áreas. Ainda, foram apresentadas diversas desconformidades estruturais, listadas, exemplificativamente, abaixo:

- 7.1.1. O Estabelecimento não possui Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Em desacordo a Lei 9431/97;
- 7.1.2. Não foi visualizada a designação formal da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. Em desacordo a Portaria MS/GM 2616/98;
- 7.1.3. A instituição não realiza a padronização de antimicrobianos, busca ativa de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e calcula e registra os indicadores previstos na legislação vigente. Em desacordo a Portaria MS/GM 2616/98;
- 7.1.4. O serviço de saúde não disponibiliza condições para o funcionamento sistemático e contínuo do núcleo de segurança do paciente. Em desacordo a RDC 36/13;
- 7.1.5. O serviço de saúde **não possui o plano de segurança do paciente**. Em desacordo com a RDC 36/13; (...)
- 7.2. RECEPÇÃO

7.1.1 O setor apresenta inconformidades nas condições de organização e infraestrutura, parede com sinais de infiltração, sala de depósito funcionando como consultório. Em desacordo ao Art. 36 da RDC 36/2011;

7.1.2 A central de Ar da recepção apresenta condições de conservação e limpeza fora dos padrões. Em desacordo ao Art. 35 da RDC 63/2011;

7.1.3 **Posto de notificação de Malária apresenta inconformidades de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.** Em desacordo ao Art. 36 da RDC 63/2011;

7.1.4 Sanitários de uso público, no setor de recepção, **não disponibilizam condições para prática de higienização das mãos.** Em desacordo ao Art. 59 da RDC 63/2011;

7.1.5 O setor não disponibiliza condições para prática de higienização das mãos. Em desacordo ao Art.59 da RDC 63/2011;

- 7.3. SALA DE EMERGÊNCIA

7.3.1. O setor apresenta as instalações, fora da conformidade de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. Em desacordo ao Art. 36 da RDC 63/2012;



7.3.2. Não foi visualizada a designação do responsável técnico e substituto do setor. Em desacordo aos Itens 4.4.4 e 4.1.1.2 portarias MS 393/2020;

7.3.3. O Setor não dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas. Em desacordo ao Art. 51º da RDC 63/2011;

7.3.4. Não foi visualizado registro de capacitações e que são realizadas de forma permanente. Em desacordo aos Art. 32 e 33 da RDC 63/2011;

7.3.5. O setor não possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Em desacordo com o Art. 23, Inciso X, da RDC 63/2011; Art.2º, Art.5º e inciso XI do Art.6º da RDC 222/2018;

7.3.6. Não realiza a vigilância e a notificação dos eventos adversos ocorridos na instituição. Em desacordo ao Art. 9º e Art. 10 da RDC 36/2013; Art. 8º inciso III, Art. 23 inciso XIV, Art. 62 da RDC 63/2011;

7.3.7. Ausência de protocolos e POPs para prevenção e controle das IRAS. Em desacordo com Anexo III da Portaria 2616/1998;

7.3.8. Os protocolos de segurança do paciente não estão implantados. Em desacordo a RDC 63/2011 e RDC 36/2013;

7.3.9. O lavabo do setor, não apresenta condições para prática de higienização das mãos. Em desacordo ao Art. 59 da RDC 63/2011;

7.3.10. Não foram visualizadas comprovações de que o serviço realiza manutenções preventivas e corretivas. Em desacordo ao Art. 23 da RDC 63/2011;

7.3.11. **Não há controle de qualidade da água.** Em desacordo ao Inciso VI do Art.23, Art. 39 (§1º e §2º) da RDC 63/2011; (...)

- 7.9. SALA DE PRÉ-PARTO E PARTO

7.9.1. O setor **apresenta inconformidades nas condições de organização, segurança e conforto.** Em desacordo ao Art. 36 da RDC 36/2011;

7.9.2. **Não foi visualizado a documentação ou registro referente a manutenção preventiva e corretiva** da edificação e instalações; manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos. Art. 23 da RDC 63/2011;

7.9.3. O banheiro do setor, não apresenta condições para prática de higienização das mãos. Em desacordo ao Art. 59 da RDC 63/2011;



7.9.4. O banheiro, não possui barra de apoio para proteção. Em desacordo ao ABNT NBR 9050;

7.9.5. O setor apresenta materiais sendo utilizados para os fins a que não se destinam. Utilizam caixas de papelão para depósito de medicamentos. Em desacordo ao Art. 55 da RDC 63/2011;

7.9.6. O lavabo apresenta inconformidades e não apresenta as condições ideais para degermação das mãos. Em desacordo ao Art. 8º, inciso IV e Art. 59 da RDC 63/2011, Item 4.6.3 da Unidade Funcional 4, Parte II da RDC 50/2002. e subitem b.4 do Item 6.2 da parte III da RDC 50/2002;

7.9.7. Não foram visualizadas comprovações, que o setor realiza e registra as calibrações, manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos. Em desacordo ao Art. 40 da RDC 15/2012 e Art. 23 Inciso IX da RDC 63/2011.

- 7.10. POSTO DE ENFERMAGEM OBSTETRÍCIA

7.10.1. O setor apresenta materiais sendo utilizados para os fins a que não se destinam. Utilizam caixas de papelão para depósito de medicamentos. Em desacordo ao Art. 55 da RDC 63/2011;

7.10.2. Não foi evidenciado a comprovação de que o setor promove a manutenção corretiva e preventiva dos equipamentos e instrumentos. Em desacordo ao Art. 23 da RDC 63/2011.

- 7.11. CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME)

7.11.1. O setor apresenta as instalações, fora da conformidade de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. O setor tem desvios nas dimensões, aberturas de ar condicionado fechados com compensados, presença de mofo, forro com abertura e fiação elétrica exposta. Em desacordo ao Art. 36 da RDC 63/2012; 7.11.2. Não foram visualizadas comprovações, que o setor realiza e registra as calibrações, manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos. Em desacordo ao Art. 40 da RDC 15/2012 e Art. 23 Inciso IX da RDC 63/2011;

7.11.3. Não possui Relatórios de: “qualificação de instalação”, “qualificação de operação” e “qualificação de desempenho” dos equipamentos utilizados nas etapas de processos de esterilização dos produtos para saúde. Em desacordo ao Art. 37 da RDC 15/2012;



7.11.4. Não foi visualizado registro de capacitações e que são realizadas de forma permanente. Em desacordo ao Art. 29 da RDC 15/2012 e artigos 32 e 33 da RDC 63/2011;

7.11.5. Não foi visualizado o Procedimento Operacional Padrão (POP) de cada etapa do processamento. Em desacordo ao Art. 24 da RDC 15/2012 e Artigos 7º Inciso II alínea "d", 23 Inciso XVIII e 51 da RDC 63/2011;

7.11.8. O setor de limpeza não possui exaustão forçada do ar para fora da sala e não possui registros de que o sistema de climatização mantém a temperatura entre 18º e 22º C. Em desacordo ao Art. 52 da RDC 15/2012; A estrutura física será avaliada pela Gerência de Engenharia do DEVISA FVS/RCP AM

7.11.9. O setor de limpeza não possui ar comprimido ou pistola d'água. Em desacordo ao Art. 53 da RDC 15/2012; A estrutura física será avaliada pela Gerência de Engenharia do DEVISA FVS/RCP AM;

7.11.13. Não foram visualizados registros do monitoramento da qualidade de água. Em desacordo ao Art. 68 da RDC 15/2012;

- 8.1 Não foi identificado no serviço de obstetrícia os materiais necessários para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como: a) barra fixa ou escada de Ling; b) bola de Bobat ou cavalinho, Item 7.2.9 da RDC36/2008;
- 8.2 Não apresentou as normativas para a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Item 9.1 da RDC36/2008;
- 9.2 O lavabo cirúrgico não atende a profundidade aos regulamentos não é exclusivo para o preparo cirúrgico das mãos e antebraços. Art., 8º, inciso IV, Art. 59 da RDC 63/2011;

Em acréscimo, indicou-se que o setor de enfermaria apresenta inconformidades de instalação predial, sem manutenção preventiva e corretiva das instalações, em **desacordo com Art. 36 da RDC 63/2011**. Além disso, a lavanderia da unidade **não apresentou a documentação ou registro referente à manutenção preventiva e corretiva** da edificação e instalações (em desacordo com o Art. 23 da RDC 63/2011 e Art. 10 da RDC 6/2012).

Em relação aos processos internos, o Relatório informa que “não foi visualizado, regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências (em desacordo com Art. 9 da RDC 63/2011).”



Em fevereiro de 2025, no Ofício nº 150/2025/1ºOFÍCIO/PR/AM (**Anexo VII**), o Ministério Público Federal requisitou ao Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira a comprovação de saneamento das irregularidades contidas no Relatório Nº 24/2024/DEVISA.

No entanto, no Ofício nº 26-AAAJurd/Subdireção/Direção, de 17 de fevereiro de 2025 (**Anexo VII**), a unidade hospitalar informou que “**não foi identificado a notificação formal do Relatório de Inspeção nº 24/2024- DEVISA**, nos protocolos de recebimento de documentos externos deste nosocomio”, razão pela qual “**apenas teve conhecimento do conteúdo (...) por meio do Ofício nº 150/2025/1º Ofício/PR/AM**, da Procuradoria da República no Amazonas.”

A informação foi reiterada no Ofício nº 48-AAAJurd/Subdireção/Direção (**Anexo VIII**), por meio do qual solicitou-se dilação de prazo para resposta (pleito administrativo deferido pelo Ministério Público Federal). Na ocasião, destacou-se que não havia “registros no protocolo de entrada de documentos deste hospital referentes ao recebimento do mencionado relatório pelo Departamento de Vigilância Sanitária (DEVISA)”, pois, embora a inspeção tenha ocorrido “**entre 27/08/2024 e 30/08/2024**, (...) o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira somente teve acesso ao referido relatório por meio do ofício encaminhado pelo Ministério Público Federal.”

Cuida-se de circunstância fática que evidencia a **ausência de comunicação interinstitucional** adequada entre a autoridade sanitária e a unidade hospitalar.

Em nova análise técnica, a FVS/AM apresentou o **Relatório nº 06/2025/GSERVIS/DEVISA** (**Anexo IX**), com os resultados da inspeção realizada no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, nos dias 27 e 28/03/2025. Apesar da correção de alguns itens, o documento registrou a persistência, em síntese, dos seguintes problemas:

- 7.1.1. O Estabelecimento não possui Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Em desacordo com a Lei 9.431/97;
- 7.1.5. O serviço de saúde não possui o plano de segurança do paciente. Em desacordo com a RDC 36/13;
- 7.1.6. O NSP não analisa, avalia e monitora os dados e seus indicadores sobre incidentes e eventos adversos (EA) decorrentes da prestação de assistência à saúde. Em desacordo com a RDC 36/13;



- 7.3.6. Não realiza a vigilância e a notificação dos eventos adversos ocorridos na instituição. Em desacordo com o Art. 9º e Art. 10 da RDC 36/2013; Art. 8º inciso III, Art. 23 inciso XIV, Art. 62 da RDC 63/2011;
- 7.3.7. Ausência de protocolos e POPs para prevenção e controle das IRAS. Em desacordo com o Anexo III da Portaria 2616/1998;

Nos encaminhamentos do Relatório 06/2025 (tópico nº 14), o Departamento de Vigilância Sanitária Estadual da FVS-RCP, diante das “não conformidades observadas”, determinou a elaboração pelo Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira de um **Plano de Adequação**, a ser apresentado no prazo de **90 (noventa) dias**, a contar da data de recebimento do relatório.

Contudo, de forma similar ao que ocorreu com as irregularidades mencionadas no Relatório 24/2024, o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira destacou, consoante registrado no Ofício nº 213-AAAJurd/Subdireção/Direção (**Anexo X**), de 14 de julho de 2025, que **não foi formalmente notificado** do conteúdo do Relatório 06/2025.

Quanto à informatização dos procedimentos internos, o Ofício N°58-AAAJurd/Subdireção/Direção (**Anexo XI**) registra que o “**HGuSGC não dispõe de Sistema Hospitalar**”, razão pela qual as “Consultas aos Prontuários e Arquivos dos pacientes são executadas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística(SAME) deste Hospital, **de forma manual**”.

Os fatos relatados evidenciam que, apesar de alguns reparos e ajustes pontuais, **permanece um déficit crônico** dos serviços hospitalares, o que inclui problemáticas atinentes à estrutura, aos recursos humanos, aos fluxos internos (digitalização de documentos) e à institucionalidade da unidade de saúde (comissões e fluxos internos de trabalho).

Destaca-se, em primeiro lugar, que, no âmbito do Termo de Convênio 004/2020 (e seus Planos de Trabalho anexos), **inexiste qualquer menção à restrição** do atendimento dos profissionais especializados aos cenários de urgência e emergência.

