

AO JUÍZO FEDERAL DA __ VARA DA SEÇÃO JUDICIÁRIA DO CEARÁ

Processo de Assistência Jurídica (PAJ) nº 2025/035-03744

A **DEFENSORIA PÚBLICA DA UNIÃO**, instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, a quem incube a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, das pessoas em vulnerabilidade social, conforme o art. 134 da CF/88, por meio do Ofício Regional de Direitos Humanos no Ceará, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ**, instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do art. 127 da CF/88 e o **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por meio da **PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO CEARÁ**, instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, a quem incumbe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, nos termos do art. 127 da CF/88, vêm, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, propor, com fundamento nos art. 1º, inc. IV, e. 5º, I e II, da Lei nº 7.347/85, a presente

ACÇÃO CIVIL PÚBLICA

(com pedido de tutela provisória de urgência)

em face do **MUNICÍPIO DE FORTALEZA**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 07.954.605/0001-60 com sede na Rua São José, nº 01, Centro, CEP: 60.060-170, Fortaleza/CE, representado pela PROCURADORIA GERAL DO MUNICÍPIO, localizada à Rua Israel Bezerra, 570 - Dionísio Torres, Fortaleza - CE, 60135-460, do **ESTADO DO CEARÁ**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 07.954.480/0001-79, representado pela PROCURADORIA-GERAL DO ESTADO DO CEARÁ, localizada à Av. Dr. José Matias Rodrigues, nº 150, Edson Queiroz, CEP: 60811-520, Fortaleza-Ceará, e da **UNIÃO**, pessoa jurídica de direito público interno, na pessoa do ilustre Chefe da Advocacia-Geral da União no Ceará, com endereço na Rua Vilebaldo Aguiar, n. 96, Ed. Duets Office Towers - Torre Norte, 9º, 11º e 12º andares, Bairro Cocó, CEP 60192-010, Fortaleza/CE, expondo e requerendo o que especifica abaixo.

PRELIMINARMENTE

I. DA TRAMITAÇÃO PRIORITÁRIA DAS AÇÕES ENVOLVENDO DIREITOS DE RECÉM-NASCIDOS E INFÂNCIA, NOS TERMOS DO ECA

A presente demanda versa sobre direitos fundamentais de assistência hospitalar adequada, durante e após o nascimento, de recém-nascidos, sujeitos de especial proteção constitucional e infraconstitucional, cuja condição peculiar de desenvolvimento impõe ao Estado, à sociedade e à família o dever de assegurar, com **absoluta prioridade**, a efetivação de seus direitos, conforme dispõe o artigo 227 da Constituição Federal.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), em seu artigo 152, §1º, dispõe que:

“É assegurada, sob pena de responsabilidade, prioridade absoluta na tramitação dos processos e procedimentos previstos nesta Lei, assim como na execução dos atos e diligências judiciais a eles referentes.”

Tal prerrogativa legal foi reforçada pela Lei nº 12.010/2009, que introduziu princípios processuais preventivos e protetivos voltados à preservação dos vínculos familiares e comunitários saudáveis, e pelo artigo 1.048, II, do Código de Processo Civil, que também garante tramitação prioritária às ações que envolvam interesses de menores de 18 anos.

Destaca-se que a prioridade absoluta na tramitação não depende de deferimento judicial, fazendo parte de um conjunto de regras processuais que visam conferir equidade às partes em situação de vulnerabilidade processual, devendo ser **automaticamente reconhecida** mediante prova da condição de beneficiário, conforme alerta o §4º do artigo 1.048 do CPC. O descumprimento dessa prerrogativa pode ensejar responsabilização civil e funcional do agente público, além de nulidade processual.

Diante do contexto legislativo acima mencionado, requerem os autores, desde logo, o reconhecimento da **tramitação prioritária** da presente ação, com a inclusão preferencial em pauta, celeridade na análise de recursos e designação de audiências, conforme os dispositivos legais mencionados, garantindo-se a efetividade do princípio da proteção integral e da prioridade absoluta.

II. DA COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA FEDERAL

Nesse contexto, primeiramente, deve-se reiterar a necessidade de que os entes federativos (União, Estado do Ceará e Município de Fortaleza) figurem no polo passivo da presente demanda, ante a existência de **responsabilidade solidária dos réus** na prestação dos serviços de saúde

atinentes à população, bem como a necessidade de que medidas administrativas sejam adotadas pelos entes.

A responsabilidade solidária entre a União, os Estados-Membros e os Municípios pelo fornecimento gratuito de tratamento de saúde à população decorrem do texto constitucional, especialmente do artigo 196 da CF, que afirma ser a saúde direito de todos e dever do Estado.

Assim sendo, as ações e serviços públicos de saúde devem ser desenvolvidos de forma integrada, embora descentralizada, e com atendimento integral e prioritário, mediante um sistema único, o SUS, do qual fazem parte a União, os Estados e os Municípios, todos responsáveis por seu financiamento, conforme o art. 198 do texto constitucional.

É, portanto, de **responsabilidade solidária dos entes federativos as demandas prestacionais da saúde** (vide Enunciado 60 aprovado pela II Jornada de Direito da Saúde, promovida pelo CNJ¹, e Tema 793 do STF²). Nesse sentido, forçoso o reconhecimento responsabilidade solidária entre os entes federativos em demandas que envolvem a prestação da saúde pública.

Convém observar que a presente demanda envolve unidade hospitalar que recebe recursos do Sistema Único de Saúde. Quanto ao financiamento do SUS, os recursos são oriundos da seguridade social, da União, dos Estados e dos Municípios, além de outras fontes, conforme prevê o artigo 198, § 1º, da CRFB³.

Entretanto, o dever da **União** não se limita ao repasse de recursos, pois possui competência para participar na formulação e na implementação das políticas, definir e coordenar os sistemas e acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde (art. 16, Lei 8.080/1990).

Com efeito, no Estado do Ceará, os entes federados têm sido omissos, com o fechamento reiterado de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa e leitos obstétricos, prejudicando sobremaneira a capacidade assistencial neo-materna do Estado, já que Fortaleza ainda concentra todas as maternidades terciárias, sem articularem medidas concretas e eficazes para resolverem a crise de superlotação das maternidades, banalizando situação de extremo risco para as gestantes e os bebês mais vulneráveis.

Por fim, como se verá na sequência, a questão envolve também repasse de verbas federais.

¹60 – Saúde Pública - **A responsabilidade solidária dos entes da Federação não impede que o Juízo, ao deferir medida liminar ou definitiva, direcione inicialmente o seu cumprimento a um determinado ente, conforme as regras administrativas de repartição de competências, sem prejuízo do redirecionamento em caso de descumprimento.**

²Tema 793 - **Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde.** Plenário - RE 855.178 ED/SE, rel. orig. Min. Luiz Fux, red. p/ o ac. Min. Edson Fachin, julgado em 23/5/2019 - Repercussão Geral - Info 941.

³§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com **recursos** do orçamento da seguridade social, da **União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios**, além de outras fontes.

Nesse sentido, considerando que a União é parte legítima para figurar no polo passivo da demanda, resta indubitável a **competência da Justiça Federal** para processar e julgar o feito, nos termos do art. 109, I, da CRFB/88⁴.

III – DOS FATOS - DA SUPERLOTAÇÃO DOS LEITOS NEONATAIS NOS HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

O Ministério Público do Estado do Ceará, por intermédio da 137ª Promotoria de Justiça de Fortaleza – Defesa da Saúde Pública, vem, há alguns anos, acompanhando e fiscalizando as ações voltadas à execução do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal no Estado do Ceará, instrumento que reúne um conjunto articulado de políticas, programas e iniciativas nas esferas municipal, estadual e federal, com o objetivo de reduzir os óbitos maternos e neonatais e promover a melhoria da qualidade da assistência à gestante e ao recém-nascido. (**doc. 01**)

Referido pacto foi instituído diante do **aumento dos óbitos maternos**, o que levou gestores estadual e municipais a assumirem compromissos formais de **aprimorar a assistência materna em todas as etapas da atenção à saúde**: planejamento familiar, acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério. O objetivo central era garantir proteção integral ao **binômio mãe e recém-nascido**, justamente no período de maior vulnerabilidade.

No acompanhamento da execução do pacto, constatou-se que um dos **maiores gargalos da rede materno-infantil** se concentra na **superlotação das maternidades terciárias de Fortaleza**, a saber: **Hospital Geral Dr. César Cals – HGCC, Hospital Geral de Fortaleza – HGF e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC/UFC**. Essas unidades, por funcionarem como **porta aberta para emergências obstétricas**, operam cotidianamente **com leitos extras improvisados, berçários adaptados e taxas de ocupação hospitalar muito acima da capacidade instalada**, comprometendo de forma grave a qualidade e a segurança da assistência prestada.

Em razão da **superlotação crônica**, a qualidade da assistência prestada nas maternidades terciárias de Fortaleza encontra-se gravemente comprometida. Os recursos disponíveis — equipamentos, insumos e equipes multiprofissionais — foram planejados para atender a um número significativamente menor de pacientes do que o atualmente assistido, resultando em sobrecarga estrutural e assistencial. Soma-se a isso o **risco elevado de infecções hospitalares**, que atinge especialmente os recém-nascidos, pacientes extremamente vulneráveis pela imaturidade do sistema imunológico.

⁴Art. 109. Aos **juízes federais compete** processar e julgar: I - **as causas em que a União**, entidade autárquica ou empresa pública federal forem interessadas na condição de autoras, **rés**, assistentes ou oponentes, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho;

A gravidade da situação tem levado a **Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC** a adotar medidas drásticas, como o **fechamento temporário da emergência**, diante do risco iminente de surtos infecciosos e consequente **aumento da mortalidade neonatal**, além da exaustão e da precarização das condições de trabalho de médicos e profissionais de enfermagem. (**doc. 02**)

Entre os principais fatores relacionados à superlotação das maternidades de alta complexidade, destacam-se:

- **Baixa disponibilidade de leitos de UTI Neonatal no Estado do Ceará**, gerando sobrecarga nas maternidades terciárias;
- **Internação de pacientes fora do perfil assistencial** previsto para hospitais terciários, com dificuldade de transferência para unidades secundárias adequadas;
- **Elevação das taxas de mortalidade e de infecção hospitalar**, sobretudo entre recém-nascidos, em razão de sua maior fragilidade imunológica;
- **Subutilização do Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann (Hospital da Mulher)**, que embora tenha excelente estrutura, inclusive com UTINs, só recebe pacientes regulados, não funcionando como porta aberta para obstetrícia, e, por conseguinte, sempre apresenta taxa de ocupação inferior à sua capacidade instalada;
- **Particularidades do atendimento à gestante**, que demanda regulação ágil e precisa, sob pena de risco iminente à vida materna e fetal;
- **Ausência de protocolos clínicos claros de regulação** para gestantes, puérperas e recém-nascidos, dificultando a definição de fluxos de transferência entre maternidades e agravando a superlotação das portas terciárias.

No intuito de enfrentar a grave problemática da **superlotação das maternidades de alta complexidade de Fortaleza**, foram adotadas diversas medidas extrajudiciais por parte das instituições autoras, entre as quais destacam-se:

1. **Realização de diversas reuniões institucionais** com Secretaria de Saúde do Estado e Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, e também com os principais hospitais envolvidos, a fim de elaborar diagnóstico situacional e construir plano de ação voltado à redução da superlotação nas emergências obstétricas e ginecológicas; (**doc. 03**)
2. **Reuniões com o CREMEC**, objetivando envolver a classe médica no debate e obter subsídios técnicos para a formulação de medidas adequadas (**doc. 04**) ;
3. **Visitas *in loco*** às unidades hospitalares, a fim de verificar diretamente as condições de atendimento e dimensionar a gravidade da situação (**doc. 05.**) ;

4. **Recomendação aos Secretários de Saúde do Estado e do Município**, com vistas à adoção imediata de providências para reduzir a superlotação das maternidades terciárias; (**doc. 06**)

5. **Recomendação específica à Secretária de Saúde de Fortaleza**, para que fosse reaberta a emergência obstétrica e ginecológica do Hospital Zilda Arns (Hospital da Mulher), com vistas a ampliar a rede de atendimento e aliviar a pressão sobre as demais unidades. (**doc. 07**)

Não obstante os esforços empreendidos, os resultados obtidos foram limitados. Medidas pontuais, como a publicação do **“Protocolo de Regulação e Urgência e Emergência Materno-Infantil do Estado do Ceará”**, revelaram-se **meramente paliativas**, incapazes de resolver ou sequer reduzir de forma significativa o quadro de superlotação persistente nas maternidades terciárias da capital.

Com efeito, têm chegado, de forma recorrente, ao conhecimento dos Órgãos Ministeriais e da Defensoria Pública da União, relatórios encaminhados pela **Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC (doc. 08)**, noticiando **superlotação de suas unidades neonatais**, com excedente de recém-nascidos internados, inclusive casos de pacientes que permanecem à espera de vaga em leito de UTI, situação que expõe a gravíssimo risco a vida e a saúde desses bebês.

As graves deficiências de estrutura e superlotação nas maternidades terciárias de Fortaleza não se tratam de alegações abstratas, mas estão documentadas em recentes **relatórios de vistoria do CREMEC**, que atestam de forma inequívoca a inadequação da assistência prestada (**docs. 09 e 10**) .

No **Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC)**, vistoriado em setembro de 2025, foi constatada **taxa de ocupação alarmante nas unidades neonatais**, chegando a **402,25% na UTIN em julho e 398,06% em agosto**, e de **172,26% na UCINCo**. Durante a inspeção, a UTIN 1, com capacidade para 10 leitos, abrigava **13 pacientes**, enquanto a UTIN 2, também com 10 leitos, estava com **20 internados**. A UCINCo 1, com 12 leitos, encontrava-se com **15 pacientes**, e a UCINCo 2, com 24 leitos, recebia **26 recém-nascidos**. Essa situação de colapso assistencial implica alto risco de óbitos e infecções, além de impedir a adequada rotatividade de leitos. (**doc. 09**)

No **Hospital Geral de Fortaleza (HGF)**, vistoriado na mesma época, verificou-se cenário igualmente crítico: a **UTIN, com 20 leitos, estava ocupada por 24 pacientes (146,8% de taxa de ocupação em agosto)**, enquanto a **UCINCo, com 20 leitos, estava com 25 pacientes (111,3% em agosto)**. No centro obstétrico, originalmente estruturado para 8 leitos, a necessidade levou à duplicação e posterior improvisação de salas, resultando em **12 leitos de pré-parto e, ainda assim, pacientes internadas em corredores**, sem banheiro, sem privacidade e sem sigilo médico. No momento da fiscalização, havia **23 pacientes no centro obstétrico, das quais 11 no corredor**. Situação semelhante foi registrada na emergência, que também mantinha gestantes em corredores superlotados(**doc. 10**).

Ambos os relatórios concluem que as condições atuais **não garantem a segurança da assistência, a privacidade das pacientes, nem o sigilo do ato médico**, caracterizando **grave inadequação estrutural e funcional, além de violação dos direitos das mulheres**. Destacam, ainda, como problema central a **falta de integração entre as centrais de regulação do Estado e do Município de Fortaleza**, o que agrava a permanência de pacientes em unidades terciárias superlotadas, sem fluxos de transferência eficazes

Paralelamente, o **fechamento de leitos em maternidades de Fortaleza**, ainda que temporário e motivado por reformas, tem ocorrido **sem planejamento adequado ou comunicação prévia aos demais atores da rede assistencial**, o que gera impacto imediato e severo sobre a já sobrecarregada rede terciária, sem que sejam implementadas medidas compensatórias capazes de mitigar tal cenário.

Diante da **persistência e agravamento do problema**, **Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal e Defensoria Pública da União** unem esforços para buscar uma **solução estrutural e definitiva**, a ser delineada nos itens seguintes, com a devida atribuição de responsabilidades a cada ente federativo.

Antes, contudo, mostra-se imprescindível tecer considerações sobre a **Rede Alyne**, política nacional recentemente instituída, a fim de demonstrar o **interesse de agir** dos autores, condição de procedibilidade da presente demanda coletiva.

