



**EXMO JUIZ FEDERAL DE DIREITO DA ___ DA VARA FEDERAL DA SUBSEÇÃO
DE LONDRINA/PR:**

URGENTE

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por intermédio do Procurador da República e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ**, por meio de seu Promotor de Justiça, abaixo-assinados, no uso de suas atribuições institucionais, legitimado pelos adequados dispositivos legais¹ e, com base na inclusa documentação, vem à presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA
cumulada com
PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA
contra

UNIÃO FEDERAL, pessoa jurídica de direito público, representada pela Advocacia-Geral da União, com escritório na rua Munhoz da Rocha, nº 1247, Cabral, Curitiba/PR, CEP 80.035-000, podendo ser citada na pessoa do Procurador-Chefe da Advocacia da União no Paraná, Dr. Sandro Souza Schwinden;

ESTADO DO PARANÁ, pessoa jurídica de direito público interno, representado pelo Procurador-Geral do Estado, com endereço na Rua Conselheiro Laurindo, nº 561, CEP 80.060-100, centro, Curitiba-PR;

Fazendo-o em razão dos seguintes fatos e fundamentos:

¹Arts. 127, *caput* e 129, incisos III da CF/88; art. 26, inciso I, alínea *b*, e inciso II, da Lei nº 8.625/93; art. 8º, incisos II e IV, e § 2º, da LC nº 75/93; arts. 1º, inciso IV, 5º, inciso I e 8º, § 1º, da Lei nº 7.347/85; art. 2º, inciso IV, alínea "a", da LC Estadual nº 85/99;



1. DO OBJETO DA DEMANDA

Busca-se, por meio da presente Ação Civil Pública, provimento jurisdicional que determine, entre outros:

À União e ao Estado:

a) Promover a imediata transferência dos pacientes que aguardam leitos de UTI e enfermaria para outros estados com garantia de pagamento de TFD, mantendo-se em Londrina e região apenas o quantitativo que possa ser atendido de forma adequada pelo sistema local;

À União:

b) Requisitar leitos de UTI em Hospitais particulares de qualquer localidade no país que esteja apta a receber os pacientes cujo direito à vida se pretende assegurado pela tutela requerida no item “a”, ainda que não sejam de Londrina e região, vindo a ser beneficiados pela observância da ordem da fila de espera do estado, decorrência natural da regulação ser estadualizada;

c) Implementar Centro de Referência Emergencial e Provisório, com estrutura de UTI e enfermaria, enquanto durar a situação de calamidade pública, com capacidade e adequação para atender os pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), na hipótese de esta solução ser a mais adequada para fazer frente a magnitude do problema ou de as opções 1 e 2 não serem faticamente exequíveis, dada a situação nacional;

d) Realizar contratação emergencial de UTI's aéreas para a efetivação de voos entre Londrina e região e as cidades onde estiverem localizadas as unidades hospitalares aptas a receber os pacientes beneficiados pela tutela pretendida, no caso de a própria União não conseguir efetivar as remoções por meios próprios.

2. FATOS

2.1. DADOS RELATIVOS À FALTA DE VAGAS EM UTI/ FILAS DE ESPERA

É de conhecimento notório o avanço desproporcional da doença COVID-19 causada pelo Novo Coronavírus na Região Norte do Paraná. É altamente provável que se trata de uma nova variante muito mais contagiosa do que aquelas que se encontram em nosso território desde março do ano passado.



Quase um ano após o início da pandemia no país, mesmo com o incremento das estruturas hospitalares determinado no começo, para lidar com o aumento das internações, o que se vê é um sistema de saúde colapsado e sem condições de receber mais pacientes.

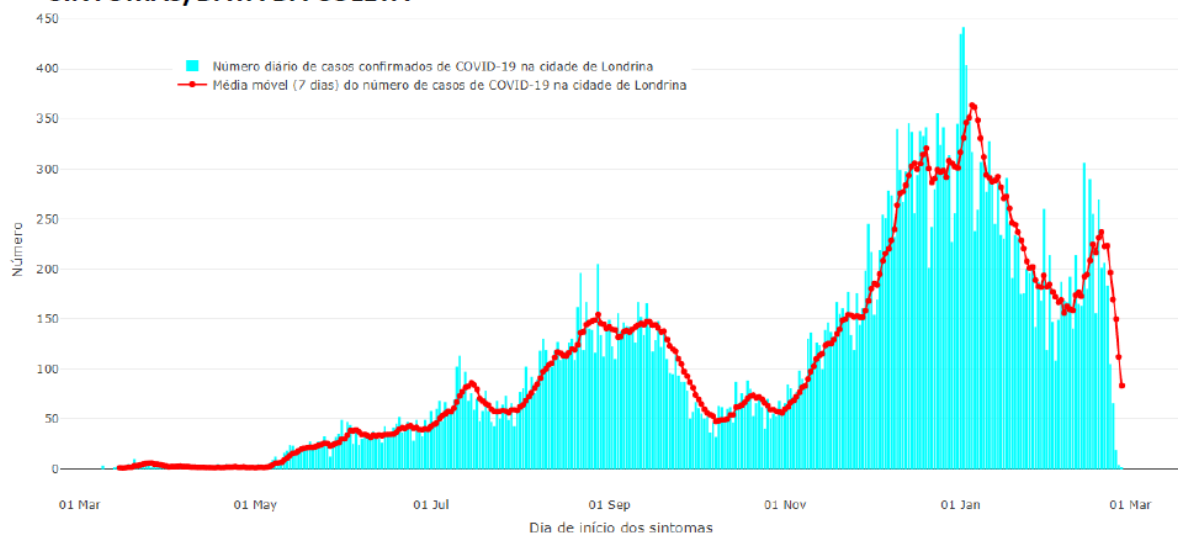
É bem verdade que a situação beirou a ocupação total dos leitos por diversos momentos da pandemia. Houve princípio de saturação do sistema de saúde quando da incapacidade governamental de fazer frente à demanda interna por anestésicos, sedativos e neurobloqueadores em meados do ano passado.

No entanto, a situação até então vivenciada ainda permitia à população o acesso a leitos de UTI e enfermaria e, o que se buscava era, preventivamente, evitar a ocupação integral dos leitos para pacientes COVID-19.

Infelizmente isso não é mais possível e **o sistema de saúde da Macro Região Norte colapsou**. Atualmente nossa região vive o caos de não haver mais leitos disponíveis para os doentes.

Consoante se observa dos dados a seguir, o número de casos ativos disparou nos últimos dias e, com eles, o número de óbitos e internamentos.

3. NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE RESIDENTES DE LONDRINA POR DIA DE INÍCIO DOS SINTOMAS/DATA DA COLETA

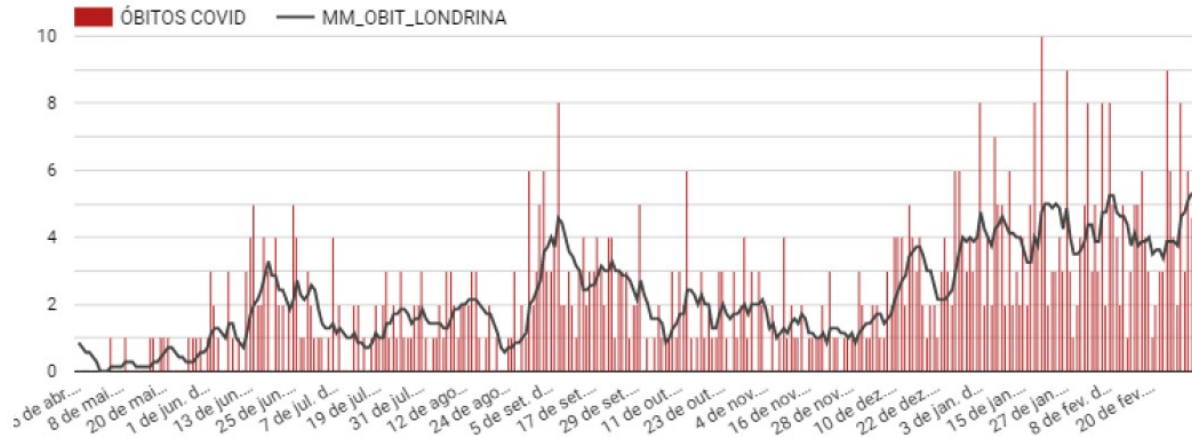


Fonte: SMS/NIGEP - Londrina

(Vide anexo 1 – obs. a diminuição de casos nas últimas semanas decorre da espera pelos resultados dos exames coletados).



4. NÚMERO ÓBITOS POR COVID-19 DE RESIDENTES DE LONDRINA PELA DATA DO ÓBITO



(Vide anexo 1).