Além disso, registra-se um descompasso entre a materialização do Termo de Convênio 004/2020 e a qualidade da atenção prestada no âmbito do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, sobretudo pela **ausência de funcionamento perene** dos mecanismos de monitoramento (vide a previsão, no referido negócio jurídico, da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Plano de Trabalho do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira).



2.5. Recomendação 21/2024 do Ministério Público Federal e insuficiência de atuação das instâncias de monitoramento

Em razão do cenário em lume, o Ministério Público Federal expediu a **Recomendação nº 21/2024/MPF/PR-AM/1ºOfício (Anexo XII)**, fixando providências necessárias para a garantia da universalidade e da integralidade nos serviços públicos de saúde prestados no Município de São Gabriel da Cachoeira/Amazonas.

Em relação ao ente municipal, determinou-se que: (i) no prazo de 30 dias, apresentasse planejamento para a instituição de Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil; e (ii) no prazo de 90 dias, comprovasse a instalação e o pleno funcionamento do Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil, indicando a composição e a regulamentação do órgão.

Em relação ao Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, foram recomendadas as seguintes diligências: (a) elaboração, no prazo de 45 dias, de **Carta de Serviços ao Usuário**, conforme o artigo 7º, §2º, da Lei 13.460/2017, com posterior publicação em canal oficial de comunicação; e (b) a instituição, no prazo de 30 dias, de mecanismo de comunicação institucional (preferencialmente contato telefônico) com as Unidades Básicas de Saúde e a Casa de Saúde Indígena, conforme compromisso assumido em reunião realizada no dia 11 de outubro de 2024 (vide o Relatório de Visita do Ministério Público Federal - Anexo I).

No que se refere ao Estado do Amazonas, foram endereçadas as seguintes práticas: (1) no **prazo de 60 dias**, em conformidade com o Termo de Convênio 004/2020, a comprovação do funcionamento da Comissão de Monitoramento e Avaliação do Plano de Trabalho do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira; e (2) apresentação, no prazo de 120 dias, do relatório inicial de avaliação dos serviços prestados no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira.

Foram recomendadas, ainda, atuações conjuntas a serem empreendidas pelo Estado do Amazonas e pelo Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, com base no Termo de Convênio 004/2020, a fim de que os médicos especialistas (militares ou contratados pela SES/AM) ofereçam atendimentos, no âmbito do HG-SGC, em regime ambulatorial, de urgência e de emergência, considerando o perfil de média complexidade da referida unidade hospitalar.



Além disso, determinou-se aos entes públicos, no prazo de 30 dias, a elaboração de protocolo de atendimento às pacientes vítimas de violência sexual atendidas no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, nos termos da Lei 12.845/2013.

Nesse sentido, conforme memória de reunião realizada em 12 de março de 2025 (**Anexo XIII**), representante do Ministério Público Federal reuniu-se com integrantes da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES/AM), do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, da Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, da Defensoria Pública da União e da Defensoria Pública do Estado do Amazonas.

No evento, o diretor da unidade hospitalar, Coronel Marcelo dos Santos Storch, informou a elaboração e a publicação da Carta de Serviços aos Usuários, conforme comprovantes do sítio eletrônico oficial da entidade.

Por outro lado, o Secretário Municipal de Saúde, Sr. Chrystian Barros, indicou que o **Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil não fora instalado até aquela data**, havendo apenas um grupo de trabalho no âmbito do órgão.

Em relação à ampliação dos serviços prestados no HG-SGC (atendimento especializado em regime ambulatorial, conforme previsto na Recomendação 21/2024), a Secretária Executiva Adjunta do Interior da SES/AM, Sra. Rita Almeida, manifestou posição contrária à possibilidade, com base em 02 argumentos principais: (i) unidades hospitalares não devem fornecer atendimento ambulatorial; e (ii) a responsabilidade pela realização do pré-natal seria atribuída exclusivamente aos DSEIs e às unidades de atenção básica.

Posteriormente, no dia 30 de abril de 2025, o Ministério Público Federal reuniu-se, conforme ata acostada aos autos (**Anexo XIV**), com representantes dos seguintes órgãos e entidades: Movimento Humaniza, DPE/AM, MAKIRA ETA, FVS, Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira/AM, SESAI, Coordenação de Demandas de Órgãos Externos de Atenção Primária do MS, DSEI Yanomami, Área Técnica de Saúde da Criança da SESAI, DSEI Alto Rio Negro, Mulher COAPRO, Auditoria do Ministério da Saúde, SES/AM, Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária.

Em síntese, destacam-se os seguintes pontos discutidos na ocasião: (i) representante da FUNAI relatou a notificação de 11 óbitos infantis, 4 fetais e 1 materno desde janeiro de 2025, reforçando a gravidade da situação da saúde pública na localidade; (ii) a direção do Hospital de Guarnição enfatizou que o problema da mortalidade materna e infantil não é exclusivo do



hospital, mas envolve toda a rede de saúde, mencionando a importância de ampliar o acesso a especialistas e melhorar o pré-natal; (iii) a FOIRN relatou casos de dificuldade no atendimento a pessoas indígenas na unidade hospitalar, requerendo a instalação de Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil, com a participação da sociedade civil; e (iv) o Secretário Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira informou que a Prefeitura apresentaria projeto de lei à Câmara Municipal para instituição do referido órgão (Comitê Municipal).

Além dos temas debatidos nas reuniões, que revelam a **ausência de ampliação do atendimento especializado** na localidade e a não instalação do Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil, observa-se que não houve acatamento da Recomendação 21/2024 no que se refere à atenção às mulheres vítimas de violência sexual. Conforme o Ofício nº 509-Asse Ap As Jurd Cmdo/Cmdo 12ª RM (**Anexo XV**), o Comando Militar da 12ª Região informou que os custos associados “como a contratação/dedicação de pessoal especializado (psicólogos, assistentes sociais, equipe médica/de enfermagem treinada) (...) **deveriam estar previstos e contemplados no Plano de Trabalho** que integra o Termo de Convênio Nº 004/2020.”

Em relação à Comissão de Monitoramento e Avaliação do Plano de Trabalho do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, prevista expressamente no Termo de Convênio 004/2020, **não foram apresentados relatórios de avaliação** dos serviços.

Embora a SES/AM tenha comprovado a instituição do referido órgão, verificou-se que os relatórios de avaliação não são elaborados de forma periódica, mas apenas para fins de aditivação (termo aditivo) dos convênios. Além disso, cuida-se de **análise meramente formal** (sem qualquer avaliação sobre a qualidade dos serviços prestados), o que reforça a **insuficiência dos instrumentos de monitoramento** da saúde pública na região (vide imagens abaixo, extraídas do Inquérito Civil referido):





**PARECER TÉCNICO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO E
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS**

Termo de Convênio Nº 004/2020

1. IDENTIFICAÇÃO DA PARCERIA

- 1.1. Órgão / Entidade Responsável: Secretaria de Estado de Saúde – SES-AM
- 1.2. Número do Instrumento: Termo de Convênio 004/2020
- 1.3. Objeto da Parceria: a cooperação entre os entes públicos na Prestação de Serviços de Saúde e Assistência Médico Ambulatorial-Hospitalar, a serem prestados aos indivíduos que deles necessitem, dentro dos limites e quantitativos disponibilizados pela 12ª Região Militar/Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira/AM.
- 1.4. Período de Vigência: 12/2024 a 12/2025
- 1.5. Valor Total da Parceria: R\$ 3.000.000,00 (cinquenta mil reais);
- 1.6. Endereço de instalação da Parceria: Av. Quintino de Sá Cavalcante, 250 – Dabaru, São Gabriel da Cachoeira - AM;

Versam os autos sobre Memorando nº 027/2024-DCCAI_GCAI/SES-AM, por meio do qual essa Secretaria Executiva Adjunta de Gestão Administrativa - SEAGA informa que o Termo de Convênio nº 004/2020, firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde – SES/AM e o Comando da Décima Segunda Região Militar/Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, que tem por objeto a cooperação entre os entes públicos na Prestação de Serviços de Saúde e Assistência Médico Ambulatorial-Hospitalar, a serem prestados aos indivíduos que deles necessitem, dentro dos limites e quantitativos disponibilizados pela 12ª Região Militar/Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira/AM, **encontra-se vigente até 22/12/2025**.

Considerando prestações de conta anexas ao SISCONV e ao presente processo, datadas de 24/09/2027 e 07/10/2024 (em análise) na plataforma em questão;





Considerando que constam nos autos manifestação do Departamento de Acompanhamento e Prestação de Contas relativa à Prestação de Contas do Termo de Convênio 004/2020 (fls.89-90), da Gerência de Execução Financeira referente aos repasses efetuados referentes ao 4º Termo Aditivo do supracitado Convênio (fls.92-96), do Fundo Estadual de Saúde (fls. 192), do Fiscal do presente Convênio (fls. 272-273), Parecer Jurídico (fls. 282-288), o Autorizo e o Despacho Autorizativo emitido pelo Sr. Secretário Executivo desta Pasta (fls. 305-307);

Considerando que os documentos de regularidade fiscal e trabalhista da Convenente foram acostados às fls. 359-368;

Considerando que os atendimentos médico-hospitalares são ESSENCIAIS naquele município, e, caso paralisados impropriamente, comprometeriam integralmente a saúde da população, visto que a Unidade de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, localizado em região fronteiriça, isolada e distante cerca de 852 Km da Capital Manaus, é a maior referência em saúde do município

Mediante o exposto, esta Comissão manifesta-se favorável pela continuidade da Parceria expressa no 5º Termo Aditivo anexo ao presente caderno Processual.

Manaus/AM, 17 de janeiro de 2025

Michael Pinto Lemos

Presidente da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Resultados Termo de Convênio nº 004/2020 SES-AM e o Comando Militar da Amazônia/12ª Região Militar Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira/AM

Membros da Comissão de Acompanhamento e Avaliação dos Resultados:

Ronaldo Seixas Barros

Secretaria Executiva Adjunta de Políticas de Saúde/SES/AM

Celyana da Silva Paz

Complexo Regulador/DERAC/SES-AM

Na reunião ocorrida em 30 de abril de 2025, o Ministério Público Federal também informou aos representantes da SES/AM que **não há qualquer impedimento à prestação de serviços ambulatoriais em unidades hospitalares**, conforme o disposto na Lei 8.080/1990, no Decreto 7.508/2011 e na Portaria GM/MS 4.279/2010.

Nesse sentido, mencionam-se, de forma exemplificativa: (1) o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV/UFAM), que oferece consultas em várias especialidades por meio do Ambulatório Araújo Lima; (2) o Hospital do Coração Francisca Mendes (HCFM), que possui ambulatórios de cardiologia (adulto e pediatria), eletrofisiologia, anestesiologia pré-operatória; e (3) o Hospital Regional de Tefé (CNES 2016141), que cadastrou módulo ambulatorial no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.



3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

3.1. Questões preliminares

3.1.1. Objeto processual e cabimento da demanda

Trata-se de ação civil pública que visa à implementação de medidas estruturais para a correção de desconformidades no sistema público de saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira, cuja responsabilidade é compartilhada pelas 03 (três) instâncias federativas.

O artigo 1º da Lei 7.347/1985 (Lei da Ação Civil Pública- LACP) enumera um rol exemplificativo de bens jurídicos tutelados coletivamente por “ações de responsabilidade por danos morais e patrimoniais”. O direito à vida e a proteção da saúde (individual e coletiva) são situações jurídicas dotadas de viés eminentemente **transindividual**, razão pela qual amoldam-se ao disposto na Lei 7.347/1985, sendo viável o tratamento do tema pela presente via.

3.1.2. Competência material da Justiça Federal e legitimidade ativa do Ministério Público Federal

A competência material da Justiça Federal possui **caráter taxativo e constitucional**, não comportando ampliação por meio da atividade legislativa ordinária. Nesse sentido o artigo 109, inciso I, da Constituição Federal dispõe que cabe aos juízes federais o processo e o julgamento das “causas em que a União, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, réis, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho”.