IV – DA REDE ALYNE: NOVA POLÍTICA NACIONAL INFANTO MATERNA

De 2011 a 2023, a política nacional de atenção materno-infantil esteve estruturada na Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/2011 do Ministério da Saúde. Essa política tinha por finalidade assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. Sua vigência perdurou até janeiro de 2023.

Em janeiro de 2024, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Alyne, por meio da Portaria GM/MS nº 5.350/2024 (**doc.11**), atualizando e ampliando os princípios da Rede Cegonha, ao incorporar novos componentes assistenciais, logísticos, financeiros e tecnológicos. No Estado do Ceará, a implementação da **Rede Alyne foi aprovada pela Resolução CIB/CE nº 232/2025**, com vigência de 2025 a 2027 (**doc. 12**).

Para viabilizar sua execução, foi elaborado o Plano Estadual da Rede Alyne, fruto de pactuação entre o Estado do Ceará e o Ministério da Saúde, com o objetivo de reorganizar a Rede de Atenção Materno-Infantil no Estado. O plano contempla os componentes de Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, além de prever a estruturação do

Sistema Logístico, Sistema de Apoio e Sistema de Governança. Aprovado em 23 de maio de 2025, o plano passou a vigorar para o triênio 2025–2027. (doc. 13).

Na apresentação institucional da Rede Alyne, realizada no Comitê Técnico e na CIB/CE, foi evidenciada a magnitude do desafio: somente em 2022, registraram-se 116 óbitos maternos e 2.152 óbitos infantis no Ceará. A taxa de mortalidade materna alcançou 67,1 por 100 mil nascidos vivos, e a taxa de mortalidade neonatal precoce chegou a 9,3 por mil nascidos vivos. Ressaltou-se, ainda, que entre 2022 e 2023, 67% das gestantes que realizaram parto em Fortaleza eram residentes de outros municípios, o que demonstra a sobrecarga da rede terciária da capital e reforça a necessidade de regionalização e reorganização da assistência. (doc. 14)

O Plano Estadual da Rede Alyne estabelece como objetivos centrais:

- **Qualificar a atenção às gestantes, puérperas e recém-nascidos;**
- **Reduzir a morbimortalidade materna e infantil;**
 - **Assegurar a regionalização da assistência obstétrica e neonatal de forma equânime;**
 - **Ampliar a oferta de leitos obstétricos de alto risco, UTIs neonatais e maternas;**
 - **Organizar fluxos eficientes de regulação, transporte e retaguarda assistencial.**

O documento reconhece, expressamente, os vazios assistenciais existentes nas macrorregiões, tanto na obstetrícia quanto na rede neonatal, e propõe ações voltadas a reduzir a mortalidade materna e infantil e expandir os serviços de saúde em todo o Estado.

Se integralmente executado, o Plano Estadual da Rede Alyne representará uma verdadeira transformação na assistência materno-infantil no Ceará. Contudo, para que seus objetivos se concretizem, faz-se indispensável a elaboração de um planejamento detalhado e a implementação de ações coordenadas e sincronizadas entre os entes federativos, tal como previsto no próprio plano.

O grande problema é que, até a presente data, não houve definição de prioridades e nem cronograma de execução, o que compromete gravemente a sua efetividade, principalmente porque o problema de superlotação nas maternidades terciárias, que o plano pretende mitigar, não é novo e continua a se agravar, afetando diretamente a assistência materno-infantil no Estado do Ceará.

Assim, os autores da presente ação não pleiteiam medidas distintas daquelas já previstas no **Plano Estadual da Rede Alyne**, mas sim a sua **efetiva execução**, com a devida **definição de prioridades e cronogramas vinculantes**, de modo a assegurar que a grave **superlotação das**

maternidades terciárias de Fortaleza seja enfrentada no menor espaço de tempo possível. Não há, portanto, que se falar em ativismo judicial, mas em cumprimento do programa traçado, desde a constituição até os atos infralegais. O ativismo, no presente caso, é do ordenamento.

Para tanto, é imprescindível que ocorra, sem demoras, **ampliação dos leitos obstétricos de alto risco e das UTIs Neonatais (UTINs), UCINCOS e UCINCAS**, unidades capazes de oferecer maior nível de cuidado a recém-nascidos em estado crítico, garantindo, assim, **melhores desfechos maternos e neonatais**.

A preocupação dos autores é legítima, pois nos últimos cinco anos, a rede materno-infantil do Ceará vem sofrendo sucessivos abalos em razão do **fechamento temporário ou definitivo de leitos de risco habitual**, seja por reformas estruturais, seja por problemas de gestão e/ou **insuficiência de equipes multiprofissionais**.

Para exemplificar a gravidade do cenário, destacam-se os seguintes casos:

1) **Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Conceição** – referência em obstetria, neonatologia e clínica médica, com emergência obstétrica porta aberta. Foi fechado no início de 2025 para reforma, resultando na perda temporária de **66 leitos hospitalares** (32 de clínica médica, 22 de alojamento conjunto, 10 de UCINCo e 2 de indução), sem previsão de reabertura;

2) **Hospital Gonzaguinha de Messejana** – Em 2021, possuía 14 leitos de pré-parto, 11 leitos de Unidade de Cuidados Intermediário (UCIN), 78 leitos de alojamento conjunto, 06 UTIN (uti infantil), 10 UCINCo E 04 UCINCa. Permaneceu fechado por **dois anos** em reforma, tendo sido reaberto apenas no final de 2024, ainda com **diversas deficiências assistenciais**. **Último relatório apresentado pela fiscalização do CREMEC, apontou que, em 2025, estava funcionando com apenas 08 leitos de pré-parto, 30 alojamentos conjunto (a previsão era de 60), 0 UTIN, 10 UCINCo e 0 UCINCa, o que é um contrassenso, pois, ao tempo em que melhorou a parte estrutural do Hospital, reduziu sua capacidade assistencial**. Destaca-se que a própria SMS havia comunicado ao MPCE que após a reforma teria 10 UTIN, 15 UCINCo, 04 UCINCa, 66 alojamentos, conforme tabela abaixo e documento anexado (doc. 15):

Comparativo - Antes e Depois da Reforma - Gonzaguinha Messejana					
2022		Prometido Após Reforma	2025 - Reabertura		Déficit
Equipamento	Quantidade	Quantidade	Equipamento	Quantidade	Quantitativo deficitário
Leitos PPP	14	–	Leitos PPP	08 (1 sem funcionar)	07
Leitos Alojamento Conjunto	54	66	Leitos Alojamento Conjunto	30	36
UTIN	06	10	UTIN	0	10
UCINCo	11	15	UCINCo	10	05
UCINCa	03	04	UCINCa	0	04
Partos Cesárias Mensais	125	–	Partos Cesárias Mensais	108	Redução de aproximadamente 14%

3) **Hospital e Maternidade Zilda Arns (Hospital da Mulher)** – enfrenta grave **carência de equipe de enfermagem** e encontra-se em reforma, o que levou à **desativação de diversos leitos de maternidade, UTIN e UCINCo**, sobrecarregando ainda mais as demais unidades da rede;

4) **Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – HMJMA** – integrante da rede obstétrica e neonatal estadual, realizou, em 2024, **396 partos normais, 1.250 cesáreas** e diversos outros procedimentos relacionados a complicações puerperais e gestacionais. Contudo, foi recentemente **transferido para a Polícia Militar**, com a posterior transferência ao Hospital Geral Dr. César Cals – HGCC de 28 (vinte e oito) leitos, sendo 18 (dezoito) leitos em alojamento conjunto para Obstetrícia, 08 (oito) leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional para Neonatologia e 02 leitos de pediatria.

Cumprе destacar que, embora alguns desses leitos desativados fossem de **risco habitual**, a **дificuldade de acesso a esse nível de assistência** leva muitas gestantes a procurarem diretamente as maternidades terciárias, que deveriam estar voltadas prioritariamente às gestações de alto risco, já que funcionam em regime de **porta aberta** e como unidades de referência.

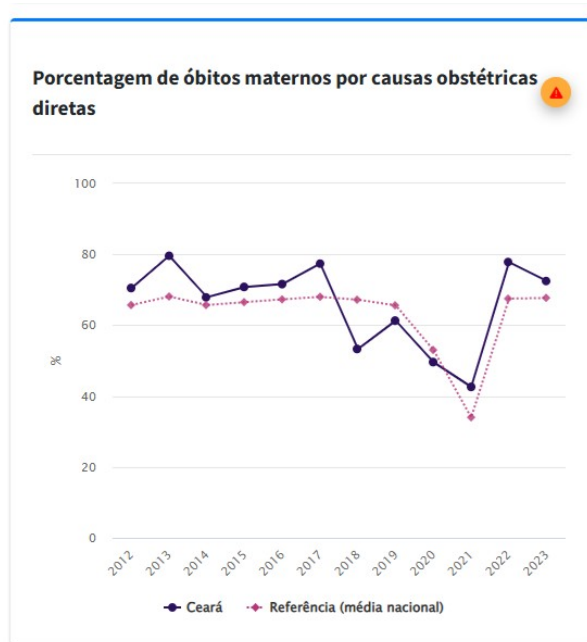
Uma vez admitida a gestante nesses serviços, a **regulação para maternidades de nível secundário** torna-se, na prática, quase impossível, seja pela **morosidade do sistema regulatório**, seja pela **proximidade do parto**, o que inviabiliza a transferência em tempo oportuno. Esse fluxo desorganizado resulta em **superlotação persistente** nos leitos da MEAC, HGCC e HGF, comprometendo gravemente a qualidade e a segurança da assistência no momento mais crítico: o parto.

Por outro lado, os **acréscimos de leitos realizados no período restringiram-se a leitos de risco habitual**, sem gerar impacto significativo na **demanda por leitos de alto risco** nem na oferta

de UTIs Neonatais (UTINs). Dessa forma, as **maternidades terciárias permanecem operando sistematicamente acima de sua capacidade instalada**, sem qualquer alívio efetivo à rede de alta complexidade.

Para que Vossa Excelência tenha a exata dimensão do impacto dessa realidade nos **óbitos maternos** — definidos como aqueles ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez —, cumpre destacar dados do **Observatório Obstétrico Brasileiro** (<https://observatorioobstetricobr.org/>), referentes ao período de 2012 a 2023. Constatou-se que, no Ceará, a proporção de **óbitos maternos por causas obstétricas diretas** alcançou **72,5%**, índice **5,3 pontos percentuais acima da média nacional que é de 67,7%**.

Esse dado revela, de forma contundente, a **necessidade urgente de melhoria das condições assistenciais no momento do parto**, a fim de reduzir óbitos evitáveis e assegurar proteção integral à saúde materna e neonatal⁵.



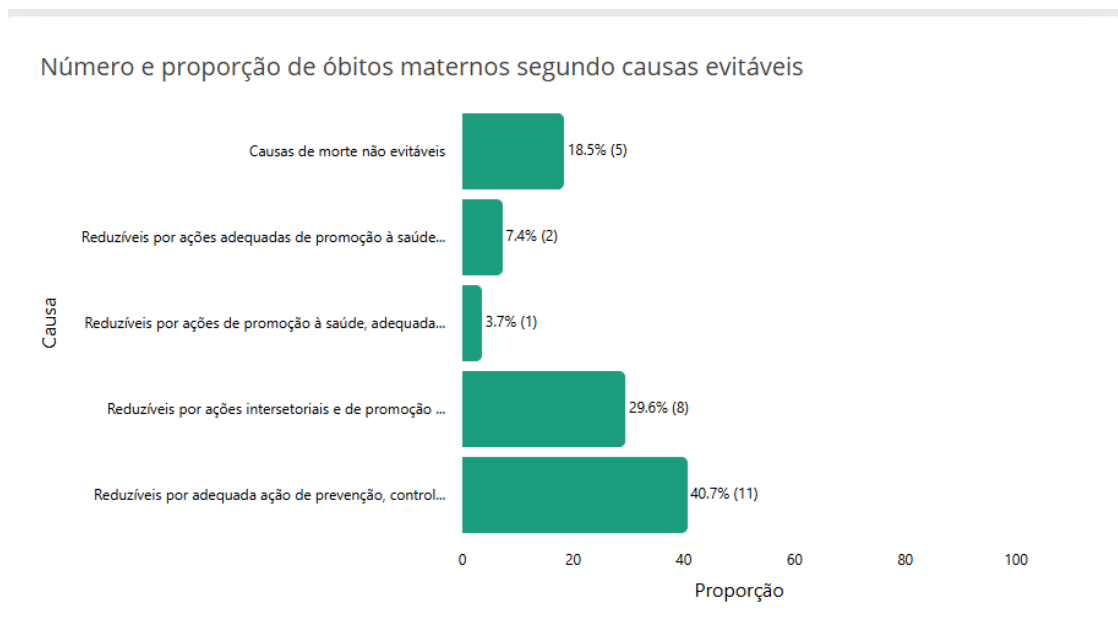
Os **dados de mortalidade materna** configuram um dos mais relevantes **indicadores de saúde pública**, pois permitem avaliar tanto a **qualidade da atenção prestada à saúde da mulher** quanto a **cobertura e a efetividade dos serviços de saúde** disponíveis. Esse indicador é essencial para subsidiar os gestores na formulação e adoção de **medidas corretivas e políticas públicas direcionadas** à redução de óbitos evitáveis.

A **Razão de Mortalidade Materna (RMM)** corresponde ao número de **óbitos maternos obstétricos diretos, indiretos ou não especificados**, ocorridos durante a gestação ou até 42 dias após

⁵Fonte: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/indicadores-obstetricos>

o seu término, **em relação ao total de nascidos vivos**, em determinado espaço geográfico e período, sendo expressa por **100.000 nascidos vivos**.

Verifica-se pelos dados da vigilância em saúde, divulgados no IntegraSus do estado do Ceará que 40,7% desses óbitos, ocorridos de 2011 a 2024, ocorreram por falta adequada de prevenção, controle e atenção as causadas da morte materna, conforme se verifica no quadro a seguir⁶:



Já no ano de 2023, segundo dados da vigilância em saúde da SESA, o Ceará teve 83 mortes maternas, 1.112 óbitos fetais e 798 neonatais (de 0 a 27 dias).

Quadro 17. Número de óbitos maternos, neonatais e fetais por Região de Saúde. Ceará, 2023.

Regiões de Saúde	Nº de óbitos Maternos	Nº de óbitos Neonatais (0 a 27 dias)	Nº de óbitos Fetais
Fortaleza	35	411	551
Cariri	20	128	185
Sobral	15	149	225
Litoral Leste/ Jaguaribe	8	41	71
Sertão Central	5	69	80
Ceará	83	798	1.112

Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/SIM/GT Vigilância do Óbito.

⁶Fonte: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/#/indicadores/indicadores-vigilancia-saude/situacao-epidemiologica/razao-mtl-materna>

O mesmo padrão se repete nos óbitos neonatais, com **411 dos 798 registros**, e nos óbitos fetais, com **551 dos 1.112 casos** documentados, o que evidencia a necessidade urgente de **melhorar a preparação e a qualidade da assistência à gestante** na capital e sua região metropolitana. Em segundo lugar, em gravidade, encontra-se a **Região do Cariri**.

Verifica-se que a análise comparativa das **taxas de mortalidade materna** reforça ainda mais esse cenário crítico: em Fortaleza, o índice passou de **41,6 em 2023 para 65 em 2024**, representando um aumento superior a **20 pontos em apenas um ano**. Tal elevação revela de forma contundente o **agravamento da precariedade da assistência materna** na região, com impacto direto na vida e na saúde das mulheres.

Quadro 19. Taxa de mortalidade de óbitos maternos, Neonatais e Infantis por Região de Saúde, Ceará, 2023 e 2024.

