



Número: **1050566-94.2025.4.01.3200**

Classe: **AÇÃO CIVIL PÚBLICA**

Órgão julgador: **9ª Vara Federal Cível da SJAM**

Última distribuição : **22/10/2025**

Valor da causa: **R\$ 500.000,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado		
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL - MPF (AUTOR)				
ESTADO DO AMAZONAS (REU)				
MUNICIPIO DE SAO GABRIEL DA CACHOEIRA (REU)				
UNIÃO FEDERAL (REU)				
EGMAR VELASQUES SALDANHA (REU)				
MINISTERIO PUBLICO FEDERAL - MPF (FISCAL DA LEI)				
Documentos				
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo	Polo
2218370616	22/10/2025 19:49	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; e de e de **EGMAR VELASQUES SALDANHA**, prefeito do Município de São Gabriel da Cachoeira, inscrito no CPF sob o nº [REDACTED] residente e domiciliado na [REDACTED]



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
2.5. Recomendação 21/2024 do Ministério Público Federal e insuficiência de atuação das instâncias de monitoramento	8
3. FUNDAMENTOS JURÍDICOS	9
3.1. Questões preliminares	9
3.1.1. Objeto processual e cabimento da demanda	9
3.1.2. Competência material da Justiça Federal e legitimidade ativa do Ministério Público Federal	9
3.1.3. Legitimidade passiva dos agentes públicos	12
3.2. Avaliação das redes de atenção à saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira	13
3.3. Parâmetros nacionais e internacionais de qualidade dos serviços de saúde	18
4. NATUREZA ESTRUTURAL DO LITÍGIO	19
4.1. Serviço de Verificação de Óbitos e Vigilância Epidemiológica	23
4.2. Comitê de Monitoramento da Saúde Pública do Município de São Gabriel da Cachoeira	28
4.3. Corresponsabilidade na implantação dos Serviços de Verificação de Óbito e nos instrumentos de enfrentamento à mortalidade materna/infantil	33
5. MEDIDAS REPARATÓRIAS	34
5.1. Pressupostos para a responsabilização civil dos entes públicos	34
5.2. Fixação dos danos morais coletivos	35
6. MEDIDAS PROCESSUAIS	39
6.1. Distribuição dinâmica do ônus da prova. Inversão dos encargos processuais	39
6.2. Imposição de multa cominatória e possibilidade de direcionamento aos agentes públicos	40
7. TUTELA PROVISÓRIA	41
8. PEDIDOS	42



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 instituição de Serviço de Verificação de Óbito e de Comitê de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil na localidade.

Além das medidas estruturais, o Ministério Público Federal requer, a título de indenização pelas omissões ilícitas no âmbito da saúde pública, o pagamento do montante de R\$ 500.000,00 (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 mil 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 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 Guarnição 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 Guarnição 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 Secretária 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 Guarnição 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”.

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) registrou, em relação à vigilância epidemiológica e outras atividades da atenção primárias, 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 cardiocógrafa;



- 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, **falhas 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.

2.5. 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 III), 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.

Nesse sentido, conforme memória de reunião realizada em **12 de março de 2025** (Anexo IV), 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 Secretário Municipal de Saúde, Sr. Chrystian Barros, indicou que o **Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil não fora instalado até aquele momento**, havendo apenas um grupo de trabalho no âmbito do órgão.

Posteriormente, no dia 30 de abril de 2025, o Ministério Público Federal reuniu-se, conforme ata acostada aos autos (Anexo V), 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.

Na ocasião, reiterou-se a inexistência de Comitê Municipal de Prevenção ao Óbito Materno e Infantil.

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, rés, 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 decisão publicada em 03/05/2017. II. Conflito de Competência suscitado nos autos de Ação Civil Pública ajuizada pelo Ministério Público 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 Informação) 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 Público 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 ASSUETE 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 Público Federal (polo ativo) e da União (polo passivo) na demanda.



Quanto à legitimação para agir (*legitimatío ad causam*), a adequação dos serviços públicos 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).

Além disso, observa-se que o tema trazido aos autos encontra supedâneo na Convenção de Belém do Pará e na Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, vide o precedente firmado no *Caso Ahyne Pimentel vs. Brasil*. Nesse sentido, a ausência de mecanismos suficientes para a prevenção e a investigação dos óbitos maternos e infantis pode implicar a responsabilização internacional da República Federativa do Brasil.

