

HEMODIÁLISE: “Por se tratar de um procedimento essencial à vida, responsável por manter o metabolismo equilibrado do corpo, não poderá haver interrupção do mesmo sob o risco de óbito destes pacientes.” (Nota Técnica n. 003/2017 – CONEFRO SALVADOR)

A.S.S., paciente internado no Hospital Geral Roberto Santos com solicitação de diálise desde o dia 06/11/2015. Embora apto a ter alta hospitalar, permanece na unidade, por indisponibilidade de vaga de hemodiálise ambulatorial.

Ref. Inquéritos Civis nº 003.0.20216/2016 e nº 1.14.000.000390/2016-42

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, instituição inscrita no CNPJ sob o nº 26.989.715/0003-74, e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA**, inscrito no CNPJ sob o nº 04.142.491/0001-66, por intermédio dos Órgãos de Execução *in fine* assinados, com endereços, respectivamente, na Rua Ivonne Silveira, 243, Loteamento Centro Executivo, Doron, Salvador/BA, CEP: 41.194-015, telefone 3617-2200, e na Avenida Joana Angélica nº 1312, 4o andar, sala 404, Nazaré, Salvador/BA, CEP: 40.050-001, telefone 3103-6436, endereço eletrônico em fabioloula@mpf.mp.br, maisabel@mpba.mp.br, martheo@mpba.mp.br e fabioveloso@mpba.mp.br, no uso das atribuições que lhes conferem os artigos 129, II e III, da Constituição Federal, 25, IV, “a”, da Lei 8.625/93, art. 6º, VII, ‘a’, da Lei Complementar 75/93, 72, I, da Lei Complementar 11/96 e 177 do Código de Processo Civil, vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, propor

**AÇÃO CIVIL PÚBLICA, COM PEDIDO DE CONCESSÃO DE TUTELA DE URGÊNCIA
EM CARÁTER LIMINAR.**

contra a **UNIÃO**, *, em desfavor do

ESTADO DA BAHIA, *, em face do

MUNICÍPIO DE SALVADOR, *, e contra a

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH,*;

pelas razões de fato e fundamentos jurídicos que passam a expor:

1 – DO OBJETO

Por meio da presente Ação Civil Pública, o Ministério Público do Estado da Bahia e o Ministério Público Federal pretendem que a União (responsável pelo financiamento dos serviços através do Fundo de Ações e Estratégicas e Compensação - FAEC), o Estado da Bahia (incumbido do apoio técnico e financeiro e responsável subsidiário pela execução dos serviços) e o Município de Salvador (responsável pela contratação direta e execução dos serviços) prestem assistência adequada aos pacientes portadores de Doença Renal Crônica (DRC). Outrossim, é certo que a EBSEH tem a missão de aprimorar a gestão do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), prestar atenção à saúde na unidade e fornecer um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes. Como ficará demonstrado a seguir, a assistência a esses pacientes não vem sendo prestada de forma resolutiva, mas com paliativos e improvisos, vulnerando o direito à saúde e à vida dos mesmos. Assim, busca-se, mediante a presente Ação Civil Pública, tanto providências emergenciais, como soluções perenes, visando a solucionar a situação desastrosa que aflige os portadores de DRC na Bahia.

2 - DOS FATOS

Tramita no Grupo de Atuação Especial de Defesa da Saúde – GESAU, do Ministério Público do Estado da Bahia, o Inquérito Civil n. 003.0.20216/2016, que tem como objeto apurar a oferta insuficiente de vagas para os serviços de hemodiálise, desproporcional ao número de pacientes renais crônicos da rede SUS.

Essa deficiência do serviço foi objeto de análise e estudo pela Comissão de Nefrologia do Município de Salvador – CONEFRO, que emitiu a Nota Técnica nº 001/2016 (doc. 01), através da qual apresenta o quadro da situação da assistência aos Pacientes Renais Crônicos na cidade de Salvador, com sugestões para otimização da atividade assistencial.

Tal Nota foi emitida com o escopo de informar aos gestores do Sistema Único de Saúde sobre a situação atual da Hemodiálise – HD, no município de Salvador, em que 11 (onze) unidades de saúde (três sob gestão estadual e oito sob gestão municipal) prestam tais serviços, com 1.367 (um mil e trezentos e sessenta e sete) pacientes em atendimento, sem oferta suficiente de terapia renal substitutiva (TRS) para prestar assistência aos portadores de doença renal crônica (DRC).

Os estudos asseveram que todas as unidades prestadoras do serviço de hemodiálise e diálise peritoneal, atualmente, estão funcionando com sua capacidade máxima instalada e que 157 (cento e cinquenta e sete) usuários são provenientes de outros municípios do Estado da Bahia. Mais. Que desse total, 105 (cento e cinco), à época, poderiam realizar o tratamento em serviços existentes próximos ao seu município de residência, consoante quadro demonstrativo apresentado no documento. Esse quadro aponta desarticulação da rede.

Ainda conforme a aludida Nota Técnica/CONFRO/DRCA, o Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES, sob gestão da EBSEH e contratualizado com o Estado da Bahia, deveria ter 20 (vinte) máquinas de Hemodiálise Ambulatorial em uso, atendendo a 120 (cento e vinte) pacientes.

Na realidade, a capacidade de atendimento do HUPES nunca chegou a esse patamar. Efetivamente, o Setor de Terapia Renal Substitutiva do HUPES atendeu, até dois anos atrás, 62 (sessenta e dois) pacientes, com 18 máquinas funcionando em 2 (dois) turnos. Em junho de 2015, tornando ainda mais grave a situação, o setor de

terapia renal substitutiva do nosocômio teve a sua capacidade drasticamente reduzida, devido a falhas detectadas pela Vigilância Sanitária em abril do mesmo ano, inclusive ocasionado o desabamento parcial do forro de gesso e risco de colapso do restante dessa estrutura. Assim, a partir de então, somente 8 (oito) máquinas foram mantidas em funcionamento, com apenas 16 (dezesesseis) pacientes assistidos. Obras para corrigir as falhas detectadas só foram iniciadas em março de 2016, com previsão de conclusão em 90 (noventa) dias, mas, em decorrência de falhas no trâmite administrativo, ainda não foram finalizadas. *Ad argumentandum tantum*, a subutilização em sede de TRS já foi incisivamente rechaçada pelo TCU, conforme Relatório TC 023.460/2010-5, relativo à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Outrossim, por meio do Inquérito Civil n.º 1.14.000.001576/2015-38, cujo objeto é apurar "supostas irregularidades em obras/reformas que estão sendo realizadas no Complexo Hospitalar Professor Edgard Santos – HUPES, ocasionando redução significativa dos serviços de saúde prestados à população", foram requisitadas informações à EBSEH. Em resposta, relatou-se que, de fato, há obras paralisadas/atrasadas no hospital e os recursos empregados para tais intervenções provém da União (cópias dos documentos do IC n.º 1.14.000.0001576/2015-38 foram juntadas às fls. 157-161 do IC/MPF n.º 1.14.000.000390/2016-42).

Conforme informações prestadas pelo HUPES, em reunião realizada em 9 de fevereiro, há previsão de atender 54 (cinquenta e quatro) pacientes portadores de doença renal crônica, quando a reforma do setor de terapia renal substitutiva for encerrada, se o funcionamento ocorrer em dois turnos, pois o quadro de enfermeiros não estaria completo. Com reforço na equipe de enfermeiros, 72 (setenta e dois) pacientes poderiam vir a ser atendidos, nos mesmos dois turnos.

