



AO JUÍZO DE DIREITO DA _____ VARA DA COMARCA DE ARARUAMA/RJ

Ref.: IC 05.22.0003.0010449/2022-03

MPRJ nº 2020.00819326

O **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, apresentado pela Promotora de Justiça que esta subscreve, em atuação na 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva de Cabo Frio, vem, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, com fulcro no artigo 129, inciso III, da Constituição Federal e no artigo 1º, inciso IV, da Lei nº. 7.347/85, propor a presente

AÇÃO CIVIL PÚBLICA

com requerimento de tutela provisória de urgência

em face do **MUNICÍPIO DE ARARUAMA**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 28.531.762/0001-33, com sede na Avenida John Kennedy, 120, Araruama, e representação judicial na Procuradoria do Município, localizada no mesmo endereço, com base nos fundamentos fáticos e jurídicos que se seguem:

1. BREVE SÍNTESE DA CAUSA

A presente ação tem como principal objetivo sanar definitivamente a prolongada omissão do Município réu em implementar, em sua rede de saúde, sistema de Regulação Assistencial nos termos da Política Nacional de Regulação do Sistema



Único de Saúde, prevista na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde n. 02/2017 (que atualmente reproduz, em seu anexo XXVI, a antiga Portaria GM/MS n. 1.559/2008).

Em suma, busca-se do Município de Araruama a adoção de medidas necessárias para assegurar “a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS” com a consequente implementação da Regulação do Acesso à assistência em saúde no Município, conforme Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, garantindo, assim, (1) acesso, de forma oportuna, equânime, singular e integral, dos usuários do SUS, aos serviços de saúde localizados no Município de Araruama (2) mediante adoção de todos os protocolos, fluxos, referências e contrarreferências necessários para atender aos princípios que regem o SUS, e, ainda, (3) conferindo transparência a todas as informações constantes do sistema informatizado de regulação adotado.

2. DOS FATOS

2.1. DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS) está previsto no art. 198 da Constituição da República de 1988 (CRFB/88), tendo como diretriz o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (nosso grifo).

A diretriz de atendimento integral é extremamente relevante para definição do SUS, eis que garante ao cidadão brasileiro acesso a todos os tratamentos de saúde que forem necessários à manutenção do seu bem-estar físico e psíquico, sem possibilidade de exclusão de tratamentos por critérios de conveniência do gestor público do sistema de saúde.



Ocorre que essa diretriz de atendimento integral à saúde do cidadão traz em si uma dificuldade irrefutável, consistente na seguinte questão: como financiar de forma adequada todas as ações de saúde que a população necessita?

O ponto de partida para a resposta a tal pergunta encontra-se na inafastável premissa de que as necessidades humanas são sempre infinitas enquanto os recursos disponíveis para atendê-las são sempre limitados. Daí decorre a inarredável conclusão de que, independentemente de quão abastado um determinado sistema de saúde for, haverá sempre a necessidade de mediação entre as demandas por serviços e a capacidade financeira da rede prestadora.

Essa celeuma, que se traduz na dicotomia oferta X demanda, impõe a criação de mecanismos e estratégias dirigidas à distribuição EQUITATIVA dos recursos disponíveis. **Esse é o ponto nodal da presente demanda. Pretende-se que o Município de Araruama implemente mecanismo de distribuição dos serviços existentes em sua rede de saúde (em resumo, quantidades de consultas, exames, procedimentos e leitos) de forma igualitária, isonômica e, sobretudo, justa (equânime) para todos os seus cidadãos.**

Nesse viés, o Estado brasileiro, por seu Ministério da Saúde, criou uma Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, que prevê dentre suas ações a chamada Regulação do Acesso à Assistência, assim definida na Portaria GM/MS n. 1.559/2008 (atualmente Anexo XXVI da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde n. 02/2017):

“Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do



acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização"

Os artigos 5º e 6º da mencionada Portaria definem quais são as ações inerentes à regulação assistencial, *in verbis*:

Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º - Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de



3ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE TUTELA COLETIVA DE CABO FRIO

trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Art. 7º - A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Ainda, o art. 8º dessa Portaria estabelece princípios básicos da regulação assistencial, com destaque para a **garantia de acesso aos serviços de saúde de forma adequada, observando-se os princípios da equidade e da integralidade:**

Art. 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;



V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e

X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

2º - São atribuições do Complexo Regulador:

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e

V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Em que pese tal previsão normativa, o Município de Araruama, até hoje, nunca implementou qualquer sistema de regulação assistencial. O Município réu não possui Complexo Regulador e não executa a distribuição isonômica das vagas existentes em sua rede de saúde.

É o que trataremos no item a seguir.

2.2. DA CONDUTA DO MUNICÍPIO DE ARARUAMA QUANTO AO TEMA DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro vem desde o ano de 2019 acompanhando a questão da regulação assistencial no Município de Araruama ([Anexo I – Portaria de Instauração e promoção inaugural do antigo PA 32/2020 – MPRJ 2020.00819326](#)).



Ainda no ano de 2020, ao se deparar com a *inexistência* de processos de regulação assistencial em Araruama, o Ministério Público indagou ao Município se havia algum interesse em celebrar Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para que se comprometesse a implementar regulação interna de consultas, procedimentos e exames¹.

O Município não respondeu a nenhum dos diversos ofícios enviados e reiterados pelo Ministério Público (*Anexo II – cópia dos ofícios 915/2020, 751/2021, 1076/2021, 1377/2021, 1439/2021, 1690/2021 e 111/2022*), bem como suas respectivas certidões de entrega e ausência de resposta).

Foram nada menos que 07 ofícios enviados ao longo de diversos meses ao Município de Araruama requisitando informações sobre o sistema de regulação assistencial existente no Município, bem como indagando se haveria interesse na celebração de TAC.

Em junho/2022, após cerca de 01 ano e meio de tentativas sem qualquer resposta por parte do Município, esta Promotoria de Justiça agendou reunião com a Secretaria Municipal de Saúde de Araruama, reunião essa celebrada no dia 23/06/2022, conforme ata que segue em anexo (*Anexo III – Ata de reunião celebrada em 23/06/2022*).

Na ocasião, o Município explicou que, para marcar uma consulta médica na rede de saúde de Araruama, o munícipe precisa se dirigir à Policlínica Municipal no dia específico designado para marcações de consultas (evento que ocorre a cada 15 dias).

¹ Embora a Portaria do Ministério da Saúde mencione, também, a regulação do acesso à atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências, importante reconhecer que, na região da Baixada Litorânea, providências estão sendo adotadas para a implementação do “SAMU Regional”, inclusive mediante incentivos financeiros da Secretaria de Estado. Por meio do SAMU Regional, a Baixada Litorânea possuirá uma Central Única de Regulação de urgências e emergências, a princípio a ser instalada em Arraial do Cabo. Essas discussões estão sendo travadas na Comissão Intergestores Regional (CIR-BL), de forma que a presente ação civil pública não se imiscuirá nessa seara da regulação de urgências e emergências. A implementação da Central de Regulação do SAMU regional está sendo acompanhada por esta Promotoria de Justiça, por intermédio do seu procedimento administrativo n. 2022 | 0010433 (MPRJ 2021.00600152)



Assumi o Município que:

Não se trata de sistema de regulação, mas sim de simples marcação de consulta. O usuário tem prévio conhecimento do dia em que ocorrem as marcações de consultas. Há uma fila de espera e o atendimento é por ordem de chegada do usuário (alguns chegam de madrugada).

Revelou a Secretária de Saúde que, nesses dias, formam-se filas enormes e os usuários aguardam em pé.