Para melhor posicionar nossa situação, vejamos a denominada “Tabela 01” (íntegra no anexo2) de lavra da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, do dia 04/03/21 às 11h00min – Tabela referente a Ocupação de leitos SUS por casos suspeitos/confirmados COVID, onde é possível extrair um resumo da ocupação e leitos disponíveis COVID das Macros Regiões do estado:

Ocupação por tipo de leito SUS por casos suspeitos/confirmados COVID - 19								
MACRORREGIÃO	Leitos exclusivos COVID (dados CARE PR e ESAUDE)							
	UTI			ENFERMARIA				
	Exist.	Ocup.	Livres	Tx de ocup.	Exist.	Ocup.	Livres	Tx de ocup.
LESTE	765	738	27	96%	1.199	828	371	69%
OESTE	249	244	5	98%	399	290	109	73%
NOROESTE	205	191	14	93%	261	204	57	78%
NORTE	228	210	18	92%	394	293	101	74%
TOTAL	1.447	1.383	64	96%	2.253	1.615	638	72%

Nessa Tabela vemos que:

→ **Região Macro Leste**, cuja sede é Curitiba, tinha 96% de seus leitos de UTI Covid ocupados, restando **27** leitos disponíveis;

→ **Região Macro Oeste**, cuja sede é Cascavel, tinha 98% de seus leitos de UTI Covid ocupados, restando **5** leitos disponíveis;



- **Região Macro Noroeste**, cuja sede é Maringá, tinha 93% de seus leitos de UTI Covid ocupados, restando **14** leitos disponíveis;
- **Região Macro Norte**, cuja sede é Londrina, tinha 92% de seus leitos de UTI Covid ocupados, restando **18** leitos disponíveis.

Aparentemente existiriam ainda leitos de UTI “sobrando” na Região Macro NORTE, mas no mesmo documento há uma outra Tabela, com o seguinte título (anexo 2): **Aguardando Internação Em Leitos Exclusivo Covid 11:00 de 04/03:**

CASOS SUSPEITOS/CONFIRMADOS COVID -19			
AGUARDANDO INTERNAÇÃO EM LEITO EXCLUSIVO COVID 11:00			
MACRO	UTI	CLÍN.	TOTAL
leste	65	130	195
Oeste	109	92	201
Noroeste	20	81	101
Norte	47	14	61
PARANÁ – CARE	241	317	558
Central de Leitos Metropolitana de Curitiba – CLIC	95	158	253

Fontes: Sistema Estadual de Regulação – CARE PR e SMS Curitiba

Obs: Alguns casos contabilizados na CLIC podem estar contabilizados duplicadamente na soma Paraná – CARE.

Pegando apenas os leitos de UTIs, temos a seguinte situação:

- **Região Macro Leste**: às 11h00min, **65** pacientes suspeitos/confirmados Covid 19, aguardavam transferência para vaga em leito de UTI Covid;
- **Região Macro Oeste**: às 11h00min, 109pacientes suspeitos/confirmados Covid 19, aguardavam transferência para vaga em leito de UTI Covid;
- **Região Macro Noroeste**: às 11h00min, 20 pacientes suspeitos/confirmados Covid 19, aguardavam transferência para vaga em leito de UTI Covid;



→ Região Macro Norte: às 11h00min, 47 pacientes
suspeitos/confirmados Covid 19, aguardavam transferência para vaga em leito de
UTI Covid.

Cotizando as duas Tabelas, temos que, em 04.03.2021:

A **Região Macro Leste** tinha disponível **27** vagas de UTI para **65** pacientes suspeitos/confirmados Covid19 que aguardavam transferência;

E a **Região Macro Oeste** tinha disponível 5 vagas de UTI para 109 pacientes suspeitos/confirmados Covid19 que aguardavam transferência.

A **Região Macro Noroeste** tinha disponível **14** vagas de UTI para 20 pacientes suspeitos/confirmados Covid19 que aguardavam transferência;

A **Região Macro Norte** tinha disponível 18 vagas de UTI para 47 pacientes suspeitos/confirmados Covid19 que aguardavam transferência;

Com efeito, constata-se que a Macro Norte está com deficit de 29 vagas de UTI's, necessitando de mais que o dobro das vagas disponíveis.

Ou seja: não é possível dar conta desse volume apenas com ampliações de UTI's locais, até porque as ampliações já chegaram ao limite de recursos materiais e humanos e, mesmo em relação aos leitos de enfermaria, que costumavam ser muito mais fáceis de enfrentar, a situação se repete, em menor escala, mas igualmente desastrosa.

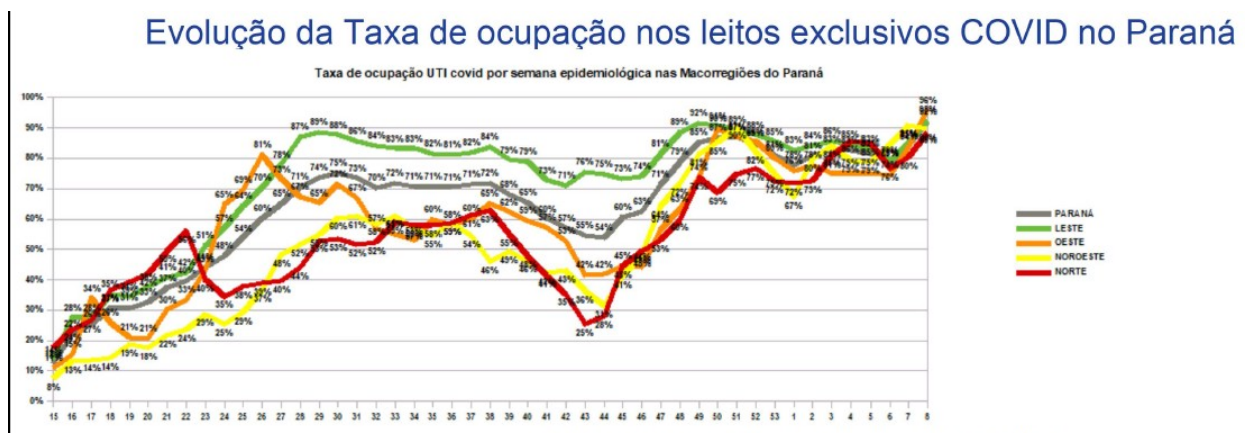
O agravamento da situação resta demonstrado quando analisamos as tabelas de ocupação de leitos elaboradas diariamente pelo Estado do Paraná dos meses de Janeiro/2021 (anexo 3) e Fevereiro/2021 (anexo 4) (fonte: <http://www.coronavirus.pr.gov.br/Campanha/Pagina/Transparencia-Leitos-SUS-Exclusivos-para-COVID>).

No mês de janeiro/2021 na maioria dos dias existia 0 (zero) pacientes suspeitos/confirmados Covid 19 aguardando transferência para vaga em leito de UTI Covid. O dia 16 foi o que teve mais pacientes aguardando leitos de UTI, totalizando 5 na Macro Norte. Porém no mesmo dia o percentual de ocupação dos leitos de UTI era de apenas 73%, existindo 51 leitos de UTI livres. Já no dia 27 o percentual de



ocupação de leitos de UTI atingiu o maior percentual, 90%, mas existiam apenas 2 pacientes aguardando leitos de UTI na Macro Norte. Na maior parte do mês a ocupação dos leitos de UTI estava entre 70 e 80%.

