

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 5ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA E DIREITOS DIFUSOS DA CAPITAL

Processo: 0800607-76.2020.814.0013

Autor: MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL

**ADITAMENTO À PETIÇÃO INICIAL**

**COM PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA**

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ**, por intermédio da Promotora de Justiça que esta subscreve, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., com fulcro no art. 190<sup>1</sup> e art. 329<sup>2</sup>, do Código de Processo Civil, realizar **ADITAMENTO À PETIÇÃO INICIAL** nos autos do **processo em epígrafe** nos fins a seguir propostos:

<sup>1</sup> Art. 190. Versando o processo sobre direitos que admitam autocomposição, é lícito às partes plenamente capazes **estipular mudanças no procedimento para ajustá-lo às especificidades da causa e convencionar sobre os seus ônus, poderes, faculdades e deveres processuais, antes ou durante o processo.**

Parágrafo único. De ofício ou a requerimento, o juiz controlará a validade das convenções previstas neste artigo, recusando-lhes aplicação somente nos casos de nulidade ou de inserção abusiva em contrato de adesão ou em que alguma parte se encontre em manifesta situação de vulnerabilidade.

**<sup>2</sup> Art. 329. O autor poderá:**

I - até a citação, aditar ou alterar o pedido ou a causa de pedir, independentemente de consentimento do réu;

II - até o saneamento do processo, aditar ou alterar o pedido e a causa de pedir, com consentimento do réu, assegurado o contraditório mediante a possibilidade de manifestação deste no prazo mínimo de 15 (quinze) dias, facultado o requerimento de prova suplementar.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto neste artigo à reconvenção e à respectiva causa de pedir.

O presente aditamento tem a finalidade de **ampliar os limites objetivos e subjetivos da demanda inicialmente proposta**, a fim de viabilizar que a cognição a ser desenvolvida no presente processo seja pautada **também nas circunstâncias fáticas e fundamentos jurídicos abaixo descritos**.

## I – DO LITÍGIO ESTRUTURAL E DA NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DOS LIMITES OBJETIVOS E SUBJETIVOS DA DEMANDA

Pretende-se com o presente aditamento, definir e incluir no polo passivo da **AÇÃO CIVIL PÚBLICA** em epígrafe o **MUNICÍPIO DE CAPANEMA**, objetivando regularizar sua **capacidade processual e escoreita representação nos autos**, na forma do art. 76 c/c art. 485<sup>3</sup>, IV ambos do CPC, conforme segue:

- **MUNICÍPIO DE CAPANEMA**, pessoa jurídica de direito público interno que deverá ser citado, nos termos do art. 75, III<sup>4</sup>, do Código de Processo Civil, na pessoa do **Prefeito Municipal FRANCISCO FERREIRA FREITAS NETO** ou do **PROCURADOR-GERAL DO MUNICÍPIO**, na sede da Prefeitura Municipal de Capanema, sito à Rua Djalma Dutra n. 2506, bairro Centro, Capanema-Pa;

Conforme alinhavado na exordial, a presente ação civil pública além de questionar a operacionalização da execução do convênio firmado entre o ESTADO DO PARÁ e a ASSOCIAÇÃO GUIOMAR JESUS/HOSPITAL SAUDE CENTER no que tange à oferta dos 40 leitos clínicos e 5 leitos de UTI, **também presta-se de mecanismo de judicialização indutora visando a reestruturação da**

<sup>3</sup> Art. 485. O juiz não resolverá o mérito quando:  
(...)

IV - verificar a ausência de pressupostos de constituição e de desenvolvimento válido e regular do processo;

<sup>4</sup> Art. 75. Serão **representados em juízo**, ativa e passivamente:  
(...)

III- o Município, por seu **prefeito ou procurador**;

oferta e regulação de leitos clínicos e uti no complexo regulador regional de Capanema, para assegurar vazão dos pacientes que superlotam a UPA CAPANEMA de forma crônica.