3.1.3. Legitimidade passiva dos agentes públicos

Em relação à possibilidade de integração de agentes públicos ao polo passivo da demanda, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) possui jurisprudência no sentido de que, em casos de obrigações de fazer ou não fazer impostas ao Estado, a multa pode ser direcionada ao agente público responsável pelo cumprimento da decisão judicial, **desde que figure no polo passivo da demanda de conhecimento e tenha poderes para praticar o ato determinado** (AgInt no AREsp 2473552 / RN, Rel. Ministro SÉRGIO KUKINA, Primeira Turma, DJe 14/11/2024).

A interpretação analítica da jurisprudência acima evidencia que, se há possibilidade de agentes públicos serem responsáveis pelo pagamento de multas cominatórias quando integrarem as demandas coletivas, é razoável o ajuizamento de ações civis públicas em face de gestores responsáveis pelo cumprimento de obrigações de fazer demandadas pelo Ministério Público (sob pena de inefetividade concreta da utilização das futuras astreintes).



No presente caso, a **inclusão do Chefe do Poder Executivo** no polo passivo da demanda permite, em tese, a aplicação de multa em caso de descumprimento das ordens judiciais, sem prejuízo da responsabilização pessoal dos agentes públicos. Além disso, cuida-se de **autoridade competente para implementar** as medidas pleiteadas pelo Ministério Público Federal.

Por outro lado, não se nega a **dinamicidade da ocupação dos quadros políticos** dos entes federativos (descontinuidade das gestões), o que poderia tornar inócua a participação de tais sujeitos no polo passivo da demanda. No entanto, uma análise holística do microsistema de tutela coletiva de direitos permite a alteração posterior da relação processual, em conformidade com os artigos 6º e 7º da Lei 4.717/1965:

Artigo 6º - A ação será proposta contra as pessoas públicas ou privadas e as entidades referidas no art. 1º, contra as autoridades, funcionários ou administradores que houverem autorizado, aprovado, ratificado ou praticado o ato impugnado, ou que, por omissas, tiverem dado oportunidade à lesão e contra os beneficiários diretos do mesmo.

Art. 7º (...) III - Qualquer pessoa, beneficiada ou responsável pelo ato impugnado, cuja existência ou identidade se torne conhecida no curso do processo e antes de proferida a sentença final de primeira instância deverá ser citada para a integração do contraditório, sendo-lhe restituído o prazo para contestação e produção de provas.

Há, portanto, norma do microsistema coletivo que permite a **legitimidade passiva ulterior**. Nesse sentido, em caso de modificação do responsável pela chefia do Poder Executivo, é viável a atualização do polo passivo da demanda, devendo o MPF ser intimado para proceder à adequação subjetiva do feito.

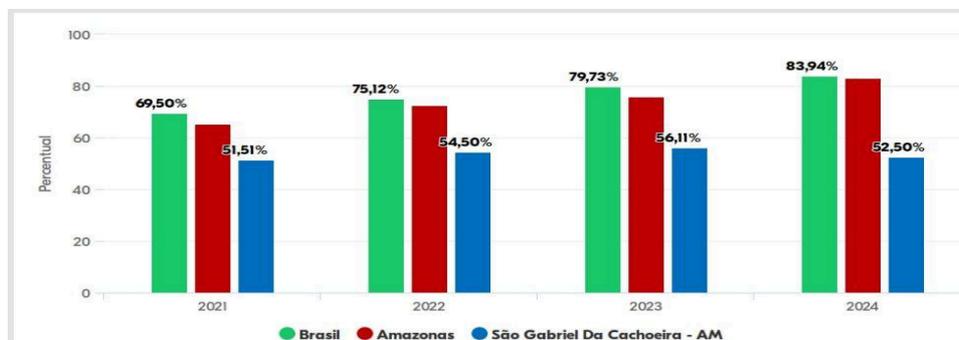
3.2. Avaliação das redes de atenção à saúde no Município de São Gabriel da Cachoeira

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**.¹ Ainda, verifica-se que parcela considerável dos óbitos são evitáveis:



Quanto à taxa de mortalidade materna, registram-se os seguintes dados: (i) Brasil - **49,08** mortes por 100.000 nascidos vivos;² e (ii) Estado do Amazonas - **92,03** mortes por 100.000 nascidos vivos.³ 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 2023.⁴

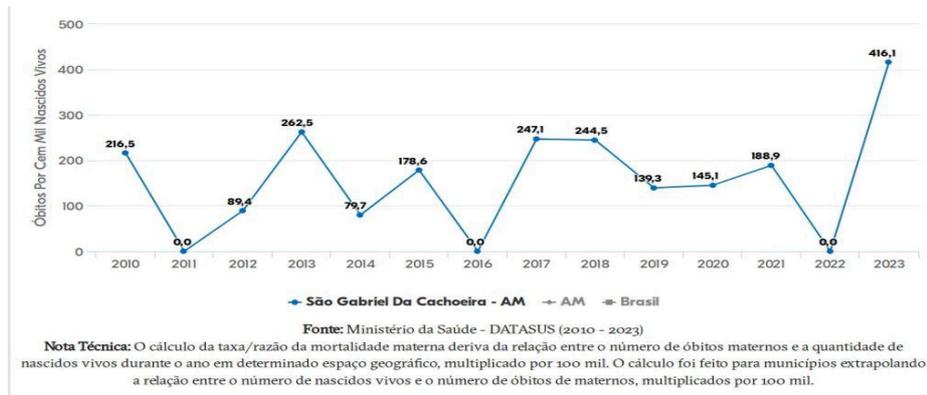
¹ **FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL**. Primeira infância primeiro: São Gabriel da Cachoeira – AM. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2024. Disponível em: https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/municipios/sao-gabriel-da-cachoeira-am/?utm_campaign=pip-pdf-2024. Acesso em: 27 ago. 2025

² **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://atencaoprimary.rs.gov.br/upload/arquivos/202408/09114316-boletim-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-rs-2024.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2025

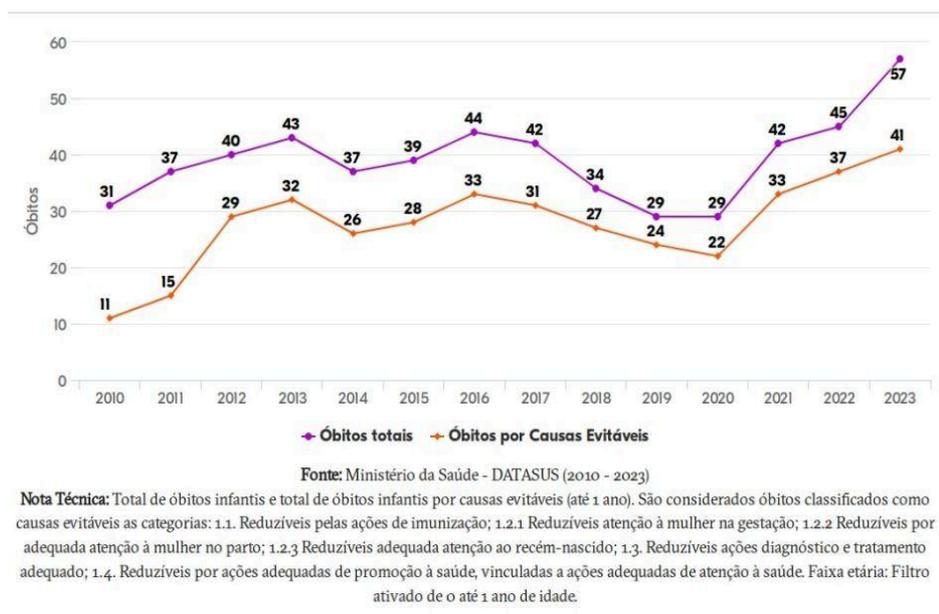
³ **PREFEITURA DE MANAUS**. Prefeitura promove oficina municipal de Vigilância de óbitos maternos, infantis, fetais e de mulheres em idade fértil para profissionais da saúde. Manaus: Prefeitura de Manaus, 12 nov. 2024. Disponível em: https://www.manaus.am.gov.br/noticia/saude/oficina-saude-da-mulher/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 27 ago. 2025.

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/municipios/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 (Anexo V), 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 VI), reiterado pelo Ofício 592/2025 (Anexo VII). 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 VIII), 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).⁵⁶

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)

⁵ 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.