Já no mês de fevereiro/2021 há um claro agravamento da ocupação de leitos a partir do dia 16, quando a ocupação dos leitos não baixou de 80% na Macro Norte. A partir do dia 22 o número de pacientes suspeitos/confirmados Covid 19 aguardando transferência para vaga em leito de UTI Covid passou a aumentar, sendo 9 no dia 22, 3 no dia 23, 5 no dia 24, 13 no dia 25, 18 no dia 26, 29 no dia 27, 23 no dia 28. Tal progressão continuou no mês de março, chegando a 33 pacientes aguardando UTI's no dia 01, 30 no dia 02, 35 no dia 03 e de 47 no dia 04 (hoje). Desde o dia 25 de fevereiro o percentual de ocupação de leitos de UTI nos hospitais da Macro Norte estão em torno e acima de 90%. A evolução da taxa de ocupação fica irrefutável pela análise do gráfico seguinte (anexo 5):



A gravidade da situação é irrefutável na medida que se consta que em 01/01/21 a Macro Norte possuía 183 leitos de UTI:



Ocupação por tipo de leito SUS por casos suspeitos/confirmados COVID - 19								
MACRORREGIÃO	Leitos exclusivos COVID (dados CARE PR e ESAUDE)							
	UTI				ENFERMARIA			
	Exist.	Ocup.	Livres	Tx de ocup.	Exist.	Ocup.	Livres	Tx de ocup.
LESTE	673	568	105	84%	1.078	553	525	51%
OESTE	182	143	39	79%	200	118	82	59%
NOROESTE	159	120	39	75%	244	108	136	44%
NORTE	183	139	44	76%	245	156	89	64%
TOTAL	1.197	970	227	81%	1.767	935	832	53%

Dados de 01/01/21

Já em 04/03/21, após expansão de leitos de UTI, a Macro Norte passou a contar com 228 UTI's, ou seja, acréscimo de 45 UTI's, aproximadamente 25%:

Ocupação por tipo de leito SUS por casos suspeitos/confirmados COVID - 19								
MACRORREGIÃO	Leitos exclusivos COVID (dados CARE PR e ESAUDE)							
	UTI				ENFERMARIA			
	Exist.	Ocup.	Livres	Tx de ocup.	Exist.	Ocup.	Livres	Tx de ocup.
LESTE	765	738	27	96%	1.199	828	371	69%
OESTE	249	244	5	98%	399	290	109	73%
NOROESTE	205	191	14	93%	261	204	57	78%
NORTE	228	210	18	92%	394	293	101	74%
TOTAL	1.447	1.383	64	96%	2.253	1.615	638	72%

Dados de 04/03/21

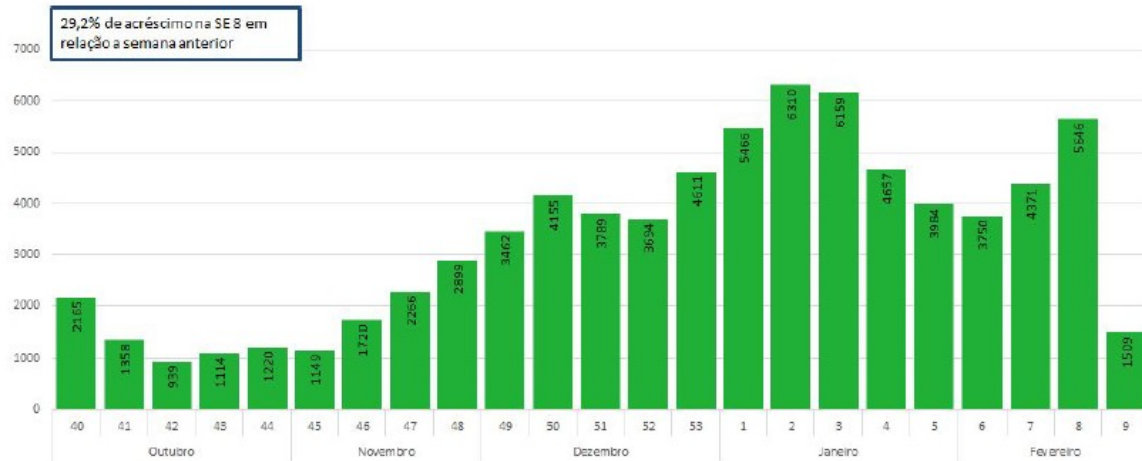
Todavia tal acréscimo foi manifestamente insuficiente para fazer frente ao número de cidadãos que passaram a necessitar de UTI's, pois **o percentual de ocupação atual é de 92% e a fila de espera por leitos de UTI na data de hoje é de 47 pacientes!**

Frisa-se, foram abertos 45 leitos de UTI Covid na Macro Região Norte, mas rapidamente lotaram e já nos faltam mais pelo mais 47 leitos.

Isso prova que o aumento de casos foi alucinante e que a região não consegue sozinha socorrer a todos que estão padecendo e precisam de leitos de UTI, as mortes por asfixia já se avolumam:



CASOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA - MACRORREGIÃO NORTE



Fontes: Dados de casos confirmados de residentes no Paraná consultados da planilha de monitoramento diário de casos do CVIE/DAV/SESA no dia 03/03/2021, às 12h. Dados preliminares, sujeitos a alterações.
A Semana Epidemiológica segue o Calendário Epidemiológico disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/calendario-epidemiologico>

(anexo 6 - Obs.: os dados das últimas semanas podem ser majorados considerando a existência de exames que aguardam resultado).

Ainda, o Relatório Técnico do COESP/LONDRINA, de 02/03/21 (anexo 1) apontou:

- A avaliação compilada a partir da matriz proposta pelo CONASS/CONASEMS, classificou o risco da cidade como ALTO, totalizando 27 pontos, maior valor em relação às últimas semanas. A manutenção na classificação de risco decorre da alta taxa de ocupação total (todas as procedências) de leitos exclusivos para COVID (UTI e enfermaria), previsão de esgotamento dos mesmos e também da manutenção da taxa de positividade das amostras coletadas. Esta avaliação alinha-se a melhora de alguns dos indicadores apresentados neste relatório e, ainda que apresente uma medida síntese, não deve ser considerada/divulgada de forma isolada. As recomendações advindas da proposta do CONASS/CONASEMS para cada nível não são objeto de análise deste grupo e devem ser contextualizadas a realidade local.

Com efeito, a situação já estava fora de controle quando, em 26.02.21 o Estado do Paraná adotou restrições, fazendo-o por meio do Decreto nº 6.983/2021, na tentativa de evitar o avanço da doença e de crescimento do número de mortos, mas sendo uma medida tardia, não tem o poder de gerar um alívio imediato, pois os números só sobem e deverão aumentar caso não sejam mantidas as medidas restritivas por um longo período.



A situação é de gravidade nunca vista antes, o número de casos positivados é imenso e não para de subir e com ele, o número de pacientes que necessitam de leitos de UTI.

A gravidade é tamanha que na data de 03.03.21 o Hospital Universitário de Londrina/PR expediu o Ofício Circular D.C 063/2021 (anexo 7):

Neste momento a **taxa de ocupação está em 122%**, com todos os pacientes em alto grau de dependência, classificados como graves, e destes, **26 pacientes intubados**, e 13 pacientes com Máscara de Alto fluxo, num total de **39 pacientes em Demanda Reprimida (DR) no PS**.

Ademais, hoje o **PSO também se encontra acima da ocupação com 266%**, com duas (02) gestantes em isolamento por Covid positivo.

Enfatizamos que **nossa capacidade técnica para rotatividade de fluxo interno**, bem como **equipamentos e recursos humanos está EXTRAPOLANDO o nosso LIMITE**, e tememos pelo **colapso do sistema**.

Dessa forma, solicitamos que nas **próximas 24 horas**, a partir das **23h00 de hoje**, o **FECHAMENTO COMPLETO do PS HU-UEL** para que minimamente possamos nos organizar e manter o cuidado assistencial dos pacientes que aqui já se encontram.

Aos órgãos e instituições públicas e privadas envolvidas, pedimos que na medida do possível sejam encaminhados **exclusivamente** a este serviço pacientes referenciados e que não podem aguardar a transferência em outra unidade, lembrando do fluxo municipal acordado, para suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, na **classificação "moderado" e "grave"**. Há **extrema necessidade** do cumprimento das normas pactuadas, com o devido encaminhamento de **pacientes graves NÃO COVID-19**, em especial os casos de cardiologia, neurologia e trauma, **preferencialmente para outros serviços**.

No caso de recebermos novos pacientes, a Central Estadual de Regulação será acionada para viabilizar a contrarreferência.

Na data de hoje o Hospital Universitário de Londrina comunicou ao Ministério Público do Estado do Paraná através do Of. Dir. Sup. n. 139/2021 (anexo 8):

Informamos a esta egrégia Promotoria que até as 10h28 tínhamos 54 (cinquenta e quatro) pacientes entubados aguardando uma vaga nas unidades de terapia intensiva (UTI) adulto deste hospital.

Anexo enviamos o relatório dos pacientes em demanda reprimida de leitos de UTI adulto, emitido às 10h28, nominal, constando ainda a idade e município de procedência.

Dito isso, denota-se que a Macro Região Norte do Paraná não está suprindo a necessidade de leitos de UTI à população. Sabe-se, no entanto, que não são todos



os Estados do Brasil que enfrentam a COVID-19 no grau de transmissibilidade que se encontra a região norte.

Há outros Estados da Federação que possuem vagas de UTI que podem ser utilizadas para salvar muitas vidas, cujas informações mais precisas e detalhadas podem ser fornecidas facilmente pela ré União.

Assim, com base no princípio da solidariedade e da unicidade do sistema de saúde brasileiro, não há impedimentos – ao contrário, há inclusive previsões legais – para que pacientes sejam remanejados a outros estados.

Veja-se que, recentemente, o Estado do Amazonas vivenciou situação semelhante à nossa, quando o sistema de saúde colapsou por falta de oxigênio.