É sabido que **este Douto Juízo prestigiando os métodos de solução consensual de conflitos**, oportunizou às partes mecanismos dialogais objetivando fomentar a autocomposição do litígio estrutural apresentado. (ID 29199214)

Registre-se que inicialmente a **Municipalidade foi indicada na exordial nos termos do art. 5º, §2º da lei federal n. 7.347/85, ou seja, tendo sido lhe facultado habilitar-se nos autos como litisconsorte de qualquer das partes.**

Ocorre que **embora tenha manifestado interesse na habilitação processual, não firmou sua clara posição quanto à condição de litisconsorte de qual das partes.** (ID 28875184)

Conforme já anunciado nestes autos, foram realizadas reuniões nos dias 09/07/2021, 15/07/2021 e 03/08/2021, **as quais contaram com a participação do Ministério Público de Capanema, do Estado do Pará, da Associação Guiomar Jesus, bem como do Município de Capanema.**

As referidas reuniões tiveram papel relevante, e tem servido de substrato diagnóstico para a compreensão periférica das causas deste problema complexo, e **revelaram possíveis outras causas para o problema de superlotação da UPA CAPANEMA, as quais eram desconhecidas à época do ajuizamento da ação civil pública, uma vez que repiso, somente com a coleta de**

---

<sup>5</sup> Art. 5º (...)

§ 2º Fica **facultado ao Poder Público** e a outras associações legitimadas nos termos deste artigo **habilitar-se como litisconsortes de qualquer das partes.**

informações nestas três últimas reuniões sobrevieram notícias de possíveis outras causas, e portanto, está sendo possível ampliarmos os horizontes da lide na forma do art. 493 do CPC.

Art. 493. Se, **depois da propositura da ação, algum fato constitutivo, modificativo ou extintivo do direito influir no julgamento do mérito, caberá ao juiz tomá-lo em consideração, de ofício ou a requerimento da parte, no momento de proferir a decisão.**

Parágrafo único. Se constatar de ofício o fato novo, o juiz ouvirá as partes sobre ele antes de decidir.

Neste sentido, o feito exige a **atribuição de responsabilidade compartilhada também sobre a MUNICIPALIDADE DE CAPANEMA**, a qual figura como **UNIDADE SOLICITANTE na rede regulatória**, e detém a oferta do serviço de Unidade de Pronto Atendimento no SUS.

Portanto, a MUNICIPALIDADE é responsável pelo correto e célere lançamento das informações diagnósticas de seus pacientes no sistema de regulação estadual- SER, que são indispensáveis ao referenciamento destes pacientes para atendimento hospitalar.

Sobrevieram informações, **que alguns casos** padecem com o preenchimento incompleto de AIH<sup>6</sup>s na UPA CAPANEMA e por conseguinte, com a reprodução insuficiente destas informações na base do sistema SER<sup>7</sup>, **dando azo à retardos nos trabalhos da Central Estadual de regulação ou à recusas regulatórias que poderiam ser evitadas.**

Assim, **embora ao que tudo indique, a superlotação da UPA não tenha como única causa o preenchimento insuficiente do real quadro clínico de pacientes no sistema SER**, resta claro, que de alguma forma, **existem casos que podem ser solucionados com a adoção de medidas corretivas junto à unidade solicitante (UPA).**

<sup>6</sup> AIH (autorização de internação hospitalar)

<sup>7</sup> Sistema SER (Sistema de Regulação Estadual)

Identificou-se que essa problemática pode ser **mitigada ou corrigida com a disponibilização de médico (s) com a tarefa exclusiva regulatória perante o Núcleo Interno de Regulação de Leitos Municipal, que funciona no interior da UPA CAPANEMA**, já que a **atividade do médico regulador possibilitará o fortalecimento da capacidade relacional e especializada da Unidade Solicitante (UPA) com a Central Estadual de Regulação e com as Unidades Executoras (Hospitais)**, e assim será possível contemplar os preceitos da Portaria de Consolidação n. 02 de 28 de setembro de 2017 MS, bem como de outras normativas do Ministério da Saúde.