Registre-se que é comum que os serviços de terapia renal substitutiva funcionem em três turnos, o que poderia elevar o atendimento para 120 (cento e vinte) pacientes, consoante mencionado na Nota Técnica n.º 001/2016 – CONEFRO SALVADOR/DRCA, ou mesmo número superior a isso.

Num momento como o atual, em que há necessidade urgente de assistência, o HUPES, que é contratualizado com o Estado da Bahia, não está cumprindo o seu dever, deixando de assumir a sua parcela de responsabilidade como membro da rede de

Noutro giro, ainda segundo dados da CONEFRO, a evolução dos valores de remuneração dos procedimentos de HD, no período de julho/2008 a novembro/2015, foi de 37% (trinta e sete por cento), enquanto que, se comparado à série histórica do IPCA-E, do mesmo período, a correção deveria ser entre 56,76%(cinquenta e seis, setenta e seis por cento) e 53,37%(cinquenta e três, trinta e sete por cento), a depender do tipo de procedimento, salientando que o percentual acumulado da inflação no período reportado correspondeu a 51,45% (cinquenta e um, quarenta e cinco por cento).

Com efeito, verifica-se que a cada ano o número de pacientes renais crônicos vem aumentando, sem que haja a correlata abertura de novos serviços.

À época da emissão da Nota Técnica n. 001/2016, lista elaborada pela Comissão Estadual de Nefrologia apresentava 86 (oitenta e seis) pacientes à espera de terapia renal substitutiva ambulatorial. Confira-se (fl. 06 do IC/MPF):

“O número de pacientes renais crônicos vem aumentando a cada ano o que não tem sido acompanhado pela abertura de novos serviços para atender a esta demanda. A lista de espera atual da Comissão Estadual de Nefrologia apresenta 86 pacientes à espera de terapia renal substitutiva ambulatorial, sendo 70 deles para o município de Salvador.”

Outro dado alarmante: atualmente, a lista aponta 175 (cento e setenta e cinco pacientes) mantidos internados em leitos de hospitais, não obstante terem condição de alta hospitalar para tratamento ambulatorial. (fls. 587/591, do IC/MPE)

No bojo dos sobreditos inquéritos civis, os órgãos públicos municipais, estaduais e federais (que lidam com os correlatos serviços) foram reiteradamente instados a se

Além da carência de unidades de TRS, verifica-se também a falta de nefrologistas, a ausência de ambulatórios especializados em nefrologia para prevenção de doença renal crônica em todo o Estado da Bahia, e a elevada incidência de diabetes e hipertensão arterial na população, que são as principais causas da patologia no Brasil e, particularmente, nessa Unidade Federativa. O Estado da Bahia, ao prestar informações ao MPF, relatou o crescimento exponencial do número de pessoas com Doença Renal Crônica (fls. 25/26 do IC/MPF):

“O crescente número de pacientes com DRC, pode ser atribuído tanto ao envelhecimento populacional, quanto as comorbidades como Hipertensão, Obesidade, Diabetes, Glomerulonefrite, recorrência de infecções renais causadas por Pielonefrite, Doença Policística Renal, Refluxo Vesico Uretral, Obstrução prolongada do trato urinário ou litíase renal, sendo o processo de danificação dos rins irreversível. Podendo ainda a doença, estar relacionada ao uso prolongado de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais (AINES) e de contrastes iodados para exames de imagem.”

(...)

“Para SESSO, R., 2006, a insuficiência renal crônica (IRC) é de elevada morbidade e mortalidade. A incidência e a prevalência da IRC em estágio terminal (IRCT) tem aumento progressivamente, a cada ano, em "proporções epidêmicas", no Brasil e em todo mundo. A Doença Renal pode ser classificada por estágios, que são: Estágio 1, 2, Estágio 3A e 3B, 4, Estágio 5 não dialítico e 5 dialítico. A Insuficiência Renal Crônica constitui o estágio mais avançado da Doença Renal, de evolução crônica, progressiva, debilitante e irreversível caracterizada pela incapacidade dos rins manterem a homeostasia interna do organismo.”

“Atualmente, existe um déficit de oferta de serviço para o Estado de 06 nova Unidades.”

“É sabido que o Município de Salvador encontra-se com indisponibilidade de vagas de Hemodiálise ambulatorial devido superlotação pelo grande número de pacientes, cujo volume se dá por conta de munícipes de Salvador como também por pacientes de outros municípios que firmaram residência nesta capital. O que leva à existência de uma lista de espera com pacientes aguardando vaga de Hemodiálise ambulatorial em Salvador e Região Metropolitana.”

Consoante informações prestadas em reunião ocorrida no dia 09/02/2017 (Ata de fls. 675/681 do IC/MPE) há **39 (trinta e nove) pacientes que necessitam de TRS imediatamente, mas estão desassistidos.**

Como é fácil perceber, o crescente número de portadores de doença renal crônica é alarmante e deveria levar o Poder Público a adotar providências a fim de, agindo de modo proativo, implementar medidas para incrementar a assistência aos enfermos. Contudo, como foi relatado, além de não haver notícias de providências concretas no sentido de satisfazer essa demanda ascendente, existe, atualmente, desassistência recorrente às pessoas que necessitam de cuidados imediatos.

Tal quadro é evidenciado e agravado pela quantidade de pacientes em hemodiálise de outras regiões do Estado em Salvador (fl. 04 e 05 do IC/MPF), a apontar que a assistência a estas pessoas é deficiente em toda a rede estadual. Mesmo diante dessa realidade, a União, que repassa os recursos para a assistência desses pacientes, não adotou nenhuma providência efetiva para fiscalizar e fazer com que os municípios prestem o serviço de modo adequado e suficiente.

Por sinal, a Primeira Acionada (União) também emitiu Nota Técnica, na qual

“O custeio/financiamento dos procedimentos relacionados à atenção especializada são feitos tanto por transferência regular e automática de recursos do gestor federal ao gestor municipal e estadual (Bloco de financiamento do Média e Alta Complexidade-MAC; fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC; e diversos incentivos financeiros), como com recurso do tesouro de Estados e Municípios para financiar a necessidade de saúde local.”

Ainda em tal Nota Técnica, a União reconhece sua responsabilidade a respeito da efetividade da assistência aos pacientes (fl. 110 do IC/MPF), *in verbis*:

“Conforme o Gráfico 7, é possível saber as UF que tem mais e menos máquinas por 100.000 mil habitantes. Desta forma, o Ministério da Saúde poderá atuar para corrigir os desequilíbrios existentes.

Dessa forma, fica demonstrado o monitoramento que o Ministério da Saúde realiza, de vários pontos de vista, como no estabelecimento de política pública para pacientes com doença renal crônica (DRC), diretrizes de tratamento de pacientes com DRC, supervisão do funcionamento dos serviços de diálise, aumento dos valores do procedimento de diálise, epidemiologia da doença renal crônica no Brasil.”¹

Não bastassem todos os problemas detectados pelos técnicos, tanto da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, como da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia/SESAB e do Ministério da Saúde, dois dos oito prestadores dos serviços contratados com o Município de Salvador não aceitaram renovar a contratualização convencional, sob o argumento de desequilíbrio financeiro causado pela baixa remuneração da tabela SUS/Ministério da Saúde. Esses prestadores são o Instituto de Nefrologia e Diálise e a Clínica Nossa Senhora da Graça.

¹ Inexplicavelmente, o Ministério da Saúde não consignou o “Gráfico 7” na Nota Técnica.