Assim, a integração da União no polo passivo da demanda já impõe, em regime apriorístico, a atuação da Justiça Federal para atuar no caso concreto (competência *ratione personae*). Além disso, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) considera que a presença do Ministério Público Federal na relação processual fixa, por si só, a incidência do dispositivo acima mencionado:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO NO CONFLITO DE COMPETÊNCIA. CONFLITO NEGATIVO DE COMPETÊNCIA INSTAURADO ENTRE JUÍZOS ESTADUAL E FEDERAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA AJUIZADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL CONTRA O ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL. ALEGADO DESCUMPRIMENTO DA LEI 12.527/2011 E DA LEI COMPLEMENTAR 131/2009. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL, EM MATÉRIA CÍVEL. ART. 109, I, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. COMPETÊNCIA ABSOLUTA, EM RAZÃO DA PESSOA. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL PARA O



JULGAMENTO DO FEITO. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. I. Agravo interno interposto em contra decisao publicada em 03/05/2017. II. Conflito de Competência suscitado nos autos de Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Pùblico Federal contra o Estado de Mato Grosso do Sul, sustentando o descumprimento, pelo réu, das regras previstas na Lei 12.527/2011 (Lei de Acesso a Informacao) e na Lei Complementar 131/2009 (Lei da Transparência). III. Nos termos da jurisprudência do STJ, (a) "a competência da Justiça Federal, prevista no art. 109, I, da Constituição Federal, é fixada, em regra, em razão da pessoa (competência ratione personae), levando-se em conta não a natureza da lide, mas, sim, a identidade das partes na relação processual" (STJ, CC 105.196/RJ, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, DJe de 22/02/2010); e (b) "em ação proposta pelo Ministério Pùblico Federal, órgão da União, somente a Justiça Federal está constitucionalmente habilitada a proferir sentença que vincule tal órgão, ainda que seja sentença negando a sua legitimação ativa" (STJ, CC 40.534/RJ, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA SEÇÃO, DJU de 17/05/2004). Em igual sentido: STJ, REsp 1.645.638/CE, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, DJe de 12/05/2017; STF, AgRg no RE 822.816/DF, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, SEGUNDA TURMA, DJe de 15/06/2016. IV. Agravo interno improvido. (STJ - AgInt no CC: 151506 MS 2017/0063072-0, Relator: Ministra ASSUSETE MAGALHÃES, Data de Julgamento: 27/09/2017, S1 - PRIMEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 06/10/2017)

Consideradas as premissas legais e judiciais acima indicadas, viável concluir pela competência federal para o processamento e julgamento do feito, dada a presença do Ministério Pùblico Federal (polo ativo) e da União (polo passivo) na demanda.

Quanto à legitimação para agir (*legitimatio ad causam*), a adequação dos serviços pùblicos de saúde é matéria de competência comum entre os diversos entes federativos, nos termos do artigo 23, II, do texto constitucional.

Nesse sentido, há entendimento jurisprudencial consolidado no que concerne à responsabilidade/legitimidade tripartite em demandas que abrangem o fenômeno da judicialização da saúde:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO À SAÚDE. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. LITISCONSÓRCIO PASSIVO NECESSÁRIO DA UNIÃO. INEXISTÊNCIA. ACÓRDÃO DE 2º GRAU EM DISSONÂNCIA COM A JURISPRUDÊNCIA DO STJ. AGRAVO INTERNO IMPROVIDO. (...). Na forma da jurisprudência do STJ, "o funcionamento do Sistema Único de Saúde é de responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, de modo que qualquer um desses Entes tem legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de lide que objetiva a garantia do acesso a medicamentos para tratamento de problema de saúde. Assim, se qualquer destes entes pode figurar sozinho no polo passivo da ação, não dispondo, inclusive, de direito



de regresso contra os demais, bem como da faculdade de se utilizar a figura do chamamento ao processo, caracterizada está a situação de que qualquer um deles pode ser o responsável pelo cumprimento da obrigação, competindo à parte escolher contra quem deseja litigar" (STJ, REsp XXXXX/SP, Rel. Ministro HERMAN BENJAMIN, SEGUNDA TURMA, DJe de 17/06/2019). Em igual sentido: STJ, AgInt no AREsp XXXXX/GO, Rel. Ministro FRANCISCO FALCÃO, SEGUNDA TURMA, DJe de 01/07/2020; AgInt no REsp XXXXX/PI, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, DJe de 24/09/2019; AgInt no REsp XXXXX/PI, Rel. Ministro GURGEL DE FARIA, PRIMEIRA TURMA, DJe de 14/12/2017. IV. No caso, o Tribunal de origem, em dissonância com a atual jurisprudência desta Corte, concluiu que, "tratando-se de demanda que visa a concessão de medicamento não padronizado na RENAME e sendo competência da União a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos, procedimentos, bem como constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica (artigo 19-Q, Lei 8.080/90), necessária sua inclusão no polo passivo da demanda e remessa dos autos à Justiça Federal". Estando o acórdão recorrido em dissonância com o entendimento atual desta Corte, deve ser mantida a decisão ora agravada, que deu provimento ao Recurso Especial da parte autora, a fim de determinar a exclusão da União do polo passivo da ação e o retorno dos autos ao Tribunal de origem, para que prossiga no julgamento da demanda. V. Agravo interno improvido. (STJ - AgInt nos EDcl no AREsp. Relator: Ministra ASSUSETE MAGALHÃES, Data de Julgamento: 28/03/2022, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 30/03/2022)

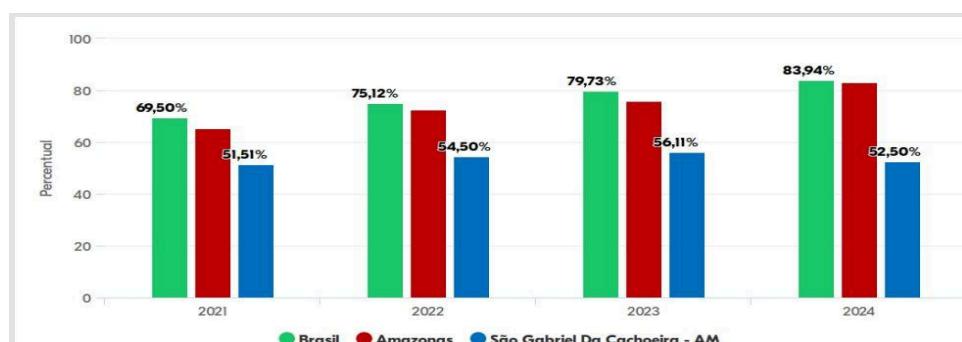
Considerada a **dimensão estrutural e interinstitucional dos problemas relatados**, a atuação do Ministério Público faz-se impositiva. Por outro lado, cumpre rememorar que o litisconsórcio passivo não significa uma identidade decisória em face de todos os entes federativos, visto que "compete à autoridade judicial, **diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização**, direcionar, caso a caso, o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro." (STF. Plenário. RE 855178 ED/SE, rel. orig. Min. Luiz Fux, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgado em 23/5/2019).



3.2. Avaliação das redes de atenção à saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira

O Município de São Gabriel da Cachoeira apresenta uma taxa de cobertura da atenção primária à saúde inferior às médias nacional e estadual. Além disso, observam-se elevados índices de mortalidade infantil.

A título de comparação, a taxa nacional de mortalidade infantil foi de **12,61 óbitos por mil nascidos vivos**, enquanto a taxa estadual foi de **17,1 óbitos por mil nascidos vivos**. Por sua vez, o índice municipal é de **39,53 óbitos por mil nascidos vivos**:⁴



Quanto à taxa de mortalidade materna, registram-se os seguintes dados: (i) Brasil - **49,08** mortes por 100.000 nascidos vivos;⁵ e (ii) Estado do Amazonas - **92,03** mortes por 100.000 nascidos vivos.⁶ Por sua vez, os números do Município de São Gabriel da Cachoeira são sistematicamente mais elevados, atingindo um pico de **416,1 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos** em 2023:⁷

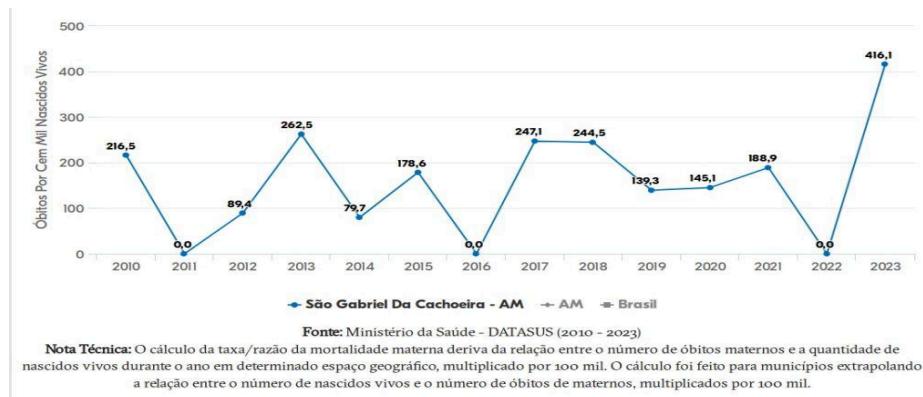
⁴ **FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL.** Primeira infância primeiro: São Gabriel da Cachoeira – AM. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2024. Disponível em: https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municípios/sao-gabriel-da-cachoeira-am/?utm_campaign=PIP-PDF-2024. Acesso em: 27 ago. 2025

⁵ **PORTO ALEGRE (RS).** Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Municipal de Mortalidade Materna. Relatório anual do Comitê de Mortalidade Materna de Porto Alegre – 2023. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, set. 2024. Disponível em: <https://atencióncentralizada.rs.gov.br/upload/arquivos/202408/09114316-boletim-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2024.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2025

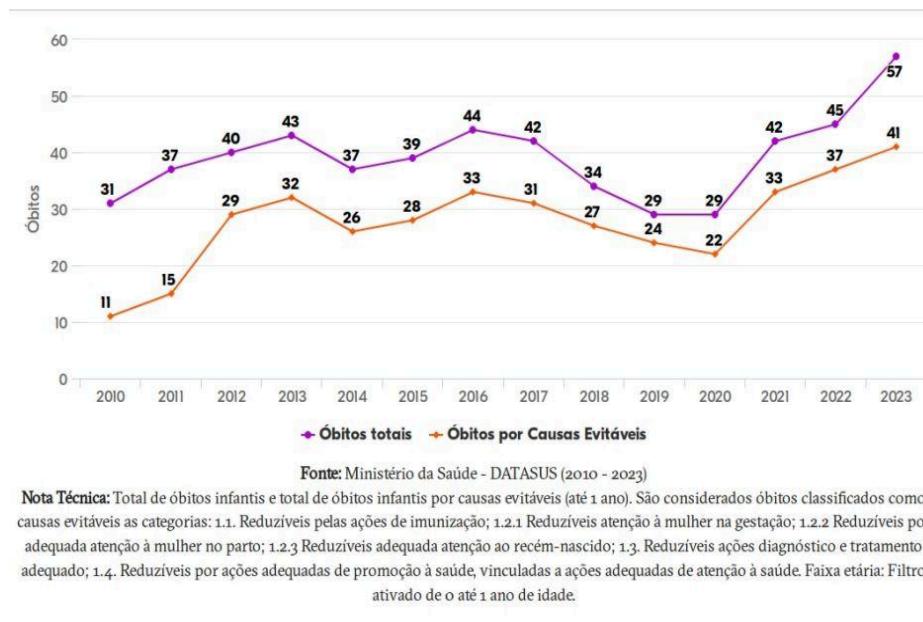
⁶ **PREFEITURA DE MANAUS.** Prefeitura promove oficina municipal de Vigilância de óbitos maternos, infantis, fetais e de mulheres em idade fértil para profissionais da saúde. Manaus: Prefeitura de Manaus, 12 nov. 2024. Disponível em: https://www.manaus.am.gov.br/noticia/saude/oficina-saude-da-mulher/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 ago. 2025.

⁷ **FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL.** Primeira infância primeiro: São Gabriel da Cachoeira – AM. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2024. Disponível em: https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municípios/sao-gabriel-da-cachoeira-am/?utm_campaign=PIP-PDF-2024. Acesso em: 27 ago. 2025





Em relação aos óbitos infantis, destaca-se, ainda, que um percentual considerável dos falecimentos ocorre por causas evitáveis:



Ainda, conforme o relatório das inspeções ocorridas em outubro de 2024 (Anexo I), foram coletadas informações relevantes sobre a realidade da atenção básica do Município de São Gabriel da Cachoeira. Nesse sentido, destacam-se os seguintes pontos: (i) não há Comitê de Monitoramento da Morte Materna e Infantil em São Gabriel da Cachoeira; (ii) não existe Sistema de Verificação de Óbitos no Município, havendo apenas um setor de vigilância de óbitos no âmbito da SEMSA (verificação de óbitos ocorre por meio da vigilância epidemiológica municipal).



Em reunião ocorrida no dia 11/10/2024 (Anexo I), que contou com a presença de representantes do MPF, da DPE/AM, da FUNAI, de entidades da sociedade civil, da Prefeitura do Município de São Gabriel da Cachoeira, da Secretaria de Saúde do Amazonas e do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, restou como encaminhamento a necessidade de criação de um Comitê Municipal de Prevenção à Morte Materna e Infantil pela SEMSA.