É importante destacar que **alguns casos também podem ser retardados em razão da não realização célere de exames diagnósticos**, sobretudo exames de média e alta complexidade, os quais são indispensáveis para firmar as hipóteses diagnósticas necessárias à identificação do tipo de leito que o paciente necessitará.

Neste sentido, foram exemplificados, casos de pacientes acometidos de AVC (Acidente Vascular Cerebral), cuja realização de exames de tomografia são indispensáveis para definição se o paciente será atendido em **leito clínico (AVC Isquêmico)** ou em **leito cirúrgico (AVC Hemorrágico)**, sendo de competência Municipal a oferta destes exames uma vez que o **Município de Capanema é gestão plena de saúde**.

. A Central de Regulação Estadual/SESPA identificou o seguinte diagnóstico situacional:

**Diagnóstico Situacional**

Atores envolvidos	Fatores dificultantes que geram atraso no processo regulatório	O que explica a dificuldade	Soluções a serem adotadas	Status
Solicitante	Preenchimento incompleto de AIH	Estrutura do NIR/ Central de Regulação Municipal deficitária (não dispõe de profissional habilitado para aprimoramento dos cadastros e atualizações)	Orientações da diretoria e qualificação dos médicos da unidade	Não executado
	Quadro clínico descrito pobre em detalhes, não possibilitando avaliação adequada		Estruturar os NIR / Central de Regulação Municipal em conformidade com o que preconiza o MS Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017 /	Não executado
	Demora na atualização de quadro clínico do paciente / retirada do status de pendência			Não executado
Central de Regulação	Direcionamentos indevidos	Profissional que não acompanha as mudanças da rede / Rotatividade de profissionais entre as CRR	Equipe fixa para cada CRR	Executado
	Dificuldade em contactar o médico regulador para esclarecer detalhes no processo	Deficiência de infraestrutura	Implementação de veículo de comunicação fixos 24h/d 7d/sem	Executado
Unidade Executante	Atrasos nas avaliações	Estrutura do NIR deficitária (não dispõe de profissional habilitado para aprimoramento dos cadastros e atualizações)	Estruturar o NIR com equipe exclusiva fora da assistência (fixado nas cláusulas contratuais)	Em curso
	Recusas de pacientes que são perfil do hospital destino		Implantação da Plataforma de Supervisão na CER para diminuir ocorrência	Em curso
	Desatualização de mapa de leitos			

O fato é que estamos diante de **demanda complexa que impõe adoção dos novos contornos do processo estruturante, e cujo modelo fora postulado desde a exordial.**

**O modelo estrutural admite rito processual flexível, e permite o realinhamento da demanda, ajustando-a às especificidades da causa, antes ou durante o processo, conforme art. 190 do CPC.**

Neste sentido **conclui o Órgão Ministerial que é indispensável aditar pedidos na exordial, e firmar a posição do MUNICÍPIO DE CAPANEMA no Pólo Passivo da demanda, uma vez que este ente já integra a lide.**

Leciona Susana Henriques da Costa e Débora Chaves Martines Fernandes, in O Processo para Solução de Conflitos de Interesse Público. Artigo: Processo Coletivo e Controle Judicial de Políticas Públicas- Relatório Brasil, pág.,375. Editora JusPodvm. 2017. (...)

“Assim, a aplicação estrita das **regras preclusivas**, que impedem a modificação do pedido no curso da demanda, **pode constituir um óbice à concretização de determinado direito social** uma vez que o pedido formulado na ação não pode ser adaptado às alterações da situação fática que deu causa à demanda. **Na prática, a rigidez formal do processo civil brasileiro leva à extinção superveniente da demanda, o que obrigará o autor a propor nova ação para, pleiteando a tutela que entender agora cabível, proteger o direito difuso discutido, mas novamente sujeito ao risco de outra alteração da realidade tornar o pedido inadequado para resolver a crise de direito material.**”

Leciona Sergio Cruz Arenhart, in O Processo para Solução de Conflitos de Interesse Público. Artigo: Processos Estruturais no Direito Brasileiro: Reflexões a partir do caso da ACP do carvão, pág., 479. Editora JusPodvm. 2017. (...)