Ao final das tratativas, o Instituto de Nefrologia e Diálise – INED (que atende atuais noventa e seis pacientes) e a Clínica Nossa Senhora da Graça (com atuais cento e oitenta pacientes, conforme Atas de fls. 675/681 IC/MPE), aceitaram prestar assistência apenas por mais três meses, ambas sob a condição, dentre outras, de não mais receberem qualquer outro paciente.

Assim, serão mais de 270 (duzentos e setenta) pacientes renais crônicos desassistidos, além de dois serviços com desativação prevista para curto período de tempo, afunilando ainda mais a já combalida capacidade de assistência da rede.

Tal estado de coisas é letal, eis que o procedimento de hemodiálise e a diálise peritoneal, além do transplante de rins, são os únicos tratamentos disponíveis para pacientes em estado de falência renal. Segundo Nota Técnica n. 003/2017 (DOC. 03), **“a interrupção do tratamento pode levar a emergências clínicas como uremia, coma, convulsões, hipercalemia, acidose metabólica, pericardite, hiponatremia, emergência hipertensiva e provocar o óbito”**.

Consoante informado pela Médica Nefrologista, Dra. Danusa Pamplona, na já citada Nota Técnica nº 003/2017, “a diminuição progressiva da função renal leva ao comprometimento, essencialmente, de todos os outros órgãos, associada à perda das funções regulatórias, excretórias e endócrinas do rim.”

O fato é que as diligências efetivadas permitiram vislumbrar uma **situação verdadeiramente calamitosa, na medida em que a rede de atenção à saúde (RAS) não tem a menor condição de absorver a demanda atualmente a cargo do Instituto de Nefrologia e Diálise e da Clínica Nossa Senhora da Graça, dada a indisponibilidade de capacidade instalada.**

A atual incapacidade resolutiva da rede é evidenciada também pela existência de 175 (cento e setenta e cinco) pacientes que permanecem internados em unidades hospitalares apenas para submeter-se a hemodiálise, apesar de terem condições clínicas de alta médica. Ou seja, conquanto aptos a terem alta, diversos pacientes permanecem internados, porque fora do ambiente hospitalar deixarão de submeter-se à terapia renal substitutiva (TRS), dada a indisponibilidade de vagas de hemodiálise ambulatorial. Para além do desperdício de recursos públicos, tal quadro expõe os pacientes a riscos como infecção hospitalar e síndrome de confinamento hospitalar. Lamentável exemplo desse descabro é o do paciente A.S.S., em prol de quem existe solicitação desde o dia 06/11/2015 (fls. 684/688 IC/MPE).

Diante disso, conclui-se que, para além de diminuir as (já escassas) chances dos pacientes internados em hospitais, a projetada suspensão dos contratos de prestação de serviços acarretará a desassistência dos pacientes da Clínica Nossa Senhora e do INED – Instituto de Nefrologia e Diálise.

Sintetizando mais pragmaticamente o quadro em termos de responsabilidade sanitária dos Acionados, pode-se asseverar que:

1 – o Município possui contratualização com diversos prestadores de serviços de hemodiálise (dentre os quais se incluíam a Clínica Nossa Senhora das

2 – o Estado presta os serviços nos Hospitais Ana Nery, Roberto Santos e HUPES (todos de referência estadual), além de estar clinicamente apto a diligenciar acessos venosos para hemodiálise e de intermediar a articulação da assistência para todo o território baiano, através das pactuações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que a rede funcione, de modo a evitar transferências indevidas e tratamentos fora do domicílio quando não for necessário. Ademais, é corresponsável pelo financiamento e supletivamente responsável por ações e serviços de saúde;

3 – a União, para além de financiar o sistema mais diretamente através de repasses aos Fundos Municipais de Saúde (abrangido o desta capital), também presta assistência de terapia renal substitutiva no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (com repasse de recursos para custeio das obras de reforma/ampliação que estão paralisadas/atrasadas) e supervisiona o funcionamento dos serviços, inclusive em contratualização com o Estado da Bahia;

4 – Por fim, é certo que a quarta Ré (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH) ficara incumbida das obras e serviços de engenharia acima ventilados - enquanto gestora do HUPES – e da execução direta dos serviços de diálise, que vem sendo realizados em quantitativo inferior à capacidade do equipamento público, subutilizando recursos técnicos e assistenciais de fundamental necessidade para a população baiana.

Todos os fatos ora narrados, inclusive nos tópicos infra-articulados, encontram-se sobejamente documentados e provados nos procedimentos que instruem a presente *Actio*.

3 – DO DIREITO

3.1 - DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS DA PRETENSÃO

Na esteira dessa denotação fundamental (de raízes jusnaturalistas), cuidou o legislador constitucional de instituir, de forma inequívoca, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo de relevância pública os respectivos serviços, que devem propiciar atendimento integral, consoante os seguintes dispositivos, *expressis verbis*:

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

Art. 197 – São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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

(omissis)

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

(omissis)

Nesse passo, impende invocar os ensinamentos de José Afonso da Silva, em seus Comentários Contextuais à Constituição, p.767 e 768, 2º edição, Malheiros:

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo Estado

Com efeito, a ordem jurídico-constitucional imprimiu a universalidade do acesso como um dos mandamentos nucleares do direito à saúde.

Na esfera infraconstitucional, impende volver os olhos à Lei 8.080/90, que estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Eis alguns de seus dispositivos, que têm grande pertinência na *quaestio sub examinem*:

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

Art. 6º - Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – a execução de ações:

(.....)

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

(.....)

“Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços



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

II – "a 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;

(omissis)

XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

(omissis)

Observa-se que esse artigo 7º estabelece a integralidade no âmbito do sistema, e não na esfera de cada ente federativo.

Sobre o Princípio da Integralidade, escoreta doutrina do Direito Sanitário assim pontifica:

A integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos e a assistência aos doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade é um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um 'modelo de atenção integral à saúde' contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Um modelo "integral", portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, isto é, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde desde as ações inespecíficas de promoção da saúde, as ações específicas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações



de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, seja para detecção precoce de doenças, seja ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.”

(Saúde Coletiva: Teoria e Prática / organizadores
Jairnilson Silva Paim, Naomar de Almeida Filho. - 1ª ed.
Rio de Janeiro : MedBook, 2014, pág. 124)

Outrossim, ante toda essa formatação legal e doutrinária, o STJ já se manifestou no sentido da imperiosidade da promoção e garantia do direito fundamental à saúde, conforme trecho do Acórdão a seguir consignado:

“A Constituição não é ornamental, não se resume a um museu de princípios, não é meramente um ideário; reclama efetividade real de suas normas. Destarte, na aplicação das normas constitucionais, a exegese deve partir dos princípios fundamentais, para os princípios setoriais. E, sob esse ângulo, merece destaque o princípio fundante da República que destina especial proteção a dignidade da pessoa humana. Outrossim, a tutela jurisdicional para ser efetiva deve dar ao lesado resultado prático equivalente ao que obteria se a prestação fosse cumprida voluntariamente. O meio de coerção tem validade quando capaz de subjugar a recalcitrância do devedor. O Poder Judiciário não deve compactuar com o proceder do Estado, que condenado pela urgência da situação a entregar medicamentos imprescindíveis proteção da saúde e da vida de cidadão necessitado, revela-se indiferente à tutela judicial deferida e aos valores fundamentais por ele eclipsados.”