⁶ 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-OFICIAL.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”.⁷

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).

A **concepção holística** adotada pela Lei 8.080/1990 orienta-se pelos influxos da **Carta de Ottawa**, produzida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Há, portanto, uma relação necessária entre bem-estar e os aspectos circundantes ao ser humano, o que reforça o dever de atenção plena e integral dos serviços públicos.

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).

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, conquanto não viole a separação de

⁷ **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).



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 (OSCIP). (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.

Conquanto 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 juízo 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 controversas, 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



‘principlológica’, 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.**

Cumprir 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. Serviço de Verificação de Óbitos e Vigilância Epidemiológica

O artigo 6º, inciso I, da Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) inclui no âmbito do Sistema Único de Saúde a execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, o que inclui a informação e análise de óbitos.

Além disso, nos termos do artigo 77 da Lei 6.015/1973, nenhum sepultamento “será feito **sem certidão** do oficial de registro do lugar do falecimento ou do lugar de residência do *de cuius*, quando o falecimento ocorrer em local diverso do seu domicílio, **extraída após a lavratura do assento de óbito, em vista do atestado de médico**, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte”.

Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.405/2006 instituiu a **Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (RNSVO)** e definiu regras de implantação, acompanhamento e incentivo financeiro. O artigo 10 do referido ato normativo dispõe que a “**área de abrangência** de um determinado SVO deve ser pactuada na CIB, podendo ser **definida como um grupo de municípios de uma região ou apenas um único município**, considerando como parâmetro para definir a área de abrangência o Plano Diretor de Regionalização do Estado.”

Ainda, são funções do SVO : (i) realizar necropsia para o esclarecimento da **causa mortis natural**; (ii) transferir ao IML os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia; (iii) comunicar ao órgão municipal competente os casos de corpos não reclamados, após a emissão da Declaração de Óbito, para que seja efetuado o registro do óbito, no prazo determinado em lei, e o sepultamento; (iv) garantir a emissão das Declarações de Óbito dos corpos examinados no serviço, por profissionais médicos da instituição ou contratados para este fim; (v) encaminhar, mensalmente, os dados relevantes ao gestor local do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Por conseguinte, o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) “é um **serviço público estratégico** para determinar a causa de morte e que colabora para o diagnóstico da situação de



saúde do país, auxiliando na promoção de ações para esclarecer as causas de óbitos, com ou sem assistência médica, especialmente aqueles sob investigação epidemiológica”⁸

O incentivo financeiro à instalação e ao funcionamento dos SVOs, em conformidade com as Portarias de Consolidação nº 05/2017 e 06/2017 do Ministério da Saúde, ocorre por meio de repasses federais aos fundos de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal (a depender da gestão do serviço), que **tenham sido habilitados** ao recebimento do recurso.

No âmbito internacional, o Comitê de Direitos Humanos da ONU, no Comentário Geral nº 36, sedimentou que o artigo artigo 6º do Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos impõe aos Estados “o dever de prevenir e investigar mortes, **inclusive por meio de sistemas eficazes** de coleta de dados e causas de óbito”.⁹ A organização de SVOs é, por conseguinte, um instrumento institucional que concretiza a referida obrigação normativa.

No Estado do Amazonas, o artigo 6º da Lei 5.512/2021 estabelece que a “Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, por meio da Coordenadoria do Serviço de Verificação de Óbito, **organizará e implementará**, em cogestão com as Secretarias Municipais de Saúde, o Serviço de Verificação de Óbito em cada município.”

Apesar disso, verifica-se a baixa cobertura dos mecanismos de vigilância de óbito no Estado do Amazonas, conforme documentos oficiais.¹⁰ No que se refere ao Município de São Gabriel da Cachoeira, as diligências realizadas no bojo do inquérito civil acima mencionado também demonstraram a **insuficiência dos instrumentos de análise epidemiológica** na rede de saúde.

Por tais motivos, torna-se necessária a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário para corrigir a inércia estatal na coleta de dados epidemiológicos sobre os óbitos da região. Nesse sentido, cumpre observar que a construção de políticas públicas eficientes pressupõe **instrumentos adequados de diagnóstico** dos problemas coletivos.