Conforme explicado pela Secretária Municipal de Saúde, **o Município não possui qualquer sistema de distribuição de vagas em serviços de saúde. Os agendamentos são feitos por simples ordem de chegada, sem qualquer avaliação (médica) sobre critérios de prioridade (tais como evolução da doença, urgência e necessidade do atendimento, idade do solicitante etc). Não há qualquer protocolo para esse fluxo.**

A conduta do Município não apenas contraria a Política Nacional de Regulação como também – e pior – viola direitos básicos e a dignidade dos usuários que são submetidos a lutarem por uma vaga em serviços de saúde, a cada 15 dias, em filas enormes que se iniciam ainda de madrugada, em local sem cobertura, cadeiras etc.

É sabido que há carência na oferta de serviços em diferentes especialidades e níveis de atenção. Porém, se a Regulação de Acesso à Assistência já tivesse sido implementada, com a organização da fila de espera em uma Central de Regulação bem estruturada (material e pessoal), com a priorização dos casos segundo critérios clínicos previamente definidos e acordados entre os gestores, seria possível aferir o quantitativo real dos serviços de saúde ofertado (e, por via de consequência, identificar, de forma fidedigna, as áreas com ofertas deficitárias/insuficientes), permitindo aos gestores de maneira mais planejada e programada tomar medidas para o devido incremento dos serviços, além de permitir melhor controle pelos demais órgãos e ainda pela própria população.



Na ocasião da mencionada reunião, esta Promotora de Justiça alertou a Secretária de Saúde, informando que:

Pela Promotora de Justiça foi dito que esse procedimento está absolutamente equivocado e precisa mudar. É necessário que o Município implemente um sistema de regulação (e não simples marcação) de consultas. O Município não obedece à Política Nacional de Regulação Assistencial, definida na Portaria de Consolidação n. 02/2017 (antiga Portaria 1559/2008). Ademais, delimitar um dia na semana para a marcação de consultas e distribuir as vagas por ordem de chegada do usuário é uma irregularidade que compromete a qualidade da assistência. Acrescentou a Promotora de Justiça que a ausência de regulação (interna) de consultas e exames impede o Município de realizar um diagnóstico fidedigno sobre as suas carências.

Ainda, esta Promotora de Justiça alertou sobre o disposto na Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde n. 02/2017 e da necessidade de o Município possuir e operacionalizar um Complexo Regulador em conformidade com o que dispõe o Volume 6 da Série de Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores ([Anexo IV - Volume 6 da Série de Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores](#)), o qual estabelece que:

“Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde. Assim, **a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de**



controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. A **implantação de centrais de internação, consultas e exames, para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e SADTs**, demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários. **Para padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, exigem-se protocolos para encaminhamentos**, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos. Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo **fluxos e protocolos padronizados**, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário"

"As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais interrelacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em:

Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

Central de Regulação de Internações: é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.



Central de Regulação de Consultas e Exames: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

É importante frisar que as centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador; contudo é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como por exemplo: terapia renal substitutiva, transplantes e os procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC e outros".

(nosso grifo)

A partir dessa reunião, o Município, assumindo a irregularidade de sua conduta, apresentou um plano de ação, consistente em 06 etapas, sendo a primeira a instituição de um Grupo Técnico (GT) formado por diversos coordenadores das áreas assistenciais da rede municipal de saúde e a última etapa consistente na efetiva implementação de um complexo regulador, para regulação de internações, consultas, exames e tratamentos, com médico regulador, enfermeiro, espaço físico etc ([Anexo V – Plano de Ação – fls. 09/12 do index 98845 do PA 2022/0010449](#)).

Por intermédio desse plano de ação o Município comprometeu-se a implementar seu Complexo Regulador até janeiro/2023.

Ocorre que, lamentavelmente, esse plano de ação não foi concretizado.

Em fevereiro/2023, após novas insistências do Ministério Público para que o Município prestasse informações, finalmente veio a manifestação de Araruama no sentido de que o plano de ação fora abandonado pelo Município ([Anexo VI – index 287015 do PA 2022/0010449](#)).