Em 30 de abril de 2025, o Ministério Público Federal reiterou a necessidade de constituição do órgão de prevenção aos óbitos maternos e infantis, haja vista o cenário de desconformidade estrutural no acompanhamento das gestantes e puérperas na localidade. Na ocasião, o Secretário Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira indicou que empenharia esforços para a criação da entidade.

Nesse sentido, requisitou-se ao Município de São Gabriel da Cachoeira a comprovação de constituição do Comitê Municipal de Prevenção à Morte Materna e Infantil por meio do Ofício 432/2025 (**Anexo XVI**), reiterado pelo Ofício 592/2025 (**Anexo XVII**). O ente municipal, entretanto, **não comprovou o cumprimento da obrigação pactuada**. Além disso, em consultas informais às autoridades locais, informou-se que não houve instituição do referido órgão colegiado.

Em Parecer Técnico elaborado pela SES/AM sobre os Indicadores de Mortalidade Materna e Infantil em São Gabriel da Cachoeira (**Anexo XVIII**), consta que o ente municipal registrou, no ano de 2023, um número de óbitos infantis superior ao atribuído ao Município de Manaus. Em relação aos óbitos fetais, parcela considerável foi referenciada como “**causa não identificada**”.

De forma análoga, os indicadores de mortalidade materna na localidade também são piores que aqueles referentes ao Município de Manaus (vide imagem abaixo), o que reforça a necessidade de instalação e de fortalecimento das instâncias de monitoramento da saúde pública na localidade.

Em relação à atenção especializada, o Estado do Amazonas possui 6.110 leitos de internação existentes (SUS e não-SUS), com 5.321 leitos SUS. Por outro lado, há registro de **74 leitos de internação** para o município de São Gabriel da Cachoeira. Os números acima indicam que a rede municipal apresenta um quantitativo assistencial (**1,43 leitos por 1.000 habitantes**)



inferior às médias estadual (1,64 leitos por 1.000 habitantes) e nacional (cerca de 2,2 leitos por 1.000 habitantes, conforme dados OMS/IBGE).⁸⁹

Tabela 4. Número de óbitos infantis (< 1 ano) segundo município de ocorrência, São Gabriel da Cachoeira, 2022 e 2023

Município de ocorrência	2022	2023
Manaus	10	12
São Gabriel da Cachoeira	38	43
Óbito < 1 ano	48	55

Fonte: SIM/AASS/FVS-RCP (30/10/2024)

II. Mortalidade Fetal

Foram registrados 29 óbitos fetais em 2022 e 28 óbitos fetais em 2023 em residentes do município de São Gabriel da Cachoeira, apresentando uma redução de 3,4% entre os anos.

A análise das causas básicas revela semelhanças entre os anos, destacando as afecções originadas no período perinatal como principal causa. Dentro desse grupo, a "Morte fetal de causa não especificada" foi a mais frequente, sendo responsável pela maioria dos casos em ambos os anos, conforme demonstrado na **Tabela 5**.

Tabela 5. Número de óbitos fetais, segundo causa básica do óbito, São Gabriel da Cachoeira, 2022 e 2023

Capítulo	Categoria	2022	2023
Total geral		29	28
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Outras malformações congênitas do cérebro	2	0
	Outras malformações congênitas do coração	0	1
	Outras síndromes com malformações congênitas que acometem múltiplos sistemas	0	1
Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	3	2
	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	1	3
	Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez	1	1
	Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto	2	3
	Hipóxia intra-uterina	4	3
	Morte fetal de causa não especificada	16	14

Fonte: SIM/AASS/FVS-RCP (30/10/2024)

Tabela 4. Número de óbitos infantis (< 1 ano) segundo município de ocorrência, São Gabriel da Cachoeira, 2022 e 2023

Município de ocorrência	2022	2023
Manaus	10	12
São Gabriel da Cachoeira	38	43
Óbito < 1 ano	48	55

Fonte: SIM/AASS/FVS-RCP (30/10/2024)

II. Mortalidade Fetal

Foram registrados 29 óbitos fetais em 2022 e 28 óbitos fetais em 2023 em residentes do município de São Gabriel da Cachoeira, apresentando uma redução de 3,4% entre os anos.

A análise das causas básicas revela semelhanças entre os anos, destacando as afecções originadas no período perinatal como principal causa. Dentro desse grupo, a "Morte fetal de causa não especificada" foi a mais frequente, sendo responsável pela maioria dos casos em ambos os anos, conforme demonstrado na **Tabela 5**.

Tabela 5. Número de óbitos fetais, segundo causa básica do óbito, São Gabriel da Cachoeira, 2022 e 2023

Capítulo	Categoria	2022	2023
Total geral		29	28
Capítulo XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Outras malformações congênitas do cérebro	2	0
	Outras malformações congênitas do coração	0	1
	Outras síndromes com malformações congênitas que acometem múltiplos sistemas	0	1
Capítulo XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal	Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual	3	2
	Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas	1	3
	Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez	1	1
	Feto e recém-nascido afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto	2	3
	Hipóxia intra-uterina	4	3
	Morte fetal de causa não especificada	16	14

Fonte: SIM/AASS/FVS-RCP (30/10/2024)

⁸ INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2022: população do Estado do Amazonas*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>. Acesso em: 23 set. 2025.

⁹ AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório de Leitos Hospitalares – 1º Quadrimestre 2024*. Manaus: SES-AM, 2024. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/RELATORIO-1o-QUAD-2024-OFFICIAL.pdf>. Acesso em: 23 set. 2025.



Além disso, conforme relatado anteriormente, **não há leito de UTI cadastrado** para a Região do Alto Rio Negro, o que enseja uma necessidade permanente de remoções aéreas para outros polos.

Conclui-se, portanto, pela existência de múltiplos gargalos nas redes de atenção à saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira. A explicação para o referido cenário é **multicausal e interinstitucional**, incluindo aspectos históricos, geográficos, econômicos e regionais. Sob qualquer perspectiva, entretanto, representa uma condição fática que contraria os parâmetros normativos (nacionais e internacionais) e implica uma variedade de violações aos direitos fundamentais/humanos da população local.

3.3. Parâmetros nacionais e internacionais de qualidade dos serviços de saúde

O artigo 26 da **Convenção Americana de Direitos Humanos** dispõe que as partes “comprometem-se a adotar providências, tanto no âmbito interno como mediante cooperação internacional, especialmente econômica e técnica, a fim de conseguir progressivamente a plena efetividade dos direitos que decorrem das normas econômicas, sociais e sobre educação, ciência e cultura”.

De forma similar, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (**PIDESC**) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (**Protocolo de São Salvador**) também adotam uma cláusula de progressividade na implementação dos direitos sociais.

Nesse sentido, desenvolveu-se, de forma inicial, no âmbito da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH), um modelo de justiciabilidade indireta dos direitos econômicos, sociais e culturais. Entretanto, a partir do **Caso Poblete Vilches**, em consonância com a jurisprudência firmada no **Caso Lagos del Campo**, a Corte IDH reconheceu o direito à saúde de forma autônoma (modelo de justiciabilidade direta), identificando obrigações progressivas e imediatas decorrentes da normatividade convencional.

Nesse sentido, foram fixados os seguintes parâmetros para a análise da adequação dos serviços de saúde: (a) **disponibilidade** - o “Estado Parte deve dispor de um número suficiente de estabelecimentos, bens e serviços públicos de saúde e centros de atenção à saúde, bem como de programas.”; (b) **acessibilidade** - os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos, sem qualquer discriminação, dentro da jurisdição do Estado Parte; (c)



aceitabilidade - todos os estabelecimentos, bens e serviços de saúde “devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, ou seja, respeitar a cultura das pessoas, minorias, povos e comunidades.”; (d) **qualidade** - “os estabelecimentos, bens e serviços de saúde devem também ser apropriados cientificamente e do ponto de vista médico”.¹⁰

No âmbito interno, o artigo 196 da Constituição Federal dispõe que a saúde configura direito de todos e dever do Estado, cuja implementação ocorre mediante políticas sociais e econômicas. Em âmbito infraconstitucional, a Lei nº 8.080/90 define a saúde como um direito fundamental do ser humano, cujos níveis de qualidade “expressam a organização social e econômica do País” (artigo 2º, *caput* e §2º).

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta como princípios estruturantes (artigo 7º da Lei 8.080/1990): (i) a “**universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (inciso I); a (ii) “**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” (inciso II); e (iii) a “**igualdade** da assistência à saúde” (inciso IV).

O caráter interfederativo e complexo dos serviços de saúde pressupõe, portanto, em atenção aos deveres de universalidade e integralidade, a articulação entre distintas redes de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade).

3.3.1. Necessidade de integração entre a atenção básica e as redes de alta e média complexidade. Possibilidade de atendimento ambulatorial em unidades hospitalares

Quanto à amplitude subjetiva dos sistemas de saúde, a **Conferência de Alma-Ata** (1978), organizada pela Organização Mundial da Saúde, enfatizou como principal instrumento para a universalidade do acesso à saúde um modelo de atenção primária baseada na praticidade, na científicidade (aceitação técnica e social) e na participação comunitária.

¹⁰ CONSELHO DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comentário Geral n. 14/2000: O direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde (artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais).



No Brasil, a atenção primária é operacionalizada por meio da **rede atenção básica**, regulamentada, em âmbito federal, pela Portaria n. 2436/2017 do Ministério da Saúde (Política Nacional de Atenção Básica -PNAB).

De forma sintética, os serviços primários/básicos se caracterizam pelos seguintes aspectos: (i) atendem aos problemas mais **frequentes** (simples ou complexos) que se apresentam; (ii) configuram a **porta de entrada** do sistema de saúde; e (iii) buscam implementar um modelo de cuidado marcado pela **longitudinalidade** (vínculo duradouro entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde), abrangendo as diversas necessidades e etapas da vida do usuário.

No modelo brasileiro, a meta do SUS é a transferência da gestão plena da atenção básica para a rede municipal, conforme a **Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996** (aprovada Portaria 2.203/1996 do Ministério da Saúde).

A atenção especializada, por outro lado, abrange serviços de **média** (prática clínica que demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos) e **alta complexidade** (alta tecnologia e alto custo). Cuida-se, portanto, de rede de atenção que envolve uma diversidade de especialidades, em regime ambulatorial e/ou hospitalar.

Em conformidade com o **artigo 17 da Lei 8.080/1990**, a maior parte dos serviços de alta e média complexidade é oferecida pela gestão estadual do SUS, a quem compete definir estabelecimentos hospitalares de referência e coordenar os centros de diagnósticos. Por outro lado, cabe à União a articulação da rede de alta complexidade, sem prejuízo da possibilidade de prestação direta dos serviços por meio de unidades hospitalares federais.

No entanto, a realidade da saúde pública do Município de São Gabriel da Cachoeira evidencia uma **descoordenação intrínseca** no contexto da distribuição das responsabilidades federativas.

Os repasses federais destinados à alta e média complexidade (Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade -Teto MAC) são transferidos diretamente ao ente municipal (Ofício nº 2374/2025/SAES/CGOEX/SAES/MS). No entanto, a unidade de referência para **média complexidade** na localidade é o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira, sob gestão pactuada entre a 12ª Região Militar (Comando Militar da Amazônia) e a Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Além disso, **inexistem unidades de alta complexidade e leitos de terapia intensiva na Região do Alto Rio Negro**.



Nesse sentido, os serviços especializados prestados pelo ente municipal ocorrem em Unidades Básicas de Saúde (vide laboratório de exames instalado em espaço anexo à UBS Miguel Quirino). Cuida-se de **oferta insuficiente para a demanda regional** e que não goza de recursos físicos e estruturais adequados para lidar com os agravos que superam as possibilidades de resolutividade da atenção básica.

Por outro lado, a atenção oferecida no Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira **encontra-se duplamente limitada**. Conforme relatado anteriormente, os atendimentos especializados estão restritos aos cenários de urgência e emergência e a unidade não é capaz de processar os agravos sujeitos ao regime de alta complexidade.

Nesse sentido, há forte dependência das remoções aéreas para o tratamento dos pacientes. Conforme informações repassadas pelo Hospital de Guarnição, em 2024, foram registrados 201 casos de transferências de pacientes por tal via (vide tabela abaixo):

Tabela 4		
UTI AÉREA - 2024		
Grupo	Total	%
Militares/Dep Militares	10	5,0%
Civil (indígenas e Civil)	191	95,0%
TOTAL	201	100,0%

Fonte:Serviço de Arquivo Médico (SAME) / HGuSGC

Há um evidente vácuo na construção das políticas de saúde na região, o que demanda o estabelecimento de medidas estruturais destinadas à reordenação das redes de atenção. Cumpre observar que o repasse integral do Teto MAC (Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar) ao ente municipal **não isenta os entes estadual e federal da obrigação** de estruturar, organizar e estimular a rede de média e alta complexidade.