Região de Saúde	Taxa de de óbitos Maternos		Taxa de mortalidade neonatal		Taxa de mortalidade infantil	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Fortaleza	41,60	65,64	8,75	8,00	11,96	11,29
Sobral	63,90	48,10	6,98	7,60	10,50	11,69
Cariri	87,58	62,64	7,88	6,26	11,00	9,85
Sertão Central	67,14	143,33	10,74	6,45	15,31	11,04
Litoral Leste/Jaguaribe	121,70	37,96	8,34	8,54	11,65	12,53
Total	59,42	65,44	8,37	7,56	11,72	11,17

Fonte: Datasus/Sistema de Informação Sobre Mortalidade - SIM/Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC

Vale recordar que, em novembro de 1996, o **Estado do Ceará ganhou projeção nacional em virtude do óbito de 51 recém-nascidos ocorridos na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), em decorrência de surto de infecção hospitalar agravado pela superlotação da unidade**, conforme registros e reportagens amplamente divulgados à época. Situação semelhante voltou a se registrar entre maio e junho de 2002, quando 14 bebês vieram a óbito, também em virtude de novo surto infeccioso na mesma maternidade⁷.

⁷<https://www.estadao.com.br/politica/morre-o-14-bebe-em-maternidade-do-ce/?srsltid=AfmBOopnURFPfnJdYxeOA1WznbCt5I4TiqoqOc69G4K2nSR-y3vs-bWB>

Tais episódios históricos, **de extrema gravidade**, reforçam a necessidade de atuação diligente, contínua e coordenada do Poder Público, voltada à efetiva estruturação da rede materno-infantil, à ampliação da capacidade assistencial, ao fortalecimento das medidas de vigilância sanitária e epidemiológica e à prevenção de óbitos evitáveis, de modo a assegurar às gestantes e aos recém-nascidos condições seguras de atendimento e um início de vida digno e saudável.

Nesse contexto, impõe-se ao Estado o dever jurídico e moral de adotar medidas estruturais imediatas e efetivas, garantindo o pleno funcionamento da rede materno-infantil e o cumprimento das metas estabelecidas no Plano Estadual da Rede Alyne (2025–2027), sob pena de perpetuar o ciclo histórico de omissões que tem comprometido a vida e a saúde de mães e crianças no Ceará.

A **redução da mortalidade materna e infantil** demanda um **esforço conjunto** entre famílias, profissionais de saúde e gestores públicos, mediante a implementação de **políticas governamentais eficazes** capazes de reduzir de forma significativa os óbitos evitáveis e assegurar às crianças um início de vida mais saudável e digno.

Como já mencionado, o **Plano Estadual da Rede Alyne** prevê a criação de diversos equipamentos e serviços, que, se efetivamente implantados em sua totalidade, poderão representar uma **verdadeira transformação na assistência materno-infantil do Ceará**.

Com relação aos equipamentos previstos para a região de Fortaleza, verifica-se que o Plano concentrou praticamente sua **melhoria principalmente no Hospital Universitário do Ceará- HUC, onde previu a criação de 80 (oitenta) leitos clínicos de Risco Habitual, 40 leitos obstétricos de risco habitual, 21 leitos de alto risco, 40 UTIN, 60 UCINCo e 20 UCINCa.(pags 122 ,141 e 146 do Plano Estadual da Rede Alyne)**

Destaca-se que a Unidade já está praticamente pronta, com leitos e equipamentos, inclusive com **sinalização de área destinada à emergência obstétrica**. Havia, inclusive, rumores de que a maternidade do Hospital César Cals seria transferida também para o novo nosocômio, nada obstante tenha sido pactuado, em outra ação civil pública que teve curso na Justiça Federal, a transferência dos serviços de Obstetrícia e Pediatria do Hospital da Polícia Militar do Ceará - HPC para o Hospital Geral Dr. César Cals - HGCC, a ser realizada em outubro de 2025.

Entretanto, para surpresa dos autores da ação, na última visita **técnica realizada pelo MPCE ao HUC (doc. 16.1)**, foi constatado que:

“Indagados sobre quais serviços obstétricos, neonatais e pediátricos que serão de fato mantidos no HUC, foi afirmado que no momento há definição somente da unidade de cardiopediatria do Hospital de Messejana, já mencionado. Em razão da manutenção dos leitos obstétricos/neonatais no HGCC e ampliação dos leitos ortopédicos (total de 60) no HUC, o projeto original que previa o funcionamento da maternidade, com emergência porta aberta, Centro Obstétrico e demais serviços no bloco C relacionados à rede Alyne, foi modificado. Há discussões que aventam a possibilidade de abrir uma “Emergência

Obstétrica Referenciada” de nível terciário, decisão ainda não definida pela SESA e ISGH.”

Destaca-se ainda que não houve nenhum pedido de novas habilitações no tocante ao aumento de UTIN, UNINCo, UNINCa ou leitos de alto risco nas maternidades terciárias existentes em Fortaleza, o que causa bastante preocupação as instituições autoras.

Destarte, o equipamento apontado pelo Estado para trazer melhoria assistencial e desafogar as demais maternidades terciárias da região de Fortaleza, mesmo já pronto em termos estruturais e de equipamentos, não tem previsão de funcionar e nem a certeza de que irá um dia funcionar, pois os leitos inicialmente previstos estão sendo convertidos para outras especialidades.

Aparentemente, o Estado se valeu de acordo firmado em outra ação, que visou exatamente não reduzir a oferta de serviços decorrentes da cessão do Hospital da Polícia Militar do Ceará – HPC para uso exclusivo da classe policial militar, para justificar o inverso, é dizer, a redução dos serviços previstos para o HUC, que têm como objetivo a necessária ampliação da rede.

Vale ressaltar que, na presente ação, os autores concentram-se principalmente na abertura de emergência obstétrica, **expansão dos leitos obstétricos e das UTIs Neonatais (UTINs) e UCINCO**, por se tratar de **necessidade urgente e inadiável na Região de Fortaleza**, frente à **omissão dos réus**, cujas medidas até agora adotadas mostram-se **claramente insuficientes**.

O próprio Plano Estadual da Rede Alyne **quantificou de forma precisa** a necessidade de criação de leitos de alto risco e de UTINs para enfrentar o *déficit* da rede materno-infantil. Todavia, a **efetivação desses objetivos exige planejamento detalhado, cronogramas vinculantes e ações coordenadas e sincronizadas entre os entes federativos**, o que, na prática, **não vem ocorrendo** na proporção e na urgência demandada pela gravidade da situação.

V – DOS LEITOS DE ALTO RISCO E PLANO POR REGIÕES

No que se refere aos **leitos obstétricos**, o Plano Estadual estabeleceu a necessidade de **638 leitos** para a Região de Fortaleza. Atualmente, existem **103 leitos** cadastrados, os quais deverão passar por **processo de qualificação** a fim de atender integralmente aos requisitos da **Rede Alyne**.

Ressalte-se, contudo, que **o número real de leitos disponíveis é superior ao registrado no plano**, uma vez que **não foram computados os leitos da rede municipal de Fortaleza** e que, no caso da **Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC)**, houve **subdimensionamento**, constando apenas **01 leito**, quando na verdade são 80 (oitenta) leitos (**doc. 16.2**).

Quanto aos **novos leitos previstos**, o Plano Estadual indicou, para a Região de Fortaleza: (vide fls. 122 do Plano Estadual da Rede Alyne):

- **100 leitos de Risco Habitual – Clínicos**, sendo **80 no Hospital Universitário do Ceará (HUC)**, **10 na Maternidade de Caucaia** e **10 no município de Amontada** ;
- **40 leitos Obstétricos – Cirúrgicos**, todos a serem implantados no **Hospital Universitário do Ceará**.

Especificamente em relação aos **leitos de Alto Risco**, a previsão foi de **41 novos leitos clínicos**, assim distribuídos: **21 no HUC**, **10 na Maternidade de Caucaia** e **10 em Cascavel**.

Não consta no Plano Estadual da Rede Alyne qualquer previsão de implantação de novos leitos obstétricos cirúrgicos, o que configura grave lacuna assistencial e causa fundada preocupação, diante da expressiva demanda por procedimentos de alta complexidade que exigem suporte cirúrgico especializado.

6.2 Componente Parto e Nascimento

Quadro 38. Pleitos para habilitação de Leitos Obstétricos de Risco Habitual (RH) e Alto Risco (AR) - Clínicos e Cirúrgicos.

Região de Saúde	Município	Estabelecimento - CNES	Necessidade da Região	Gestão	Leitos Obstétricos AR Clínicos e Cirúrgicos (Qualificação para a Rede Alyne)	Leitos Obstétricos RH Clínicos (Habilitação)	Leitos Obstétricos RH Cirúrgicos (Habilitação)	Leitos Obstétricos AR Clínicos (Habilitação)	Leitos Obstétricos AR Cirúrgicos (Habilitação)
Fortaleza	Amontada	Hospital Municipal Dr Rigoberto Romero De Barros - 2427184	638	Municipal	0	10	0	0	0
	Cascavel	Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças - 2514710		Municipal	0	0	0	10	0
	Caucaia	Hospital Maternidade Santa Terezinha - 2562545		Municipal	0	10	0	10	0
	Fortaleza	Hospital Universitário do Ceará (HUC) -		Estadual	0	80	40	21	0

		4963938							
	Fortaleza	Hospital Geral Dr. César Cals - 2499363		Estadual	74	0	0	0	0
	Fortaleza	Hospital Geral de Fortaleza - 2497654		Estadual	28	0	0	0	0
	Fortaleza	Maternidade Escola Assis Chateaubriand - 2481286		Municipal	1	0	0	0	0
Total de Pleitos Região de Fortaleza	-	-	-	-	103	100	40	41	0

Com isso, somando-se todos os pleitos regionais, a Região de Saúde de Fortaleza totaliza a necessidade de qualificação de 103 leitos obstétricos de AR clínicos e cirúrgicos, criação de 100 novos leitos Risco Habitual clínicos, 40 leitos Risco Habitual cirúrgico e 41 leitos obstétricos Alto Risco clínicos, nos moldes das diretrizes da Rede Alyne.

Na região de saúde do Cariri, segunda região com maiores indicadores de óbitos maternos, óbitos fetais e neonatais do Estado, o plano identificou como necessidade da região 202 leitos, sendo que 10 já existem e estão pendentes de qualificação. Como novos, foram previstos a criação de 47 leitos de Alto risco clínico, sendo 16 em Barbalha, 06 em Brejo Santo, 15 no Crato e 10 no Iguatu.

	Barbalha	Hospital São Vicente de Paulo - 2564211		Municipal	10	0	0	16	0
Cariri	Brejo Santo	Instituto Madre Teresa de Apolo à Vida (IMTAVI)- 2480646	202	Municipal	0	0	0	6	0
	Crato	Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - 2415488		Municipal	0	0	0	15	0
	Iguatu	Hospital Regional de Iguatu - 2675560		Municipal	0	0	0	10	0
Total de Pleitos Região de Cariri	-	-	-	-	10	0	0	47	0

O Plano Estadual prevê, também, para as demais regiões de saúde, a criação de :

- 87 novos leitos clínicos de alto risco na Região de Sobral;
- 20 novos leitos clínicos de alto risco na Região do Litoral Leste;
- 121 leitos clínicos;
- 40 leitos cirúrgicos de risco habitual na Região do Sertão Central;
- além de 220 novos leitos clínicos de alto risco distribuídos em outras regiões do Estado.

VI – DAS UTINS – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN).

No que se refere à criação de vagas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o Plano Estadual identificou a necessidade de **115 leitos** na Região de Saúde de Fortaleza. Constatou-se, ainda, a necessidade de **qualificação de 123 leitos já existentes**, a fim de que atendam integralmente aos requisitos da Rede Alyne, bem como a **implantação de 60 novos leitos de UTIN tipo II**, dos quais **40 no município de Fortaleza (Hospital Universitário do Ceará)**, **10 em Itapipoca** e **10 em Maracanaú**, conforme detalhamento apresentado no quadro a seguir:

Quadro 41. Pleitos para habilitação para UTIN.

Região de Saúde	Município	Gestão	Estabelecimento - CNES	Necessidade Leitos UTIN (Região)	Leitos UTIN Tipo II (Habilitação)	Leitos UTIN Tipo II (Qualificação para a Rede Alyne)	Leitos UTIN Tipo III (Habilitação)	Leitos UTIN Tipo III (Qualificação para a Rede Alyne)
Fortaleza	Cascavel	Municipal	Hospital Maternidade Nossa Senhora das Graças - 2514710	115	0	0	0	0
	Caucaia	Municipal	Hospital Maternidade Santa Terezinha - 2562545		0	0	0	0
	Fortaleza	Estadual	Hospital Geral de Fortaleza - 2497654		0	32	0	0
	Fortaleza	Estadual	Hospital Infantil Albert Sabin - 2563681		0	12	0	0
	Fortaleza	Municipal	Hospital Municipal Dra. Zilda Arns Neumann - 7047428		0	10	0	0
	Fortaleza	Estadual	Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara - 2785900		0	8	0	0
	Fortaleza	Municipal	Maternidade Escola Assis Chateaubriand - 2481286		0	21	0	0
	Fortaleza	Municipal	Hospital Distrital Gonzaga Mota - Messejana		0	10	0	0

	Fortaleza	Municipal	Hospital Cura Dars - 2611686		0	10	0	0
	Fortaleza	Estadual	Hospital Geral Dr. César Cals - 2499363		0	20	0	0
	Fortaleza	Municipal	Hospital Municipal Zilda Arns Neumann - 7047428		0	0	0	0
	Fortaleza	Municipal	Hospital Distrital Gonzaga Mota José WALTER - 2529068		0	0	0	0
	Fortaleza	Estadual	Hospital Universitário do Ceará (HUC) - 4963938		40	0	0	0
	Itapipoca	Municipal	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo - 2552086		10	0	0	0
	Maracanaú	Municipal	Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - 2806215		10	0	0	0
Total de Pleitos Região de Fortaleza	-	-	-	-	60	123	0	0

Na Região do Cariri, o Plano Estadual estabeleceu a necessidade de qualificação de 38 leitos já existentes, bem como a criação de 30 novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Tipo II e 30 leitos do Tipo III, estes últimos condicionados à prévia alteração da tipologia junto aos órgãos competentes. Os pleitos abrangem os municípios de Barbalha, Brejo Santo, Crato, Icó, Iguatu e Juazeiro do Norte.

Quadro 41. Pleitos para habilitação para UTIN.

Região de Saúde	Município	Gestão	Estabelecimento - CNES	Necessidade Leitos UTIN (Região)	Leitos UTIN Tipo II (Habilitação)	Leitos UTIN Tipo II (Qualificação para a Rede Alyne)	Leitos UTIN Tipo III (Habilitação)	Leitos UTIN Tipo III (Qualificação para a Rede Alyne)
Cariri	Barbalha	Municipal	Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - 2564211	37	0	20	20 (Mudança de Tipologia)	0
	Brejo Santo	Municipal	Instituto Madre Teresa de Apoio à Vida (IMTAVI) - 2480646		10	0	0	0
	Crato	Municipal	Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - 2415488		10	10	10 (Mudança de Tipologia)	0
	Icó	Municipal	Hospital Regional Deputado Oriel Guimarães Nunes - 2611309		0	0	0	0
	Iguatu	Municipal	Hospital Regional de Iguatu - 2675560		10	0	0	0
	Juazeiro do Norte	Municipal	Hospital Maternidade São Lucas - 2562499		0	8	0	0
Total de Pleitos Região do Cariri	-	-	-	-	30	38	30	0

Nas demais regiões de Saúde, estão previstos 20 novos leitos de UTIN tipo II para região de Sobral, 10 para Região do Leste/Jaguaribe e 19 para região Sertão Central.

VII – DAS AÇÕES PARA EXECUÇÃO DO PLANO

Como já mencionado anteriormente, o **Plano Estadual da Rede Alyne** está previsto para vigorar entre os anos de **2025–2027**.

Considerando a **gravidade da situação** e a **urgência** que a matéria requer, os autores encaminham o ofício à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), requisitando informações detalhadas sobre as providências adotadas para a efetiva implementação do plano, bem como sobre os prazos e o cronograma de execução das ações previstas .

Em resposta (**Doc. 17**), a SESA informou que, além da **organização dos planos e comissões nas cinco Regiões de Saúde**, encontrava-se em andamento a **qualificação das equipes já existentes**. Quanto à **implantação de novos serviços**, afirmou que **aguardava a habilitação junto ao Ministério da Saúde**, apresentando, inclusive, a **lista dos serviços para os quais já havia solicitado habilitação**.