Resta configurada, portanto, a omissão do Município réu na implantação de Complexo Regulador para (i) o controle do acesso às agendas das consultas, exames



e procedimentos especializados (art. 5º, inciso II, 2ª parte, da Portaria GM/MS nº 1.559/2008) e (iii) o controle do acesso único aos leitos disponíveis no Município de Araruama, em hospitais e demais unidades de saúde situadas em seu território, ainda que privadas, contratualizadas pelo SUS (art. 5º, inciso II, 1ª parte, da Portaria GM/MS nº 1.559/2008).

Tal omissão impede que os recursos materiais e humanos existentes na rede de saúde deste Município sejam otimizados e utilizados na sua capacidade máxima, o que inclusive repercutiria em uma economia de custos para o Município.

Todos os esforços do Ministério Público em tratativas extrajudiciais foram em vão. Daí a necessidade de ajuizamento da presente demanda.

2.3. DAS CONSEQUÊNCIAS DECORRENTES DA INEXISTÊNCIA DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: VIOLAÇÃO DE DIREITOS E FALTA DE TRANSPARÊNCIA

À míngua de uma Central de Regulação assistencial, o Município de Araruama realiza os agendamentos de consultas médicas especializadas, exames e tratamentos por meio de um "sistema" (que de sistema nada tem) rudimentar e ultrapassado.

Quanto às consultas em especialidades, em resumo, o cidadão é atendido inicialmente em uma unidade básica de saúde (popularmente conhecida como "posto de saúde") e sai de lá com um encaminhamento do médico clínico da família para algum médico especialista. Com esse pedido em mãos, o cidadão precisa se dirigir à Policlínica Municipal, em dia previamente divulgado nas redes sociais do Município (a cada 15 dias), para fazer tal agendamento.

Como é de se esperar, esse "sistema" gera um enorme alvoroço: os cidadãos, que deveriam sair do posto de saúde já com a consulta agendada (caso existisse um sistema informatizado de regulação integrado em rede), são submetidos a uma peregrinação que começa na necessidade de o usuário se ausentar de seus afazeres no dia divulgado pela Secretaria de Saúde e termina nas longas esperas ao relento, em



filas que se formam ainda de madrugada. Isso tudo sem qualquer garantia de que o cidadão conseguirá a almejada vaga no serviço de saúde de que necessita.

A situação, por si só, é inaceitável e atenta contra a dignidade do cidadão araruamense. Mas o prejuízo não se encerra aí. A ausência de sistema de regulação assistencial, para além de gerar “desconforto” ao cidadão, torna inviável qualquer controle sobre o acesso aos serviços de saúde. Sem sistema de regulação, a vaga no serviço de saúde pode ser disponibilizada para qualquer pessoa (um “fura-fila”) a critério exclusivo do gestor do serviço.

Explica-se.

O sistema de regulação assistencial se baseia em protocolos, fluxos, referências e contrarreferências necessários para atender aos princípios que regem o SUS. Por meio desses protocolos – que são publicados em atos oficiais –, há uma definição prévia de quem tem prioridade sobre quem no acesso aos serviços. Em suma, as decisões de regulação assistencial são tomadas com base em critérios pré-definidos, tornando o processo mais equânime e transparente.

Ademais, o sistema de regulação assistencial permite que a fila de espera e a distribuição de vagas seja publicada e auditada. Esse é o cerne dos processos de Controle e Avaliação que deveriam existir em Araruama.

Assim, e considerando os princípios da Administração Pública – sobretudo o princípio da publicidade (art. 37 da CRFB/88) –, deveria Araruama implementar Central de Regulação, com ampla autonomia para distribuição equitativa dos recursos da saúde existentes no território municipal, bem como deveria publicar em seu Portal da Transparência a fila de espera para consultas, exames, procedimentos, leitos e tratamentos.

Não tem sido essa a opção adotada pelo Município réu.



3. FUNDAMENTOS

O direito à saúde, previsto no art. 6º da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88), tem *status* de direito social indisponível, garantia constitucional de todo brasileiro, em especial das crianças e dos adolescentes, cujos direitos são absolutamente prioritários, nos termos do art. 227 da CRFB/88.