Conforme estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei nº 8.080/1990, as ações e serviços de saúde são de responsabilidade conjunta, cabendo à União, Estados e Municípios definir responsabilidades por meio de pactuação. Além disso, a **Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017** dispõe que os gestores devem assumir compromissos regionais e que os entes estaduais têm papel central na coordenação da rede de atenção de média e alta complexidade.



Por conseguinte, o Teto MAC é um instrumento financeiro para custeio de ações de média e alta complexidade, mas **não se confunde com transferência de obrigação** de prestação de serviços. Por tais motivos, o **Decreto nº 7.508/2011**, que regulamenta a Lei 8.080/1990, dispõe que as responsabilidades individuais e solidárias dos entes na região (Regiões de Saúde) devem ser definidas e pactuadas pelos entes estaduais (em articulação com os municípios). Nesse sentido, o complexo regional deve incluir ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (artigo 5º do Decreto 7.508/2011).

4. NATUREZA ESTRUTURAL DO LITÍGIO

No julgamento do Recurso Extraordinário 684.612/RJ, o Supremo Tribunal Federal indicou que a intervenção judicial em políticas públicas, quanto não viole a separação de poderes, deve dirigir-se a indicação de finalidades a serem atingidas, sem precisar os meios de consecução (que devem ser planejados pelo administrador):

DIREITO CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM REPERCUSSÃO GERAL. INTERVENÇÃO DO PODER JUDICIÁRIO EM POLÍTICAS PÚBLICAS. DIREITO SOCIAL À SAÚDE. 1. Recurso extraordinário, com repercussão geral, que discute os limites do Poder Judiciário para determinar obrigações de fazer ao Estado, consistentes na realização de concursos públicos, contratação de servidores e execução de obras que atendam o direito social da saúde. No caso concreto, busca-se a condenação do Município à realização de concurso público para provimento de cargos em hospital específico, além da correção de irregularidades apontadas em relatório do Conselho Regional de Medicina. 2. O acórdão recorrido determinou ao Município: (i) o suprimento do déficit de pessoal, especificamente por meio da realização de concurso público de provas e títulos para provimento dos cargos de médico e funcionários técnicos, com a nomeação e posse dos profissionais aprovados no certame; e (ii) a correção dos procedimentos e o saneamento das irregularidades expostas no relatório do Conselho Regional de Medicina, com a fixação de prazo e multa pelo descumprimento. 3. A saúde é um bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve zelar o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. 4. **A intervenção casuística do Poder Judiciário**, definindo a forma de contratação de pessoal e da gestão dos serviços de saúde, **coloca em risco a própria continuidade das políticas públicas de saúde, já que desorganiza a atividade administrativa e compromete a alocação racional dos escassos recursos públicos**. Necessidade de se estabelecer parâmetros para que a atuação judicial seja pautada por critérios de razoabilidade e eficiência, respeitado o espaço de discricionariedade do administrador. 5. Parcial provimento do recurso extraordinário, para anular o acórdão recorrido e determinar o retorno dos autos à origem, para novo exame da matéria, de acordo com



as circunstâncias fáticas atuais do Hospital Municipal Salgado Filho e com os parâmetros aqui fixados. 6. Fixação das seguintes teses de julgamento: 1. A intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos Poderes. 2. A decisão judicial, como regra, **em lugar de determinar medidas pontuais, deve apontar as finalidades a serem alcançadas e determinar à Administração Pública que apresente um plano e/ou os meios adequados para alcançar o resultado.** 3. No caso de serviços de saúde, o déficit de profissionais pode ser suprido por concurso público ou, por exemplo, pelo remanejamento de recursos humanos e pela contratação de organizações sociais (OS) e organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIPI). (STF. Plenário. RE 684.612/RJ, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, redator do acórdão Min. Roberto Barroso, julgado em 01/7/2023. Repercussão Geral – Tema 698)

No referido precedente (RE 684.612/RJ), foram fixados parâmetros metodológicos para a intervenção judicial/ministerial de caráter estruturante (i) comprovação de **ausência ou grave deficiência** do serviço público; (ii) **possibilidade de universalização** da providência; (iii) **determinação da finalidade** a ser atingida, mas não o modo como ela deverá ser alcançada; (iv) enfrentamento da ausência de expertise e capacidade institucional por meio do suporte de documentos ou de manifestações de órgãos técnicos; e (v) abertura do processo à participação de terceiros (*amicus curiae* e designação de audiências públicas), a fim de ampliar a legitimidade democrática.

Embora inexista lei específica sobre o tema, os contornos conceituais e os fundamentos para aplicação do processo estrutural podem ser extraídos do Projeto de Lei 03/2025, em trâmite no Senado Federal. A proposição legislativa define como diretriz a “ênfase em medidas prospectivas, mediante elaboração de planos com objeto, metas, indicadores e cronogramas definidos, com implementação em prazo razoável” (artigo 2º, IX), devendo o juiz conduzir as partes para a “elaboração de um plano de atuação estrutural.” (artigo 9º).

Embora pendente de aprovação legislativa, os pressupostos metodológicos do processo estrutural gozam de normatividade vinculante no ordenamento jurídico brasileiro, em conformidade com o artigo 927, inciso III, do Código de Processo Civil (reconhecimento de repercussão geral no âmbito do RE 684.612/RJ).

Nesse sentido, o artigo 8º do PL 03/2025 dispõe que reconhecido o “caráter estrutural do processo, o juiz deverá promover a “**realização de audiências públicas**, com definição de metodologia adequada às características do litígio” (inciso III), a “designação de perito, consultor ou entidade que possa contribuir com o esclarecimento das questões técnicas, científicas ou financeiras envolvidas no conflito, bem como com o desenvolvimento das atividades de



participação social”, e a “intimação de pessoas que tenham contribuições técnicas (...) sobre as questões controvertidas, para que participem de audiências designadas, **independentemente de serem ou não partes no processo**”.

Por tais motivos, sob pena de ensejar a inefetividade do controle judicial/ministerial, a intervenção deve fixar uma condição ideal dos serviços, conferindo margem de liberdade para o planejamento e execução das medidas (sem prejuízo do monitoramento contínuo pelo Poder Judiciário). Deve-se privilegiar, portanto, um modelo continuado e dialógico de supervisão judicial (“provimentos em cascata”):

“Assim, por exemplo, é típico das medidas estruturais a prolação de **uma primeira decisão**, que se limitará a fixar em linhas gerais as diretrizes para a proteção do direito a ser tutelado, criando o núcleo da posição jurisdicional sobre o problema a ele levado. Após essa primeira decisão – normalmente, mais genérica, abrangente e quase ‘principiológica’, no sentido de que terá como principal função estabelecer a ‘primeira impressão’ sobre as necessidades da tutela jurisdicional – outras decisões serão exigidas, para a solução de problemas e questões pontuais, surgidas na implementação da ‘decisão-núcleo’, ou para a especificação de alguma prática devida” (ARENHART, 2013, p. 400).

O PL 03/2025 define problemas estruturais como aqueles que não encontram solução adequada nas técnicas processuais comuns, sejam elas individuais ou coletivas, caracterizando-se por elementos como: **multipolaridade**; impacto social; prospectividade; **natureza incrementada e duradoura das intervenções necessárias**; complexidade; existência de situação grave de contínua e permanente irregularidade, por ação ou omissão; e intervenção no modo de atuação de instituição pública ou privada.

No caso concreto, pode-se observar que: (i) o inquérito civil e as providências extrajudiciais evidenciaram **omissões e deficiências gravíssimas** nas políticas públicas; (ii) as pretensões expostas não demandam custos imediatos, mas apenas a remodelação orgânica da administração pública; (iii) os pedidos abaixo formulados **aderem ao problema das capacidades institucionais e da discricionariedade administrativa**.

Cumpre observar que a determinação de medidas estruturais/estruturantes pela via judicial é expressamente admitida na jurisprudência da Corte Interamericana de Direitos Humanos. No Caso *Cuscul Pivaral e outros vs Guatemala*, no qual foi reconhecida violação de direitos humanos de 49 pessoas diagnosticadas com o vírus HIV, além de indenizações aos familiares das vítimas, a



Corte IDH fixou a **obrigação estatal de implementar mecanismos de fiscalização e supervisão periódica dos serviços de saúde**.

De forma similar, no Caso *Damião Ximenes Lopes vs. Brasil*, foi determinado o desenvolvimento de **programas de capacitação** em saúde mental para profissionais da saúde, cuja adequação foi acompanhada pelo Tribunal em sede de supervisão de cumprimento de sentença.

Verifica-se, portanto, que o sistema interamericano de direitos humanos reconhece a normatividade autônoma do direito à saúde, o que sujeita as políticas nacionais ao controle de convencionalidade. Além disso, eventuais violações podem dar ensejo a instrumentos tradicionais de indenização ou a medidas estruturais (tratadas pela jurisprudência internacional sob o rótulo das “garantias de não-repetição”).

No presente caso, dada a complexidade inerente aos sistemas de saúde, adota-se uma abordagem que estimule a reconstrução dialógica das políticas públicas por meio da instituição de ferramentas de controle (interno, externo e social).

4.1. Comitê de Monitoramento da Saúde Pública do Município de São Gabriel da Cachoeira

O direito de acesso a sistemas públicos de saúde adequados, universais e integrais configura obrigação a ser concretizada pelos entes municipal, estadual e federal.

No entanto, em descompasso com as previsões normativas (nacionais e internacionais) verifica-se um cenário de desorganização burocrática estrutural. Vale reprimir, nesse sentido, que: (i) não há serviços de alta complexidade para atendimento da população de São Gabriel da Cachoeira; (ii) inexistem leitos de UTI cadastrados na localidade; (iii) o único equipamento do SUS destinado à média complexidade somente oferece atendimento especializado em cenários de urgência e emergência; (iv) há múltiplos relatos de ausência de vias adequadas de comunicação institucional entre a rede de atenção primária e o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira (HGu-SGC).

Além disso, observa-se que: (v) os indicadores de mortalidade materna, fetal e infantil são superiores àqueles registrados nacional e regionalmente (Estado do Amazonas); (vi) o HG-SGC apresenta, de forma reiterada, irregularidades sanitárias, conforme relatórios da Fundação de



Vigilância Sanitária (FVS/AM); (vii) inexistem rotinas estruturadas de comunicação entre a FVS/AM, o Hospital de Guarnição e as Comissões de Monitoramento e Avaliação do Termo de Convênio 004/2020 (vide o atraso para processamento dos Relatório de Inspeção 24/2024/FVS/AM e 06/2025/FVS/AM); (viii) não há Serviço de Verificação de Óbito (SVO) que opere na região; (ix) não foi instalado Comitê Municipal de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil.

Em reunião ocorrida reunião no dia 11/10/2024 (Anexo I), foram determinados os seguintes encaminhamentos: (a) criação de Comitê Municipal de Prevenção à Morte Materna e Infantil pela SEMSA; (b) criação de um fluxo nos casos de violência sexual e de abortamento legal; (c) formação de um **comitê de monitoramento da saúde da região**, mediante a indicação de representantes de diversas entidades.

Em sequência, por meio do **Ofício-Circular 02/2024/1ºOFÍCIO/PR/AM e do Ofício nº 912/2024/1º OFÍCIO/PR/AM** (acostados aos autos no Anexo X), foi requisitada a indicação de pontos focais destinados à constituição de um órgão interinstitucional para discussão e supervisão das políticas sanitárias locais.

Além disso, importa verificar uma **intersecção entre os diversos entes federativos** na estruturação das redes de cuidado (atenção primária, média e alta complexidade). Cite-se, por exemplo, que o Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira é gerido de forma conveniada pelo Comando Militar (órgão federal) e pela SES/AM (órgão estadual). Por outro lado, os serviços básicos são fomentados pela Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira (por meio das Unidades Básicas de Saúde) e pelo Ministério da Saúde/SESAI (distritos sanitários indígenas e outras instâncias).

Observa-se, ainda, que há repasses de incentivos financeiros ao ente municipal para prestação de serviços especializados (Teto MAC). Por outro lado, o descumprimento de normas sanitárias pelo HG-SGC atrai a responsabilidade de instâncias de vigilância (FVS/AM e ANVISA).

Portanto, há uma **exigência constitucional de convergência** de diversos órgãos públicos para sanar as omissões na construção de um modelo universal e integral de acesso à saúde na região. Torna-se imprescindível, em termos de dialeticidade processual, a participação e o engajamento de todos os envolvidos, porquanto a atuação isolada é insuficiente para a **diagnose** dos problemas ora debatidos e para a **prognose** das soluções.