Entretanto, **causou perplexidade institucional o fato de não constar, entre os pedidos apresentados, qualquer solicitação de habilitação de novos leitos para a Região de Fortaleza, inclusive no tocante às Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) — apesar da demanda reconhecidamente urgente e da existência de estrutura física já concluída e equipada no Hospital Universitário do Ceará (HUC), que sequer foi incluído na relação encaminhada pela SESA.**

A seguir, apresenta-se *print* da resposta oficial encaminhada pela SESA, para fins de comprovação.(**doc. 17**)

Dentre as ações Estaduais e Regionais já realizadas, destaca-se:

- Instituição do Grupo Condutor Estadual por meio da Resolução CIB Nº 40/2025, de **27 de janeiro de 2025**, com representação tripartite (conforme detalhado na referida Resolução), bem como representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e instituições de referência. O Grupo Condutor está organizado em Coordenação Geral, Coordenação Técnica e Representação Institucional. Do mesmo modo, cada região de saúde instituiu o Grupo Condutor Regional da Rede Alyne, conforme Resoluções das Comissões Intergestores Regionais, abaixo especificadas:
 - Região de Saúde de Fortaleza: CIR nº 07/2025;
 - Região de Saúde do Norte (Sobral): CIR nº 01/2025;
 - Região de Saúde do Sul (Cariri): CIR nº 17/2025;
 - Região de Saúde do Leste/Jaguaribe: CIR nº 02/2025;
 - Região de Saúde do Sertão Central: CIR nº 07/2025.
- Elaboração e Aprovação dos Planos de Ação Regionais da Rede Alyne através das Resoluções das Comissões Intergestores Regionais (CIR) abaixo especificadas:
 - Região de Saúde de Fortaleza: CIR nº 02/2025;
 - Região de Saúde do Norte (Sobral): CIR nº 03/2025;
 - Região de Saúde do Sul (Cariri): CIR nº 06/2025;
 - Região de Saúde do Leste/Jaguaribe: CIR nº 05/2025;
 - Região de Saúde do Sertão Central: CIR nº 07/2025.

Além das ações específicas da Rede Alyne, a Secretaria da Saúde do Estado vem executando estratégias com vista a redução da mortalidade materna, infantil e fetal em todo o território

Com

relação aos pedidos de habilitação, junto ao Ministério da Saúde, enumerou os seguintes serviços:

4. No que tange ao cronograma de execução das ações em relação a habilitação de leitos e serviços, é importante destacar que esta etapa passa por trâmites que impossibilitam o estabelecimento de datas, visto que não depende apenas da esfera estadual para execução, conforme descrito abaixo:

- Inicialmente o serviço/município que está pleiteando habilitação envia os documentos e Ofício de solicitação;
- Após a solicitação é realizada uma Visita Técnica para análise do cumprimento dos requisitos mínimos propostos pelo Ministério da Saúde, bem como análise técnica da Vigilância Sanitária. As visitas são realizadas por equipe técnica vinculada à Secretaria da Saúde do Estado que encaminham através de plataforma online (Suíte) ao nível central os relatórios e documentos disponibilizados pelos municípios/serviços para seguimento do processo;
- Após o recebimento, os relatórios e documentos são analisados pela Coordenadoria de Atenção Especializada e das Redes de Atenção à Saúde (CORAS/SEADE/SESA), através da Célula de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Na maioria das vezes, é necessário solicitar aos

municípios/serviços a inserção de documentos faltantes e/ou complementares para que se atenda às exigências das Portarias vigentes;

- Após correção e/ou parecer técnico favorável da referida coordenadoria, é inserido o impacto financeiro da habilitação no processo, com posterior solicitação de pauta em CIB para apreciação do pleito;
- Após aprovação em CIB, é necessária a inserção da proposta no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), do Ministério da Saúde, para devida apreciação do referido órgão. Os pleitos de serviços estaduais são inseridos na plataforma pelo nível central. Já para serviços municipais, as propostas são inseridas pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- Nos casos em que o Ministério da Saúde aponta diligências, estas devem ser respondidas e reenviadas à plataforma. Em caso de aprovação da proposta, ainda é necessário aguardar previsão orçamentária do Ministério da Saúde, com referida publicação de Portaria para, assim, o serviço ser habilitado e receber o referido recurso.

5. Para dar a devida celeridade a implementação e fortalecimento da Rede Alyne no Estado do Ceará, esta Coordenadoria encaminhou às Regiões de Saúde a documentação necessária para os estabelecimentos solicitarem seus respectivos pleitos conforme o Memo 008/2025 (Em Anexo). Até o momento, todos os processos encaminhados ao nível central tiveram análise técnica realizada, não existindo nenhum processo em atraso e/ou em fila. Abaixo, segue a lista dos pleitos já solicitados que tiveram aprovação e Resolução CIB, bem como inserção no SAIPS, aguardando análise do Ministério da Saúde:

- Resolução CIB nº 43/2025: 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN Tipo II), 16 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 04 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) para o Hospital Regional do Sertão Central (HRSC);

- Resolução CIB nº 208/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 01 Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) para o Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - Crato;
- Resolução CIB nº 209/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 01 Ambulatório de Seguimento (A-SEG) para o Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - Crato;
- Resolução CIB nº 210/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN Tipo II) para o Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - Crato;
- Resolução CIB nº 211/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 05 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Barbalha;
- Resolução CIB nº 212/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Barbalha;
- Resolução CIB nº 213/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 01 Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR) para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Barbalha;
- Resolução CIB nº 214/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação 05 leitos PPP de Centro de Parto Normal Intra-Hospitalar (Tipo II) para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Barbalha;
- Resolução CIB nº 215/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação 16 leitos Obstétricos de Gestação de Alto Risco para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Barbalha;
- Resolução CIB nº 216/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação de 01 Ambulatório de Seguimento (A-SEG) para o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - Barbalha;
- Resolução CIB nº 217/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação 06 leitos Obstétricos de Gestação de Alto Risco para o Hospital IMTAVI - Brejo Santo;

- Resolução CIB nº 218/2025 de 25 de abril de 2025: Habilitação 15 leitos Obstétricos de Gestação de Alto Risco para o Hospital e Maternidade São Francisco de Assis - Crato.

Ressalta-se que as Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Ceará citadas neste parecer encontram-se disponíveis no endereço eletrônico (<https://www.saude.ce.gov.br/download/resolucoes-cib-2025/>).

6. Ademais, encaminhe-se à SEADE para conhecimento e providências cabíveis, ficando esta Coordenadoria disponível para demais esclarecimentos.

ÁLEF LUCAS DANTAS DE ARAÚJO SILVA

Assessor Técnico da Célula de Atenção à Saúde Materno-Infantil

CEMAI/CORAS

RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE

Coordenadora de Atenção Especializada e das Redes de Atenção à Saúde

CORAS/SEADE/SESA

SUITE

Documento assinado eletronicamente por: **RIANNA NARGILLA SILVA NOBRE**, em 11/07/2025, às 17:36 (horário local do Estado do Ceará), conforme disposto no Decreto Estadual nº 34.097, de 8 de junho de 2021.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://suite.ce.gov.br/validar-documento>, informando o código **A247-2C91-C9C6-19A8**.

Verifica-se, assim, que dos **12 pedidos de habilitação encaminhados pela SESA ao Ministério da Saúde, 11 referem-se à Região do Cariri e 01 à Região do Sertão Central, não havendo nenhuma solicitação para a Região de Fortaleza.**

Embora a SESA mencione que fez **capacitação de profissionais, além de estímulo para que os municípios pleiteiem habilitação de novos serviços**, a própria SESA **não adotou medidas concretas voltadas à ampliação de vagas na capital**, justamente onde, **segundo o próprio planejamento estadual**, deveria ser implantada **a maior parte dos novos leitos**, notadamente no **Hospital Universitário do Ceará (HUC)**, unidade sob sua gestão.

Além disso, tanto a SESA como o Ministério da Saúde, no papel de coordenadores da Política de Saúde, tem sido omissos com o fechamento reiterado de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa no município, prejudicando sobremaneira a capacidade assistencial neo-materna do Estado, já que Fortaleza ainda concentra todas as maternidades terciárias, sem articularem medidas concretas e eficazes para resolverem a crise de superlotação das maternidades, banalizando situação de extremo risco para as gestantes e os bebês mais vulneráveis.

VII.1 – HUC/UECE – ESTRUTURA PRONTA PARA OPERAÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL (RISCO DE DESVIO DE FINALIDADE)

A gravidade da omissão estatal se evidencia quando se observa, no **Relatório de Visita Institucional ao HUC de 03/09/2025 (Doc. 16.1)**, que **grande parte do Bloco C deste nosocômio encontra-se praticamente finalizada e equipada para a rede neonatal e obstétrica, porém sem funcionamento**. O relatório oficial do Ministério Público registra que:

“O térreo do Bloco C já possui **Emergência Obstétrica totalmente pronta**, com **11 salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto)**, **6 salas de centro cirúrgico obstétrico (CCO) para cesarianas**, sala de estabilização, sala de observação, área de acolhimento e **16 leitos de alojamento conjunto**, tudo estruturado para acolher partos de alto risco e operar 24 horas como maternidade de alto risco e porta aberta. A única pendência é a decisão administrativa para abertura, pois a proposta em discussão é limitar a uma “Emergência Obstétrica Referenciada, sem definição final;

O **3º andar do Bloco C** conta com **40 leitos de UTI Neonatal (UTIN)**, sendo que **20 permanecem sem qualquer definição de perfil**, bem como **20 leitos de Unidade e Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo)** igualmente montados e sem destinação formal. Há ainda **6 salas cirúrgicas no Centro Obstétrico** completamente instaladas

O **2º andar** abriga leitos de UTI prontos, e o **6º e 7º andares** possuem **120 leitos de enfermaria**, dos quais 60 foram destinados a ortopedia e **60 permanecem sem definição de uso**, quando poderiam ser utilizados como retaguarda materno-infantil.”

Cumprе destacar que o **perfil do Hospital Universitário do Estado do Ceará (HUC/UECE)** foi previamente definido na **Resolução nº 122/2019 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**, a qual deliberou que a unidade deveria atuar prioritariamente como **hospital materno-infantil terciário**, com serviços voltados à obstetrícia e neonatologia, em consonância com a Rede Cegonha e com o então planejamento estadual da Rede Alyne (**doc. 18**)

A construção do hospital foi viabilizada por meio de **financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)**, com clara destinação para ampliação da rede materno-infantil do Estado.

Todavia, após concluída a obra e equipado o hospital com infraestrutura moderna, o **Estado do Ceará deixou de abrir os serviços obstétricos e neonatais** pactuados e passou a cogitar a **alteração do perfil assistencial do equipamento**, desviando-o da finalidade previamente aprovada em âmbito intergestores e financiada com recursos internacionais.

Não obstante a conclusão de obras e a disponibilidade de equipamentos, a gestão estadual alterou o projeto original — que previa maternidade com porta aberta e expansão de leitos neonatais — optando por manter a assistência obstétrica/neonatal no antigo HGCC (historicamente superlotado) e cogitando destinar parte da capacidade recém-instalada do HUC/UECE a outros perfis. **Isso revela**

risco concreto de desvio de finalidade e de não abertura do serviço na vocação para a qual foi concebido e financiado, em prejuízo às metas do Plano Estadual da Rede Alyne (2025–2027).

Tal conduta configura desvio de finalidade administrativa, além de violar o princípio da confiança legítima e comprometer a efetividade da política pública deliberada na CIB.

O quadro agrava-se diante de manifestações da MEAC/UFC sobre a permanência de recém-nascidos clinicamente estáveis em UTIN/UCIN aguardando retaguarda inexistente, o que compromete o giro de leitos e obsta o acesso a novas urgências(doc. 19). Postergar a abertura do HUC/UECE — estrutura pronta e equipada — perpetua a superlotação da MEAC, HGCC e HGF e eleva o risco clínico materno-infantil. Daí a urgência de tutela jurisdicional determinando a abertura imediata da Emergência Obstétrica ou no menor espaço de tempo possível e a ativação de todos os leitos obstétricos e neonatais concluídos, evitando-se a consolidação de mudança indevida de perfil assistencial e o fechamento tácito dessa capacidade pelos próximos anos.

Com efeito, a crise de superlotação nas maternidades de alta complexidade da capital é persistente e histórica, comprometendo de forma grave a assistência a gestantes e recém-nascidos. Unidades de referência, como **MEAC/UFC, Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC) e Hospital Geral de Fortaleza (HGF)**, vêm operando com taxas de ocupação superiores a 150%, chegando a passar os 400%, evidenciando a necessidade urgente de abertura dos leitos já prontos no HUC.

Diante desse quadro, não restou alternativa aos autores senão ajuizar a presente ação civil pública, **a fim de que o Poder Judiciário determine ao Estado do Ceará a imediata abertura da Emergência Obstétrica do Hospital Universitário do Ceará (HUC), bem como a ativação de todos os leitos de UTIN e UCINCo já concluídos**, em estrita observância ao que foi planejado no Plano Estadual da Rede Alyne e em consonância com o direito fundamental à saúde materno-infantil.

Por outro lado, o Município de Fortaleza também deve ser compelido a **abrir a emergência do Hospital Zilda Arns Neumann**, mantendo todos os atuais leitos existentes, bem como adotar as providências para que o **Gonzaguinha de Messejana funcione em sua plenitude, conforme planejado, reformado e adaptado, pois está apto para tanto, inclusive como relatado no já mencionado Relatório do CREMEC**, as fls. 29/37 deste documento, no item 66.3: “Espaço físico muito bom para UTIN e UCINCA, mas não há previsão de funcionamento, não estando previsto em contrato com a SMS....”, e que sejam adotadas as providências para que todos os leitos de UTIN, UCINCo, UCINCa, e alojamentos já cadastrados no CNES que foram fechados, temporariamente ou definitivamente, sejam reabertos, conforme cronograma a ser apresentado ao juízo. Tudo isso sob a coordenação do Ministério da Saúde.

VIII. DA CARACTERIZAÇÃO DA PRESENTE DEMANDA COMO PROCESSO ESTRUTURAL E SUAS IMPLICAÇÕES

O estudo do processo estruturante teve como precursora a doutrina de OWEN FISS⁸, a respeito da reestruturação de organizações públicas inteiras nos Estados Unidos para conformar suas práticas com os valores constitucionais daquela Nação.

O provimento estrutural tem, ainda, uma faceta bastante peculiar já ressaltada pela doutrina. Conquanto tenha o caráter de ordem dotada de coercibilidade inerente à própria condição de decisão judicial, ele tem a flexibilidade de ser modificado conforme as circunstâncias mutáveis e, ainda, em virtude do ulterior entendimento entre as partes do processo e o julgador⁹.

Um determinado caso em que atuamos na Justiça Federal em Sobral/CE bem ilustra o adequado controle das políticas públicas relacionadas à efetivação dos direitos sociais à saúde. Proposta uma ação civil pública contra o Estado do Ceará, o Município de Sobral/CE e a União postulando a instalação e funcionamento de leitos de unidade de terapia intensiva, fora antecipada a tutela para construção e instalação de leitos de UTIs naquele município. Contudo, em virtude do descumprimento da medida liminar, foi requerido e deferido o bloqueio de numerário da conta estatal destinado à publicidade e, em pó, seu emprego na construção das UTIs, sendo tal encargo supervisionado por uma comissão formada pelo juiz e composta por integrantes das três esferas federativas¹⁰.

No relatado caso da ação que visou a instalação de UTIs, embora o pedido inicial fosse no sentido de instalação de um número certo de leitos para todas as faixas etárias, no meio do processo, a negociação entre as partes previu a instalação gradual dos leitos, priorizando-se o imediato funcionamento das UTIs neonatais e pediátricas, em virtude da prioridade do atendimento do direito à saúde das crianças e adolescentes (art. 227 CF/88).

Outro processo em trâmite na Justiça Federal em Juazeiro do Norte/CE também foi caracterizado como um processo estruturante¹¹. Nesse processo, em virtude do completo colapso dos sistemas de saúde local, em função de uma sistemática má gestão municipal, foi necessário haver uma intervenção judicial, que implicou no afastamento de gestores públicos e a consequente nomeação de

⁸*The civil rights injunction*. Bloomington & London: Indiana University Press, 1978.