Assim é que os arts. 198 e 200 da CR/88 traçam as principais diretrizes para garantir o direito à saúde e o funcionamento do SUS, diretrizes estas que foram complementadas pela Lei nº 8.080/90 e demais atos normativos subsequentes.

Dessa forma, o art. 198 da CR/88 dispõe que as "ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, tendo como uma de suas diretrizes: o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".

Nesse passo, com a edição da Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), são explicitados seus princípios fundamentais, dos quais vale destacar, dentro da temática regulação, os princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, da integralidade de assistência e da equidade/igualdade da assistência à saúde.

O princípio da universalidade representa a garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a todo e qualquer serviço de saúde, seja ele prestado diretamente ou contratado pelo Poder Público. O princípio da integralidade traduz a garantia de acesso oportuno às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade, inclusive à assistência farmacêutica, pressupondo a existência de um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Por sua vez, o princípio da equidade significa a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de



complexidade do SUS, de acordo com a necessidade de cada um.

Com a Constituição da República também se deu início ao processo de descentralização das ações e serviços de saúde para os demais entes da Federação que antes estavam concentrados na gestão da União, o que foi feito notadamente por meio da edição das Normas Operacionais (NOB-SUS 01/1991, NOB-SUS 01/1993, NOB-SUS 01/96, NOAS 01/2001 e NOAS-SUS 01/2002) e do Pacto Pela Vida em 2006, quando se evidenciou a necessidade de implementação da regulação.

“(…) Nesse contexto, foi deliberada e aprovada em janeiro de 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e posteriormente a NOAS 01/2002. Alguns preceitos emanados pela NOAS e aprimorados no PACTO DE GESTÃO ganharam força na estruturação dos sistemas de saúde. A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços levou ao estabelecimento de **fluxos de referência e contra-referência**, segundo os Planos Diretores de Regionalização - PDR. Definidas e pactuadas as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais, com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI **ficou evidenciada a necessidade da regulação deste fluxo, garantindo-se que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada. Segundo a NOAS, a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação, que por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, etc. A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deva estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada,**



oportuna e qualificada". (Manual de Implantação de Complexos Reguladores, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2006 – **Anexo IV desta exordial**) (nosso grifo)

Ainda consoante o Manual de Implantação de Complexos Reguladores, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2006 (**Anexo IV**):

"As ações de regulação para que sejam efetivadas no âmbito nacional passam por um posicionamento político fundamental, se fazendo necessária a conscientização de que estas ações trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde - SUS e qualificam as funções de gestão ; otimizam os recursos de custeio ; pois elas reforçam da assistência; qualificam o acesso ações e, conseqüentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das governamentais voltadas à saúde. Sendo ações de impacto, que efetivamente adequam o modelo de atenção à saúde vigente; permitem que a gestão pública institua melhor controle do acesso aos serviços ofertados e também um maior controle financeiro. Portanto, são ações que revolucionam, que modificam e que qualificam o SUS."

Com a finalidade de disciplinar, organizar e alcançar a execução das normas anteriormente citadas, foi editada Portaria GM/MS nº 1.559/2008, instituindo a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS "*a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo*", bem como editado o Decreto nº 7.508/2011, que, regulamentando a Lei nº 8.080/90, dispôs sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências.

De fato, o Decreto nº 7.508/2011 traça o percurso para obter o atendimento integral que deve seguir o usuário do SUS . Tanto é assim que, no seu art. 8º, determina



que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”. Em seu art. 9º, prevê que “são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I - de atenção primária; II - de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto”. Dispõe, em seu art. 10, que “os serviços de atenção hospitalar especializados e os ambulatoriais, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º”.

Determinou ainda o referido decreto que são as unidades de atenção primária (básica) que se responsabilizam e orientam o usuário do SUS níveis de complexidade, garantindo o seu acesso aos demais do sistema, quando assim for necessário, que deverá seguir os critérios de gravidade e cronológico, de acordo com cada caso, o que permitirá em última instância a observância dos princípios da universalidade e da equidade.