(Resp 8369136/RS, Rel. Luiz Fux, em 08/05/2007. DJ 31-05-2007, pág. 371)

Não por acaso a decisão menciona o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, alçado à condição de fundamento da República no art. 1º, inciso III, da Carta Cidadã.

Daniel Sarmiento, em sua obra intitulada “A ponderação de Interesses na Constituição”. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2000, pág. 59, assevera que:

Nesta linha, o referido princípio representa o epicentro axiológico da ordem constitucional, irradiando efeitos sobre todo ordenamento jurídico e balizando não apenas atos estatais, mas também toda a miríade de relações privadas que se desenvolvem no seio da sociedade civil e do mercado. A despeito do caráter compromissório da constituição, pode ser dito que o princípio em questão é o que confere unidade de sentido e valor ao sistema constitucional, que repousa na idéia de respeito irrestrito ao ser humano, razão última do Direito e do Estado”.

Cabe acrescentar que a **Constituição do Estado da Bahia**, a exemplo do Texto Maior, circunscreveu o dever desta Unidade da Federação de promover a saúde, mediante políticas sociais e econômicas, com dignidade, gratuidade e boa qualidade, *ex vi* dos artigos que seguem:

“Art. 4º - Além dos direitos e garantias, previstos na Constituição Federal ou decorrentes do regime e dos princípios que ela adota, é assegurado, pelas leis e pelos atos dos agentes públicos, o seguinte:

I - ninguém será prejudicado no exercício de direito, nem privado de serviço essencial à saúde e à educação;”

“Art. 233 – O direito à saúde é assegurado a todos, sendo dever do Estado garanti-lo mediante políticas sociais, econômicas e ambientais que visem:

II- ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.”

A interpretação conjunta de todos os dispositivos supracitados evidencia, com clareza meridiana, a ampla proteção a direitos e garantias fundamentais, aí incluídos a saúde.

3.2 – DA RESPONSABILIDADE (INCLUSIVE SOLIDÁRIA) DOS ACIONADOS

Sendo o SUS constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (artigo 4º da Lei 8080/90), as competências sanitárias daí decorrentes são hierarquizadas em níveis de complexidade crescente, com direção única exercida em cada esfera de governo, numa dinâmica em que os três entes se colocam como financiadores e protagonistas da gestão.

A criação dessa ambiência de corresponsabilidades é ostensivamente abrigada pela legislação, inclusive constitucional, a saber:

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

(omissis)

“II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;”

“Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:”

(omissis)

“XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;”

“Art. 30. Compete aos Municípios:

VII - prestar, com a **cooperação técnica e financeira da União e do Estado**, serviços de atendimento à saúde da população;”



“Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.”

“Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:”

(omissis)

“§ 10. A lei definirá os critérios de transferência de recursos para o sistema único de saúde e ações de assistência social da União para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e dos Estados para os Municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos.”

Perfilhando tal disciplina jurídica, a jurisprudência de há muito já pacificou entendimento, inclusive com reconhecimento de repercussão geral, consoante Acórdão abaixo transcrito:

“RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. **RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS.** REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. RECURSO EXTRAORDINÁRIO DESPROVIDO.

O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, sendo responsabilidade solidária dos entes federados, podendo figurar no polo passivo qualquer um deles em conjunto ou isoladamente. Constitucional e Administrativo. Apelação Cível. Sistema Único de Saúde. Édito judicial que condenou o Estado e a União a fornecer medicamento de nome BOSENTANA (TRACLEER 62.5mg/125mg). Falecimento da autora. Pretensão da União em ver reconhecida sua ilegitimidade passiva para eximir-se do cofinanciamento do custeio do medicamento. Impossibilidade.



(RExt 855.178 / SE ; Rel. Min. Luiz Fux, 05/03/2015)

Na linha de raciocínio que serviu de fio condutor ao *decisum*, esse mesmo Acórdão consignou que:

“A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde. O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles.”

Essa linha de entendimento mostra-se cada vez mais consolidada. Veja:

“EMENTA: DIREITO CONSTITUCIONAL. DIREITO À SAÚDE. AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. SEPARAÇÃO DOS PODERES. VIOLAÇÃO. NÃO CONFIGURADA. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. PRECEDENTES. HIPOSSUFICIÊNCIA. SÚMULA 279/STF. 1. É firme o entendimento deste Tribunal de que o Poder Judiciário pode, sem que fique configurada violação ao princípio da separação dos Poderes, determinar a implementação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde. 2. O acórdão recorrido também está alinhado à jurisprudência do Supremo Tribunal Federal, reafirmada no julgamento do RE 855.178-RG, Rel. Min. Luiz Fux, no sentido de que constitui obrigação solidária dos entes federativos o dever de fornecimento



(ARE 894.085 AgR/ SP ; Rel. Min. Roberto Barroso, Jul. 15/12/2015)

“PROCESSUAL CIVIL, ADMINISTRATIVO E CONSTITUCIONAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CUSTEIO DE TRATAMENTO MÉDICO. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. COMPETÊNCIA SOLIDÁRIA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. 1. A ação civil pública é o meio adequado para que o Ministério Público Federal promova a proteção de direitos individuais indisponíveis, como, no caso, em que se busca resguardar o direito à saúde e à vida de pessoa enferma e carente de recursos financeiros para o custeio de tratamento médico (CF, art. 127, caput). 2. A responsabilidade pela prestação de serviços médicos, necessários a garantir o direito fundamental à saúde e à vida da população, é constitucionalmente atribuída ao Estado, assim entendido a União, em solidariedade com os demais entes federativos (CF, arts. 6º, 196 e 198, § 1º). 3. Conquanto não se deva prodigalizar todo e qualquer tratamento médico, como forma de dar efetividade ao direito à saúde, sob pena de interferir nas políticas públicas que visam conferir amplo acesso da população à saúde pública e inviabilizar o sistema único no País, o Poder Judiciário não se pode furtar a garantir direito fundamental do cidadão, mormente na situação em que se revela de todo injustificável a negativa/omissão do Estado em prestar atendimento médico-hospitalar a enfermo, necessário à garantia da integridade de sua própria vida, pelo simples fato de não residir no município onde pretende ser tratado, sendo que, na localidade onde mora, não são realizadas hemodiálises. Violação, in casu, de princípios constitucionais basilares, mormente o da dignidade da pessoa humana, fundamento que norteia o Estado Democrático de Direito.

Nessa linha intelectual, fica claro que quaisquer dos Entes Federativos podem ser Acionados conjunta ou isoladamente, sendo certo que eventual discussão acerca dos respectivos desembolsos deve ser travada intramuros por aqueles, seja administrativa, seja judicialmente.

Ademais, observa-se que o comando constitucional de financiamento e contrapartida de recursos a cargo dos três primeiros Acionados tem sido negligenciado, dando azo a alegações de desequilíbrio econômico-financeiro nos instrumentos de contratualização. Obviamente, as dificuldades de contratar e manter a prestação de serviços por meio da rede complementar (estabelecimentos particulares contratados) não deve ser carreada aos pacientes. Vale dizer, da perspectiva do cidadão, o essencial é que a assistência seja resolutiva e efetiva, sendo certo que os problemas de gestão não são oponíveis aos usuários. Eventual desencorajamento de empresas privadas a assumir os serviços, por qualquer motivo que seja (inclusive financeiro), não pode levar à desassistência; até porque a prestação direta se projeta como opção preferencial.

Ad argumentandum tantum, cabe acrescentar as responsabilidades específicas de cada um dos Entes (ora Demandados), no âmbito do SUS.