⁹ Owen Fiss frisa que o relacionamento do juiz com a entidade supervisionada torna-se ainda mais estreito devido o acompanhamento constante das alterações estruturais e administrativas na organização requerida. (FISS, Owen. M. *The civil rights injunction*. Bloomington & London: Indiana University Press, 1978, p. 28)

¹⁰Ação civil pública nº 0000799-61.2007.4.05.8103, em trâmite atualmente no STF, para exame do recurso de recurso extraordinário manejado pela União, que resultou condenada em primeiro grau.

¹¹Trata-se da ação civil pública nº 00117-31.2015.4.05.8102, que tramitou na 16ª Vara da Subseção Judiciária de Juazeiro do Norte. Partes: MPF x MUNICÍPIO DE JUAZEIRO DO NORTE, ESTADO DO CEARÁ e UNIÃO

um interventor indicado pelo Estado do Ceará (ente ou esfera de atuação do SUS imediatamente superior) para gerir e ordenar despesas em matéria de Saúde, de acordo com planos de ação e trabalho técnicos submetidos ao Judiciário, até que a gestão municipal demonstrasse aptidão, no futuro, para reassumir suas funções.

Esses exemplos caracterizam inequivocamente os processos acima identificados como estruturais. Foi necessária uma atuação judicial de profundidade tal que fosse capaz de reorganizar ou readequar o funcionamento de serviços públicos a fim de observar os valores constitucionais e, no caso específico, assegurar a prestação do direito fundamental à saúde.

Os elementos caracterizadores dos processos estruturantes impõem uma nova forma de ver e pensar a dinâmica do processo civil, e podem ser resumidos nos seguintes:

- a) Separação de poderes não como preceito rígido, mas admissível às interferências recíprocas de um Poder sobre o outro;
- b) atenuação do princípio da demanda a fim de que não haja rigor excessivo da correspondência entre o que se pede e o que se obtém, haja vista as situações complexas das lides estruturais e a própria mutabilidade das situações subjacentes carentes de tutela, e ainda para atenuar os excessivos ônus eventualmente impostos ao devedor da obrigação a fim de não inviabilizar sua condição de prestador de direitos¹²;
- c) processo multipolar no sentido de escapar ao tradicional esquema dualista autor-réu já que, especialmente na temática do controle das políticas públicas, o processo tem de conter e capturar manifestações e interesses de diversos segmentos sociais para além das partes processuais com diferentes perspectivas sobre a questão trazida ao processo, a fim que a decisão judicial seja a mais justa e resolutiva;
- d) presença de uma microinstitucionalidade no sentido de a empreitada judicial buscada pelas decisões estruturais consistir em uma realidade própria voltada ao atendimento dos objetivos almejados pelas decisões, inclusive através de controles e fiscalização parcial desse atendimento pelo próprio juiz ou órgãos delegados, aos quais também poderão ser delegados - se técnicos - planos de ações para resolução das questões. No caso de decisões estruturais voltadas à implementação de políticas públicas, sugere-se que o juiz estipule os objetivos ou fins a serem alcançados, deixando a escolha dos meios à administração pública, logicamente sendo aquele reservado o controle da adequação dos meios¹³. Pode-se citar, quanto soluções passíveis, a redução dos acidentes de trânsito buscada em ação coletiva, na qual o poder público pode construir passarelas sobre rodovias de intenso movimento que cortam aglomerações urbanas ou instalar semáforos para pedestres;
- e) soluções judiciais que extrapolam as decisões binárias no sentido procedência ou improcedência do pedido. Exemplos podem ser hauridos das lides sanitárias nas quais se buscam resolução de problemas na rede hospitalar ou fornecimento de medicamentos mesmo diante do advento da evolução da ciência que comprovem ineficácia de tratamentos ou

¹²ARENHART, Sérgio Cruz; OSNA, Gustavo. *Curso de processo civil coletivo*. São Paulo: RT 2019, p. 143

¹³ARENHART; OSNA. *Curso*, p. 147.

medicamentos concedidos por decisões pretéritas¹⁴. Outros exemplos esclarecedores foram as decisões no âmbito de ação civil pública em trâmite na 1ª Vara do Trabalho de Curitiba para resolução indevida de contratos de terceirização de profissionais de saúde no qual havia o dilema entre seguir a firme observância da lei para rescindir os contratos ou garantir o funcionamento de unidades de saúde que restariam prejudicadas por sua interrupção abrupta. A solução média -ideal na hipótese- foi estabelecer um cronograma de paulatina substituição dos terceirizados por servidores regularmente contratados¹⁵.

Os elementos acima expostos em linhas gerais permitem um aprofundamento maior dos temas a fim de classificarmos o processo em questão e visualizarmos suas repercussões particulares.

No aspecto particular que nos interessa, o reconhecimento de que se trata de um processo estruturante reclama a relativização do princípio da demanda, ou mais precisamente da regra da congruência externa, que expressa na clássica concepção processual a correlação entre o pedido e a decisão judicial, de molde a adaptar ou interpretar o pedido de acordo as transformações do objeto da lide surgidas em seu decurso. Afinal, os processos estruturantes, como visto, são caracterizados pela grande mutabilidade das situações concretas que impõe novas necessidades de tutelas. Nesse sentido, o CPC/15 preconiza a interpretação sistemática do pedido de acordo com os fatos e fundamentos jurídicos, entendidos como uma unidade: pedido mais causa de pedir próxima e remota (art. 322, §2º).

Para além disso, percebe-se uma mudança na própria exegese da apreciação e interpretação de pedidos, pois o CPC/15 afastou inegavelmente a interpretação restritiva contida no art. 293 do CPC revogado. Note-se que, de acordo com a legislação vigente, o pedido, a contestação e a decisão judicial devem ser interpretados de acordo com seu contexto em conformidade com a boa-fé, conclusão que se deduz da análise conjunta dos termos dos art. 322, 341, III, e 493, § 3º, todos do CPC¹⁶.

Considerando que a solução da demanda deve refletir o estado de fato atual, é dizer o momento de seu julgamento, e não apenas o momento de sua propositura (art. 493), e utilizando-se de conceito corrente já sedimentado na doutrina e legislação desde os primeiros institutos processuais - a saber, a tutela possessória -, a questão da adaptabilidade da tutela aos fatos supervenientes é bem delineada e parece não ser um óbice ao deferimento de pedidos posteriores adequados e baseados em circunstâncias atuais.

¹⁴ARENHART; OSNA. *Curso*, p. 150.

¹⁵O exemplo citado consta no artigo *Decisões estruturais no direito processual civil brasileiro*, da lavra de Sérgio Cruz Arenhart, publicado no vol. 225 da Revista de Processo, da Revista dos Tribunais, edição de novembro de 2013, à p. 347. Foi o primeiro artigo brasileiro a tratar originariamente do tema com suas feições integrais e atuais.

¹⁶Por isso mesmo, a doutrina entende que se abriu espaço para uma interpretação sistemática ampliativa, desde que coerente com a causa de pedir e a boa-fé. Por todos, vide: COSTA, Susana Henriques in CABRAL, Antonio do Passo; CRAMER, Ronaldo. *Comentários ao novo Código de Processo Civil*. Rio de Janeiro: Forense, 2015, p. 322 e 511.

Como se sabe, a prestação de tutela possessória tem inata à adaptabilidade do procedimento às necessidades atuais, a fim de prestar adequada. É dizer, o art. 554 do CPC permite a prestação de tutela diversa da postulada (fungibilidade da tutela possessória), tanto no sentido da busca da tutela adequada ao direito, quanto da consideração das circunstâncias fáticas mutáveis durante a tramitação da possessória (convolação da turbação em esbulho). Raciocínio análogo aplica-se à prestação de tutela de urgência, demonstrada através da notória fungibilidade entre as tutelas cautelares e antecipatórias (art. 305, parágrafo único, do CPC).

Isso, por si só, já permitiria uma maior flexibilidade quanto à interpretação do pedido e mesmo quanto ao ajuste da decisão judicial à atualidade dos fatos a fim de conceder medida mais rente à realidade e às necessidades de tutela dos direitos. Essa linha já vinha sendo adotada em alguns julgados do STJ ao sustentar a necessidade de interpretação do conjunto da postulação, mesmo na vigência do CPC revogado¹⁷.

Por isso, a doutrina entende que a estabilização objetiva da lide comporta a adaptabilidade da decisão dos processos estruturais aos fatos novos surgidos durante seu transcurso, em mais um fundamento à exceção da regra da congruência¹⁸.

Note-se que o objetivo da estabilização da demanda é apenas conferir segurança jurídica e evitar o tumulto processual, providência que não é ofuscada pelos escopos do processo estrutural. Por isso mesmo, vozes autorizadas clamam pela aplicação do art. 493 do CPC (que versa sobre a consideração dos fatos supervenientes no processo) mesmo após a fase de saneamento processual ou estabilização processual (art. 329) tendo em vista que a necessidade de efetividade da tutela coletiva traz muito mais benefícios que uma mera busca por segurança jurídica formal¹⁹.

A opção pela estabilidade objetiva após o saneamento do processo denota um pensamento individualista e liberal, não adaptado às novas tendências em que se discutem direitos massificados e demandas de interesse público, que são constantemente mutáveis por sofrerem influxos constantes do meio social, contexto em que o pedido originário já não pode ser suficiente à tutela dos direitos ou interesses, segundo Susana Henriques da Costa²⁰.

Como se depreende facilmente, os conceitos tradicionais do processo civil foram desenhados para lidar com soluções bipolares (entre procedência ou improcedência; entre sim ou não à pretensão), a respeito de relações lineares, que não mudam, via de regra, na constância da demanda.

¹⁷RESP 967.375/RJ, 2ª T, rel. Min. Eliana Calmon, j. 02/09/2010.

¹⁸DIDIER, Fredie; ZANETI, Hermes. *Curso de direito processual civil. Processo coletivo*, vol. 4. Salvador: Juspodivm, p. 415; ARENHART, *Decisões estruturais*, p. 398.

¹⁹DIDER, Fredie; BRAGA, Paula Sarno. *Curso de direito processual civil*. vol. 2, Salvador: Juspodivm, p. 412-413.

²⁰CABRAL; CRAMER, *CPC comentado*, p. 519.

Diversamente, os novos direitos da sociedade massificada, são dotados de controvérsia intrínseca, chamados de litígios coletivos de natureza global, local e de difusão irradiada por uma nova doutrina, exigem uma forma nova de pensar os litígios coletivos porque opõe um feixe de pretensões que, muitas das vezes, não se identificam perfeitamente nas posições estáticas de uma das partes processuais, mas apresentam-se, às vezes, como uma “terceira via”.

Ora, delineados esses fundamentos teóricos essenciais à compreensão das demandas estruturais, passemos a caracterização dessa ação como estruturante.

O processo em questão trata eminentemente de um processo estrutural, detendo todas as características acima descritas na medida em que se postula a correção de toda uma política pública de prestação de serviço de saúde às gestantes e neonatos, a fim de que ela observe as diretrizes previstas pelas normas jurídicas sobre direitos fundamentais e pelos próprios planos de ação incorporados pelo Poder Público em matéria de saúde, mas que encontram obstáculos pela própria omissão administrativa na organização dos serviços e equipamentos de saúde especializados.

Trata-se, inequivocamente, de uma empreitada judicial necessária para readequar o funcionamento de um serviço público fundamental para garantia do atendimento a grupos prioritários da população que carecem de uma política concertada e planejada para reduzir a quantidade de óbitos maternos e de nascituros que aumentou descontroladamente nos últimos anos, conforme já largamente exposto na inicial.

Pelo que se compreende até aqui, pode-se concluir, de plano, que não se trata de uma conduta ou ato isolado a merecer análise e correção judicial, mas de toda uma política continuada que insta ser acompanhada e fiscalizada pelos órgãos de controle e ser escrutinada pelo Judiciário, para fins de garantir efetividade, dentre outros, ao **Plano Estadual da Rede Alyne**, previsto para vigorar entre os anos de **2025–2027, com repercussões em diversos nosocômios**.

Evidentemente, esse constante exame dos seguidos atos praticados que se sucedem só pode ser feita a contento no bojo de um processo estruturante, que contém os predicados necessários para avaliação da política em todas as suas fases.

IX. DO DIREITO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL E DA RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS

O direito à saúde deve ser entendido a partir da sistemática da Constituição Cidadão de 1988, que apregoa:

“Art. 1º. “A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:(...)”

III - a dignidade da pessoa humana;

Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do **direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:**

(...)§ 1º: As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

Art. 6º. São direitos sociais a educação, a **saúde**, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

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

II – cuidar da saúde e assistência pública(...)

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (...).

Art. 196. **A saúde é um 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 de saúde para sua promoção, proteção e recuperação.**

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

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

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

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

III - participação da comunidade. (...)”

Os direitos à vida e à saúde são consequências imediatas da consagração da dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso III, da CF/88).

Quando se trata da atenção materno infantil durante gestação, parto e puerpério, existe uma obrigação de maior densidade, tendo em vista a prioridade garantida pelo art. 227, § 1º, da Constituição Federal, in verbis:

“Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 1º O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, admitida a participação de entidades não governamentais, mediante políticas específicas e obedecendo aos seguintes preceitos:

I – aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil; (...)”

Existem ainda normas internacionais, recepcionadas pelo ordenamento brasileiro com status supralegal que preveem o dever de oferta de serviços básicos de saúde, especificamente em favor de gestantes e recém-nascidos, quais sejam o art. 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos

Sociais e Culturais - PIDESC (promulgado pelo Decreto 591/92); o art. 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança (promulgada pelo Decreto 99710/90) e o art. 12 da Convenção de Eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (promulgada pelo Decreto 4377/2002).

Visando à positivação desses mandamentos constitucionais e internacionais, o legislador estabeleceu preceitos que tutelam e garantem o direito à saúde, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90). Tal norma reafirma, em seu art. 2º, que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Poder Público prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, assegurando acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Mostra-se evidente que o direito público subjetivo à saúde representa consequência indissociável do direito à vida. É uma prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve zelar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular – e implementar – políticas sociais e econômicas que visem garantir aos cidadãos o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar.

A Lei nº 8.080/90, ao tratar da organização do Sistema Único de Saúde – SUS, busca efetivar a distribuição administrativa das competências e responsabilidades de seus vários órgãos integrantes, com o objetivo não apenas de evitar a sobreposição de estruturas, mas, sobretudo, para conferir eficiência, economicidade e agilidade ao sistema.

Por sua vez, a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente (com redação dada pela Lei 13.257/2016, contém disposições que dão concretude à prioridade dos serviços de saúde em obstetrícia e neonatologia ao assegurar a todas as mães, em seu art. 8º, “o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

Prevê ainda, nos parágrafos seguintes, o atendimento pré-natal por profissionais da atenção primária e sua “vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher”, bem como a “alta hospitalar responsável” e “contrarreferência na atenção primária”, além do acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

E ainda com mais especificidade, a Lei 11.634/2017 ainda reforça referido direito prioritário à adequada atenção materno-infantil na rede pública de saúde, ao dispor que toda gestante assistida pelo sistema Único de Saúde - SUS tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à:

I – maternidade na qual será realizado seu parto;

II – maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal.

E ainda, no que interessa à problemática retratada nesta inicial, de acordo com o §1º daquele mesmo dispositivo legal, a vinculação da gestante à maternidade em que se realizará o parto e na qual será atendida nos casos de intercorrência é de responsabilidade do SUS e dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal, sendo que tal maternidade deverá ser comprovadamente apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive em situação de puerpério.

Enfim, conforme art. 2º da mesma lei, o SUS analisará os requerimentos de transferência da gestante em caso de comprovada falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade e cuidará da transferência segura da paciente.

No tocante às normas infralegais, importa citar a Portaria de Consolidação MS nº 01/2017, editada pelo Ministério da Saúde, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde em seus arts. 2º, 3º e 4º, dentre eles:

“toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde(...); o acesso será preferencialmente nos serviços de atenção básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa; (...) toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde; (...) é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento; (...) toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”.