É assim que dispõe o art. 11 do Decreto nº 7.508/2011:

“art. 11 - O acesso universal e igualitário ordenado pela atenção primária às ações e aos serviços de saúde será e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.”

Por sua vez, a Política Nacional de Regulação do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, é o “instrumento que possibilita a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo”, cujas ações estão organizadas em três dimensões de atuação: I – Regulação de Sistemas de Saúde, II – Regulação da Atenção à Saúde e III – Regulação do Acesso à Assistência.



Nos termos do inciso III, do art. 2º, da Portaria GM/MS nº 1.559/2008, **o objetivo da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde é a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais sujeitos/agentes responsáveis no âmbito do SUS, tendo como por esta regulação os gestores de saúde, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas centrais de regulação (unidades operacionais), dimensão esta que abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.**

Destaque-se que a definição de autoridade sanitária dotada do necessário poder de polícia para o controle dos recursos assistenciais existentes no território (leitos, consultas, exames, internações, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, etc.) deverá ser agregada ao aporte de recursos humanos e materiais, tecnológicos, estruturais e logísticos suficiente para permitir o cumprimento de suas atribuições, previstas nos incisos do § 1º do art. 8º da Portaria GM/MS nº 1.559/2008, e ainda à definição de processos de trabalho associados ao monitoramento, controle, avaliação e auditoria da assistência à saúde 1º, inciso VIII, Portaria GM/MS nº 1.559/2008).

Nos termos dos arts. 2º, inciso III, 8º, § 2º e 9º da Portaria GM/MS nº 1.559/2008, a Regulação do Acesso à Assistência é, portanto, operacionalizada suas unidades operacionais (centrais de regulação pelo complexo regulador e), onde deve haver regulação médica, exercendo autoridade sanitária para garantir o acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, cumprindo, assim, suas atribuições de (i) fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde, (ii) absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos, (iii) efetivar o controle dos limites físicos e financeiros, (iv) estabelecer e executar critérios de classificação de risco e (v) executar a regulação médica do processo assistencial.

4. TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA EM CARÁTER INCIDENTAL



O artigo 300 do Código de Processo Civil prevê a possibilidade de ser concedida tutela de urgência toda vez que houver elementos que evidenciam a probabilidade do direito alegado pela parte e o perigo de dano ou risco ao resultado útil do processo.

Emerge da situação fática que a tutela de urgência é a única capaz de evitar a ocorrência de danos irreparáveis ou de difícil reparação. Assim sendo, no presente caso, ambos os requisitos reclamados para a concessão da liminar estão presentes, a saber, o *fumus boni iuris* e o *periculum in mora*.

O *fumus boni iuris* resta devidamente comprovado a partir dos fatos narrados nos itens anteriores, bem como dos documentos que instruem a presente. O Município de Araruama **assume não possuir** uma Central de Regulação, nem mesmo um sistema de regulação de acesso aos serviços de saúde que oferta em seu território.

De outra banda, quanto ao *periculum in mora*, também se percebe sua presença ante a urgência na realização de condutas que efetivamente garantam a concretização do direito social à saúde. Assevere-se que a inexistência de Complexo Regulador gera danos incalculáveis e irreparáveis aos cidadãos araruamenses, na medida em que são indevidamente privados de serviços médicos e de saúde em geral.

A justificação da tutela provisória de urgência de natureza satisfativa advém da imprescindibilidade de se evitar desperdício de recursos de saúde materiais e humanos em razão do subaproveitamento de consultas, exames e procedimentos especializados ofertados pelas unidades de saúde existentes no território de Araruama.

Da mesma forma, a necessidade da tutela de urgência advém da permanente inadequação da utilização das vagas/leitos para o atendimento à população, ocasionando **iniquidade de acesso, superlotação e aumento das morbimortalidades pela falta de atendimento oportuno, de qualidade e resolutivo**, o que, ao final, demonstra a ineficiência da gestão pública e causa danos, graves, atuais, irreversíveis e irreparáveis à saúde população araruamense.