Ainda a região oeste de Santa Catarina sofreu desse mesmo drama.

Naqueles casos, dentre outras soluções adotadas, a transferência de pacientes a outros Estados foi uma alternativa viável e que desafogou o sistema local, além de garantir o direito à saúde dos doentes e salvar vidas.

Só no mês de janeiro deste ano, 424 pacientes foram transferidos do Amazonas para outros Estados e, mais de 134 foram levados para UTIs de outras unidades federativas, saindo de Chapecó e arredores, em Santa Catarina.

Mais de 340 pacientes são transferidos do Amazonas para tratamento em outros estados

Doentes foram levados para 13 estados e ao Distrito Federal. Na semana passada, ministro afirmou que até 1,5 mil pessoas serão transferidas.

Por G1 AM

31/01/2021 13h03 · Atualizado há um mês



<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2021/01/31/mais-de-340-pacientes-sao-transferidos-de-manaus-para-tratamento-em-outros-estados.ghtml>

Notícias

Mais 16 pacientes são transferidos de Manaus para o Maranhão

20/01/2021 14:15:06



<http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=5730>

Notícias

Dezessete pacientes de Covid-19 são transferidos de Manaus para Palmas (TO) neste domingo (31/01)

31/01/2021 22:29:15



Outros 13 pacientes embarcaram hoje em Parintins para seguir tratamento em Curitiba (PR)

<http://www.saude.am.gov.br/visualizar-noticia.php?id=5890>



Saúde

Covid-19: Amazonas já transferiu 424 pacientes para outros estados

Parte deles curou-se e está voltando para casa, diz o governo estadual

<https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-02/covid-19-amazonas-ja-transferiu-424-pacientes-para-outros-estados>

Governo de Santa Catarina transferirá 16 pacientes com Covid-19 para UTIs do Espírito Santo

Esta é a primeira vez que Santa Catarina transfere pacientes para outros estados desde o início da pandemia. O estado tem recorde de pacientes internados com a doença; mais de 200 pessoas aguardavam por uma vaga para internação.

<https://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2021/03/02/pacientes-de-sc-com-covid-19-serao-transferidos-para-utis-do-es.ghtml>



SC inicia transferência de pacientes com Covid-19 para o Espírito Santo

Uma aeronave partiu de Florianópolis para Chapecó nesta manhã. Previsão é que dois pacientes sejam transferidos ainda nesta quarta

03/03/2021 - 14h29 - Atualizada em: 03/03/2021 - 15h57

<https://www.nscototal.com.br/noticias/sc-inicia-transferencia-de-pacientes-com-covid-19-para-o-espírito-santo>

Pacientes de MG e SC são transferidos para outros Estados

Secretaria de Saúde de Santa Catarina confirmou a transferência de até 16 pessoas; Governo de Minas Gerais negou a operação pelo SUS

<https://jovempan.com.br/noticias/brasil/pacientes-de-mg-e-sc-sao-transferidos-para-outros-estados.html>

A medida ora requerida, portanto, não é inovadora. Faz parte de conduta que, inclusive, já deveria ter sido adotada pelo Governo Federal. No entanto, o esquecimento de certas regiões por parte do Governo Federal – inclusive o Norte Paranaense, que se encontra em situação muito mais calamitosa que as demais regiões e Estados do nosso país – faz com que providências óbvias como esta tenham de ser objeto de pedidos e determinações judiciais.

Dessa forma, para evitar que ocorram mais mortes de pessoas à espera de leitos de UTI na nossa região, considerando que não há mais vagas em UTI adulto nos hospitais do Norte do Estado do Paraná, não resta alternativa senão providenciar a transferência desses pacientes para leitos de UTI disponíveis em outros Estados da Federação.

Por sinal, a condição dantesca que hoje se encontra o Norte do Paraná muito se assemelha a do Oeste de Santa Catarina, inclusive nos números.

[Capa NSC Total](#) » [Saúde](#)

SAÚDE

SC tem 244 pacientes na fila de espera por vagas de UTI para tratamento da Covid-19

Mais da metade das pessoas que aguardam por leitos está na região do Grande Oeste; Estado começou nesta quarta transferências a hospitais do Espírito Santo

03/03/2021 - 11h43

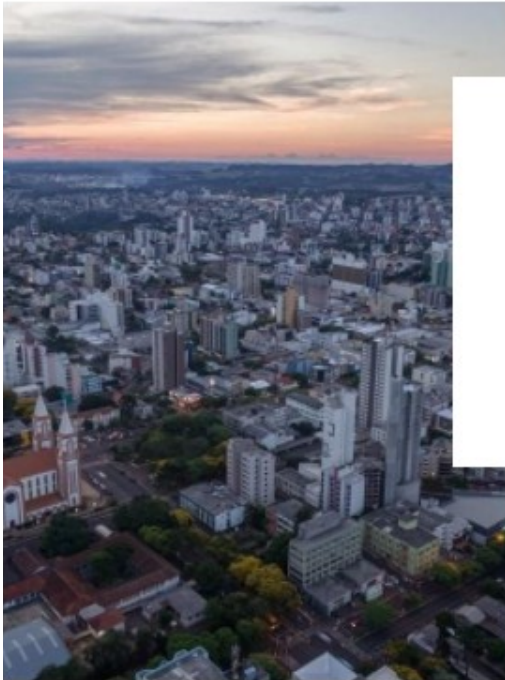


Chapecó contabiliza 16 óbitos de pessoas que aguardavam leitos de UTI

Conforme a prefeitura, pacientes que morreram receberam tratamento adequado, como se fosse um leito de UTI, mas “o ideal seria um leito hospitalar”, veja o esclarecimento completo da Administração Municipal

2 DE MARÇO DE 2021 | ATUALIZADO HÁ 16 HORAS

SAÚDE



Chapecó convive com superlotação de leitos para covid-19

Imagem: Divulgação

SC registra ao menos 20 mortes de pacientes com covid à espera de leitos

Hygino Vasconcelos*

Colaboração para o UOL, em Chapecó (SC)

02/03/2021 19h35

Ao menos 20 pessoas morreram em três cidades de Santa Catarina enquanto aguardavam transferência para leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) voltados para o tratamento da covid-19. As mortes foram registradas entre 21 de fevereiro e hoje. O estado começou hoje a levar pacientes para o Espírito Santo devido à falta de leitos especializados.

Em Chapecó, no oeste catarinense, 10 pessoas morreram à espera de uma vaga. O último registro ocorreu hoje com o falecimento de uma mulher, de 72 anos, internada na UPA (Unidade de Pronto Atendimento).



3. O DIREITO

3.1. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Ao Ministério Público Federal compete a defesa da ordem jurídica e dos interesses sociais e individuais indisponíveis (CF, artigo 127), tendo como funções institucionais zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na constituição, bem como promover a ação civil pública para a defesa de direitos difusos e coletivos (CF, artigo 129, incisos II e III).

No mesmo sentido, os artigos 5º e 6º da LC nº 75/1993 (Lei Orgânica do Ministério Público da União) estabelecem como funções do órgão ministerial a promoção de ações para a defesa de vários interesses, dentre os quais os sociais, individuais indisponíveis e homogêneos, difusos e coletivos, bem como o zelo pelo efetivo respeito aos princípios da legalidade, moralidade e impessoalidade.

No plano infraconstitucional, a **Lei n.º 7.347**, de 24 de julho de 1985 atribui, de maneira enfática, a legitimidade ao **Ministério Público**, na qualidade de substituto processual (legitimação extraordinária), para propor ação civil pública (art. 5º, I):

Art. 5º Têm legitimidade para propor a ação principal e a ação cautelar:

I – o Ministério Público;

Ainda no plano infralegal, a **Lei Complementar nº 75**, de 20 de maio de 1993, versando especificamente sobre o Ministério Público da União, reafirma essa prerrogativa para fins de proteção dos direitos constitucionais e de outros interesses individuais indisponíveis, homogêneos, sociais, difusos e coletivos mediante o instrumento da ação civil pública (6º, VII, “a” e “d”):

Art. 6º Compete ao Ministério Público da União:

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



a proteção dos **direitos constitucionais**; (...)

d) outros interesses individuais indisponíveis, homogêneos, **so-**
ciais, difusos e coletivos;

Demonstrado, assim, que a legitimidade extraordinária *ad causam* do Ministério Público para atuar na defesa de interesses e direitos coletivos e difusos emana não só da legislação ordinária como da própria Constituição da República. Ademais, demonstrado também que o manejo da ação civil pública é a via adequada para se tutelar direitos coletivos e difusos.