X – DOS PRECEDENTES JURISPRUDENCIAIS SOBRE TUTELA JUDICIAL DE SERVIÇOS ESSENCIAIS DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

É imperioso destacar que a presente ação não trata de pedido de ampliação de política pública em saúde (que tangencia questões de mérito administrativo), mas sim do cumprimento da política que já está efetivamente posta nas leis e ainda em decisão de organismo internacional, não sendo cumprida devido à ineficiência das providências dos entes e da própria articulação entre eles.

Os autores não pleiteiam medidas distintas daquelas já previstas no Plano Estadual da Rede Alyne, mas sim a sua efetiva execução, com a devida definição de prioridades e cronogramas vinculantes, de modo a assegurar que a grave superlotação das maternidades terciárias de Fortaleza seja enfrentada no menor espaço de tempo possível.

Para tanto, é imprescindível que ocorra, sem demoras, ampliação dos leitos obstétricos de alto risco e das UTIs Neonatais (UTINs), UCINCOS e UCINCAS, unidades capazes de oferecer maior nível de cuidado a recém-nascidos em estado crítico, garantindo, assim, melhores desfechos maternos e neonatais.

Nesse sentido, ante a violação desses direitos humanos constitucionalmente e legalmente assegurados, inclusive com base em normas internacionais, incube ao juiz compelir o administrador a observá-los efetivamente, tomando as providências necessárias na sua rede de saúde.

Esse é o entendimento do Superior Tribunal de Justiça, que em voto da lavra do e. Min. Humberto Martins, já decidiu que "a realização dos Direitos Fundamentais não é opção do governante, não é resultado de um juízo discricionário nem pode ser encarada como tema que depende unicamente da vontade política. Aqueles direitos que estão intimamente ligados à dignidade humana não podem ser limitados em razão da escassez quando esta é fruto das escolhas do administrador" (REsp 1.185.474/SC). Transcreve-se a seguir a íntegra da ementa do referido julgado:

ADMINISTRATIVO E CONSTITUCIONAL - ACESSO À CRECHE AOS MENORES DE ZERO A SEIS ANOS - DIREITO SUBJETIVO - RESERVA DO POSSÍVEL - TEORIZAÇÃO E CABIMENTO - IMPOSSIBILIDADE DE ARGÜIÇÃO COMO TESE ABSTRATA DE DEFESA - ESCASSEZ DE RECURSOS COMO O RESULTADO DE UMA DECISÃO POLÍTICA – PRIORIDADE DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS - CONTEÚDO DO MÍNIMO EXISTENCIAL - ESSENCIALIDADE DO DIREITO À EDUCAÇÃO - PRECEDENTES DO STF E STJ.

1. A tese da reserva do possível assenta-se em ideia que, desde os romanos, está incorporada na tradição ocidental, no sentido de que a obrigação impossível não pode ser exigida (*Impossibilium nulla obligatio est* - Celso, D. 50, 17, 185). Por tal motivo, a insuficiência de recursos orçamentários não pode ser considerada uma mera falácia. 2. Todavia, observa-se que a dimensão fática da reserva do possível é questão intrinsecamente vinculada ao problema da escassez. Esta pode ser compreendida como "sinônimo" de desigualdade. Bens escassos são bens que não podem ser usufruídos por todos e, justamente por isso, devem ser distribuídos segundo regras que pressupõem o direito igual ao bem e a impossibilidade do uso igual e simultâneo. 3. Esse estado de escassez, muitas vezes, é resultado de um processo de escolha, de uma decisão. Quando não há recursos suficientes para prover todas as necessidades, **a decisão do administrador de investir em determinada área implica escassez de recursos para outra que não foi contemplada.** A título de exemplo, o gasto com festividades ou propagandas governamentais pode ser traduzido na ausência de dinheiro para a prestação de uma educação de qualidade.

4. **É por esse motivo que, em um primeiro momento, a reserva do possível não pode ser oposta à efetivação dos Direitos Fundamentais, já que, quanto a estes, não cabe ao administrador público preterir-los em suas escolhas.** Nem mesmo a vontade da maioria pode tratar tais direitos como secundários. Isso porque a democracia não se restringe na vontade da maioria. O princípio do majoritário é apenas um instrumento no processo democrático, mas este não se resume àquele. Democracia é, além da vontade da maioria, a realização dos direitos fundamentais. Só haverá democracia real onde houver liberdade de expressão, pluralismo político, acesso à informação, à educação, inviolabilidade da intimidade, o respeito às minorias e às ideias minoritárias etc. Tais valores não podem ser malferidos, ainda que seja a vontade da maioria. Caso contrário, se estará usando da "democracia" para extinguir a Democracia. 5. Com isso, observa-se que a realização dos Direitos Fundamentais não é opção do governante, não é resultado de um juízo discricionário nem pode ser encarada como tema que depende unicamente da vontade política. Aqueles direitos que estão intimamente ligados à dignidade humana não podem ser limitados em razão da escassez quando esta é fruto das escolhas do

administrador. Não é por outra razão que se afirma que a reserva do possível não é oponível à realização do mínimo existencial. 6. O mínimo existencial não se resume ao mínimo vital, ou seja, o mínimo para se viver. O conteúdo daquilo que seja o mínimo existencial abrange também as condições socioculturais, que, para além da questão da mera sobrevivência, asseguram ao indivíduo um mínimo de inserção na "vida" social. 7. Sendo assim, não fica difícil perceber que dentre os direitos considerados prioritários encontra-se o direito à educação. O que distingue o homem dos demais seres vivos não é a sua condição de animal social, mas sim de ser um animal político. É a sua capacidade de relacionar-se com os demais e, através da ação e do discurso, programar a vida em sociedade. 8. A consciência de que é da essência do ser humano, inclusive sendo o seu traço característico, o relacionamento com os demais em um espaço público - onde todos são, in abstracto, iguais, e cuja diferenciação se dá mais em razão da capacidade para a ação e o discurso do que em virtude de atributos biológicos - é que torna a educação um valor ímpar. No espaço público - onde se travam as relações comerciais, profissionais, trabalhistas, bem como onde se exerce a cidadania - a ausência de educação, de conhecimento, em regra, relega o indivíduo a posições subalternas, o torna dependente das forças físicas para continuar a sobreviver e, ainda assim, em condições precárias. 9. Eis a razão pela qual o art. 227 da CF e o art. 4º da Lei n. 8.069/90 dispõem que a educação deve ser tratada pelo Estado com absoluta prioridade. No mesmo sentido, o art. 54 do Estatuto da Criança e do Adolescente prescreve que é dever do Estado assegurar às crianças de zero a seis anos de idade o atendimento em creche e pré-escola. Portanto, o pleito do Ministério Público encontra respaldo legal e jurisprudencial. Precedentes: REsp 511.645/SP, Rel. Min. Herman Benjamin, Segunda Turma, julgado em 18.8.2009, DJe 27.8.2009; RE 410.715 AgR / SP - Rel. Min. Celso de Mello, julgado em 22.11.2005, DJ 3.2.2006, p. 76. 10. Porém é preciso fazer uma ressalva no sentido de que mesmo com a alocação dos recursos no atendimento do mínimo existencial persista a carência orçamentária para atender a todas as demandas. Nesse caso, a escassez não seria fruto da escolha de atividades não prioritárias, mas sim da real insuficiência orçamentária. Em situações limítrofes como essa, não há como o Poder Judiciário imiscuir-se nos planos governamentais, pois estes, dentro do que é possível, estão de acordo com a Constituição, não havendo omissão injustificável. 11. Todavia, a real insuficiência de recursos deve ser demonstrada pelo Poder Público, não sendo admitido que a tese seja utilizada como uma desculpa genérica para a omissão estatal no campo da efetivação dos direitos fundamentais, principalmente os de cunho social. No caso dos autos, não houve essa demonstração. Precedente: REsp 764.085/PR, Rel. Min. Humberto Martins, Segunda Turma, DJe 10.12.2009. Recurso especial improvido. (REsp 1185474/SC, Rel. Ministro HUMBERTO MARTINS, SEGUNDA TURMA, DJe 29/04/2010 RSTJ vol. 219, p. 225).

Mais especificamente, em questões similares, a Corte Suprema também já se posiciona de forma favorável à intervenção judicial em prol da melhoria do atendimento materno-infantil na rede pública de saúde. Vejamos:

“EMENTA: AMPLIAÇÃO E MELHORIA NO ATENDIMENTO DE GESTANTES EM MATERNIDADES ESTADUAIS – DEVER ESTATAL DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL RESULTANTE DE NORMA CONSTITUCIONAL – OBRIGAÇÃO JURÍDICO-CONSTITUCIONAL QUE SE IMPÕE AO PODER PÚBLICO, INCLUSIVE AOS ESTADOS-MEMBROS – CONFIGURAÇÃO, NO CASO, DE TÍPICA HIPÓTESE DE OMISSÃO INCONSTITUCIONAL IMPUTÁVEL AO ESTADO-MEMBRO – DESRESPEITO À CONSTITUIÇÃO PROVOCADO POR INÉRCIA ESTATAL (RTJ 183/818-819) – COMPORTAMENTO QUE TRANSGRIDE A AUTORIDADE DA LEI FUNDAMENTAL DA REPÚBLICA (RTJ 185/794-796) – A QUESTÃO DA RESERVA DO POSSÍVEL: RECONHECIMENTO DE SUA INAPLICABILIDADE, SEMPRE QUE A INVOCÇÃO DESSA CLÁUSULA PUDE COMROMETER O NÚCLEO BÁSICO QUE QUALIFICA O MÍNIMO EXISTENCIAL (RTJ 200/191-197) – O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS INSTITUÍDAS PELA CONSTITUIÇÃO E NÃO EFETIVADAS PELO PODER

PÚBLICO – A FÓRMULA DA RESERVA DO POSSÍVEL NA PERSPECTIVA DA TEORIA DOS CUSTOS DOS DIREITOS: IMPOSSIBILIDADE DE SUA INVOCACÃO PARA LEGITIMAR O INJUSTO INADIMPLEMENTO DE DEVERES ESTATAIS DE PRESTAÇÃO CONSTITUCIONALMENTE IMPOSTOS AO ESTADO – A TEORIA DA “RESTRIÇÃO DAS RESTRIÇÕES” (OU DA “LIMITAÇÃO DAS LIMITAÇÕES”) – CARÁTER

COGENTE E VINCULANTE DAS NORMAS CONSTITUCIONAIS, INCLUSIVE DAQUELAS DE CONTEÚDO PROGRAMÁTICO, QUE VEICULAM DIRETRIZES DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ESPECIALMENTE NA ÁREA DA SAÚDE (CF, ARTS. 196, 197 E 227) – A QUESTÃO DAS “ESCOLHAS TRÁGICAS” – A COLMATAÇÃO DE OMISSÕES INCONSTITUCIONAIS COMO NECESSIDADE INSTITUCIONAL FUNDADA EM COMPORTAMENTO AFIRMATIVO DOS JUÍZES E TRIBUNAIS E DE QUE RESULTA UMA POSITIVA CRIAÇÃO JURISPRUDENCIAL DO DIREITO – CONTROLE JURISDICCIONAL DE LEGITIMIDADE DA OMISSÃO DO ESTADO: ATIVIDADE DE FISCALIZAÇÃO JUDICIAL QUE SE JUSTIFICA PELA NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DE CERTOS PARÂMETROS CONSTITUCIONAIS (PROIBIÇÃO DE RETROCESSO SOCIAL, PROTEÇÃO AO MÍNIMO EXISTENCIAL, VEDAÇÃO DA PROTEÇÃO INSUFICIENTE E PROIBIÇÃO DE EXCESSO) – DOUTRINA – PRECEDENTES DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL EM TEMA DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DELINEADAS NA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA (RTJ 174/687 – RTJ 175/1212-1213 – RTJ 199/1219-1220) – POSSIBILIDADE JURÍDICO-PROCESSUAL DE UTILIZAÇÃO DAS “ASTREINTES” (CPC, ART. 461, § 5º) COMO MEIO COERCITIVO INDIRETO – EXISTÊNCIA, NO CASO EM EXAME, DE RELEVANTE INTERESSE SOCIAL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA: INSTRUMENTO PROCESSUAL ADEQUADO À PROTEÇÃO JURISDICCIONAL DE DIREITOS REVESTIDOS DE METAINDIVIDUALIDADE – LEGITIMAÇÃO ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO (CF, ART. 129, III) – A FUNÇÃO INSTITUCIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO COMO “DEFENSOR DO POVO” (CF, ART. 129, II) – DOUTRINA – PRECEDENTES – RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. (RE 581352 AgR, Relator(a): CELSO DE MELLO, Segunda Turma, julgado em 29/10/2013, ACÓRDÃO ELETRÔNICO Dje-230 DIVULG 21-11-2013 PUBLIC 22-11-2013)“(…) O recurso extraordinário a que se refere agravo de instrumento em causa foi interposto contra acórdão que, confirmado pelo E. Superior Tribunal de Justiça, em sede de embargos de declaração (fls. 926/930), está assim ementado (fls. 896): (...) “5. Apoiado na conclusão do inquérito civil, **o pedido formulado pelo Ministério Público não se mostra genérico, tampouco está baseado em reparação de danos, porque consistiu na condenação do Município na obrigação de fazer novas contratações, mediante concurso, para compor os quadros do Hospital Souza Aguiar de pessoal da área médica, assim como de renovar os contratos com técnicos de manutenção dos equipamentos existentes e compra de novos, como forma de garantir atendimento adequado e satisfatório, com o que se cumprirá o mandamento constitucional de proteção à saúde, obrigação a que o Município vem se omitindo**”.

Assim, restam afastadas possíveis alegações das contingências inerentes à “reserva do possível” ou da discricionariedade administrativa no emprego de verbas públicas, porquanto é cogente a necessidade de disponibilização de dotações orçamentárias para a correção das irregularidades aqui demonstradas, além de, há muito, ter se esgotado qualquer prazo razoável para o seu saneamento.

De fato, constatada a existência de normas cogentes impondo à Administração o dever de adotar as medidas necessárias a conferir os serviços de saúde adequados às gestantes, puérperas e recém-nascidos, impende reconhecer que não se cuida, simplesmente, de mero juízo de conveniência e oportunidade. Aliás, esse espaço de liberdade para o administrador agir diante de uma situação concreta, deve guardar consonância com a Constituição Federal e é função precípua do Poder Judiciário a análise da constitucionalidade do ato administrativo.

Para arrematar, esclareça-se que o Poder Judiciário, eventualmente, ao determinar que os entes federados em tela promovam as adaptações nos serviços e estruturas de saúde adequados, visando garantir os direitos das gestantes, puérperas e recém-nascidos, ***não está criando uma nova obrigação para os entes políticos, mas, tão somente, exigindo que eles cumpram a legislação pertinente.***

Em verdade, para enfatizar esse ponto se transcreve parte do voto do Min. Gilmar Mendes nos autos do Agravo Regimental na Suspensão de Tutela nº 175 (STA – 175 AgR/CE):

“[...] ficou constatada a necessidade de se redimensionar a questão da judicialização do direito à saúde no Brasil. Isso porque, na maioria dos casos, a intervenção judicial não ocorre em razão de uma omissão absoluta em matéria de políticas públicas voltadas à proteção do direito à saúde, mas tendo em vista uma necessária determinação judicial ***para o cumprimento de políticas já estabelecidas.*** [...] no Brasil, o problema talvez não seja de judicialização ou, em termos mais simples, de interferência do Poder Judiciário na criação e implementação de políticas públicas em matéria de saúde, pois ***o que ocorre, na quase totalidade dos casos, é apenas a determinação judicial de efetivo cumprimento de políticas públicas já existentes.***[...]. Ao deferir uma prestação de saúde incluída entre as políticas sociais e econômicas formuladas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Judiciário não está criando política pública, mas apenas determinando o seu cumprimento. [...]”