Ante o exposto, o MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, com fulcro no artigo 213, da Lei n.º 8.069/90 c/c artigo 12 da Lei n.º 7.347/85, artigos 294 e seguintes do Código de Processo Civil, na forma do art. 2º, da Lei n.º 8.437, requer, a título de tutela de urgência antecipada, que Município de Araruama seja obrigado a cumprir o que segue, **sob pena de multa diária em valor não inferior a R\$ 1.000,00, incidente inclusive sobre a pessoa da Prefeita Municipal e da Secretária de Saúde, com atualização monetária e juros de 0,5% ao mês, devendo tal quantia ser destinada ao Fundo Municipal de Saúde, com obrigação de aplicação da verba em ações e serviços de saúde à população de Araruama.**

1. No prazo de 120 dias, a implementação de Complexo Regulador/Central de Regulação Única para (i) controle de acesso às agendas das consultas, exames e procedimentos especializados (Central Única de Regulação Ambulatorial), de todas as unidades de saúde existentes no território municipal (inclusive os privados contratualizados) que integram o SUS e (ii) controle do acesso aos leitos disponíveis no território municipal (Central Única de Regulação de Leitos/Internações Hospitalares), de todas as unidades de saúde com internação existentes no território municipal (inclusive os privados contratualizados) que integram o SUS, devendo ser adotados os seguintes parâmetros mínimos:
 - a. O Complexo Regulador/Central de Regulação deve atender aos parâmetros previstos na Portaria GM/MS nº 1.559/08 (Atual Portaria de Consolidação n. 02 de 2017, Anexo XXVI) e no Volume 6, da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>, dotando-a de:
 - equipe de coordenadores, médicos reguladores e atendentes de regulação, trabalhando *in loco*, em regime de plantão 24 horas, sete dias por semana, em quantitativo adequado aos parâmetros previstos no Caderno de Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores;



3ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE TUTELA COLETIVA DE CABO FRIO

- estações de trabalho informatizadas; aparelhos telefônicos; rede de internet; impressoras; equipamentos audiovisuais, além de todo o mobiliário, em quantidade adequada ao número de profissionais e à demanda
- b. O sistema de informática adotado será o SISREG/SER (Sistema Nacional de Regulação), como sistema para realizar a regulação do acesso às internações hospitalares, exames e consultas, sendo que:
- deverá o Município providenciar o acesso ao SISREG/SER pelas unidades executantes existentes no seu território, públicas, privadas ou filantrópicas, caso venham a existir, devendo comunicar ao Ministério Público imediatamente qualquer negativa ou resistência encontrada;
 - deverá o Município providenciar que todas as unidades de saúde em seu território, inclusive as unidades básicas de saúde, estejam aptas a acessar o SISREG/SER, com perfil de unidade solicitante.
- c. Fica facultada a substituição do sistema SISREG/SER por outro que venha a ser contratado pelo Município, desde que esse novo sistema permita, no mínimo:
- Distribuição equânime dos recursos de saúde para a população própria e referenciada;
 - Identificação da desproporção entre a oferta e a demanda;
 - Subsídio às repactuações na PPI e cumprimento dos termos de garantia de acesso;
 - Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma;
 - Configurar o controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado;
 - Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);
 - Gerar arquivos para bases de dados nacionais e relatórios operacionais e gerenciais;
 - Gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;
 - Distribuir cotas por unidade solicitante e por tipos de consultas/procedimentos: 1ª vez e retorno;
 - Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento, CID com a identificação dos pacientes;
 - Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional;
 - Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;
 - Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIHs, APACs;



3ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE TUTELA COLETIVA DE CABO FRIO

- Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador;
 - Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades terciárias (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundárias (solicitação, agendamento e atendimento);
 - Acompanhar os atendimentos e internações agendadas.
- d. Todas as agendas/vagas das consultas, exames e procedimentos especializados ofertados no Município de Araruama deverão estar inseridos em um único sistema informatizado
- e. As Centrais de Regulação Ambulatorial e de Leitos/Internação Hospitalar deverão ser integradas, de forma a garantir o fluxo das referências e contrarreferências estabelecidas em protocolos clínicos e de regulação do acesso.
2. No prazo de 90 dias, normatizar, por ato do Prefeito Municipal, os protocolos clínicos e de regulação do acesso às internações hospitalares, exames e consultas, implantados no Município, devendo esses protocolos clínicos e de regulação do acesso ser publicados na Página eletrônica da Prefeitura de Araruama, dando-se ainda publicidade nas redes oficiais do Município.
3. No mesmo prazo da implantação do Complexo Regulador/Central de Regulação, deverá o Município integrar totalmente às demais ações da regulação do acesso os processos de autorização de procedimentos (como a Autorização de Internação Hospitalar – AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC), assim como as autorizações para Tratamento Fora de Domicílio – TFD.
4. No prazo de 30 dias após a implementação do Complexo Regulador, deverá o Município providenciar a capacitação de todos os servidores da saúde lotados em unidades solicitantes acerca das rotinas e protocolos implantados
5. No prazo de 30 dias após a implementação do Complexo Regulador, deverá o Município implantar ações efetivas de controle e avaliação, devendo realizar a busca ativa de leitos, consultas e exames com regularidade, controlando o mapa de disponibilidade de leitos, consultas e exames, bem como realizando a gestão de fila, entendida essa como a avaliação sistemática do número de usuários em fila, do tempo de espera, do perfil clínico, da procedência, da especialidade e do tipo de procedimento, bem



como a adoção de providências correlatas, de acordo com os protocolos clínicos de atendimento e de regulação.

6. No prazo de 30 dias após a implementação do Complexo Regulador, deverá o Município criar um *link* em seu Portal da Transparência, a ser atualizado ao menos uma vez por semana, contendo dados das filas de espera para serviços e/ou ações de saúde, devendo tal *link* conter, minimamente:

- Código de usuário
- Número do Cartão do SUS – CNS
- Tipo de serviço: consulta, exame, cirurgia eletiva ou outros procedimentos
- Posição na fila para atendimento
- Classificação de risco, segundo os protocolos vigentes no Município e no Estado do Rio de Janeiro
- Status da solicitação de atendimento
- Data de registro inicial, entrada do usuário no sistema de regulação
- Prazo previsto para atendimento
- Data de agendamento do procedimento
- Data de realização do procedimento
- Órgão responsável pelo registro do usuário no sistema de regulação
- Unidade de saúde responsável pela realização do procedimento
- Órgão regulador responsável pela última decisão de regulação.

5. PEDIDOS

Ante ao exposto, requer o Ministério Público o seguinte:

- 5.1.** A concessão da tutela provisória de urgência nos termos elencados no item 4.
- 5.2.** A citação do réu para oferecer contestação;
- 5.3.** No mérito, seja julgada PROCEDENTE a pretensão exordial, para confirmar os pedidos pleiteados a título de tutela de urgência elencados no item anterior
- 5.4.** A cominação de multa diária em valor não inferior a R\$ 3.000,00, incidente inclusive sobre a pessoa da Prefeita Municipal e da Secretária de Saúde, com atualização monetária e juros de 0,5% ao mês, devendo tal quantia ser destinada ao Fundo Municipal de Saúde, com obrigação de aplicação da verba em ações e serviços de saúde à população de Araruama
- 5.5.** A condenação do Município réu ao pagamento de custas e demais despesas processuais.



Protesta o Ministério Público por provar os fatos narrados por todos os meios admissíveis em Direito.

Dá-se a causa o valor de R\$100.000,00 (cem mil reais).

Cabo Frio, 16 de março de 2023.

ISABEL HOROWICZ KALLMANN

Promotora de Justiça

Mat. 4862