No que se refere à responsabilidade dos Acionados (e a conseqüente pertinência

Assim, de rigor colacionar as atribuições comuns aos três Entes, conforme estatui o artigo 15 da Lei 8080/90, *in verbis*:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

(omissis)

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Plasmada as incumbências comuns, releva especificar as respectivas responsabilidades, ainda à luz da Lei 8.080/90. Vejamos:

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

(omissis)

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

(omissis)

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

IV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

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

(*omissis*)

Por sua vez, em razão do artigo 17 da citada *Lex*, o **gestor estadual** tem diversas incumbências, dentre as quais:

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

“IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

Já ao gestor Municipal são atribuídas as seguintes responsabilidades, nos termos do artigo 18 da mesma lei:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Aqui, insta acrescentar, ademais, que o terceiro Demandado está habilitado à **gestão do sistema municipal de saúde em seus três níveis de atenção, conforme**

A interpenetração de responsabilidades em relação ao financiamento do SUS foi alçada à condição de princípio, conforme inciso XI do artigo 7º da Lei 8080/90, *in verbis*:

“Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o sistema único de saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios”:

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

Minudenciando ainda mais a argumentação ora articulada, convém trazer a lúmen os regramentos normativos relacionados à atenção ao portador de doenças renais.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal foi instituída pela Portaria 1.168/2004 (estando os critérios das linhas de cuidados regidos pela Portaria MS 389/2014, com requisitos e boas práticas alinhados na RDC ANVISA 11/2014), de cujo teor vale transcrever um excerto:

“Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal seja organizada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, permitindo:

I - desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpasse todos os níveis de atenção, promovendo, dessa forma, a inversão do modelo de atenção;

III - identificar os determinantes e condicionantes das principais



IV - definir critérios técnicos mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise, bem como os mecanismos de sua monitoração com vistas a diminuir os riscos aos quais fica exposto o portador de doença renal;

V - ampliar cobertura no atendimento aos portadores de insuficiência renal crônica no Brasil, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso às diferentes modalidades de Terapia Renal Substitutiva (diálise peritoneal, hemodiálise e transplante);

VI - ampliar cobertura aos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil;

VII - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos que visem ao estudo do custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como a incorporação tecnológica do processo da Terapia Renal Substitutiva no Brasil;

VIII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível um aprimoramento da gestão, disseminação das informações e uma visão dinâmica do estado de saúde das pessoas com doença renal e dos indivíduos transplantados;

IX - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações;
e

X - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e implementação da Política de Atenção ao Portador de Doença Renal, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - atenção básica: realizar ações de caráter individual ou coletivo,



II - média complexidade: realizar atenção diagnóstica e terapêutica especializada garantida a partir do processo de referência e contra referência do portador de hipertensão arterial, de diabetes mellitus e de doenças renais. Essas ações devem ser organizadas segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde. Para desempenhar as ações neste nível de atenção, o gestor poderá instituir um Centro de Referência especializado em hipertensão e diabetes, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

III - alta complexidade: garantir o acesso e assegurar a qualidade do processo de diálise visando alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida e garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. A assistência na alta complexidade se dará por meio dos Serviços de Nefrologia e dos Centros de Referência em Nefrologia, cuja regulamentação será definida em portaria da Secretaria de Atenção à Saúde;

IV - plano de Prevenção e Tratamento das Doenças Renais, que deve fazer parte integrante dos Planos Municipais de Saúde e dos Planos de Desenvolvimento Regionais dos Estados e do Distrito Federal;

V - regulamentação suplementar e complementar por parte dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de regular a atenção ao portador de doença renal;

VI - a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação de ações de atenção ao portador de doença renal serão de competência das três esferas de governo;

VII - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão para o processo de planejamento, regulação, fiscalização, controle e avaliação e promover a

VIII - protocolos de conduta em todos os níveis de atenção que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, fiscalização, controle e avaliação;

IX - capacitação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

X - acesso aos medicamentos da assistência farmacêutica básica e aos medicamentos excepcionais, previstos em portaria do Ministério da Saúde, disponibilizados pelo SUS.”

Também não se pode olvidar a Portaria MS GM 483/2014 - que redefine a rede de atenção à saúde das pessoas portadores de doenças crônicas no âmbito do SUS – cujo artigo 3º vale assim dispõe:

“Art. 3º São princípios da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;

II - humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;

III - respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;

IV - modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;

V - articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VI - atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VII - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que

VIII - articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;

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

X - autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;

XI - equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;

XII - formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.”
grifou-se

Destarte, em apertada síntese, tem-se que os três primeiros Acionados devem articular políticas, planos, ações, estratégias, recursos humanos, materiais e logísticos voltados à assistência a pacientes renais, conquanto as ações operacionais estejam um pouco mais voltadas ao Terceiro Demandado.

Conclui-se, portanto, que resta inafastável o dever dos Acionados no que tange à manutenção dos serviços de hemodiálise e diálise peritoneal prestados atualmente pelo Instituto de Nefrologia e Diálise e a Clínica Nossa Senhora da Graça, seja diretamente, ou através de outros prestadores, vez que a terapia renal substitutiva é indispensável para a manutenção da vida dos pacientes. Cabe aos Demandados, ainda, articular e ampliar sua rede de assistência, de modo a absorver não apenas esses pacientes, mas também regular e referenciar os 175 pacientes indevidamente mantidos em ambiente hospitalar, a par da prestação de assistência a quem está aguardando TRS e aos pré-dialíticos.

3.3 – DA TUTELA DE URGÊNCIA EM CARÁTER LIMINAR

O revogado Código de Processo Civil de 1973 previa as cautelares em livro próprio (Livro III), as liminares nas cautelares (artigo 804), o poder geral de cautela do juiz, e posteriormente, veio a incorporar o instituto da antecipação dos efeitos da tutela, cuja fungibilidade cautelar foi consagrada com o advento da Lei 10.444/92.

No atual Estatuto Adjetivo Civil, a tutela provisória pode fundamentar-se em evidência ou em urgência, estando a sistematização dessa (tutela de urgência) abrigada nos artigos 300 a 311, em especial naquele primeiro, à luz do qual o deferimento da medida encontra-se condicionado à reunião de requisitos inafastáveis, quais sejam: a probabilidade do direito invocado, somada ao perigo de dano, ou a probabilidade do direito invocado, somada à evidência do direito substancial objeto da ação. Observa-se, dessa forma, que o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora* conjugam-se, mitigando, em verdade, o juízo de probabilidade, mais imanente à tutela de evidência.

Assim, a despeito do teor do parágrafo 3º do artigo 300 do Estatuto Processual Civil, é de bom alvitre consignar tais ponderações, para concluir que a irreversibilidade na tutela de urgência deve ser interpretada *cum grano salis*. Outra não é a lição sempre abalizada de Elpídio Donizetti, que assim pontifica:

“O contrassenso fez que doutrina e jurisprudência mitigassem o requisito da reversibilidade. Há situações em que, não obstante a irreversibilidade do provimento a ser concedido, a urgência é tão premente que a espera pela cognição exauriente é capaz de inviabilizar a própria utilidade da medida. É um caso de potencial irreversibilidade para ambas as partes, diante da qual permite-se ao julgador proceder a um juízo de ponderação e assim propender à proteção daquele que, não possuindo o bem da vida naquele momento, sofrerá maior impacto. Exemplo: consumidor que precisa fazer uma cirurgia de emergência, mas o fornecedor (plano de saúde) alega não haver previsão de cobertura. Nesses casos, a



Espera-se que a jurisprudência cada vez mais mitigue o requisito da reversibilidade, uma vez que a interpretação literal do citado dispositivo impede que crises do direito material, eivadas de extrema urgência, sejam de pronto estancadas com a concessão da tutela adequada, violando o próprio fim a que o instituto se destina.