Por derradeiro, destaque-se que o **direito à saúde** a que se pretende tutelar figura entre aqueles de natureza social, constitucional e difusa manejáveis pelo **Ministério Público** por meio da ação civil pública. De natureza social porquanto típico direito de segunda geração e cuja garantia se dá mediante prestações positivas do Poder Público para que se reduzam as desigualdades entre as pessoas. Constitucional porque previsto na Constituição Federal (artigos 6º, 7º, IV, 194, 196 e ss., 227).

Por fim, trata-se de **direito difuso** por ser transindividual e titularizado de maneira indeterminada por toda a população pertencente ao polo da Região Macro Norte do Paraná e demais pessoas que direta ou indiretamente mantenham ou venham a manter algum tipo de vinculação com tais titulares do direito à saúde, e que, para tanto, devem ter os riscos ao direito à saúde minimizados mediante a organização de estratégias governamentais que coordenem a materialização do direito á saúde tocante à logística da disponibilização de leitos e as internações pelo Covid-19 (CID 10: B34.2).

3.2. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL



Considerando a presença da União Federal no polo passivo da demanda resta evidente a competência da Justiça Federal para o julgamento do caso, conforme disposição do artigo 109, inciso “I”, da Constituição Federal de 1988.

Segundo a tese defendida pelo saudoso Min. Teori Zavaski, a qual aliás foi à baila *in concreto* em vários casos deliberados no STF, tem-se que basta o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL (MPF) ser parte no polo ativo da demanda que, por ser ele entidade vinculada à União, a competência na Justiça Federal já se faria demonstrada.

Tal entendimento foi respaldado em vários julgados do STF e do STJ: STJ – 1ª Seção – CC 144.922/MG – j. 22/6/2016 – rel. min. Diva Malerbi; STJ – 2ª T. – REsp 1.479.316/SE – j. 20/8/2015 – rel. min. Humberto Martins; STJ – 2ª T. – REsp 1.057.878/RS – j. 26/5/2009 – rel. min. Herman Benjamin; STJ – 2ª T. – AgRg no REsp 1.118.859/PR – j. 2/12/2010 – rel. min. Humberto Martins; STJ – 2ª T. – REsp 1.406.139/CE – j. 5/8/2014 – rel. min. Herman Benjamin; STJ – 2ª T. – AgRg no REsp 1.373.302/CE – j. 11/6/2013 – rel. min. Humberto Martins; STJ – 1ª Seção – CC 78.058/RJ – j. 24/11/2010 – rel. min. Herman Benjamin; STJ – 2ª T. – AgRg no REsp 1.192.569/RJ – j. 19/10/2010 – rel. min. Humberto Martins. STF – 2ª T. – AgRg no RE 822.816/DF – j. 8/3/2016 – rel. min. Teori Zavascki. STF – 2ª T. – AgRg no RE 822.816/DF – j. 8/3/2016.

Ademais disso, a competência federal se faz presente porque o pedido tem como destinatário, também, a União.

Isso porque a depender da solução concreta que tenha que se dar, é possível que o remanejamento dos pacientes se dê em face de vagas hospitalares que se encontram em outras Unidades da Federação.

Logo, uma vez que não existe hierarquia entre os Estados federativos, e tampouco pactuação de consórcio ou TCG (Termo de Compromisso de Gestão) na área da saúde entre o Paraná e demais Estados acerca de remanejamento de pacientes, incumbe, por dever constitucional, que a coordenação dessas transferências seja promovida pelo ente federativo que tem essa qualificação técnica coordenativa, isto é, a União.



A título de memória, o artigo 16, VI, da lei nº 8080/90: “**Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete: (...) VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;**”.

Ademais, curial verificar o fundamento jurídico extraído do parágrafo único do artigo 16:

A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Ainda, não se perca de vista o contido no artigo 15, inciso XXI, que determina ser atribuição comum dos entes federativos, *litteris*, “**fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.**”

Seguramente que a participação da União será necessária porque não é garantido que o remanejamento visando aliviar a situação das pessoas que estão na fila de espera por falta de leitos vagos ocorrerá apenas dentro da área da Regional de Saúde e tampouco dentro do próprio Estado do Paraná.

Como já se presenciou recentemente, pacientes que aguardavam leitos na região Oeste de Santa Catarina (Chapecó e Xanxerê) foram transferidos para o Estado do Espírito Santo.

O mesmo se diga em relação ao fato relatado mais acima tocante à transferência de pacientes de Manaus-AM para outros Estados da Federação.

Como dito alhures, diante da inexistência de hierarquia entre Unidades da Federação ou de consórcios firmados, faz-se inescapável que a União exerça sua função coordenadora, inclusive porque de todos os mais de cinco mil entes federativos ela é o que melhor concentra dados, estando, assim, apta a gerenciar as transferências.

Além de ser um fato concreto que já está ocorrendo, o remanejamento interestadual seguramente se extrai seu fundamento da própria essência da forma de



estado federativa que, no Brasil, é do tipo “Federação por Cooperação”, calcada, pois, na solidariedade entre os entes federativos. E, uma vez sendo possível essa transferência entre Estados, a União, como dito já duas vezes, deve coordenar a logística com o escopo de incrementar a resolutividade da crise sanitária.

3.3. O MÉRITO

3.3.1. Direito à saúde na Constituição Federal de 1988

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Do conteúdo dessa norma, depreende-se que o Estado, lato sensu, deve assumir a responsabilidade pela criação dos serviços necessários à saúde por meio de normas infraconstitucionais. Além disso, a legislação determina a responsabilidade solidária entre os entes federativos na promoção do direito à saúde.

Dentre as normas reguladoras do tema, a Lei nº 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS). O referido texto normativo determina que saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ou seja, o Estado deverá garantir a formulação e execução de políticas a fim garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Tal diploma legal, logo no seu artigo 2º, caput, pontua que *"a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício"*. E acrescenta que *"o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (art. 2º, §1º)"*.

A aludida Lei Federal, ao disciplinar o Sistema Único de Saúde (SUS), acabou por universalizar o acesso aos sistemas de saúde em todos os níveis, bem como garantiu a integralidade de cobertura aos que dele necessitem.



De outra banda, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça já se consolidou no sentido de que *"o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade solidária da União, Estados-membros e Municípios, de modo que qualquer dessas entidades têm legitimidade ad causam para figurar no polo passivo de demanda que objetiva a garantia do acesso à medicação para pessoas desprovidas de recursos financeiros"* (STJ, REsp 771.537/RJ, Rei. Min. Eliana Calmon, Segunda Turma, DJ 3.10.2005).

Enfeixando a questão, bem pontuou o egrégio STJ: "nenhuma regra hermenêutica pode sobrepor-se ao princípio maior estabelecido, em 1988, na Constituição Brasileira, de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado (art.196). - Tendo em vista as particularidades do caso concreto, faz-se imprescindível interpretar a lei de forma mais humana, teleológica, em que princípios de ordem ético-jurídica conduzam ao único desfecho justo: decidir pela preservação da vida" (STJ, RMS 11183/PR; Ministro JOSÉ DELGADO- TI - PRIMEIRA TURMA j.22/08/2000 DJ 04.09.2000 p. 121 RSTJ vol. 138 p. 52).

O direito à saúde abrange o conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, que tem como objetivo assegurar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão incluídas, ainda, a execução de ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral e farmacêutica. Todo o atendimento prestado diretamente pelo Estado deverá atender satisfatoriamente as necessidades.

Impõe-se, assim, o dever de promover políticas públicas de redução do risco de doenças, através de campanhas educativas, de vigilância sanitária, de desenvolvimento de recursos humanos, alimentação saudável, bem como construção de hospitais, centros ambulatoriais e postos de saúde, e fornecimento de medicamentos é inerente ao Estado.



Outrossim, o direito à saúde deve ser apreciado de forma coletiva uma vez que está baseado nos princípios da igualdade, do acesso universal e da integralidade, de forma atender a todos, indistintamente, conforme é assegurado pela Constituição.

Cumprir destacar ainda que, apesar do princípio da reserva do possível não prevalecer sobre o direito fundamental ao mínimo existencial, não se pode fazer a conclusão de que não deve ser observado o princípio da reserva do orçamento. Ou seja, os gestores públicos, ao receberem uma determinação judicial, devem dar cumprimento integral, entretanto, devem também observar os limites previstos no orçamento público, para que não haja prejuízos e nem tenha que responder futuramente junto ao Tribunal de Contas. No entanto, negar o mínimo existencial é negar o próprio direito à vida, pressuposto lógico do exercício de qualquer outro direito fundamental.

3.3.2. Responsabilidade dos Entes e da Função de Coordenação da União Federal

Conforme previsão constitucional, a responsabilidade quanto aos cuidados da saúde é comum entre os entes federativos:

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

(...)