“Um procedimento que se destine à discussão de políticas públicas exige como é obvio, amplitude muito maior do que a lógica bipolar dos processos comumente utilizados no Brasil. Exige a possibilidade de participação da sociedade, **bem como a ampliação da latitude de cognição judicial, de modo a permitir que o Judiciário tome contato com todo o problema, sob suas várias perspectivas.**  
(...)

Com esses instrumentos, enfim vence-se a visão dicotômica do processo tradicional, permitindo que a relação processual se desenvolva de maneira plúrima, multifacetária e não necessariamente na base do antagonismo entre polos. **O processo comum, de cunho individual trabalha sempre a lógica de que há duas visões sobre o problema**, que são necessariamente antagônicas: um quer cobrar, mas o outro não quer pagar; um quer a propriedade de bem que é contestada por outro etc. **No ambiente das políticas públicas, porém, a visão deve ser diferente. De um lado, porque os processos envolverão, sem dúvidas, várias visões e vários interesses diferentes**, que não poderão ser agrupados apenas em dois blocos distintos. **Por outro lado, que essas visões não necessariamente são opostas e incompatíveis, podendo em certas situações convergir a um denominador comum.**”

O Processo Estrutural prestigia a valorização de mecanismos dialogais e cooperativos para a solução de litígios, e embora estejam sendo mantidas interlocuções com a **Municipalidade**, ainda não foi possível a convergência sobre todos os ajustes que devem ser implementados também pelo **MUNICÍPIO DE CAPANEMA**, para contribuir com as demais medidas estruturantes, que prestam-se de solução hábil à garantir a reestruturação da oferta dos leitos clínicos e uti, bem como à vazão dos pacientes da UPA CAPANEMA.

Assim, o Ministério Público do Estado do Pará requer que seja **determinada a citação do MUNICÍPIO DE CAPANEMA assegurando-lhe contraditório e ampla defesa quanto ao presente aditamento.**

## II – DO DIREITO

### II.1- DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO:

A Portaria n. 10/2017 do Ministério da Saúde **preconiza** que em seu art. 5º, incisos II, VII e parágrafo único que **considera-se a UPA em efetivo funcionamento** quando:

(...)

II - **articular-se com a** Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com **os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico** e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, **ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;**

VII - **prestar apoio diagnóstico e terapêutico** conforme a sua complexidade;

Parágrafo único. **O apoio diagnóstico da UPA 24h poderá ser realizado em outro estabelecimento de saúde, desde que seja justificado pelo gestor**, considerando a operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia do acesso ao paciente e o custo-efetividade.

Portanto, o apoio diagnóstico mediante realização de exames ordenados pela Central de Regulação Estadual é tarefa de responsabilidade Municipal.

A Resolução CFM n. 2.079/14, por sua vez dispõe sobre a **normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades, enquanto que a **Resolução CFM n. 2.077/14** preconiza sobre a **normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência**, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.

## II.2- DA NECESSIDADE DE MÉDICO REGULADOR NO NUCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO DE LEITOS MUNICIPAL:

A Política Nacional de Regulação instituída através da Portaria n. 1.559/2008 prevê o Complexo Regulador Municipal, vejamos:

**Art. 9º - O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:**

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

**III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.**

**A Resolução n. 4 de 2012 da Comissão Intergestores Tripartite**, a partir do item “4” prevê a **Responsabilidade Municipal na Regulação**, Controle, Avaliação e Auditoria.

O art. 6º, inciso IV do Anexo XXIV da **Portaria Consolidada n. 02 do Ministério da Saúde** bem como a **Portaria n. 3.390/2013 em seu art. 5º, inciso XIV** preveem a criação do **Núcleo Interno de Regulação (NIR)**, o qual constitui a interface com as Centrais de Regulação.

A **Portaria nº 2048/ 2002** do Ministério da Saúde que **regulamenta em seu capítulo II a regulação médica das urgências e emergências**, anunciando que as **Centrais de Regulação Médica de Urgências** devem ser implantadas, de acordo com o definido no **Anexo II da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, senão vejamos:**

(...)