(Donizetti, Elpídio. Curso Didático de Direito Processual Civil, 19ª ed. São Paulo, Atlas, 2016, pág. 472)

Noutro giro, por ser norma específica de regramento, o artigo 12 da Lei 7.347/85 (LACP - Lei da Ação Civil Pública) tem incidência inafastável, já que a interpenetração das normas processuais ora agitadas encontra guarida no artigo 19 do mesmo Diploma, valendo transcrever tal dispositivo, *ipsis litteris*:

Art. 12. Poderá o juiz conceder mandado liminar, com ou sem justificção prévia, em decisão sujeita a agravo.

Acerca do tema da liminar em Ação Civil Pública, leciona Rodolfo de Camargo Mancuso:

*“Em dois dispositivos trata a Lei nº 7.347/85 sobre a tutela cautelar dos interesses difusos. Dá-lhes ação cautelar, propriamente dita, no art. 4.º e prevê a possibilidade de concessão de mandado liminar, “com ou sem justificção prévia”, no artigo 12 (...). Cabe ressaltar, desde logo, que o art. 4.º contém uma particularidade: a cautela não apenas preventiva, como seria curial, mas pode conter um comando, uma determinação para um non facere, ou mesmo para um facere, tudo em ordem a “evitar o dano ao meio ambiente, ao consumidor...” etc... **Conjugando-se os arts. 4.º e 12.º da Lei nº 7.347/85, tem-se que essa tutela de urgência há de ser obtida através de liminar que, tanto pode ser pleiteada na ação cautelar (factível antes ou no curso da ação civil pública) ou no bojo da própria ação civil pública, normalmente em tópico***

Da análise dos dispositivos acima elencados, conclui-se que a tutela de urgência é permitida em sede de Ação Civil Pública, sempre que a cognição sumária evidenciar a plausibilidade do direito alegado e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

Na presente *quaestio*, a **plausibilidade do direito se depreende** dos comandos normativos trazidos à baila, quais sejam, os arts. 1º, III; 5º, *caput*; 196; 197; 198, II, e 227, *caput*, todos da Constituição Federal; arts. 4º e 233, I e II, ambos da Constituição do Estado da Bahia; e da Portaria MS 1.168/2004.

Já o **perigo de dano substancia-se** na possibilidade de sérios agravos à saúde dos doentes renais crônicos, em tratamento de hemodiálise e diálise peritoneal, como inexorável constatação de que, sem a concessão da liminar requerida, permanecerão eles em sofrimento físico e psíquico, comprometendo-se-lhes ainda mais a já fragilizada saúde, por agravamento ainda maior do quadro clínico de todos, podendo **resultar em mortes**.

Acrescente-se, também, que as tratativas extrajudiciais mostraram-se insuficientes ao equacionamento mínimo do problema, bastando frisar, nesse sentido, que do Instituto de Nefrologia e Diálise e a Clínica Nossa Senhora da Graça **já notificaram o Município de Salvador quanto ao não interesse em renovar os contratos de prestação dos serviços de hemodiálise, que venceram desde dezembro de 2016**, ao passo que a rede não possui capacidade imediata e resolutiva de absorção da demanda de cerca de 270 (duzentos e setenta) pacientes em tratamento de TRS.

Assim, a concessão do provimento liminar pleiteado é medida imprescindível, inclusive porque **aguardar a sentença de mérito para só então garantir a continuidade da assistência tornaria inócua a medida, dada a letal evolução de**

Ainda nesse sentido, não é despiciendo repisar que os artigos 12, *caput*, e 21 da Lei 7.347/85, bem assim o 300 do CPC, consagram a possibilidade de o julgador, diante da relevância do fundamento da demanda e do justificado receio de ineficácia do provimento final, conceder liminarmente a tutela pretendida pelo Autor da ação.

Especificamente no que tange à questão do reverso da medida de antecipação, o artigo 300, § 1º, do Código de Processo Civil, preconiza que a concessão da tutela de urgência exigirá a prestação de uma *caução de contracautela*, que pode ser real ou fidejussória, com a finalidade de se proteger a parte contrária contra o risco de que venha a sofrer danos indevidos.

Ao analisar a medida, Alexandre de Freitas Câmara (*in* O Novo Processo Civil Brasileiro) informa que o objetivo é acautelar o assim chamado *periculum in mora* inverso, isto é, o perigo de que o demandado sofra, em razão da demora do processo, um dano de difícil ou impossível reparação (que só será identificado quando se verificar que, não obstante provável, o direito do demandante na verdade não existia). No entanto, cabe a ressalva segundo a qual deve ser a caução dispensada nos casos em que o demandante, por ser economicamente hipossuficiente, não puder oferecê-la, nos termos do mesmo artigo 300, § 1º, parte final. Ainda conforme o referido autor, “Afinal, não se pode criar obstáculo econômico ao acesso à justiça, que não é garantido só aos fortes economicamente, mas é assegurado universalmente.” Aqui, deve-se pontuar que se trata de Ação Civil Pública proposta pelo *Parquet* em favor pessoas que, via de regra, são hipossuficientes (substanciando o fenômeno da substituição processual ou, segundo alguns autores, da legitimação autônoma para a condução do processo).

3.3.1 – DA INSTRUMENTALIZAÇÃO DA TUTELA PROVISÓRIA

No caso ora submetido ao prudente crivo deste Juízo, consoante cristalinamente demonstrado, tem-se o seguinte estado de coisas: a crise atingiu níveis insustentáveis; já há data projetada para a cessação dos serviços de hemodiálise prestados pelo INED e Clínica Nossa Senhora da Graça; a rede (de ambos os Acionados) não possui

É consabido que a Administração Pública pode se ver diante de situações em que o perigo lhe impõe intervenção na propriedade privada, com vistas à preservação do interesse coletivo. Nessa dinâmica, a requisição administrativa substancia-se como proteção reversa da propriedade, em que o interesse do indivíduo é balizado sob o ponto de vista social.

Ao proclamar a proteção à propriedade, o artigo 17.2 da Declaração Universal dos Direitos Humanos dispõe que “ninguém será arbitrariamente privado de sua propriedade”. A moderna concepção de tal direito, portanto, já deixou antever que a propriedade não é um bem jurídico absoluto, admitindo mitigação, desde que não haja arbítrio.

Tais balizas permeiam o tratamento constitucional pátrio da matéria, na medida em que se impõe, v.g., o cumprimento da função social da propriedade (artigo 5º, XXIII, da CF).

Com assento primeiro no artigo 5º, inciso XXV, da Constituição Federal, a

XXV - no caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano;

Analisando tal dispositivo, J.J. Gomes Canotilho, Gilmar Ferreira Mendes, Ingo Wolfgang Sarlet e Lenio Luiz Streck doutrinam em sua festejada obra Comentários Constituição do Brasil:

“Os objetivos da requisição estão inscritos em fundamentos solidários, de regra, vinculados à preservação da vida, da saúde e dos bens mais caros à coletividade, incluídos aí os objetivos militares, como segurança geopolítica, a manutenção da soberania e da ordem, seja em caso de guerra ou mesmo em caso de paz, mas com evidenciado perigo público, v.g., catástrofes naturais, como inundações, incêndios de grandes proporções, segurança alimentar, comoções internas, etc.” (grifou-se)
(in op cit., São Paulo, Saraiva/Almedina, 2013, pág. 321)

Palmilhando essa normatização constitucional, o legislador cuidou de possibilitar a requisição para fins de saúde pública, fazendo-o explicitamente no artigo 15, inciso XIII, da Lei 8.080/90, conforme transcrição abaixo:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:
(omissis)

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização.