Insta salientar, novamente, que o **Estado Brasileiro foi destinatário de Recomendação expedida pelo Comitê de monitoramento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - CEDAW (promulgada pelo Decreto 4.316/2002), no conhecido caso Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brasil**, para que garantisse o direito das mulheres à maternidade segura, inclusive com acesso mediante custo de valor razoável ao serviço de emergência obstétrica adequada, em conformidade com o disposto na correlata Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde.

Assim, a omissão dos entes públicos em tela no enfrentamento da situação narrada nos autos representa descumprimento da referida recomendação, ao mesmo tempo em que viola o direito à saúde garantido pelo art. 2º (obrigação do Estado de regulamentar atividades de provedores de saúde particulares), em conexão com o art. 1º (discriminação contra a mulher), lidos em conjunto com a Recomendação Geral nº 24 (sobre mulheres e saúde) e nº 28 (relativa ao artigo 2 da Convenção); e art 12 (acesso à saúde), todos da CEDAW.

Ademais, conforme já demonstrado linhas acima, não se está pleiteando a criação de uma política nova de proteção à maternidade segura, mas simplesmente a concretização do **Plano Estadual da Rede Alyne**, não se podendo admitir a manutenção da omissão administrativa, que pode ensejar uma proteção deficiente aos bens jurídicos tutelados.

Sobre a vedação da proteção deficiente/insuficiente, o trecho do voto do Min. Luis Roberto Barroso na **ADI 5874**:

“Portanto, para assegurar que o Estado cumpra, na justa medida, os seus deveres de proteção, o princípio da proporcionalidade, básico nessa matéria, flui por duas vertentes distintas. A primeira, a proibição do excesso, a qual permite, ou impede, que o Estado interfira indevidamente com liberdades individuais. Mas há uma segunda dimensão para o princípio da proporcionalidade: a vedação à proteção insuficiente que se dá quando o Estado deixa de estabelecer normas e procedimentos adequados à proteção dos valores constitucionais.

Logo, é possível – e aqui é o caso – violar-se o princípio da proporcionalidade pela proteção insuficiente de valores condicionais”²¹.

O princípio da proibição da proteção insuficiente preconiza o dever de conferir um grau de proteção mínimo aos direitos emanados das normas constitucionais. O legislador infraconstitucional dever conferir os instrumentos e regular a forma como deve ser prestada tutela ao direito constitucional.

Com efeito, a Constituição emite mandados de otimização de direitos fundamentais, expressado pelo princípio de proibição de insuficiência, que consiste em mandamento de realização de imperativo de tutela de direitos fundamentais. Assim, existem facetas contrapostas dos direitos fundamentais: a que exige uma proteção suficiente proporcionada pelas normas que asseguram e viabilizam o direito fundamental, seja pela sua interpretação, seja pela regulamentação legal; e, no outro extremo, a proibição de excesso, que preconiza o limite para o Estado aja na satisfação de um direito limitativo de uma liberdade (direito) fundamental, de molde a não comprometer determinada liberdade ou direito em prol da satisfação de outro.

Conforme leciona Claus-Wilhelm Canaris:

“A proibição de insuficiência também não coincide com o dever de protecção, como se não tivesse, em relação a ele, qualquer função autônoma. Quem assim entende desconhece o significado que o direito infraconstitucional assume na realização de imperativos de tutela de direitos fundamentais. Dito em termos um pouco simples, na pergunta pelo dever de protecção trata-se do “se” da protecção, enquanto a proibição de insuficiência tematiza a pergunta pelo “como” (...) Nesse quadro, há, pois, que averiguar se a protecção do direito infraconstitucional é eficaz e apropriada. Aqui não se trata de, por exemplo, medir a- eventual- insuficiência de protecção, ou a omissão do legislador, da mesma forma que no caso de uma intervenção num direito fundamental, com base na proibição de excesso. E, antes, preciso verificar se a protecção satisfaz as exigências mínimas na sua eficiência e

²¹STF, ADI 5874, Rel. Min. Roberto Barroso, Rel. p/ Acórdão Min. Alexandre de Moraes, Pleno do STF, j. em 09.05.2019

se bens jurídicos e interesses contrapostos não estão sobreavaliados. Em todo caso, a eficácia da proteção integral, em princípio, logo o próprio conteúdo do dever de proteção, já que o dever de tomar medidas ineficazes não teria sentido ...”²²

A jurisprudência do Tribunal Federal Constitucional da Alemanha foi uma das pioneiras no desenvolvimento do tema da proibição da proteção insuficiente. Vale citar, a propósito, alguns desenvolvimentos dessa teoria quando estava em jogo a proteção da vida do feto, conforme demonstra esse cuidadoso estudo:

“É tarefa do legislador determinar, detalhadamente, o tipo e a extensão da proteção. A Constituição fixa a proteção como meta, não detalhando, porém, sua configuração. No entanto, o legislador deve observar a proibição de insuficiência (cf., com relação ao termo *Isensee* in: *Handbuch des Staatsrechts*, volume V, 1992, § 111, nota à margem n.º. 165 s.); até aqui, ele está sujeito ao controle jurisdicional constitucional [pelo TCF]. Considerando-se bens jurídicos contrapostos, necessária se faz uma proteção adequada. Decisivo é que a proteção seja eficiente como tal. As medidas tomadas pelo legislador devem ser suficientes para uma proteção adequada e eficiente e, além disso, basear-se em cuidadosas averiguações de fatos e avaliações racionalmente sustentáveis (vide abaixo 1. 4.). A medida de proteção ordenada constitucionalmente segundo o supra verificado independe do tempo de gestação. A *Grundgesetz* não contém escalonamentos do direito à vida e de sua proteção em face da vida intrauterina, a serem fixados de acordo com determinados prazos e seguindo o processo de desenvolvimento da gravidez. Por isso, o ordenamento jurídico deve garantir esta medida de proteção também na fase inicial de uma gravidez”²³.

Conclui-se, portanto, que diversos precedentes judiciais internos e mesmo recomendação oriunda de órgão internacional quase-judicial indicam precisamente o cabimento da tutela jurisdicional ora pleiteada.

XI – DA CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL COLETIVO

Os fatos acima narrados dão ensejo ao reconhecimento de ofensa aos direitos fundamentais das gestantes, puérperas e bebês, tendo em vista a percepção geral do grupo e da comunidade local, em geral, quanto às violações causadas. Ou seja, os danos causados não atingem uma pessoa específica ou um sentimento em particular, mas a toda uma coletividade, razão pela qual é chamado de dano moral coletivo.

²²CANARIS, Claus-Wilhelm. *Direitos fundamentais e Direito privado*. Coimbra: Almedina, 2012, p. 122-123.

²³SCHWABE, Jürgen. *Cinquenta Anos de Jurisprudência do Tribunal Constitucional Federal Alemão*. Montevideo: Fundación Konrad-Adenauer, 2005, p. 280.

A responsabilização por dano moral coletivo vem sendo reconhecida em meio ao atual contexto de desenvolvimento do sistema de tutela dos direitos coletivos no ordenamento brasileiro, fato que teve início com a valorização da dimensão coletiva da dignidade da pessoa humana.

O reconhecimento do dano moral coletivo é um passo à frente nesse processo de coletivização do direito (estruturação jurídica material e processual do ordenamento, necessária e adequada à defesa de interesses próprios atinentes a coletividades de pessoas) e maior valorização dos direitos da personalidade, essencialmente extrapatrimoniais.

No ordenamento jurídico brasileiro, é consagrado pela Lei 8.078/90 (art. 6º) – que trouxe importantes inovações à tutela de direitos coletivos – quando enumera os direitos básicos do consumidor.

O Código de Defesa do Consumidor também alterou o art. 1º da Lei 7.347/85, para abranger ações civis públicas de responsabilidade por danos morais e patrimoniais. O art. 81 do referido código rompe com a tradição jurídica clássica, em que só indivíduos deveriam ser titulares de um interesse juridicamente tutelado ou de uma vontade protegida pelo ordenamento. Criam-se direitos cujo sujeito é uma coletividade difusa, indeterminada, que não goza de personalidade jurídica e cuja pretensão só pode ser satisfeita quando deduzida em juízo por representantes adequados.

No que se refere aos atos ilícitos que geraram o dano moral coletivo, percebe-se que eles ocorreram por meio de conduta omissiva dos entes em tela quanto à implementação de medidas para cumprir as políticas de saúde existentes com relação às gestantes, puérperas e recém-nascidos, mesmo após tentativas de solução extrajudicial realizadas.

O que importa, para a configuração do dano moral coletivo, é a violação de direitos fundamentais, notadamente os de personalidade, atingindo-se, em último grau, a violação, em relação ao grupo, do princípio da dignidade da pessoa humana. A jurisprudência STJ tem admitido a sua ocorrência, conforme se depreende do seguinte precedente:

“AGRAVO INTERNO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO CIVIL PÚBLICA. DANOS MORAIS COLETIVOS. POSSIBILIDADE. VIOLAÇÃO A DIREITOS FUNDAMENTAIS DA SOCIEDADE. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. DISSÍDIO JURISPRUDENCIAL. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO DADA A INCIDÊNCIA DA SÚMULA 7/STJ. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. A jurisprudência das Turmas que compõem a Segunda Seção desta Corte dispõe que **'o dano moral coletivo é categoria autônoma de dano que não se identifica com os tradicionais atributos da pessoa humana (dor, sofrimento ou abalo psíquico), mas com a violação injusta e intolerável de valores fundamentais titularizados pela coletividade (grupos, classes ou categorias de pessoas). Tem a função de: a) proporcionar uma reparação indireta à lesão de um direito extrapatrimonial da coletividade; b) sancionar o ofensor; e c) inibir condutas ofensivas a esses direitos transindividuais'** (REsp 1.643.365/RS, Rel. Ministra Nancy Andrighi, Terceira Turma, julgado em 5/6/2018, DJe 7/6/2018).

A modificação da conclusão delineada no acórdão recorrido - acerca da comprovação dos danos morais - demandaria necessariamente o revolvimento dos fatos e das provas dos

autos, atraindo, assim, o óbice disposto na Súmula 7/STJ. Ademais, consoante iterativa jurisprudência desta Corte, a incidência da Súmula n. 7 do STJ impede o conhecimento do recurso lastreado, também, pela alínea c do permissivo constitucional, uma vez que falta identidade entre os paradigmas apresentados e os fundamentos do acórdão, tendo em vista a situação fática de cada caso. Agravo interno desprovido" (AgInt no AREsp 1.312.148/SP, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/9/2018, DJe 20/9/2018)"

Ademais, deve-se ponderar que a omissão de providências efetivas para atendimento dos direitos em tela, por quaisquer entes da administração pública, compromete a imagem e credibilidade do Estado como um todo (já que este exige dos particulares, em suas estruturas hospitalares, o cumprimento das normas de saúde pública e, contraditoriamente, negligenciaria o mesmo aspecto em prédios serviços públicos).

Deve-se ainda frisar que, no presente caso, configurou-se também o descumprimento de recomendação do Comitê de Monitoramento da Convenção para Eliminação de todas as formas de discriminação, com possível lesão a imagem e credibilidade do Brasil perante a comunidade internacional, uma vez que pode ser apontado como Estado violador de direitos humanos previstos na aludida Convenção.

As violações aos direitos das gestantes, puérperas e recém-nascidos estão amplamente relatadas nesta petição inicial e poderão ainda ter sua configuração reforçada ao longo da instrução, razão pela qual requer-se, ao final, a condenação da demandada a pagar indenização no valor mínimo de R\$ 10.000.000,00 (dez milhões) a título de dano moral coletivo, levando-se em consideração dos aspectos acima destacados.

XII – DO CABIMENTO DA TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA E DE EVIDÊNCIA

Estabelece o art. 300 do Código de Processo Civil que a tutela de urgência será concedida quando houver elementos que evidenciem a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo, ambos requisitos presentes na situação fática trazida ao conhecimento do Poder Judiciário.

Quanto à **plausibilidade do direito ora invocado**, tem-se que os fatos afirmados nesta peça inicial encontram-se suficientemente demonstrados através de prova documental, à qual, ao que se percebe, nenhum dos entes impetrados poderá opor prova capaz de gerar qualquer dúvida razoável.

Presente também o **perigo de dano** aos direitos das gestantes, puérperas e bebês do estado cearense, consubstanciado pelo atual estado de insegurança que lhes é imposto, diante das insuficiências constatadas nas instalações das maternidades e nos serviços de saúde e cuidados próprios a este grupo.

Frise-se que se buscou esgotar de todas as formas a atuação extrajudicial, sem que tenha alcançado resultados concretos. No entanto, não é razoável se aguardar por demasiado tempo uma composição extrajudicial em hipóteses assim. Deve-se, igualmente, salientar que as pacientes, gestantes e puérperas, já esperaram tempo demais e maior demora configura *periculum in mora*, pois ao longo de todo o prazo de tramitação da ação ora iniciada suportarão as limitações dos serviços as quais a legislação visa impedir.

Dessa forma, impõem-se compelir os entes promovidos, a agirem em prazo judicialmente estabelecido.

Assim, não se pode admitir que a demora necessária do processo judicial se constitua em mais uma barreira para as pessoas que essa ação visa proteger, exigindo-se, ao contrário, uma resposta imediata do Estado-Juiz à implementação de serviços e ambiente adequado a gestantes, puérperas e bebês.

O conjunto probatório colhido e que instrui esta inicial demonstra também a presença de hipótese caracterizadora de evidência para efeito de antecipação de tutela, forte no art. 311, IV, do CPC/2015:

“Art. 311. A tutela da evidência será concedida, independentemente da demonstração de perigo de dano ou de risco ao resultado útil do processo, quando: (...)IV - a petição inicial for instruída com prova documental suficiente dos fatos constitutivos do direito do autor, a que o réu não oponha prova capaz de gerar dúvida razoável.”

Como se vê, para sua concessão, é dispensada a demonstração de perigo ou de urgência, sendo necessária apenas a conjugação da prova das alegações e a probabilidade de acolhimento da pretensão processual.

Tais elementos materiais, emparelhados aos fundamentos jurídicos aqui declinados, são suficientes à formulação de um juízo positivo de verossimilhança dos motivos e da evidência da pretensão desta demanda, sendo pouco crível que exista contraprova documental hábil a afastar o direito pleiteado.

Nesses termos, é evidente que **o direito é concreto, incontroverso e sua prova é inequívoca, portanto é de rigor a concessão da tutela de evidência para determinar ao Estado do Ceará e ao Município de Fortaleza que adotem providências imediatas para garantir acesso a leitos públicos ou, diante da insuficiência destes, também a leitos privados para as gestantes nas maternidades do Estado do Ceará**, conforme regimentos hospitalares próprios do SUS (e não leitos improvisados em macas e cadeiras em corredores ou similares), implementando inclusive fluxo de regulação para a rede privada.

Necessário, também, que seja cominada multa diária aos promovidos, de modo a se instrumentalizar a efetivação da tutela provisória requerida.

Cumpra deixar consignado, desde já, que a mera alegação, sem comprovação, de dificuldades materiais e de pessoal dos promovidos não pode afastar o dever estatal em implementar direitos sociais.

Dessa forma, requer-se o deferimento da tutela de urgência, nos moldes descritos no tópico seguinte, de modo a permitir que as gestantes e recém-nascidos tenham adequado atendimento imediatamente na rede pública local, recorrendo-se, inclusive, a vagas na rede privada, se necessário.

XIII – DOS PEDIDOS

Diante de todo o exposto, considerando estarem plenamente configurados os legais, requer-se, com fundamento no **art. 12 da Lei nº 7.347/85** e nos **arts. 300 e 311, IV, do Código de Processo Civil**, a **concessão de tutela provisória de urgência e da evidência**, em caráter liminar, a fim de garantir a efetividade do direito fundamental à saúde materno-infantil e a continuidade das ações de assistência obstétrica e neonatal no Estado do Ceará.

A **probabilidade do direito** decorre de todo o arcabouço fático-jurídico apresentado ao longo desta petição, que inclui, entre outros pontos, a **estrutura física já concluída e equipada** do Hospital Universitário do Ceará (HUC/UECE), da **definição inequívoca de sua vocação assistencial obstétrica e neonatal** nos instrumentos oficiais de planejamento estadual — notadamente o **Plano Estadual da Rede Alyne (2025–2027)** — e do **Relatório Institucional do Ministério Público**, que atesta a plena capacidade operacional da unidade para início imediato das atividades.