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Verificação de Óbito (SVO). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/verificacao-de-obitos/servico-de-verificacao-de-obito-svo>. Acesso em: 25 set. 2025.

⁹ ONU. Comitê de Direitos Humanos. **Comentário Geral nº 36: Artigo 6º – direito à vida**. CCPR/C/GC/36, 30 out. 2018. Disponível em: <https://undocs.org/CCPR/C/GC/36>. Acesso em: 25 set. 2025.

¹⁰ ALAM (Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas). Requerimento nº 2703/2024, de 13 jun. 2024. Autor: Deputado Sinésio Campos. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/materiale legislativa/2024/171121/2703.2024_24646.pdf. Acesso em: 25 set. 2025.



4.2. Comitê de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil

No *Caso Alyne Silva Pimentel*, o Comitê da Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) responsabilizou o Brasil por uma denúncia de mortalidade materna, recomendando ao país:¹¹

“Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao **acesso à assistência médica emergencial adequada, a preços acessíveis, de acordo com a recomendação geral n. 24 (1999) sobre as mulheres e a saúde;**

Proporcionar formação profissional adequada para os trabalhadores da área de saúde, especialmente sobre os direitos reprodutivos das mulheres à saúde, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como assistência obstétrica emergencial adequada;

Assegurar o acesso a medidas eficazes nos casos em que os direitos das mulheres à saúde reprodutiva tenham sido violados e prover a formação de pessoal do Poder Judiciário e responsável pela aplicação da lei; (iv) assegurar que as instalações de assistência médica privada satisfaçam as normas nacionais e internacionais em saúde reprodutiva;

Assegurar que as sanções adequadas sejam impostas a profissionais de saúde que violem os direitos de saúde reprodutiva das mulheres; e

Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Acordo Nacional pela Redução da Mortalidade Materna aos níveis estadual e municipal, inclusive através da criação de comitês de mortalidade materna em lugares onde tais comitês ainda não existem, de acordo com as recomendações em suas observações finais para com o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007(…)”

No âmbito interno, a mortalidade materna é definida como a “morte de uma mulher **durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação**, independentemente da duração ou da localização da gravidez, desde que causada por “fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela” (exclusão dos fatores acidentais ou incidentais). Nesse sentido, a morte da gestante/parturiente/puérpera pode ser: (i) não obstétrica (não relacionada); ou (ii) obstétrica (direta ou indireta).

Nessa seara, uma das principais estratégias desenvolvidas no ordenamento jurídico brasileiro é a instituição dos Comitês de Enfrentamento à Morte Materna e Infantil, prática adotada a partir de experiências internacionais:

“Os primeiros comitês de morte materna de que se tem notícia foram criados nos Estados Unidos, na Filadélfia, em 1931, e em Nova Iorque, no ano seguinte. Mas a experiência internacional mais conhecida do trabalho dos comitês acabou sendo a do Reino Unido. Preocupados em diminuir o número de mortes maternas, os ingleses iniciaram em 1952 a primeira Investigação Confidencial sobre Mortes Maternas. Os resultados serviram como base para o desenvolvimento de medidas eficazes de

¹¹ Jurisprudência Internacional dos Direitos Humanos. 2020. Caio Paiva e Timothy Aragon. Editora CEI



prevenção dos óbitos. E foi tão positivo que as investigações continuam se realizando até hoje, com publicação periódica de relatórios. (...)

Após a Conferência de Nairobi, em 1987, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento. Na América Latina, esse pacto pela saúde se refletiu no estímulo à implantação de novos comitês de morte materna a partir de 1990, com a 23.^a Conferência Sanitária Pan-Americana. Nessa reunião, foi estabelecido um conjunto de resoluções que, entre outras, recomendava a definição de uma política de assistência integral à saúde da mulher e a implantação de um sistema de vigilância da mortalidade materna.

Ao final de 1995, quase todos os países da América Latina e do Caribe registravam, com diferentes graus de desenvolvimento, a implementação e o funcionamento de comitês de morte materna e/ou de sistemas de vigilância das mortes maternas.” (BRASIL, 2009, p. 19)

Os Comitês de Morte Materna funcionam como “organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência” (BRASIL, 2009, p. 22). A implementação de mecanismos institucionais de investigação dos óbitos maternos, além de funcionar como instrumento de vigilância epidemiológica, configura, ainda, uma das principais estratégias para implementar o dever de prevenir, investigar e punir os atos de violência obstétrica.