AGRAVO DE INSTRUMENTO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. REQUISIÇÃO ADMINISTRATIVA. PATRIMÔNIO E SERVIÇOS DE NOSOCÔMIO. AMEAÇA REAL E CONCRETA DE FECHAMENTO DA UTI, BEM COMO DE INTERRUPTÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. INEXISTÊNCIA DE ILEGALIDADE DO DECRETO INTERVENTIVO.

- A requisição administrativa é modalidade de intervenção estatal mediante o qual, em situação de perigo público iminente, o Estado utiliza bens móveis, imóveis ou serviços particulares, mediante indenização ulterior, se houver dano, para satisfazer necessidades coletivas prementes e transitórias, art. 5º, [XXV](#), da [CF](#).

- No âmbito do Sistema Único de Saúde, o art. [15](#), [XIII](#), da Lei nº [8.080/1990](#), prevê a possibilidade de requisição pelo Município de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como jurídicas, para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias.

- No caso, mostrou-se legítimo o decreto interventivo do Município de Gramado que requisitou o patrimônio, os bens e serviços do Hospital Arcanjo São Miguel diante da constatação de que haveria o encerramento da prestação de serviços de saúde na cidade, circunstância que acarretaria o caos na saúde local(...).

(AI 70069078426 RS, Relª. Des. Marilene Bonzanini, 22ª Câm. Cível, julgado em 30/06/2016. DJ 06-07-2016)

Lado outro, também o pagamento direto à rede privada é admitido, especialmente quando se constata omissão que ofende núcleo essencial do direito à saúde. Em escólio a essa assertiva, insta trazer a *lumen* decisão paradigmática do STF, *expressis verbis*:

EMENTA: CUSTEIO, PELO ESTADO, DE SERVIÇOS HOSPITALARES PRESTADOS POR INSTITUIÇÕES PRIVADAS



EM BENEFÍCIO DE PACIENTES DO SUS ATENDIDOS PELO SAMU NOS CASOS DE URGÊNCIA E DE INEXISTÊNCIA DE LEITOS NA REDE PÚBLICA. DEVER ESTATAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DE PROTEÇÃO À VIDA RESULTANTE DE NORMA CONSTITUCIONAL. OBRIGAÇÃO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL QUE SE IMPÕE AOS ESTADOS. CONFIGURAÇÃO, NO CASO, DE TÍPICA HIPÓTESE DE OMISSÃO INCONSTITUCIONAL IMPUTÁVEL AO ESTADO. DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO PROVOCADO POR INÉRCIA ESTATAL (RTJ 183/818-819). COMPORTAMENTO QUE TRANSGRIDE A AUTORIDADE DA LEI FUNDAMENTAL DA REPÚBLICA (RTJ 185/794-796). A QUESTÃO DA RESERVA DO POSSÍVEL: RECONHECIMENTO DE SUA INAPLICABILIDADE, SEMPRE QUE A INVOCAÇÃO DESSA CLÁUSULA PUDE comprometer o NÚCLEO BÁSICO QUE QUALIFICA O MÍNIMO EXISTENCIAL (RTJ 200/191-197). O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INSTITUÍDAS PELA CONSTITUIÇÃO E NÃO EFETIVADAS PELO PODER PÚBLICO. A FÓRMULA DA RESERVA DO POSSÍVEL NA PERSPECTIVA DA TEORIA DOS CUSTOS DOS DIREITOS: IMPOSSIBILIDADE DE SUA INVOCAÇÃO PARA LEGITIMAR O INJUSTO INADIMPLEMENTO DE DEVERES ESTATAIS DE PRESTAÇÃO CONSTITUCIONALMENTE IMPOSTOS AO PODER PÚBLICO. A TEORIA DA “RESTRIÇÃO DAS RESTRIÇÕES” (OU DA “LIMITAÇÃO DAS LIMITAÇÕES”). CARÁTER COGENTE E VINCULANTE DAS NORMAS CONSTITUCIONAIS, INCLUSIVE DAQUELAS DE CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, QUE VEICULAM DIRETRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ESPECIALMENTE NA ÁREA DA SAÚDE (CF, ARTS. 6º, 196 E 197). A QUESTÃO DAS “ESCOLHAS TRÁGICAS”. A COLMATAÇÃO DE OMISSÕES INCONSTITUCIONAIS COMO NECESSIDADE INSTITUCIONAL FUNDADA EM COMPORTAMENTO AFIRMATIVO DOS JUÍZES E TRIBUNAIS E DE QUE RESULTA UMA POSITIVA CRIAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO DIREITO. CONTROLE JURISDICIONAL



DE LEGITIMIDADE DA OMISSÃO DO PODER PÚBLICO: *ATIVIDADE DE FISCALIZAÇÃO JUDICIAL* QUE SE JUSTIFICA *PELA NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DE CERTOS PARÂMETROS CONSTITUCIONAIS (PROIBIÇÃO DE RETROCESSO SOCIAL, PROTEÇÃO AO MÍNIMO EXISTENCIAL, VEDAÇÃO DA PROTEÇÃO INSUFICIENTE E PROIBIÇÃO DE EXCESSO)*. DOCTRINA. PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DELINEADAS NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA (RTJ 174/687 – RTJ 175/1212-1213 – RTJ 199/1219-1220). EXISTÊNCIA, NO CASO EM EXAME, *DE RELEVANTE INTERESSE SOCIAL*. 2. AÇÃO CIVIL PÚBLICA: INSTRUMENTO PROCESSUAL ADEQUADO À PROTEÇÃO JURISDICIONAL DE DIREITOS REVESTIDOS *DE METAINDIVIDUALIDADE*. LEGITIMAÇÃO ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CF, ART. 129, III). A FUNÇÃO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO COMO “*DEFENSOR DO POVO*” (CF, ART. 129, II). DOCTRINA. PRECEDENTES. 3. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO, NO CONTEXTO *DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)*. COMPETÊNCIA COMUM DOS ENTES FEDERADOS (UNIÃO, ESTADOS- -MEMBROS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS) EM TEMA DE PROTEÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE PÚBLICA E/OU INDIVIDUAL (CF, ART. 23, II). **DETERMINAÇÃO CONSTITUCIONAL QUE, AO INSTITUIR O DEVER ESTATAL DE DESENVOLVER AÇÕES E DE PRESTAR SERVIÇOS DE SAÚDE, TORNA AS PESSOAS POLÍTICAS RESPONSÁVEIS SOLIDÁRIAS** PELA CONCRETIZAÇÃO DE TAIS OBRIGAÇÕES JURÍDICAS, O QUE LHE CONFERE LEGITIMAÇÃO PASSIVA “*AD CAUSAM*” NAS DEMANDAS MOTIVADAS POR RECUSA DE ATENDIMENTO NO ÂMBITO DO SUS. **CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS**. PRECEDENTES. RECURSO EXTRAORDINÁRIO A QUE SE NEGA



(RE com Ag 727.864 / PR ; Rel. Min. Celso de Mello, Jul. 09/09/2014)

Palmilhando toda essa linha intelectual, insta acentuar ser mister a adoção de um gerenciamento voltado ao interesse público, para fins de preservação do (já combatido) nível de assistência qualitativa e quantitativa (*rectius*: resolutividade) da rede de assistência em TRS.