As lesões ao direito coletivo à saúde, continuamente perpetradas pela ausência de estruturas eficientes para atendimento dos agravos, são multifatoriais, pois envolvem um **desarranjo interinstitucional**.

No presente caso, não é suficiente buscar a reparação dos danos já perpetrados, porquanto a ausência de abordagem dos problemas estruturais enseja a continuidade das omissões ilícitas. Por conseguinte, torna-se necessária uma **atuação prospectiva** por meio da participação de todas as partes responsáveis e interessadas na construção das políticas públicas.

No *Caso Mendoza*, por exemplo, a Suprema Corte da Argentina, ao analisar a contaminação da Bacia Hidrográfica do rio Matanza-Riachuelo, estabeleceu a obrigatoriedade de elaboração de um **plano de ação**, com a realização de diagnósticos e posterior definição das medidas necessárias à despoluição das águas, com contínuo acompanhamento pelo órgão jurisdicional.¹¹

De forma similar, na Sentença T-025/2005, a Corte Constitucional da Colômbia, após declarar a existência de um **estado de coisas inconstitucional** no que se refere aos deslocamentos forçados internos, fixou uma série de medidas estruturais para reordenação das políticas públicas de habitação, saúde, educação e assistência destinadas à população deslocada. Para os fins da presente demanda, destaca-se a instituição do Conselho Nacional de Atenção Integral à População Deslocada (CNAIPD), que serviu como um dos principais eixos para concretização das diretrizes normativas fixadas na decisão.¹²

No caso em tela, **pleiteia-se intervenção judicial similar**, a fim de que se institua órgão de monitoramento interinstitucional (ora intitulado Comitê de Monitoramento da Saúde Pública de São Gabriel da Cachoeira), a ser formalizado mediante acordo homologado nos autos. A partir da estruturação orgânica, as diversas instituições deverão apresentar (ii) relatório diagnóstico das principais deficiências sistêmica da rede de atenção à saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira; e (ii) plano estrutural conjunto que preveja (a) estruturas de reordenação dos serviços de atenção primária, de média complexidade e de alta complexidade; (b) metas para a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil; (c) compartilhamento e divisão das

¹¹ ARGENTINA. Corte Suprema de Justicia de la Nación. *Mendoza, Beatriz Silvia y otros c/ Estado Nacional y otros s/ daños y perjuicios (daños derivados de la contaminación ambiental del Río Matanza-Riachuelo)*. Sentencia de 8 de julio de 2008. Disponível em: <https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoSumario.html?idDocumento=518530>. Acesso em: 25 set. 2025.

¹² Cortes y cambio social: cómo la Corte Constitucional transformó el desplazamiento forzado en Colombia / Rodríguez Garavito César y Diana Rodríguez Franco. Bogotá: Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia, 2010.



atribuições no contexto da rede pública de saúde operante na localidade; (d) indicações das responsabilidades financeiras dos distintos órgãos atuantes no tema; (e) mecanismos e estratégias para expansão da rede assistencial; (f) instrumentos de diálogo interinstitucional permanente (vide reuniões periódicas, instrumentos de mensageria virtual, programas de capacitação e outros).

Conforme diligências extrajudiciais, sem prejuízo de adesões posteriores, a composição do órgão deve abranger:

- Representantes do **Ministério de Estado da Saúde**;
- Representantes da **Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas**;
- Representantes da **Secretaria de Saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira**;
- Representantes da **Direção do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira**;
- Representantes da **Fundação de Vigilância Sanitária do Estado do Amazonas (FVS/AM)**;
- Representantes da **FUNAI**;
- Representantes do **Distrito Sanitário Indígena do Alto Rio Negro**;
- Representantes do **Distrito Sanitário Indígena Yanomami**;
- Representantes do **Ministério Público Federal**;
- Representantes de entidades da sociedade civil, incluindo, sem prejuízo de outros entes privados, organizações que contribuíram historicamente com o diálogo sobre o tema - **Associação Humaniza Coletivo Feminista, Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e Rede de Mulheres Indígenas do Estado do Amazonas – MAKIRA ÉTA**;

Quanto ao pedido formulado, insere-se em um contexto de “plasticidade” dos processos estruturais, o que impõe a flexibilização da congruência objetiva e da estabilização da demanda (art. 322, §2º, do CPC). De forma similar, exige-se um modelo ampliado de participação processual e de legitimação democrática, a fim de permitir que instituições interessadas no tema, ainda que não integrem formalmente o litígio, possam contribuir para a elaboração de resultados e aprimoramentos:



“Em razão da complexidade e da multipolaridade que normalmente marcam os processos estruturais e da potencialidade de que as decisões aí proferidas atinjam um número significativo de pessoas, é preciso pensar em novas formas de participação de sujeitos no processo, como a admissão de amici curiae e a designação de audiências públicas. As fórmulas tradicionais de intervenção pensadas para os processos individuais não são suficientes para garantir participação ampla nos processos estruturais.”¹³

Nesse sentido, torna-se necessária, em caráter de antecipação de tutela (conforme fundamentação indicada abaixo), a designação de audiência para a formalização do termo de cooperação das entidades supramencionadas.

Reitera-se, por fim, que a melhor forma de solução de um problema estrutural é aquela ajustada entre os diversos interessados no problema, razão pela qual imprescindível, a título de concessão da tutela provisória de urgência requerida, que seja designada audiência de conciliação para a busca da solução consensual.

Cuida-se de pleito que **compatibiliza a dimensão objetiva e a eficácia irradiante dos direitos fundamentais com a complexidade do tema** e a autonomia administrativa. A multipolaridade dos problemas abordados não configura argumento para a postergação da implementação dos comandos constitucionais, mas requer, em **deferência à expertise institucional dos órgãos públicos**, a consolidação de soluções processuais interinstitucionais e dialógicas.

5. MEDIDAS REPARATÓRIAS

5.1. Pressupostos para a responsabilização civil dos entes públicos

O artigo 37, § 6º, da Constituição Federal **adota um paradigma de responsabilidade civil objetiva**, prescindindo da culpa/dolo para impor ao ente público a obrigação de compor o dano causado.

¹³ DIDIER JR., Fredie; ZANETI JR., Hermes; ALEXANDRIA DE OLIVEIRA, Rafael. *Elementos para uma teoria do processo estrutural aplicada ao processo civil brasileiro*. Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, n. 75, jan./mar. 2020. Disponível em: https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1606558/Fredie_Didier_jr_%26_Hermes_Zaneti_Jr_%26_Rafael_Alexandria_de_Oliveira.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.



Assim, são elementos necessários para a responsabilização civil das pessoas jurídicas de direito público: (i) ação ou omissão imputável a agente público; (ii) dano jurídico, consistente na lesão a um bem tutelado pelo ordenamento jurídico, ainda que exclusivamente moral; (iii) nexo de causalidade entre a conduta estatal e o resultado; e (iv) ausência de excludente causal.

No que concerne aos atos omissivos, incumbe observar que persiste a prescindibilidade de comprovação do elemento subjetivo da conduta, conforme o entendimento do Supremo Tribunal Federal. A jurisprudência da Corte firmou-se no sentido de que as “pessoas jurídicas de direito público respondem objetivamente pelos danos que causarem a terceiros, com fundamento no art. 37, § 6º, da Constituição Federal, **tanto por atos comissivos quanto por atos omissivos, desde que demonstrado o nexo causal entre o dano e a omissão do Poder Público**” (STF, 2ª Turma, ARE 897890 AgR, Rel. Min. Dias Toffoli, julgado em 22/09/2015)

No caso concreto, foram indicadas omissões, ilícitas e persistentes, dos entes públicos na concretização do direito à atenção à saúde da população no Município de São Gabriel da Cachoeira. Por tais motivos, faz-se necessária a produção das consequências normativas decorrentes de tais condutas.

O direito fundamental à saúde (artigos 5º e 6º da Constituição Federal) impõe deveres omissivos (obrigação de respeito) e comissivos ao Estado (obrigação de proteção), abrangendo atuações regulatórias e prestacionais (artigo 196 e seguintes da CF). A interpretação e aplicação das normas incidentes, portanto, deve obedecer ao princípio da máxima efetividade das normas constitucionais. Outrossim, o conteúdo material dos direitos humanos/fundamentais, articulado com o princípio da proporcionalidade, **veda a proteção insuficiente a tais bens jurídicos**.

Os argumentos supramencionados evidenciam que as condutas estatais ora tratadas amoldam-se ao conceito de **omissão específica**, porquanto violadoras de disposições normativas vinculantes.

Além disso, é inviável opor, de forma generalista, um óbice democrático à tutela jurisdicional de políticas públicas constitucionalmente previstas e integrantes do conceito de mínimo existencial.

Vale relembrar que o STF decidiu que a “intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, **não viola o princípio da separação dos Poderes**” (STF, Plenário, RE 684.612/RJ, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, redator do acórdão Min. Roberto Barroso, julgado em



01/7/2023. Repercussão Geral – Tema 698).

No caso em tela, a omissão estatal no planejamento de políticas públicas, constitucional e legalmente vinculadas, produziu graves violações a direitos humanos, resultando em desassistência à coletividade. Por tais razões, compete ao Judiciário intervir para restabelecer a integridade da ordem jurídica violada, mediante a imposição de mecanismos indenizatórios (obrigação de pagar) e outros métodos de compensação do dano (obrigações de fazer).

5.2. Fixação dos danos morais coletivos

Em matéria de responsabilidade civil, vigora no Brasil o **paradigma da atipicidade das modalidades de dano**.¹⁴ Nesse sentido, ao lado dos danos patrimoniais e morais, a jurisprudência dos Tribunais Superiores reconhece outras espécies autônomas, tais como os danos sociais, o dano decorrente da perda de uma chance e o dano pela perda do tempo útil.

No âmbito internacional, o **princípio da reparação integral do dano** também impõe a adoção de uma pluralidade de mecanismos compensatórios, sob pena de configurar uma proteção insuficiente ao bem jurídico lesado. Nesse sentido, a Corte IDH firmou os seguintes entendimentos:

“A indenização que se deve às vítimas ou a seus familiares, nos termos do artigo 63.1 da Convenção, deve ser voltada para a busca da *restitutio in*

integrum dos danos causados pelo ato violador dos direitos humanos. O desideratum é a restituição total da situação de dano, o que, lamentavelmente, é, com frequência, impossível, **dada a natureza irreversível dos prejuízos ocasionados**, como ocorre no caso presente (**Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras**. Sentença de 21 de julho de 1989. Série C N° 7 27.)

“É necessário buscar formas substitutivas de reparação, como a **indenização pecuniária**, em favor da vítima e, caso seja pertinente, de seus familiares. Essa indenização se refere primeiramente aos prejuízos sofridos e, **como esta Corte declarou anteriormente, compreende tanto o dano material como o dano moral**” (**Caso Loayza Tamayo Vs. Peru**. Reparações (Artigo 63.1 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos). Sentença de 27 de novembro de 1998. Série C N° 42 123.)

¹⁴(Thimotie Aragon). **Dano ao projeto de vida e grupos vulneráveis (15/07/2021)**. Disponível em: <https://www.jota.info/opiniao-e-analise/colunas/direito-dos-grupos-vulneraveis/dano-ao-projeto-de-vida-e-grupos-vulneraveis-15072021>. Acesso: janeiro/2024.



Por conseguinte, o “dano moral coletivo é a injusta lesão da esfera moral de uma dada comunidade, ou seja, é a violação antijurídica de um determinado círculo de valores coletivos.”¹⁵ De forma similar, o Superior Tribunal de Justiça comprehende o instituto como uma ‘**lesão na esfera moral de uma comunidade pela violação de direito transindividual de ordem coletiva**’ (REsp 1.397.870/MG, STJ, Rel. Ministro Mauro Campbell Marques, 2^a Turma, j. 10/12/2014).

Cuida-se de categoria jurídica autônoma, “**aferível in re ipsa**, ou seja, sua configuração decorre da **mera constatação da prática de conduta ilícita** que, de maneira injusta e intolerável, viole direitos de conteúdo extrapatrimonial da coletividade, revelando-se despicienda a demonstração de prejuízos concretos ou de efetivo abalo moral (STJ. 4^a Turma. REsp 1610821/RJ, Rel. Min. Luis Felipe Salomão, julgado em 15/12/2020.).

No caso em tela, a omissão e a insuficiência dos serviços básicos e especializados que integram a estrutura do SUS no Município de São Gabriel da Cachoeira evidenciam uma inobservância do dever de tratamento adequado, integral e universal dos agravos à saúde pública na localidade.