Os referidos órgãos têm como funções: (i) realizar a investigações dos óbitos maternos e infantis nas localidades em que o setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde não está capacitado, ou quando essa for a decisão local; (ii) avaliar aspectos da prevenção da morte e definir a evitabilidade do óbito materno e infantil; (iii) participação na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações; e (iv) divulgação de relatórios para todas instituições e órgãos competentes que possam intervir na redução das mortes maternas e infantis.

Nos termos do artigo 2º da Portaria Portaria GM/MS nº 1.119/2008, “os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, **independentemente da causa declarada**, são considerados **eventos de investigação obrigatória**, com o objetivo de levantar fatores determinantes, suas possíveis causas, assim como de subsidiar a adoção de medidas que possam evitar a sua reincidência.”

Além disso, nesses casos, a “investigação epidemiológica é uma atribuição da equipe de vigilância de óbitos de referência do **Município de residência da mulher** e deverá ser apoiada pela equipe de vigilância de óbitos de referência do local em que faleceu ou recebeu assistência para pré-natal, parto, aborto ou puerpério” (artigo 9º).



As mortes maternas, por conseguinte, são consideradas um “evento sentinela” (*sentinel event*) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde do Brasil, dada a gravidade e a tendencial evitabilidade de tais fatos. Cuida-se de um agravo de saúde inesperado e evitável, cuja ocorrência indica falhas potenciais no sistema de atenção.¹²

Em relação à mortalidade infantil, o artigo **24.2. da Convenção das Nações Unidas sobre Direitos das Crianças (Decreto 99.710/1990)** obriga os Estados a adotarem medidas para reduzir a mortalidade infantil e assegurar atenção pré-natal e pós-natal.

O Ministério da Saúde define a taxa de **mortalidade infantil** como o número óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado”, enquanto os indicadores de **mortes fetais** incluem o quantitativo de óbitos ocorridos “a partir da 22ª semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25cm por mil nascimentos totais, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado”.¹³

Na esfera federal, a Portaria GM/MS nº 6.941/2025 institui o Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CNPMMFI), acrescentando à Portaria de Consolidação 5/2017 o artigo 338-B, inciso III, que atribui ao órgão a função de “**incentivar a atuação dos Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, coordenados por entes subnacionais**”.

No âmbito do Estado do Amazonas, a Resolução 010/2001 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM) aprovou o Regimento Interno do Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CEMM). No documento, atribui-se ao órgão a função de divulgar a importância da “instalação dos Comitês locais de mortalidade materna” (artigo 3º).

Nesse sentido, os órgãos de monitoramento mencionados configuram instrumentos que **complementam as atuações dos mecanismos de vigilância epidemiológica**, com o objetivo de fortalecer a prevenção dos óbitos maternos e infantis. Além disso, favorecem o engajamento e o debate público (controle social) em matérias relacionadas à concretização de direitos fundamentais. Por tais motivos, é essencial que possuam natureza interinstitucional, com integrantes de órgãos públicos e representantes da sociedade civil.

¹² **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)**. *World Alliance for Patient Safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action*. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>. Acesso em: 19 set. 2025.

¹³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.



No Município de São Gabriel da Cachoeira, as inspeções identificaram a precariedade dos instrumentos de investigação de mortes maternas e infantis (investigação domiciliar por profissional de enfermagem ou investigação hospitalar feita por médicos). Além disso, a escassez de recursos humanos na localidade impede a estruturação de instâncias de investigação efetivas e independentes.

Veja-se que, no *Caso Gonzales Lluy vs. Equador* (2015), a Corte IDH reiterou que os Estados possuem o “dever de regular, supervisionar e garantir qualidade/segurança dos serviços de saúde”, o que respalda a necessidade de criação de comitês de monitoramento para prevenção de eventos adversos, sobretudo em regiões que apresentam déficits crônicos nas redes assistenciais.

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.¹⁴

Por tais motivos, considerada a abordagem estruturante supramencionada, pleiteia-se a instalação e o funcionamento, no Município de São Gabriel da Cachoeira, de um Comitê Municipal de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil.