As providências em tela impedirão, a um só tempo, que:

- haja descontinuidade dos serviços hemodiálise e diálise peritoneal prestados pelo Instituto de Nefrologia e Diálise – INED e Clínica Nossa Senhora da Graça;
- haja sufocamento ainda maior da rede de assistência dos Acionados, que mal absorve a demanda atual que lhes é ordinariamente dirigida;
- enfim, mortes e agravos sejam causados por todo esse descalabro.

4 - DO PEDIDO DE CONCESSÃO DE TUTELA DE URGÊNCIA

Ex positis, requer o Ministério Público:

Independentemente da oitiva prévia estatuída no artigo 2º da Lei 8.437/92, seja concedida a **tutela de urgência, em caráter liminar**, para determinar:

4.1 - ao primeiro, ao segundo e ao terceiro Demandados (União, Estado da Bahia e Município de Salvador) que providenciem **imediato** cadastramento, avaliação e efetivo tratamento de TRS (notadamente quanto aos serviços elencados na Portaria MS GM 389/2014) a todos os pacientes com doença renal crônica (inclusive dos trinta e nove mencionados na Ata de fls. 675/681 IC/MPE) que ainda estão sem acesso a qualquer tipo de tratamento dialítico adequado (eis que os mesmos só o vem tendo pontualmente em casos de eventuais emergências);

4.2 – ao primeiro, ao segundo e ao terceiro Demandados (União,



4.3 – ao primeiro, ao segundo e ao terceiro Demandados (União, Estado da Bahia e Município de Salvador) que providenciem **imediate** cadastramento, avaliação e efetivo tratamento dialítico a todos os pacientes com doença renal crônica aptos a alta e que se encontram indevidamente internados em unidades hospitalares, inclusive conforme lista de fls. 684/688 do IC/MPE;

4.4 - ao primeiro, ao segundo e ao terceiro Demandados (União, Estado da Bahia e Município de Salvador) que providenciem oportuno cadastramento, avaliação e efetivo tratamento a outros pacientes em condições de alta, de modo que nenhum portador de doença renal crônica venha a permanecer desnecessariamente sob internação hospitalar apenas para ter acesso a tratamento de terapia renal substitutiva;

4.5 – ao primeiro, ao segundo e ao terceiro Demandados (União, Estado da Bahia e Município de Salvador) que apresentem, no prazo de dez dias, um **PLANO CONJUNTO E EMERGENCIAL DE GESTÃO** que demonstre a sistemática e o fluxo de absorção de **toda** a demanda atual e projetada em todo o Estado, inclusive a relativa aos pacientes dos aludidos Instituto de Nefrologia e Diálise – INED e Clínica Nossa Senhora da Graça;

4.6 – findo o prazo fixado no item 4.5 supra, que os três referidos Entes efetivem, imediatamente, o citado plano de gestão (e apresentem as correlatas provas), com indicação precisa dos

4.7 – à União (responsável pelos recursos transferidos ao HUPES), ao Estado da Bahia (com quem o HUPES está contratualizado) e à EBSEH (responsável pela gestão do HUPES) que adotem providências **imediatas** a fim de que o setor de terapia renal substitutiva dessa última unidade (HUPES) promova o cadastramento, a avaliação e o efetivo tratamento de 120 (cento e vinte) pacientes portadores de doença renal crônica, assegurado o funcionamento em três turnos, com a infraestrutura necessária e número suficiente de profissionais de saúde;

4.8 – à União que, no prazo de dez dias, efetue o aporte de recursos necessários à ampliação da oferta de serviços, seja através do aumento do FAEC (Fundo de Ações e Estratégias e Compensação) em prol dos demais Entes Federativos, seja via aumento do suporte orçamentário destinado à EBSEH;

4.9 – a todos os quatro Demandados que o cumprimento de todas as medidas acima observe as diretrizes fixadas na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, nos critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica e nas boas práticas para funcionamento dos serviços de diálise (atual e respectivamente, Portarias MS GM 1.168/2004, Portaria MS GM 389/2014 e RDC ANVISA 11/2014);

Não havendo oposição à eventual **audiência de conciliação** (artigos 319, VII, e 334, ambos do CPC), passa-se aos pedidos finais.

5 – DOS PEDIDOS FINAIS:

Requer, também, que Vossa Excelência se digne a:

- 5.1 - Determinar a citação dos Acionados, através dos seus respectivos Procuradores (art. 75, II, do CPC), para contestarem

5.2 - JULGAR totalmente **procedente a Ação** para confirmar o provimento liminar e:

5.2.1 - condenar os Requeridos a, no prazo de trinta dias, cumprir obrigação de fazer, consistente em **manter e ampliar os serviços de terapia renal substitutiva, incluído acompanhamento médico-hospitalar e ambulatorial (a exemplo de exames, consultas, procedimentos e atendimentos diversos) aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Estado da Bahia, na medida das respectivas responsabilidades sanitárias e nos quantitativos necessários e suficientes para atender à demanda;**

5.2.2 - determinar que os três primeiros Requeridos apresentem, no prazo de vinte dias, um **PLANO CONJUNTO DE GESTÃO** que demonstre a sistemática e o fluxo de efetiva e contínua absorção da demanda de pacientes por serviços de terapia renal substitutiva no Estado, a par da correlata garantia de absorção da demanda, bem assim o escalonamento das responsabilidades sanitárias de cada ente;

5.2.3 – determinar que os três primeiros Suplicados apresentem, no prazo de dez dias após o decurso do termo mencionado no item 5.2.2 supra, demonstração da efetiva operacionalização do correlato plano de gestão (item 5.2.2), com indicação precisa da sistemática de funcionamento da rede, fluxo de absorção da demanda, lista de pacientes regulados e referenciados, rol de todos os procedimentos (incluídos os exames, cirurgias de acesso, consultas e tratamentos) realizados, prova da execução dos serviços e da existência de capacidade instalada resolutive;



5.2.5 – determinar à União que, no prazo de dez dias, efetue o aporte de recursos necessários à ampliação da oferta de serviços, seja através do aumento do FAEC (Fundo de Ações e Estratégicas e Compensação) em prol dos demais Entes Federativos, seja via aumento do suporte orçamentário destinado à EBSEH;

5.2.6 – determinar que o cumprimento das medidas acima observe as diretrizes normativas fixadas na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, nos critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica e nas boas práticas para funcionamento dos serviços de diálise;

5.3. Condenar os Acionados ao pagamento de custas processuais e demais ônus da sucumbência, salientando-se que eventual pecúnia daí decorrente (exceto custas) poderá ser revertida ao fundo de reconstituição previsto no já referido art. 13 da Lei nº 7.347/85.

Requer, outrossim, a isenção do pagamento de custas e a produção de todos os meios de prova em Direito admitidos, em especial a oitiva de testemunhas (a serem arroladas a teor do artigo 357, § 4º, do CPC), a juntada de documentos e a realização de

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

P. deferimento.

Salvador, 16 de fevereiro de 2017.

M^a Isabel R. de O. Vilela
Promotora de Justiça/em substituição

Fábio Conrado Loula
Procurador da República

Carlos Martheo C. Guanaes Gomes
Promotor de Justiça

Fábio Ribeiro Velloso
Promotor de Justiça

*Dados omitidos para fins de divulgação