Considerada a dúplice finalidade do instituto (reparatória e sancionatória/pedagógica), a quantificação dos danos morais coletivos impõe uma análise detida das peculiaridades concretas, a fim de evitar a proteção insuficiente dos bens jurídicos e o enriquecimento ilícito. Além disso, o histórico de marginalização da população da Região Norte impõe **uma apreciação simbólica das medidas de reparação (não como mero simbolismo, mas como dever de reconstrução da ordem social pelo intérprete jurídico)**.

Nesse sentido, são vetores utilizados para o arbitramento do montante, nos termos da jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (método bifásico): (i) **gravidade do fato** - trata-se de omissão na concretização de direitos fundamentais, o que amplia a reprovabilidade da conduta dos órgãos e agentes estaduais; (ii) **intensidade do dolo ou grau de culpa** - as reuniões e recomendações do MPF, evidenciam plena consciência das diversas gestões sobre a problemática; (iii) **eventual participação culposa do ofendido** - a população local não contribui para as ofensas ora documentadas; pelo contrário, os poucos avanços na temática se devem à atuação dos movimentos da sociedade civil; (iv) **condição econômica do ofensor** - entes públicos gozam de posição financeira privilegiada, em razão dos benefícios legalmente

¹⁵ RAMOS, André de Carvalho. **Ação Civil Pública e o Dano Moral Coletivo**. Revista dos Tribunais. Revista de Direito do Consumidor, São Paulo, n. 25, jan./mar. 1998. p. 80-98.



deferidos; (v) **condição pessoal das vítimas** - vulnerabilidade histórica da população indígena e dos habitantes do Alto Rio Negro.

Na segunda fase, considera-se a relevância do interesse jurídico lesado. No caso, os direitos à saúde, à dignidade e à vida da população, afetados pela ausência do tratamento integral, são direitos humanos e direitos fundamentais, gozando de robusta proteção no ordenamento jurídico:

ADMINISTRATIVO. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. VIGILÂNCIA SANITÁRIA. SAÚDE PÚBLICA. IRREGULARIDADES SANITÁRIAS EM DROGARIA. ART. 18, § 6º, I E II, DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. FÉ PÚBLICA DE AUTO DE INFRAÇÃO. MULTAS APLICADAS NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO. NEGATIVA DE ASSINATURA DE TERMO DE AJUSTAMENTO DE CONDUTA - TAC. DIREITO DE ACESSO À JUSTIÇA. ART. 3º DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. OBRIGAÇÕES DE FAZER E DE NÃO FAZER. ART. 11 DA LEI 7.347/1985. DESNECESSIDADE DE PROVA DE REINCIDÊNCIA DAS INFRAÇÕES. DE RESPONSABILIDADE POR DANO MORAL COLETIVO IN RE IPSA. 1. Na origem, trata-se de Ação Civil Pública proposta pelo Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul contra São Bento Comércio de Medicamentos e Perfumaria. Busca-se condenar a empresa a cumprir obrigações de fazer e de não fazer, bem como a pagar indenização por danos morais e materiais causados à coletividade em virtude das práticas irregulares constatadas. A drogaria apresentava, segundo inspeções da Vigilância Sanitária, péssimas condições de higiene e limpeza, com a presença de insetos mortos (baratas), sujeidades nos pisos, cantos e frestas, além de exposição de produtos vencidos e irregularidades no estoque de medicamentos controlados. Incontroversas, as infrações foram reconhecidas pelo acórdão, que atesta categoricamente "haver prova das condutas consideradas como ilícitas praticadas pela empresa ré". 2. **O Estado Social eleva a saúde pública à classe dos bens jurídicos mais preciosos. Para o Direito, ninguém deve brincar com a saúde das pessoas, nem mesmo com sua própria, se isso colocar em risco a de terceiros ou infligir custos coletivos.** Compete ao juiz, mais do que a qualquer um, a responsabilidade última de assegurar que normas sanitárias e de proteção do consumidor, de tutela da saúde da população, sejam cumpridas rigorosamente. [...] 5. **Saúde e segurança das pessoas inserem-se no âmbito mais nobre da atividade judicial. Salvaguardá-las e exigir o**



cumprimento da legislação sanitária e de proteção do consumidor refere-se às esferas tanto da tutela administrativa como da tutela jurisdicional. A ordem constitucional e legal abomina que, em nome daquela, possa o juiz desta abdicar, o que implica, além de confusão desarrazoada entre acesso à administração e acesso à justiça, reduzir a prestação judicial a servo da prestação administrativa, exatamente o oposto de postulado maior do Estado Social de Direito. [...]11. Recurso Especial parcialmente conhecido e, nessa parte, provido para ser determinada a devolução dos autos ao Tribunal de origem a fim de que prossiga o julgamento. (STJ - REsp: 1784595 MS 2018/0301386-0, Relator: Ministro HERMAN BENJAMIN, Data de Julgamento: 18/02/2020, T2 - SEGUNDA TURMA, Data de Publicação: DJe 18/05/2020).

No caso em lume, as ações e omissões questionadas incluem: (i) a ausência de serviços de alta complexidade e de leitos de UTI na região; (ii) dificuldades sistêmicas de articulação entre a rede de atenção básica e a média complexidade; (iii) incapacidade de os entes públicos oferecerem metodologias de pré-natal suficientemente adequadas; (iv) relatos de negligência médica e de violência obstétrica; e (v) ausência de qualquer planejamento efetivo para a ampliação da atenção especializada; (vi) inexistência de serviços de verificação de óbito e de atendimento a vítimas de violência sexual.

Por tais motivos, estipula-se o montante de 10 milhões de reais, a título de danos morais coletivos, a serem pagos solidariamente pelos entes públicos demandados, que devem ser revertidos, nos termos do artigo 13 da Lei 7.347/1985.

6. MEDIDAS PROCESSUAIS

6.1. Designação de Audiência Pública

O processo de reconstrução das políticas públicas pressupõe participação ativa de instituições do Estado, incluindo o Poder Judiciário e o Ministério Público, e de entidades da sociedade civil. No contexto do microssistema coletivo, cuida-se de exigência reforçada pela distinção entre legitimidade processual e titularidade das situações jurídicas:¹⁶

¹⁶ Vitorelli, Edilson. **Processo Civil Estrutural: Teoria e prática.** 4.ed.rev,atual. e ampl.São Paulo:Editora Juspodivm, 2023. Pág. 59.



“Via de regra, o processo coletivo foi moldado, nos diversos países em que foi adotado, por intermédio de técnicas representativas: algum sujeito que não titulariza o direito material, ou, pelo menos, não titulariza a totalidade dele é legitimado pela ordem jurídica para conduzir um processo cuja decisão, ao final, terá efeitos sobre a sociedade, essa sim, titular do direito litigioso.”

A construção coletiva dos fatos deve garantir a participação dos mais diversos segmentos afetados, o que deve ser viabilizado por uma audiência pública, sem prejuízo da atuação processual ordinária dos órgãos legitimados. Ademais, o evento reforça o caráter democrático na atuação das instituições, conferindo maior legitimidade às ações tomadas no curso do processo judicial.

Cuida-se de providência que encontra substrato no Código de Processo Civil (CPC), que prevê a possibilidade da realização de audiências públicas na análise de questões repetitivas (art. 938, § 1). Nesse sentido, o Tribunal Regional Federal da 1ª Região, já implementou a referida medida processual no interesse de ações em curso.^{17 18}

Portanto, consideradas a multipolaridade e a complexidade do litígio, pleiteia-se a **realização de audiência pública judicial, antecedida de divulgação adequada nos meios de comunicação**, com a convocação das instituições mencionadas abaixo.

6.2. Distribuição dinâmica do ônus da prova. Inversão dos encargos processuais

O ônus probatório configura um encargo, atribuído pelo ordenamento jurídico a cada uma das partes, de demonstrar a ocorrência dos fatos de seu próprio interesse. Na dimensão objetiva, contempla uma regra de julgamento subsidiária (evitação do non liquet); na vertente subjetiva, uma regra de atuação dos sujeitos processuais.

Quanto ao tema, o STJ já reconheceu a possibilidade de o Ministério Público ser beneficiado pela inversão dos encargos processuais probatórios:

¹⁷ **Justiça Federal realiza audiência pública para discutir reintegração de posse do Residencial Nova Terra.** Disponível em:<https://www.trf1.jus.br/sjma/avisos/justica-federal-realiza-audiencia-publica-para-discutir-reintegracao-de-posse-do-residencial-nova-terra>.. Acesso em 4 de abril de 2024.

¹⁸ **Justiça Federal realizará audiência pública virtual no âmbito da Ação Civil Pública contra a Universidade Federal de Uberlândia.** Disponível em: <TRF1 - Justiça Federal realizará audiência pública virtual no âmbito da Ação Civil Pública contra a Universidade Federal de Uberlândia> . Acesso em 4 de abril de 2023.



O Ministério Público, no âmbito de ação consumerista, faz jus à inversão do ônus da prova, a considerar que o mecanismo previsto no art. 6º, inc. VIII, do CDC **busca concretizar a melhor tutela processual possível dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos e de seus titulares** — na espécie, os consumidores —, independentemente daqueles que figurem como autores ou réus na ação. STJ. 2ª Turma. REsp 1253672/RS, Rel. Min. Mauro Campbell Marques, julgado em 2/8/2011. STJ. 2ª Turma. AgInt no AREsp 1017611/AM, Rel. Min. Assusete Magalhães, julgado em 18/02/2020.

No caso concreto, há 02 razões para adotar a referida providência: (i) o Ministério Público atua como legitimado processual na defesa de direitos coletivos e difusos (vulnerabilidade dos membros do grupo); e (ii) os demandados possuem melhores condições técnicas e administrativas para realizar a atividade probatória (art. 373, § 1º, do CPC)

Por conseguinte, cabível o pleito de redistribuição do ônus processual em lume, a fim de garantir a uma atribuição isonômica dos encargos probatórios.

6.3. Designação de prova pericial

O artigo 156 do CPC dispõe que o Juízo “será assistido por perito quando a prova do fato **depender de conhecimento técnico ou científico**”. Nesse sentido, o artigo 464 do CPC afirma que a prova pericial “consiste em exame, vistoria ou avaliação”, cabendo ao órgão judicial nomear o profissional habilitado para promover a elaboração do laudo.

No caso concreto, a complexidade das intervenções pleiteadas exige o acompanhamento por profissional habilitado para avaliar a adequação dos planejamentos formulados. Cuida-se de um mecanismo que visa ampliar a eficiência processual e **garantir mecanismos colaborativos** para a solução de problemas estruturais.

Nesse sentido, o artigo 8º do PL 03/2025 dispõe que reconhecido o “caráter estrutural do processo, o juiz deverá promover a “realização de audiências públicas, com definição de metodologia adequada às características do litígio” (inciso III), a “**designação de perito, consultor ou entidade que possa contribuir com o esclarecimento das questões técnicas, científicas ou financeiras envolvidas no conflito, bem como com o desenvolvimento das atividades de participação social**”.



A natureza prospectiva e a complexidade das intervenções necessárias demandam um acompanhamento contínuo e técnico. A fiscalização, idealmente por meio de peritos, assegura a transparência, permite a identificação precoce de obstáculos e a busca por soluções conjuntas, garantindo que a implementação ocorra de forma efetiva e que a proteção ao direito fundamental à saúde da população não seja insuficiente (princípio da proibição da proteção insuficiente).

6.4. Intervenção de terceiros e despolarização da demanda

O artigo 138 do Código de Processo Civil dispõe que, “considerando a relevância da matéria, a especificidade do tema objeto da demanda ou a repercussão social da controvérsia”, o juiz “poderá, por decisão irrecorrível, de ofício ou a requerimento das partes ou de quem pretenda manifestar-se, solicitar ou admitir a participação de pessoa natural ou jurídica, **órgão ou entidade especializada, com representatividade adequada**, no prazo de 15 (quinze) dias de sua intimação”.

Conforme indicado pela doutrina, o *amicus curiae* consiste no “terceiro que, espontaneamente, a pedido da parte ou por provocação do órgão jurisdicional, intervém no processo para fornecer subsídios que possam **aprimorar a qualidade da decisão** a ser proferida.”¹⁹

Além disso, o artigo 6º, §3º, da Lei 4.717/1965 dispõe que a “pessoa jurídica de direito público ou de direito privado, cujo ato seja objeto de impugnação, **poderá abster-se de contestar o pedido, ou poderá atuar ao lado do autor**, desde que isso se afigure útil ao interesse público, a juiz do respectivo representante legal ou dirigente.” Cuida-se de um modelo de **despolarização da demanda**, o que se coaduna com a multipolaridade dos processos estruturais e com a relativização da estabilidade subjetiva de tais feitos.

No caso em análise, consideradas as peculiaridades demográficas (população majoritariamente indígena) e sanitárias, faz-se relevante a intervenção da **Fundação Nacional dos Povos Indígenas**. A atuação visa contribuir para o diagnóstico dos problemas supramencionados e com a reconstrução do histórico de omissões na prestação dos serviços públicos de saúde desenvolvidos na localidade.