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 multiploralidade 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.

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

- Representantes do **Ministério de Estado da Saúde**;

¹⁴ 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.



- 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 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 ÊTA;**

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.

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 multiploralidade 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.

4.3. Corresponsabilidade na implantação dos Serviços de Verificação de Óbito e nos instrumentos de enfrentamento à mortalidade materna/infantil

A Portaria 1764/2021 do Ministério da Saúde, ao instituir a Rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis (RNSVO), dispõe que a RNSVO é composta pelos Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis — SVO instituídos nos **estados, no Distrito Federal e municípios**”.



Além da solidariedade entre os entes federativos nas demandas sanitárias (art. 23, II, da CF), incumbe aos entes federal e estadual **o apoio técnico necessário** para a implementação do SVO em âmbito municipal (vide o artigo 6º da Lei Estadual 5.512/2021).

De forma similar, a Portaria GM/MS nº 6.941/2025 institui o Comitê Nacional de Prevenção da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil (CNPMMFI) e atribui ao órgão a função de “**incentivar** a atuação dos Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, coordenados por entes **subnacionais**”. Em adição, a Portaria 72/2010 do Ministério da Saúde dispõe que a “vigilância dos óbitos infantis e fetais é atribuição das **Unidades de Vigilância Epidemiológica (UVE) das Secretarias Estaduais, Municipais e do Distrito Federal** e no âmbito federal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”, o que reafirma o compartilhamento de responsabilidades no contexto do enfrentamento ao tema (mortalidade materna/fetal/infantil).

No âmbito do Estado do Amazonas, a Resolução 010/2001 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/AM) aprovou o Regimento Interno do Comitê Estadual de Mortalidade Materna (CEMM). No documento, atribui-se ao órgão a função de divulgar a importância da “instalação dos Comitês locais de mortalidade materna” (artigo 3º).

Por conseguinte, incumbe ao ente municipal estruturar e ativar o SVO e as instâncias de vigilância/enfrentamento à mortalidade materna/fetal/infantil, desde que haja apoio técnico do Estado-Membro e da União. Além disso, considerada a dimensão estrutural do problema, a ampliação do debate processual aumenta as possibilidades de êxito na solução do litígio.

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.

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 de **mecanismos adequados de vigilância epidemiológica e de proteção à saúde materna e infantil**. Por tais motivos, faz-se necessária a produção das consequências normativas decorrentes de tais condutas.

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

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**.¹⁵ 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 Nº 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 Nº 42 123.)

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.”¹⁶ De forma similar, o Superior Tribunal de Justiça compreende 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, 2ª Turma, j. 10/12/2014).

Cuida-se de categoria jurídica autônoma, “**aférrivel in re ipsa**, ou seja, sua configuração decorre da **mera constatação da prática de conduta ilícita** que, de maneira injusta e

¹⁵(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.

¹⁶ 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.



intolerável, viole direitos de conteúdo extrapatrimonial da coletividade, revelando-se despicienda a demonstração de prejuízos concretos ou de efetivo abalo moral (STJ. 4ª 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 dúplici 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 deferidos; (v) **condição pessoal das vítimas** - vulnerabilidade histórica da população indígena e dos habitantes do Alto Rio Negro..¹⁷.

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**

¹⁷ RECURSO ESPECIAL Nº 1.539.056 – MG. 2015/0144640-6. RELATOR MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO. Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça.



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), sujidades 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 lide, as ações e omissões questionadas incluem: (i) a ausência de serviços adequados de vigilância epidemiológica; (ii) dificuldades sistêmicas de articulação entre a rede de atenção básica e a média complexidade, com efeitos nocivos na atenção às gestantes, parturientes e puérperas; (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 R\$500.000,00 (Quinhentos Mil Reais), a título de danos morais coletivos, a serem pagos solidariamente pelos entes públicos demandados, que devem ser revertidos ao fundo artigo 13 da Lei 7.347/1985

6. MEDIDAS PROCESSUAIS

6.1. 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:

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.

6.2. 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. 1ª Seção. REsp 1474665-RS, Rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 26/4/2017).