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

A descentralização da prestação de serviços no Sistema Único de Saúde e a conjugação de recursos financeiros dos entes da federação em prol da saúde se prestam ao aumento da qualidade e do acesso a este direito de relevância constitucionalmente reconhecida. O pacto federativo não é, portanto, argumento idôneo para excluir a responsabilidade solidária dos entes pelo cumprimento do dever constitucional de garantir o funcionamento de toda a rede de assistência à saúde no país.

Não se trata de posicionamento exclusivo do Ministério Público Federal, ressalte-se, mas de entendimento do Judiciário brasileiro, reproduzido em ampla



jurisprudência que envolve o tema (nesse sentido: RE 855.178, AI 822.882-AgR, Rel.Min. Roberto Barroso, Primeira Turma, DJe 6/8/2014; ARE 803.274-AgR, Rel. Min. Teroi Zavascki, Segunda Turma, DJe 28/5/2014; ARE 738.729-AgR, Rel. Min. Rosa Weber,Primeira Turma, DJe 15/8/2013; ARE 744.170-AgR, Rel. Min. Marco Aurélio, Primeira Turma, DJe 3/2/2014; RE 716.777-AgR, Rel. Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJe 16/5/2013; RE 586.995-AgR, Rel. Min. Cármen Lúcia, Primeira Turma, DJ 16.8.2011; RE 607.381-AgR, Rel. Min. Luiz Fux, Primeira Turma, DJ 17.6.2011; RE 756.149-AgR, Rel. Min. Dias Toffol; Primeira Turma, DJ 18.2.2014; AI 808.059-AgR, Rel. Min. Ricardo Lewandowski, Primeira Turma, DJe 2.12.2010).

Ainda:

ADMINISTRATIVO E PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO CONTRA A DECISÃO QUE NÃO ADMITIU O RECURSO ESPECIAL. DIREITO A SAÚDE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA ENTRE OS ENTES FEDERATIVOS. JURISPRUDÊNCIA PACÍFICA. O Presidente ou Vice- presidente do Tribunal de origem pode julgar a admissibilidade do Recurso Especial, negando seguimento caso a pretensão do recorrente encontre óbice em alguma Súmula do STJ, sem que haja violação à competência do Superior Tribunal de Justiça.

2. Trata-se, na origem, de Agravo de Instrumento interposto contra decisão que indeferiu o efeito suspensivo aos Embargos à Execução Fiscal proposto pela empresa agravante.

3. No que tange à responsabilidade em prover o tratamento de saúde da pessoa humana, a jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que é dever do Estado fornecer gratuitamente às pessoas carentes a medicação necessária para o efetivo tratamento médico, conforme premissa contida no art. 196 da Constituição Federal.

4. Ainda, considerando que o Sistema único de Saúde é financiado pela União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 198, §1º, da Constituição Federal, pode-se afirmar que é solidária a responsabilidade dos referidos entes no cumprimento dos serviços públicos de saúde prestados à população.

5. O direito constitucional à saúde faculta ao cidadão obter de qualquer dos Estados da Federação (ou do Distrito Federal) os medicamentos de que necessite, dispensando-se o chamamento ao processo dos demais entes públicos não demandados. Desse modo, fica claro o entendimento de que a responsabilidade em matéria de saúde é dever do Estado, compreendidos aí todos os entes federativos.

6. O Tribunal pleno do STF, em 3.3.2015, julgou o RE 855.178/SE, com repercussão geral reconhecida, e reafirmou sua jurisprudência no sentido de que o



polo passivo da relação do direito processual pode ser composto por qualquer dos entes federados, porquanto a obrigação de fornecimento de medicamentos é solidária.

7. Agravo de que se conhece, para se conhecer do Recurso Especial e negar-lhe provimento, com fulcro no art. 253, parágrafo único, II, "b", do RISTJ e no art. 1.042 do CPC. (STJ, Processo nº 2019.02.27085-9, ARESP 1556454, Min. Herman Benjamin, 2ª Turma, Data de Julgamento: 22/10/2019). (Grifei).

Necessário pontuar que a Lei nº 8.080/92 reservou à União a tarefa de coordenar as atividades do Sistema:

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

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

A Lei nº 9.782/99, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dispõe que:

Art. 2º Compete à União no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

I - definir a política nacional de vigilância sanitária;

II - definir o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;

III - normatizar, controlar e fiscalizar produtos, substâncias e serviços de interesse para a saúde; I

V - exercer a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo essa atribuição ser supletivamente exercida pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

V - acompanhar e coordenar as ações estaduais, distrital e municipais de vigilância sanitária;

VI - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios;

VII - atuar em circunstâncias especiais de risco à saúde; (grifei) [...]

A atual situação de calamidade pública gravíssima pela qual passa o Município de Londrina e região é obviamente uma circunstância especial de risco à saúde, com potencial de agravamento em progresso geométrica caso o governo



federal não assuma o ônus que a Constituição lhe impõe e exerça os poderes extraordinários que lhe foram conferidos para fazer frente a tais situações

Além da competência que decorre do direito constitucional à saúde, a pandemia tal como apresenta seus efeitos hoje na região impõe também a atração do artigo 21, inciso XVIII, da CF

Art. 21. Compete à União:

XVIII - planejar e promover a defesa permanente contra as calamidades públicas, especialmente as secas e as inundações;

Do mesmo modo, o legislador constituinte lhe atribuiu competência para, por medida provisória, abrir crédito extraordinário, para custeio de gastos oriundos de calamidade pública. (artigo 167, §3º c/c artigo 62 da CF):

Art. 167: § 3º. A abertura de crédito extraordinário somente será admitida para atender a despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública, observado o disposto no art. 62.

Art. 62. Em caso de relevância e urgência, o Presidente da República poderá adotar medidas provisórias, com força de lei, devendo submetê-las de imediato ao Congresso Nacional.

A União detém outros mecanismos legais e estruturais para planejar e executar atividades que a Constituição lhe determinou em caso especial de calamidade pública e catástrofes.

3.3.2. Inexistência de violação ao princípio da Separação dos Poderes. Possibilidade de apreciação pelo Poder Judiciário de demandas judiciais de saúde coletivas quando configurada inércia e omissão da administração e violação a direito constitucional

Não viola os princípios constitucionais da separação e independência dos poderes a tutela jurisdicional nas políticas públicas constitucionalmente previstas e integrantes do conceito de mínimo existencial quando restar demonstrada a omissão do Poder Público ou em casos de risco iminente à saúde coletiva e à vida



A presente demanda objetiva compelir a União à imediata transferência dos pacientes que aguardam leitos de UTI nos hospitais que integram a Subseção Judiciária de Londrina, para leitos públicos e privados no Paraná ou em outros Estados com garantia de pagamento de TFD (Tratamento Fora de Domicílio), seguindo o critério da gravidade de saúde, mantendo nos Hospitais da região apenas o quantitativo que possa ser atendido pelo sistema local.

Assim, longe de adentrar o mérito administrativo, sendo certo que compete ao Executivo operar as políticas públicas, eis que se está, na espécie, apenas buscando cessar a perpetuação das omissões do Poder Público em promover o cumprimento de preceitos constitucionais de primeira grandeza, como o acesso aos serviços de saúde, o princípio da eficiência administrativa, da isonomia, e, sobretudo, resguardando o mínimo existencial, aqui consubstanciado nos direitos à saúde, vida e igualdade da coletividade de pacientes em estado de vulnerabilidade.

Entendimento em sentido contrário significaria dizer que o exercício (ou não exercício) da atividade administrativa pelo Estado seria absoluta e inquestionável, e que as políticas públicas deficientes de saúde não ensejam apreciação pelo Poder Judiciário (à revelia do direito fundamental de acesso à justiça, artigo 5º, inciso XXXV, da CF/88) em hipótese alguma, muito embora sua ação ou omissão possa efetivamente resultar em lesão ou ameaça ao direito à saúde da população.

Referido entendimento, acaso acolhido, representaria verdadeira regressão a uma concepção regaliana de (ir)responsabilidade do Estado (resumida na conhecida fórmula absolutista "the king can do no wrong"), que não se pode admitir em um Estado de Direito, onde prepondera a ordem jurídica constitucional, democraticamente estabelecida, incumbindo ao Poder Judiciário, no legítimo exercício de sua função típica, assegurar a vigência e o respeito aos direitos ali elencados, no caso em tela o direito ao acesso à saúde.