¹⁹ DIDIER JR., Fredie. Intervenção de *amicus curiae* em processo apto à formação de precedente administrativo obrigatório. *Civil Procedure Review*, v. 11, n. 2, , maio/ago. 2020. ISSN 2191-1339. Disponível em: <https://www.civilprocedurereview.com>. Acesso em: outubro/2025.



De forma similar, outros entes da sociedade civil foram essenciais para o diálogo extrajudicial sobre a saúde pública no Município de São Gabriel da Cachoeira, razão pela qual devem ser incluídos na demanda, sobretudo para fins de participação em audiências e na formação de órgãos de monitoramento. Incluem-se, nessa seara, sem prejuízo de outras instituições: (i) **Associação Humaniza Coletivo Feminista**, que integra o Comitê Estadual de Enfrentamento à Violência Obstétrica e, de forma, ativa e altiva, atua para a melhoria dos serviços de atenção à saúde das gestantes, parturientes e puérperas; (ii) **Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN)**, principal instituição representativa dos povos indígenas na região; (iii) **Rede de Mulheres Indígenas do Estado do Amazonas – MAKIRA ËTA**, fundada em 2017, com o objetivo de objetivo de fortalecer a luta das mulheres dentro de suas comunidades, em seus territórios e no contexto urbano no estado do Amazonas.

Nesse sentido, tais entidades (públicas e privadas) devem participar dos diálogos processuais e da formação do órgão de monitoramento pleiteado, porquanto gozam de representatividade adequada e expertise nos temas tratados. Cuida-se de modelo de intervenção despolarizado e que objetiva a construção de soluções interinstitucionais dos serviços de saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira.

6.5. Imposição de multa cominatória e possibilidade de direcionamento aos agentes públicos

A **multa coercitiva** (multa cominatória/astreinte) configura medida executiva imposta, de ofício ou a requerimento da parte, com o objetivo de compelir alguém ao cumprimento de uma prestação (**mecanismo de coerção indireta**). Cuida-se de instrumento de natureza processual e de caráter acessório, porquanto existe para constranger o devedor a cumprir a obrigação judicialmente fixada.

Nesse sentido, o artigo 536 do CPC dispõe que, para fins de efetivação da tutela que reconheça a exigibilidade da obrigação de fazer ou de não fazer, o juízo poderá “determinar as medidas necessárias à satisfação do exequente”, inclusive “a imposição de multa” (§1º).

Quanto à fixação da medida coercitiva em face dos entes públicos, a jurisprudência considera “possível ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, **fixar multa diária cominatória (astreintes) contra a Fazenda Pública**, em caso de descumprimento de



obrigação de fazer" (STJ. 1^a Seção. REsp 1474665-RS, Rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 26/4/2017).

No caso em lume, pleiteia-se a imposição de diversas obrigações de fazer imputadas aos entes federativos, razão pela qual, a fim de garantir o cumprimento decisório, torna-se necessária a adoção do mecanismo cominatório ora tratado.

7. TUTELA PROVISÓRIA

Dispõe o artigo 300 do CPC que a "tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo."

Assim, há 02 pressupostos básicos para a antecipação dos efeitos da tutela pretendida, quais sejam: a) **probabilidade do direito** (*fumus boni iuris*), extraída da conjugação da verossimilhança fática (narrativa dos fatos) e da plausibilidade jurídica (provável subsunção dos fatos à norma invocada); e b) a **demonstração do perigo de dano/ilícito** ou do comprometimento da utilidade do processo (*periculum in mora*).

A presente Ação Civil Pública visa assegurar o direito fundamental à saúde da população do Município de São Gabriel da Cachoeira, notadamente por meio da instalação de um órgão interinstitucional de monitoramento da rede de cuidados.

O primeiro requisito para a concessão da tutela de urgência (probabilidade do direito) decorre dos fatos narrados (verossimilhança fática) e da incontrovérsia dos fundamentos jurídicos expostos.

O direito à saúde é um direito assegurado constitucional e convencionalmente, dotado de exigibilidade imediata, em consonância com a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal (STF) e da Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Apesar da robustez do arcabouço legal e jurisprudencial, os autos do Inquérito Civil revelam a **inexistência de serviços públicos suficientemente adequados**, tanto na modalidade ambulatorial quanto hospitalar, mesmo após inspeções e recomendações do Ministério Público e de outros órgãos.



Não há dúvidas sobre a omissão ilícita dos entes federativos. O único questionamento plausível é perquirir se as irregularidades da política pública **decorrem da incompetência estatal ou de uma indiferença institucionalizada**.

Quanto ao perigo da demora, faz-se necessário rememorar que a tutela provisória configura uma **redistribuição do ônus do tempo** entre as partes de uma relação processual. Nesse sentido, há um risco inerente ao presente cenário fático

A inadequação dos serviços têm consequências diretas e gravíssimas para a saúde física e mental das pessoas que residem na região. A falta de acesso a consultas especializadas no pré-natal, por exemplo, enseja uma **incidência bastante elevada** dos óbitos maternos, neonatais e infantis na região (acima das médias estadual e nacional)

Quanto ao requisito da **irreversibilidade** (artigo 300, §3º, do Código de Processo Civil), há plena possibilidade de retorno ao status anterior, caso constate-se que a decisão deva ser alterada ou revogada. As medidas processuais pleiteadas não exigem o investimento de recursos orçamentários expressivos e se destinam a **minimizar o impacto de uma omissão estatal permanente e a reorganizar os serviços públicos**.

Assim, em razão dos fundamentos fáticos e jurídicos expostos, o Ministério Público Federal requer a antecipação dos efeitos da tutela pretendida, conforme os itens delineados no tópico a seguir.

8. PEDIDOS

Ante o exposto, nos termos da Lei 7.347/1985 e do Código de Processo Civil, o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL** requer:

1. A concessão do pedido de antecipação dos efeitos da tutela satisfativa (artigo 300 do CPC), independentemente de oitiva da parte contrária (artigo 300, §2º do CPC e ADI 4.296/STF), com o objetivo de determinar que:
 - a. a designação de audiência de conciliação (artigo 334), em **caráter urgente**, em sessão pública, destinada à pactuação de termo de cooperação para instituição órgão de monitoramento interinstitucional (ora intitulado **Comitê de Monitoramento da Saúde Pública de São Gabriel da Cachoeira**), a ser formalizado mediante acordo homologado nos autos;



- b. A intimação para a referida audiência de conciliação, além das partes demandante e demandada de representantes das seguintes instituições: (i) Ministério de Estado da Saúde; (ii) Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas; (iii) Secretaria de Saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira; (iv) Direção do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira; (v) Fundação de Vigilância Sanitária do Estado do Amazonas (FVS/AM); (vi) Fundação Nacional dos Povos Indígenas; (vii) Distrito Sanitário Indígena do Alto Rio Negro; (viii) Distrito Sanitário Indígena Yanomami; (ix) Associação Humaniza Coletivo Feminista (CNPJ 33.760.393/0001-90), (ix) Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro- FOIRN (CNPJ 05.543.350/0001-18); e (x) Rede de Mulheres Indígenas do Estado do Amazonas – MAKIRA ÉTA (CNPJ 42320263000128) ;
- c. Realização, no **prazo de 90 dias** (a contar da formalização do termo de cooperação supramencionado), de audiência pública a ser realizada no Município de São Gabriel da Cachoeira (em formato presencial ou híbrido), precedida de chamamento por edital dotado de ampla acessibilidade, com a convocação de **todos os cidadãos interessados, dos entes públicos demandados** e dos representantes dos órgãos e pessoas jurídicas abaixo listadas (sem prejuízo da inclusão de outros) e
- i. Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas (SES/AM);
 - ii. Ministério da Saúde;
 - iii. Secretaria de Saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira
 - iv. Fundação de Vigilância Sanitária do Estado do Amazonas (FVS/AM);
 - v. Fundação Nacional dos Povos Indígenas;
 - vi. Distrito Sanitário Indígena do Alto Rio Negro;
 - vii. Distrito Sanitário Indígena Yanomami;
 - viii. Associação Humaniza Coletivo Feminista,
 - ix. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN);
 - x. Rede de Mulheres Indígenas do Estado do Amazonas – MAKIRA ÉTA;
 - xi. Universidade Federal do Amazonas (UFAM);
 - xii. Ministério Público do Estado do Amazonas



- xiii. Defensoria Pública da União
 - xiv. Defensoria Pública do Estado do Amazonas
 - xv. Procuradoria Geral do Estado do Amazonas;
- d. A elaboração, pela União, pelo Estado do Amazonas e pelo Município de São Gabriel da Cachoeira, no **prazo de 90 dias**, de plano estrutural conjunto (planejamento tripartite) de readequação da rede de atenção à saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira, que deve incluir (de forma exemplificativa) os seguintes itens:
- i. **relatório diagnóstico** sobre as principais deficiências no funcionamento do Sistema Único de Saúde na localidade
 - ii. estratégias de reordenação dos serviços de atenção primária, de média complexidade e de alta complexidade;
 - iii. metas para a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil;
 - iv. análise sobre o compartilhamento e divisão das atribuições no contexto da rede pública de saúde operante na localidade;
 - v. indicações das responsabilidades financeiras dos distintos órgãos atuantes no tema;
 - vi. propostas para expansão da rede assistencial;
 - vii. instrumentos de diálogo interinstitucional permanente (vide reuniões periódicas, instrumentos de mensageria virtual, programas de capacitação e outros);
 - viii. análise sobre o atual patamar dos recursos financeiros aplicados na rede de saúde pública local;
 - ix. projeções sobre a necessidade de incremento financeiro dos valores aplicados no Sistema Único de Saúde na localidade
- e. A execução imediata dos planos estruturais elaborados, em conformidade com o item “d”
2. **A imposição de multa diária** para a hipótese de descumprimento das medidas deferidas em sede de antecipação dos efeitos da tutela satisfativa (nos termos dos artigos 297 e 536, §1º, do Código de Processo Civil), no **valor de R\$ 100.000,00**



(Cem Mil Reais) diários, para cada um dos entes federativos (União, Estado do Amazonas e Município de São Gabriel da Cachoeira)

3. A citação dos demandados para contestarem a postulação inicial;
4. O **reconhecimento do caráter estrutural da presente demanda**, a fim de que, com base entendimento firmado no Recurso Extraordinário 684.612/RJ (artigo 927, inciso III, do Código de Processo Civil), sejam fixadas metas e indicadores para atuação dos poderes públicos na correção das irregularidades supramencionadas;
5. A inversão do ônus da prova, em observância ao conteúdo dos artigos 6º, VIII, do Código de Defesa do Consumidor 373, §1º, do Código de Processo Civil;
6. A **nomeação de perito**, nos termos do **artigo 465 do Código de Processo Civil**, para acompanhar e analisar a execução dos planos estatais supramencionados;
7. Em sede de tutela definitiva, a procedência dos pleitos autorais, com o objetivo de confirmar os pedidos formulados em sede de tutela provisória e condenar a União, o Estado do Amazonas e o Município de São Gabriel da Cachoeira ao pagamento de quantia equivalente ao **montante de R\$10.000.000,00** (dez milhões de reais), a ser revertido ao Fundo de Direitos Difusos e Coletivos (previsto pelo art. 13 da Lei n. 7.347/85 e regulamentado pelo Decreto n. 1.306/94), sendo utilizado, nos termos da Resolução Conjunta CNJ/CNMP 10/2024, em políticas de melhoria dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde pública operantes no Município de São Gabriel da Cachoeira;
8. A **imposição de multa diária** para a hipótese de descumprimento das medidas deferidas em sede de sentença, no **valor de R\$ 100.000,00 (Cem Mil Reais) diários**, para cada um dos entes federativos (União, Estado do Amazonas e Município de São Gabriel da Cachoeira)
9. A isenção do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, consoante o artigo 18 da Lei nº 7.347/85;
10. A juntada dos documentos mencionados na presente petição inicial, enviados em formato digital;



11. A produção de todos os meios de prova juridicamente admissíveis, inclusive perícias, oitiva de testemunhas, inspeção judicial, juntada de documentos

Dá-se à causa o valor de **R\$10.000.000,00** (dez milhões de reais).

Nesses termos, pede-se deferimento.

Manaus/AM, data da assinatura eletrônica.

(assinatura eletrônica)

Igor Jordão Alves

Procurador da República



Assinado eletronicamente por: IGOR JORDAO ALVES - 22/10/2025 18:33:14
<https://pje1g.trf1.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=25102218331390100000064911502>
Número do documento: 25102218331390100000064911502

Num. 2218358536 - Pág. 57