O **perigo de dano** é igualmente evidente diante da **superlotação crônica das maternidades públicas de referência** (a exemplo da MEAC, HGCC e HGF), do **risco clínico iminente a gestantes e recém-nascidos**, e da **possibilidade concreta de desvio de finalidade e não abertura do serviço** no HUC/UECE, o que perpetuaria a grave omissão estatal já demonstrada.

Relativamente à **tutela da evidência** (art. 311, CPC), observa-se que as alegações de fato são comprovadas documentalmente e há tese firmada em julgamento vinculante pelo Supremo Tribunal Federal no sentido de que “A intervenção do Poder Judiciário em políticas públicas voltadas à realização de direitos fundamentais, em caso de ausência ou deficiência grave do serviço, não viola o princípio da separação dos poderes” (Tese 698, Leading Case RE 684612).

Diante desse cenário, e considerando a urgência das medidas necessárias para assegurar a adequada prestação da assistência obstétrica e neonatal, **requerem os autores seja deferida a tutela provisória liminar**, seja de urgência ou da evidência, para determinar:

1) Ao Estado do Ceará que:

- **1.1. Proceda à abertura e pleno funcionamento da Emergência Obstétrica do Hospital Universitário do Ceará (HUC/UECE), em regime de porta aberta (24 horas), com utilização integral da infraestrutura já instalada no térreo do Bloco C, compreendendo as salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto), as salas de Centro Cirúrgico Obstétrico, sala de estabilização, salas de observação, área de acolhimento e os leitos de alojamento conjunto, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, contados da intimação da decisão judicial.**
- **1.2. Ative e mantenha operacionais todos os leitos obstétricos e neonatais de alta complexidade previstos para o HUC/UECE, conforme o Plano Estadual da Rede Alyne, especialmente:**

- **80 leitos obstétricos de risco habitual clínico,**
- **40 leitos obstétricos de risco habitual cirúrgico,**
- **21 leitos obstétricos de alto risco clínico,**
- **40 leitos de UTI Neonatal (UTIN),**
- **60 leitos de UCINCo (Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais), e**
- **20 leitos de UCINCa (Unidade de Cuidados Intermediários Canguru),**

bem como os leitos de enfermaria necessários à retaguarda materno-infantil, no mesmo prazo acima fixado.

1.3. Assegure as condições materiais e de pessoal indispensáveis ao regular funcionamento do serviço, incluindo:

- **dimensionamento adequado das equipes multiprofissionais (médicos obstetras e neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e profissionais de apoio técnico);**
- **suprimento contínuo de insumos e medicamentos essenciais, com funcionamento ininterrupto do Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e disponibilidade de anestesia 24 horas por dia, sete dias por semana; e**
- **publicação, no prazo de até 30 (trinta) dias, de cronograma operacional detalhado de abertura e funcionamento do HUC/UECE, com indicação de marcos, datas, responsáveis e quantitativos de leitos ativados, o qual deverá ser atualizado semanalmente durante os primeiros 90 (noventa) dias, com apresentação dos protocolos de regulação SUS para acesso porta aberta e contrarreferência/retaguarda.**

1.4 Sem prejuízo das medidas acima indicadas, comprove, caso pretenda expandir as vagas existentes no Hospital Maternidade César Carls, que não haverá diminuição dos leitos previstos para expansão da rede do município de Fortaleza no Plano Estadual da Rede Alyne, aprovado em CIB.

2) À UNIÃO (Ministério da Saúde), que:

2.1. Em caráter prioritário, **proceda à habilitação e/ou complementação de custeio** correspondente aos **leitos obstétricos e neonatais ativados no HUC/UECE**, conforme as diretrizes da **Rede Alyne** e dos respectivos componentes da Rede Cegonha e da Rede de Atenção Materno-Infantil, **no prazo máximo de 30 (trinta) dias**, com o **repasso tempestivo das parcelas federais vinculadas**, garantindo o **cofinanciamento adequado e contínuo** das novas estruturas assistenciais.

2.2. Apoie tecnicamente o Estado do Ceará na **adequação das equipes e fluxos de referência**, promovendo a integração do HUC/UECE à Rede de Atenção Materno-Infantil de Alta Complexidade, **sob supervisão da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde**, assegurando o cumprimento das metas pactuadas.

3) AO MUNICÍPIO DE FORTALEZA que:

3.1. **Abstenha-se de fechar ou desativar quaisquer leitos obstétricos e neonatais** atualmente em funcionamento na rede municipal. Em caso de necessidade de fechamento temporário para reforma ou adequação estrutural, **os leitos deverão ser previamente substituídos ou transferidos** para outra unidade hospitalar, **garantindo-se a continuidade da assistência e a ampla divulgação do remanejamento à rede reguladora e à população usuária**.

3.2. **Promova, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a abertura da porta de emergência obstétrica do Hospital da Mulher Zilda Arns**, assegurando atendimento 24 horas em regime de porta aberta, com estrutura física, equipamentos e equipe multiprofissional compatíveis com o perfil assistencial de referência para gestações de médio e alto risco.

3.3. **Reative integralmente os leitos de terapia neonatal do Hospital Gonzaguinha de Messejana**, consistindo em **10 (dez) leitos de UTI Neonatal (UTIN)**, **05 (cinco) leitos de UCINCo** e **04 (quatro) leitos de UCINCa**, **no prazo máximo de 60 (sessenta) dias**, conforme o planejamento e a reforma já concluídos para essa finalidade, devendo comprovar documentalmente a reabertura nos autos.

4) DAS ASTREINTES E OUTRAS MEDIDAS DE COERÇÃO

4.1. Seja fixada **multa diária (astreintes)** em valor suficiente a compelir o cumprimento integral da decisão judicial, **nos termos dos arts. 297 e 536, §1º, do Código de Processo Civil**, a ser aplicada **individualmente aos entes públicos demandados** e, em caso de inércia injustificada, **também pessoalmente aos gestores responsáveis**, sem prejuízo da adoção de **medidas executivas atípicas** (CPC, art. 139, IV), inclusive **bloqueio de verbas orçamentárias específicas**, caso necessário à efetivação das medidas liminares.

5) CLÁUSULA DE PRESERVAÇÃO DE FINALIDADE

5.1. Seja expressamente **vedado ao Estado do Ceará promover qualquer alteração do perfil assistencial, remanejamento de área física ou afetação dos espaços do HUC/UECE a outros serviços, antes da plena abertura e consolidação do funcionamento da Emergência Obstétrica e dos leitos obstétricos e neonatais (UTIN/UCINCo/UCINCa).**

5.2. O descumprimento da presente determinação configurará **desobediência judicial** e implicará a aplicação das **sanções processuais cabíveis**, além de eventual **responsabilização administrativa e por improbidade** do gestor público envolvido.

6) TRANSPARÊNCIA, MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO JUDICIAL

6.1. Seja determinado ao Estado do Ceará que **publique, em até 20 (vinte) dias, o cronograma operacional detalhado da abertura e funcionamento do HUC/UECE, contendo marcos, datas, responsáveis, listagem dos leitos ativados e respectivos indicadores de produção e ocupação, assegurando-se atualização semanal durante os 90 (noventa) dias iniciais.**

6.2. Determinar, ainda, que a SESA **junte aos autos relatórios quinzenais** no período de implantação, contendo os avanços, entraves e indicadores de execução, permitindo o **acompanhamento técnico pelo Ministério Público, Defensoria Pública da União e Ministério Público Federal**, sob supervisão deste Juízo.

7)) GARANTIA DE NÃO REGRESSÃO DA REDE ASSISTENCIAL

7.1. Seja determinado que a abertura e ativação dos leitos obstétricos e neonatais no HUC/UECE, ou em qualquer outro hospital ou maternidade da rede estadual (SESA) ou municipal (SMS), não poderá, sob qualquer pretexto, implicar redução, desativação, remanejamento ou supressão de leitos obstétricos/neonatais já existentes em outras unidades da rede, salvo quando comprovada ampliação líquida efetiva e mantido o pleno acesso assistencial.

7.2. Essa comprovação deverá ser realizada mediante dados oficiais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e relatórios públicos do IntegraSUS, a serem apresentados periodicamente em juízo, de forma a garantir a transparência e prevenir retrocessos assistenciais.

8) DOS PEDIDOS RELACIONADOS À CONDUÇÃO DO PROCESSO:

- a. **Que seja admitida a tramitação da presente ação como processo estrutural**, com a possibilidade de aplicação das técnicas processuais inerentes a este tipo de procedimento.
- b. **Que seja notificado o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará – Cremec**, a fim de que possa analisar a pertinência intervir nos autos na qualidade de *amicus curiae*, considerando que vem acompanhando a problemática e, portanto, pode contribuir para a construção de soluções adequadas.²⁴

DOS PEDIDOS FINAIS:

Diante de todo o exposto, requer-se, ao final, seja a presente AÇÃO CIVIL PÚBLICA julgada inteiramente procedente, para que se tornem definitivas as tutelas de urgência eventualmente concedidas e, ainda, para condenar a União, o Estado do Ceará e o Município de Fortaleza, ao cumprimento das seguintes obrigações:

- a) Adotar, de forma imediata e permanente, todas as providências necessárias à garantia do **acesso universal, integral e contínuo de gestantes e recém-nascidos a leitos obstétricos e neonatais, públicos ou, diante da insuficiência destes, também da rede privada**, nos termos do perfil assistencial e dos regramentos do SUS, implementando, se necessário, fluxo regulatório formal com a rede privada, sob fiscalização judicial.
- b) Apresentar, em juízo, as **taxas de ocupação hospitalar** (leitos obstétricos, **UTIN, UCINCo e UCINCa**) dos últimos doze meses, referentes às maternidades públicas federal, estaduais e municipais de Fortaleza (**MEAC, HGCC, HUC, Gonzaguinha de Messejana e Zilda Arns**), e manter a atualização quadrimestral dessas informações, permitindo o acompanhamento permanente da situação de superlotação e da ampliação efetiva da capacidade assistencial.
- c) Apresentar **cronograma físico-financeiro detalhado**, com etapas, metas, prazos e respectivas fontes de custeio, para a execução das medidas determinadas nesta ação,

²⁴ Av. Antônio Sales, 485, Joaquim Távora, Fortaleza/CE - CEP: 60135-101; Telefone: (85) 3198-3700; Email: cremec@cremec.org.br.

incluindo as fases de abertura, qualificação, ampliação e monitoramento da rede materno-infantil, com a devida homologação judicial.

d) Promover, no âmbito da Região de Fortaleza, a reestruturação e o **redimensionamento do Hospital da Mulher Zilda Arns**, com ativação plena de leitos obstétricos e neonatais, aumento da taxa de ocupação hospitalar conforme a capacidade instalada, e funcionamento contínuo em regime de porta aberta para o atendimento de emergências obstétricas.

e) Implantar **fluxos assistenciais e estruturas de retaguarda para recém-nascidos crônicos, com a criação de leitos intermediários e ambulatórios específicos para o seguimento clínico**, a fim de reduzir o tempo de permanência desnecessária em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), conforme já apontado pelo Complexo Hospitalar da UFC e pelo Plano Estadual da Rede Alyne.

2. Seja ainda determinado ao Estado do Ceará e ao Município de Fortaleza que:

a) No prazo de **30 (trinta) dias**, instituem **comissão técnica conjunta**, com representantes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza (SMS), com a atribuição de elaborar e apresentar a este Juízo relatório detalhado contendo o cronograma de implementação dos leitos e serviços previstos no Plano Estadual da Rede Alyne (2025–2027), especialmente no tocante à Região de Fortaleza.

b) No prazo de **60 (sessenta) dias**, apresentem a este Juízo:

b.1) O **relatório conclusivo** elaborado pela comissão técnica referida no item anterior;

b.2) Um **Plano de Ação Estruturado**, contendo, no mínimo:

b.2.1) **Medidas concretas destinadas à superação da superlotação das maternidades públicas do Estado e do Município de Fortaleza, com definição de metas de curto, médio e longo prazo;**

b.2.2) **Cronograma de execução** dividido em prazos de curto (até 3 meses), médio (até 6 meses) e longo prazo (até 20 meses), contemplando a implementação dos leitos e serviços previstos no Plano Estadual da Rede Alyne, inclusive os relativos ao Hospital Universitário do Ceará (HUC/UECE);

b.2.3) Previsão orçamentária e de recursos humanos, com a devida indicação das fontes de custeio e estratégias de provimento de profissionais, conforme parâmetros técnicos e legais do SUS;

b.2.4) Metodologia de monitoramento, avaliação e reavaliação contínua do plano, com a obrigação de encaminhar relatórios quadrimestrais ao Juízo, a partir dos quais este, em cooperação com o Ministério Público, a Defensoria Pública e outros sujeitos processuais, poderá determinar novas providências, ajustes e readequações.

c) Após a apresentação do Relatório e do Plano de Ação, seja designada **audiência judicial de acompanhamento**, com a participação dos entes envolvidos (União, Estado do Ceará, Município de Fortaleza, Ministério Público, Defensoria Pública da União e eventuais *amici curiae*), a fim de discutir e validar as medidas propostas, estabelecer prazos complementares e pactuar mecanismos de execução supervisionada.

d) Após a audiência judicial, seja determinada a **execução do Plano de Ação Estruturado**, com as eventuais adequações e compromissos firmados em audiência, sob supervisão judicial contínuo.

e) Após a aprovação judicial do Plano, os entes demandados deverão apresentar **relatórios quadrimestrais de acompanhamento, com indicadores físicos, financeiros e de desempenho**, possibilitando a este Juízo, em cooperação com o Ministério Público e as partes legitimadas, avaliar os resultados e determinar a adoção de novas medidas ou ajustes nas ações planejadas, sem prejuízo da realização de novas audiências periódicas de monitoramento.

f) Em caso de **descumprimento injustificado das obrigações impostas, seja o ente responsável condenado ao pagamento de multa diária (astreintes)**, a ser arbitrada por Vossa Excelência em valor proporcional à gravidade da omissão e à extensão do dano à saúde pública, sem prejuízo da responsabilização do gestor por ato de improbidade administrativa e das demais sanções legais cabíveis.

g) fixar condenação genérica com o fito de indenizar pelos **danos individuais sofridos em casos de ausência de atendimento, sofrimento, lesão ou morte, da genitora, do recém-nascido ou seus familiares**, fixando os parâmetros para a configuração de responsabilidade pelos danos causados e suportados pelas pessoas atingidas, na extensão a ser individualmente apurada em posterior liquidação de sentença.

h) fixar **condenação em danos morais coletivos**, no valor de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), a ser revertido em benefício de melhorias no serviço de saúde obstetrício no Estado do Ceará;

i) A **condenação dos demandados ao pagamento de custas processuais e honorários periciais**, se houver;

j) Determinar a **tramitação prioritária da presente ação**, nos termos do art. 1.048, I, do Código de Processo Civil, por tratar-se de demanda que visa à tutela de direitos fundamentais à vida e à saúde, diante de risco concreto e iminente à integridade de mulheres e recém-nascidos.

Protestam, por fim, pela produção de todas as provas em direito admitidas, inclusive documentais, testemunhais e periciais, se necessárias.

A causa tem valor inestimável, contudo, considerando-se o disposto no art. 291 do Novo Código de Processo Civil, ora se atribui o valor da causa em R\$ R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais).

Termos em que pede deferimento.

Fortaleza, data do protocolo eletrônico.

EDILSON SANTANA GONÇALVES FILHO

Defensor Público Federal

Defensor Regional de Direitos Humanos - ORDH/CE

ALESSANDER WILCKSON CABRAL SALES

Procurador da República – MPF

RICARDO MAGALHÃES MENDONÇA

Procurador da República-MPF

ANA CLÁUDIA UCHOA DE ALBUQUERQUE CARNEIRO

Promotora de Justiça do Estado do Ceará – MPCE

ANA KARINE SERRA LEOPÉRCIO

Promotora de Justiça do Estado do Ceará - MPCE