Ademais, a definição das políticas públicas e a apreciação de conveniência e oportunidade quanto à gestão dos recursos públicos podem e devem ser objeto de controle pelo Poder Judiciário, uma vez que encontram limites, entre outros, no princípio do mínimo existencial. Neste sentido é a lição Celso Antônio Bandeira de



Mello (MELLO, Celso Antônio Bandeira de. Curso de direito administrativo. 27. ed. rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2010. p. 979.):

Assim como ao Judiciário compete fulminar todo comportamento ilegítimo da Administração que apareça como frontal violação da ordem jurídica, compete-lhe, igualmente, fulminar qualquer comportamento administrativo que, a pretexto de exercer apreciação ou decisão discricionária, ultrapassar as fronteiras dela, isto é, desbordar dos limites de liberdade que lhe assistam, violando, por tal modo, os ditames normativos que assinalam os confins da liberdade discricionária.

Não se nega que a incidência do Poder Judiciário sobre as políticas públicas é medida de caráter excepcional, competindo ao Executivo definir a gestão dos seus recursos. Não obstante, como visto, é plenamente legítima e caracteriza exercício de sua atividade preponderante e fundamental - sem a qual perderia a própria razão de existir - a atuação do Judiciário quando configurada a mora ou omissão estatal e, principalmente em demandas de saúde, quando se evidencia que a omissão apresenta risco à preservação da saúde e vida de pacientes/cidadãos/jurisdicionados vulneráveis, bem como a princípios administrativos de primeira ordem como a transparência, eficiência e isonomia.

Assim, não se cogita de prejuízo às políticas públicas de saúde, mas de sua plena efetivação, tampouco de violação à separação dos poderes, uma vez que, neste caso, a intervenção do judiciário apenas se dá uma vez que devidamente reconhecida a inércia do Poder Executivo para a consolidação de políticas públicas nas questões relativas ao direito constitucional à saúde.

Não é outro o entendimento do STF a respeito:

"AGRAVO REGIMENTAL EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM AGRAVO. FORNECIMENTO DE ALIMENTO ESPECIAL A CRIANÇA PORTADORA DE FENILCETONÚRIA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REAFIRMAÇÃO DA JURISPRUDÊNCIA SOB A SISTEMÁTICA DA REPERCUSSÃO GERAL. RE 855.178-RG. VERIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE FORNECIMENTO DO ALIMENTO PLEITEADO. REEXAME DE FATOS E PROVAS. SÚMULA 279 DO 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 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 gratuito de tratamentos e de medicamentos necessários à saúde de pessoas hipossuficientes. 3. Para se chegar a conclusão diversa daquela a que chegou o Tribunal de origem, quanto à necessidade, ou não, do fornecimento do alimento especial pleiteado, seria necessário o reexame de Jatos e provas. Incidência da Súmula 279 do STF. 3. Agravo regimental a que se nega provimento." (ARE 947823 AgR, Relator (a): Min. EDSON FACHIN, Primeira Turma, julgado em 28/06/2016, PROCESSO ELETRÔNICO DJe-215 DWULG 06-10-2016 PUBLIC 07-10-2016).

Sendo evidente no caso em tela que a Administração Pública fora injustificadamente omissa em efetivar as políticas públicas sanitárias constitucional e legalmente definidas, resultando em desassistência à coletividade vulnerável, que padece do risco de desassistência em saúde, incumbe legitimamente ao Judiciário intervir para restabelecer a integridade da ordem jurídica violada, por ação ou omissão.

O Supremo Tribunal Federal estabeleceu três requisitos para viabilizar a incursão judicial no campo do controle jurisdicional de políticas públicas: a natureza constitucional da política pública reclamada, a existência de correlação entre ela e os direitos fundamentais e a prova de que há omissão ou prestação deficiente pela Administração Pública, inexistindo justificativa razoável para tal comportamento (REXT nº 440028, Rel. Min. Marco Aurélio, DJE 25/11/2013).

No caso em exame, todos os pressupostos se encontram presentes, bastando, a simples leitura dos fatos ou estar vivendo no Brasil nos últimos meses para que salte aos olhos esta constatação.

O objeto pleiteado na inicial refere-se a providências para assegurar e garantir o direito à vida e à saúde dos cidadãos londrinenses e de todo o norte paranaense, os quais são constitucionalmente garantidos aos indivíduos como direito fundamental.

Ademais, trata-se tão somente de concretização de política pública aprovada e densificada pelos Poderes competentes – Poder Legislativo (artigos 6º, 196 e 198 da Constituição Federal e Lei nº 8.080/90) e Poder Executivo (Portaria Interministerial nº 12.683, de 25 de maio de 2020), cuja decisão se limita a obrigar os demais poderes a cumprir compromissos por eles próprios assumidos, em observância



ao princípio constitucional da inafastabilidade da jurisdição (artigo 5º, inciso XXXV, CF/88), não havendo que se falar em indevida violação da separação dos poderes. Além disso, o próprio legislador constituinte previu a responsabilidade da União em atuar para prevenir a ocorrência de grandes catástrofes e minorar seus efeitos.

Por outro lado, não faltam comprovações de que o Poder Público foi omissivo e deficiente na sua atuação nesta área; afinal, os dados falam por si. Os números alarmantes que tomam conta dos noticiários e são confirmados pelas unidades hospitalares revelam o um cenário de colapso do sistema de saúde no Município de Londrina e, também, na região Norte do Estado.

4. A TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

O Código de Processo Civil de 2015 inovou no campo relativo à tutela provisória, a qual pode se fundamentar em urgência – cautelar ou antecipada, concedida em caráter antecedente ou incidental – ou de evidência (art. 294 do CPC).

No caso dos autos, importa tão somente a tutela provisória de urgência concedida em caráter antecedente, para a qual limitar-se-á a abordagem.

Para a sua concessão, exige o artigo 300 do CPC a presente de dois elementos: **1)** probabilidade do direito; e **2)** perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

A probabilidade do direito exsurge dos fundamentos fáticos e jurídicos apresentados ao longo da inicial que comprovam a urgência do caso e demonstram amparos constitucional, legal e jurisprudencial. O direito à saúde que se encontra amplamente violado é, por si só, demonstração da existência da probabilidade do direito.

Diante disso, a presente visa à concretude do direito da saúde e, sobretudo, do direito à vida, preenchendo os requisitos da tutela pleiteada.

Importante ressaltar que a probabilidade do direito é, no caso em tela, de fácil distinção, uma vez que a escassez de leitos clínicos e leitos de UTI é fato que vem sendo amplamente noticiado na imprensa local e nacional, além de demonstrado por meio dos ofícios anexos, a ensejar a adoção de medidas urgentes para a manutenção do tratamento e proteção à vida e saúde dos pacientes dependentes do insumo e a



necessidade de se conferir máxima efetividade ao previsto no art. 196, que prevê o acesso universal e igualitário a serviços de saúde.

Importante consignar a urgência do caso. É de amplo conhecimento o atual quadro caótico que assola o sistema de saúde do Norte do Estado do Paraná recentemente, tendo em vista a segunda onda da pandemia de Covid-19, que tem aqui seus efeitos potencializados, resultando em aumento do número de casos e de óbitos, configurando franca desassistência à coletividade de pacientes.

Isso porque é evidente que a falta de leitos de UTI em hospitais da região ocasionará ainda mais mortes, que podem ser evitadas caso haja esforços da União para fornecer apoio logístico para a colaboração na transferência de pacientes para outros estados.

A comprovada falta de leitos de UTI, com pacientes morrendo à espera de vaga, juntamente com os dados apresentados acima no item "dos fatos", as notícias relacionadas e que tomam conta dos noticiários da televisão, configura o perigo de dano ao resultado útil do processo.

Logo, o perigo de dano revela-se irrefutável, já que reside no fato de que há pessoas morrendo nos hospitais à espera de vagas na UTI e o que se tem observado é que o aumento de casos graves e de pessoas que necessitam de leitos de UTI está aumentando exponencialmente.

Quanto à liminar em face da Fazenda Pública, o STJ assentou entendimento de que é possível a concessão de tutela de urgência, sendo necessários, para tanto, a verossimilhança das alegações e o perigo na demora, bem como que o bem jurídico tutelado justifique a concessão. É nesse sentido:

PROCESSUAL CIVIL E ADMINISTRATIVO. AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONSTRUÇÃO DE CADEIA PÚBLICA. LIMINAR DEFERIDA. REQUISITOS AUTORIZADORES DA TUTELA DE URGÊNCIA. MATÉRIA FÁTICA. SÚMULA 7/STJ. COGNIÇÃO SUMÁRIA. JUÍZO DE VALOR NÃO DEFINITIVO. SÚMULA 735/STF. REEXAME DO CONJUNTO FÁTICO-PROBATÓRIO DOS AUTOS. SÚMULA 7/STJ. 1. "Quanto à vedação de concessão de medidas liminares de caráter satisfativo, esta Corte já manifestou-se no sentido de que a Lei n. 8.437/1992 deve ser interpretada restritivamente, sendo tais medidas cabíveis quando há o fumus boni iuris e o periculum in mora, com o intuito de resguardar bem maior, tal como se dá no presente caso. Precedentes: REsp 831.015/MT, Rel. Ministro Francisco Falcão, Primeira Turma, DJe de



1/6/2006; REsp 664.224/RJ, Rel. Ministro Teori Albino Zavascki, Primeira Turma, DJe 1/3/2007" (AgRg no AREsp 431.420/MG, Rel. Ministro Humberto Martins, Segunda Turma, DJe de 17/2/2014).