Além disso, conforme indicado acima, a “cominação de astreintes pode ser direcionada não apenas ao ente estatal, **mas também pessoalmente às autoridades ou aos agentes responsáveis pelo cumprimento das determinações judiciais**” (Precedente: REsp 1.111.562/RN, Rel. Min. Castro Meira, Segunda Turma, publicado em 18/09/2009) (AgRg no AREsp 472.750/RJ, Rel. Min. Mauro Campbell Marques, Segunda Turma, DJe 9.6.2014).



No caso em lide, pleiteia-se a imposição de diversas obrigações de fazer imputadas aos entes federativos e aos agentes públicos demandados, 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 instituição de Serviço de Verificação de Óbito e de Comitê Municipal de Enfrentamento à Violência Obstétrica

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, as diligências extrajudiciais realizadas pelo Ministério Público Federal revelaram a **inexistência de serviços públicos suficientemente adequados de vigilância epidemiológica e de enfrentamento à mortalidade materna e infantil**.

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 residentes na região, o que se revela pela **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 de determinar:
 - a. A elaboração, pela União, pelo Estado do Amazonas (Secretaria de Estado da Saúde) e pelo Município de São Gabriel da Cachoeira no **prazo de 90 dias**, de plano estrutural conjunto para a instituição de Serviço de Verificação de Óbito no Município de São Gabriel da Cachoeira, a ser implementado e operacionalizado pelo ente municipal (com apoio técnico de órgãos estaduais e federais);
 - b. A elaboração, pela União, pelo Estado do Amazonas e pelo Município de São Gabriel da Cachoeira, no prazo de 60 dias, de plano estrutural conjunto para a instituição de Comitê de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil no Município de São Gabriel da Cachoeira, a ser implementado e operacionalizado pelo ente municipal (com apoio técnico de órgãos estaduais e federais), devendo incluir



- i. Representantes da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas;
 - ii. Representantes da Secretaria de Saúde do Município de São Gabriel da Cachoeira;
 - iii. Representantes da Direção do Hospital de Guarnição de São Gabriel da Cachoeira;
 - iv. Representantes da Fundação de Vigilância Sanitária do Estado do Amazonas (FVS/AM);
 - v. Representantes da FUNAI;
 - vi. 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 ËTA;
 - c. A execução, de **forma imediata**, dos planos estruturais indicados nos itens “a” e “b”, iniciando-se a estruturação e o funcionamento de Serviço de Verificação de Óbito e do Comitê Municipal de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil na localidade;
2. A citação dos demandados para contestarem a postulação inicial;
3. **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 diário de R\$ 100.000,00** (Cem Mil Reais) para cada um dos entes federativos demandados,
4. **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) em relação ao agente público demandado (Sr. Egmar Velasquez) **no valor diário de R\$ 10.000,00** (Dez Mil Reais);
5. 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;



6. 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;
7. A **nomeação de perito**, nos termos do **artigo 465 do Código de Processo Civil**, para acompanhar e analisar a execução dos planos estatais supramencionados;
8. 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. o Estado do Amazonas, a União e o Município de São Gabriel da Cachoeira ao pagamento de quantia equivalente ao **montante de R\$500.000,00** (quinhentos mil 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 estruturação da vigilância epidemiológica e de enfrentamento à mortalidade materna e infantil na localidade (São Gabriel da Cachoeira);
 - b. o Município de São Gabriel da Cachoeira ao cumprimento das obrigações de fazer consistentes na implementação, operacionalização e manutenção do **Serviço de Verificação de Óbito** e do **Comitê de Enfrentamento à Mortalidade Materna e Infantil** na localidade;
 - c. a União e o Estado do Amazonas ao cumprimento da obrigação de fazer consistente no apoio técnico e financeiro necessário ao cumprimento do item anterior;
9. **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), para cada um dos entes demandados;
10. **A imposição de multa diária** para a hipótese de descumprimento das medidas deferidas em sede de sentença pelo agente público demandado (Sr. Egmar Velasquez), no **valor diário de R\$ 10.000,00** (Dez Mil Reais);
11. A isenção do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, consoante o artigo 18 da Lei nº 7.347/85;
12. A juntada dos documentos mencionados na presente petição inicial, enviados em formato digital;



13. 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\$500.000,00** (Quinhentos Mil Reais).

Nesses termos, pede-se deferimento.

Manaus/AM, data da assinatura eletrônica.

(assinatura eletrônica)

Igor Jordão Alves

Procurador da República