## CAPÍTULO II

### A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Como já mencionado, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação -de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Regulação das Urgências e Emergências, podendo para tanto, observadas as especificidades da área a ser regulada, contidas no presente Capítulo, utilizar o modelo de Roteiro estabelecido para o Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal definido no Anexo III da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

#### 1 - Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências:

##### 1.1 - Técnicas:

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes. Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;

11

- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência; - definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;
- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;
- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites do telefonista auxiliar de regulação médica, o qual não pode, em hipótese alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;
- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;
- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes; - registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;
- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam

viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;

- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;

- participar de programa de educação continuada para suas tarefas; - velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas; - manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

#### 1.2 - Gestoras:

Ao médico regulador também competem funções gestoras— tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:

- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento; - decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;

- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistem leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;

- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter hospitalares, bem como das internações;

- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;
- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;
- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;
- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

## 2 - Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias):

O Setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente.

3 – Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos deste Regulamento.

## CAPÍTULO III

(...)

## 2 - UNIDADES NÃO-HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

### 2.1 - Atribuições

Estas Unidades, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

São estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos pronto socorros, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões: -

Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa de Saúde da Família não estão ativos;

- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família; - Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.
- Desenvolver ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e

15

favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações freqüentes);

- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;

- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

O Manual de Implantação e Implementação do NIR publicado pelo Ministério da Saúde também traz informações relevantes sobre a atuação do médico regulador na rede regulatória.

### III – DO PEDIDO

Isto posto, considerando a **superveniência das causas de pedir incluídas neste aditamento** este MPE **requer** o que **segue**:

1. Que seja **recebido o presente aditamento na forma do art. 329, II do CPC**, com clara **identificação do MUNICÍPIO DE CAPANEMA no Pólo passivo da demanda, posto que o mesmo já encontra-se habilitado nos autos**;
2. Que seja **recebido aditamento** das causas de pedir e pedidos adiante elencados;
3. Que seja concedida **tutela provisória de urgência**, na forma do art. 294 do CPC e art. 12 da lei n. 7.347/85, determinando ao MUNICÍPIO DE CAPANEMA, no prazo máximo de 15 dias, ou, outro prazo fixado por este Juízo, **a obrigação de disponibilizar no mínimo 2 médicos reguladores, em regime de escala, com a tarefa de atuação exclusiva perante o Núcleo Interno de Regulação de Leitos Municipal**, que funciona na UPA CAPANEMA, sendo-lhe vedada atuação concomitante na assistência direta de pacientes no interior da UPA, sob pena de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 ou medidas de sub-rogação consistentes na contratação destes mesmos profissionais às expensas do erário público municipal;

16

4. Que seja concedida **tutela provisória de urgência**, na forma do art. 294 do CPC e art. 12 da lei n. 7.347/85, determinando ao MUNICIPIO DE CAPANEMA, no prazo máximo de 15 dias, ou, outro prazo fixado por este Juízo, **a obrigação de fortalecimento do serviço de assistência ao diagnóstico (SADT)**, mediante **disponibilização de exames para firmar as hipóteses diagnósticas dos pacientes da UPA Capanema**, inclusive exames de média e alta complexidade, como ressonância ou tomografia, **para auxiliar nos diagnósticos dos pacientes da UPA Capanema com mais assertividade e para atender às exigências do check list de exames à ser fornecido pela SESPA/Central Estadual de Regulação**, sob pena de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de descumprimento, além de outras medidas que assegurem a tutela específica ou o resultado prático equivalente, conforme prevê o art. 536, §1º do NCPC;
5. Que seja concedida **tutela provisória de urgência**, na forma do art. 294 do CPC e art. 12 da lei n. 7.347/85, **determinando ao MUNICIPIO DE CAPANEMA** que no prazo máximo de 15 dias, **esteja obrigado à deflagrar medidas de planejamento** hábeis à **assegurar a aquisição de um tomógrafo para atender às necessidades da UPA e da rede SUS municipal**, comprovando-as nos autos, sob pena, de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de descumprimento, além de outras medidas que assegurem a tutela específica ou o resultado prático equivalente, conforme prevê o art. 536, §1º do NCPC;