(...)

(AgInt no AREsp 1388797/GO, Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA TURMA, julgado em 30/05/2019, DJe 04/06/2019)

PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. CONCESSÃO DE LIMINAR CONTRA A FAZENDA PÚBLICA. POSSIBILIDADE. DIREITO À SEGURANÇA. FISCALIZAÇÃO PRÉVIA DO CORPO DE BOMBEIROS E POLÍCIA MILITAR EM DETERMINADOS EVENTOS. PROTEÇÃO AOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. LEIS Nº 8.437/92 E 9.494/97. NORMAS DE INTERPRETAÇÃO RESTRITIVA. PRECEDENTES. I - Com o ajuizamento da respectiva ação civil pública, visava o Ministério Público do Estado de Mato Grosso, garantir a segurança de adolescentes e crianças, condicionando a realização de determinados eventos à prévia vistoria pelo Corpo de Bombeiros e Polícia Militar. II - A concessão da liminar, na hipótese, não afronta qualquer dispositivo das Leis nº 8.437/92 e 9.494/97, considerando-se o entendimento jurisprudencial já firmado neste eg. Superior Tribunal de Justiça de que tais normas devem ser interpretadas restritivamente (AgRg no Ag nº 701.863/PE, Rel. Min. GILSON DIPP, DJ de 01/02/2006; AgRg no REsp nº 719.846/RS, Rel. Min. FÉLIX FISCHER, DJ de 01/07/2005). III - Recurso improvido. (REsp 831.015/MT, Rel. Ministro FRANCISCO FALCÃO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 16/05/2006, DJ 01/06/2006, p. 170).

Ademais, verifica-se o perigo de dano ao resultado útil do processo, porque, caso não seja deferida a tutela antecedente, mais pessoas morrerão à espera de leitos de UTI, conforme já tem acontecido nos hospitais da região.

Calculado na necessidade de resguardar a dignidade da pessoa humana, justificasse a concessão inaudita altera pars da tutela antecipada, conforme já decidiu o colendo STJ que em situações *"nas quais resta evidente o estado de necessidade e a exigência da preservação da vida humana, sendo, pois, imperiosa a antecipação da tutela como condição, até mesmo, de sobrevivência para o jurisdicionado "não há que se falar em audiência prévia"* ((REsp 409.172/RS, 5ª T., j. 04.04.2002, Rel. Min. Félix Fischer, DJU 29.04.2002, p. 320).

Com efeito, vedar a antecipação de tutela com fundamento no artigo 1º, §3º, da Lei nº 8.437/92 significa, na prática, negar efetivo acesso à justiça, garantia insculpida no artigo 5º da Constituição da República. A brevidade exigida pela presente causa requer sejam adotadas medidas para efetivação do direito à saúde.



Salienta-se, antecipando-se ao que ocorreu ao longo do processo nº 1000577-61.2021.4.01.3200 (decisão de 18/01/2021), que a obrigação de cumprir a decisão judicial cabe a União como um todo, não a este ou aquele órgão:

Por um lado, o juízo reconhece o empenho e esforço da Força Aérea Brasileira e do Exército para atuar na crise. Por outro lado, a União, enquanto ente público dotado de órgãos, ministérios, recursos e pessoal, é muito maior que ao Exército, a Aeronáutica e a Marinha e não pode jogar apenas nas forças armadas a responsabilidade por panes em aviões para se escusar dos seus deveres constitucionais e legais, especialmente diante do art. 21, XVIII da CF que lhe atribui competência privativa para promover a defesa permanente contra as calamidades públicas.

5. PEDIDOS

Diante de todo o exposto, o Ministério Público Federal e o Ministério Público do Estado do Paraná **requerem**:

5.1. A concessão de tutela provisória de urgência, sob pena de multa diária, sem oitiva prévia dos réus, com o objetivo de:

5.1.1. Obrigar judicialmente a União a promover imediatamente a transferência dos pacientes que aguardam leitos de UTI e enfermaria para outros estados com garantia de pagamento de TFD, mantendo-se em Londrina e região apenas o quantitativo que possa ser atendido de forma adequada pelo sistema local;

5.1.2. Obrigar judicialmente o Estado do Paraná a fornecer todo o suporte material e humano necessário para implementação das medidas de coordenação determinadas à União, inclusive com a inclusão e pagamento de TFD aos usuários que necessitem ser transferidos a outras unidades federativas.

5.2. A concessão de tutela provisória de urgência sem oitiva dos réus ou, sucessivamente, após oitiva dos réus em 24 horas, dada a situação de calamidade pública atual e da ausência de ação tempestiva e preventiva dos réus, especialmente da União, com o objetivo de:

5.2.1. Obrigar judicialmente a União, no prazo máximo de 24 horas após a decisão, a requisitar leitos de UTI em Hospitais particulares de qualquer localidade no país que esteja apta a receber os pacientes cujo direito à vida se pretende assegurado pela tutela requerida no item 1, ainda que não



sejam de Londrina e região, vindo a ser beneficiados pela observância da ordem da fila de espera do estado, decorrência natural da regulação ser estadualizada;

5.2.2. Caso não haja condições materiais e de pessoal em hospitais públicos e privados em distância exequível segundo os protocolos de remoção de pacientes graves, seja via aérea ou terrestre, determinada a implementação de Centro de Referência Emergencial e Provisório, com estrutura de UTI e enfermaria, enquanto durar a situação de calamidade pública, com capacidade e adequação para atender os pacientes com insuficiência respiratória aguda grave com necessidade de ventilação mecânica e os pacientes que estejam na iminência de atingir esta condição, devendo ser assegurados aos profissionais que exercerão suas funções no local o fornecimento de equipamentos de proteção (evitou-se deliberadamente o termo hospital de campanha em razão da definição assumida pelo termo após o histórico recente de implementação de unidades destituídas de capacidade de atendimento adequado a pacientes atingidos pela Covid em diversos estados da federação);

5.2.3. Sejam realizadas contratações de UTI's aéreas para a efetivação de voos entre Londrina e região e as cidades onde estiverem localizadas as unidades hospitalares aptas a receber os pacientes beneficiados pela tutela pretendida, no caso de a própria União não conseguir efetivar por meios próprios;

5.2.4. Sejam alertados os réus que, na efetivação da tutela pretendida, devem ser adotadas as providências para que o transporte ou remoção dos pacientes observe os critérios técnicos e protocolos de segurança médica, de modo a que o ato não represente risco para suas vidas;

5.3. Por ocasião da intimação para manifestação a respeito do item 2, seja determinado à União informar a respeito da existência de estudos técnicos para apresentação de plano de atendimento de urgência/emergência para grandes catástrofes ou eventualmente a respeito da própria existência de tal plano, no qual deverá constar o planejamento específico para Londrina e região;

5.3.1. Caso o plano eventualmente existente não apresente previsão de ação concreta para Londrina e região, seja determinado à União a complementação do referido plano de ação;



5.4. Fixação de multa diária em valor que não gere incentivo econômico ao descumprimento, sugerindo-se o valor mínimo de R\$ 1.000.000,00 por dia (tal valor não é exorbitante; ao contrário, talvez não cubra 10 UTIs aéreas por dia).

5.5. Em sede de tutela definitiva:

5.5.1. O recebimento da presente petição inicial;

5.5.2. A citação dos réus, na forma da lei, para, querendo, contestar a presente demanda, com as advertências de praxe, inclusive quanto à confissão da matéria de fato, em caso de revelia;

5.5.3. Ao final do regular processamento do feito, julgar procedentes os pedidos realizados em sede de tutela de urgência;

5.5.4. A dispensa dos autores dos pagamentos de custas, emolumentos e outros encargos, a teor do art. 18 da Lei 7.347/1985.

Apresenta prova documental, consistente nos documentos anexos.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos.

Dá à causa o valor meramente fiscal de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais)

Londrina, 04 de março de 2021.

RAPHAEL OTAVIO BUENO SANTOS

Procurador da República

SUSANA BROGLIA FEITOSA DE LACERDA

Promotora de Justiça