---

<sup>8</sup>Art. 536. No cumprimento de **sentença que reconheça a exigibilidade de obrigação de fazer** ou de não fazer, o **juiz poderá, de ofício ou a requerimento**, para a **efetivação da tutela específica** ou a **obtenção de tutela pelo resultado prático equivalente**, **determinar as medidas necessárias à satisfação do exequente**.

§ 1º Para atender ao disposto no caput, o juiz **poderá determinar, entre outras medidas, a imposição de multa, a busca e apreensão, a remoção de pessoas e coisas, o desfazimento de obras e o impedimento de atividade nociva, podendo, caso necessário, requisitar o auxílio de força policial**.

<sup>9</sup>Art. 536. No cumprimento de **sentença que reconheça a exigibilidade de obrigação de fazer** ou de não fazer, o **juiz poderá, de ofício ou a requerimento**, para a **efetivação da tutela específica** ou

17

6. Que seja concedida **tutela provisória de urgência**, na forma do art. 294 do CPC e art. 12 da lei n. 7.347/85, **determinando ao MUNICIPIO DE CAPANEMA obrigação para que no prazo máximo de 120 dias adote medidas conclusivas e aquisitivas de um tomógrafo para atender às necessidades da UPA e da rede SUS municipal**, comprovando-as nos autos, sob pena, de multa diária no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por dia de descumprimento, além de outras medidas que assegurem a tutela específica ou o resultado prático equivalente, conforme prevê o art. 536, §1º<sup>10</sup> do NCPC;
7. Que seja **assegurado o direito ao contraditório e ampla defesa à MUNICIPALIDADE**, e neste sentido **haja sua citação para, em querendo, contestar o presente aditamento e acompanhe o feito até sentença final**, sob pena de revelia;
8. **Produção de todas as provas admitidas em direito**, especialmente inquirição de testemunhas, juntada de documentos e exames periciais que se fizerem necessários;
9. **No mérito**, reitera-se todos os pedidos de tutela provisória de urgência/liminares elencados acima, objetivando a confirmação de cada um deles, em sede de mérito;

---

a **obtenção de tutela pelo resultado prático equivalente, determinar as medidas necessárias à satisfação do exequente.**

§ 1º Para atender ao disposto no caput, o juiz **poderá determinar, entre outras medidas, a imposição de multa, a busca e apreensão, a remoção de pessoas e coisas, o desfazimento de obras e o impedimento de atividade nociva, podendo, caso necessário, requisitar o auxílio de força policial.**

<sup>10</sup>Art. 536. No cumprimento de **sentença que reconheça a exigibilidade de obrigação de fazer ou de não fazer, o juiz poderá, de ofício ou a requerimento, para a efetivação da tutela específica ou a obtenção de tutela pelo resultado prático equivalente, determinar as medidas necessárias à satisfação do exequente.**

§ 1º Para atender ao disposto no caput, o juiz **poderá determinar, entre outras medidas, a imposição de multa, a busca e apreensão, a remoção de pessoas e coisas, o desfazimento de obras e o impedimento de atividade nociva, podendo, caso necessário, requisitar o auxílio de força policial.**

10. Dispensa do pagamento de custas, emolumentos e outros encargos, nos termos do art. 18, da Lei Federal nº 7.347/85.

Atribui-se à causa, o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), ainda que inestimável o objeto tutelado, apenas para efeitos fiscais.

Nestes termos  
Pede deferimento.  
Capanema, 05 de agosto de 2021

**ELY SORAYA SILVA CEZAR**  
Promotora de Justiça Titular da 1ª PJ de Capanema

**AMANDA LUCIANA SALES LOBATO ARAÚJO**  
Promotora de Justiça Titular da 3ª PJ de Capanema