



Poder Judiciário
JUSTIÇA FEDERAL
Seção Judiciária do Paraná
2ª Vara Federal de Ponta Grossa

Rua Theodoro Rosas, 1125, 7º andar - Bairro: centro - CEP: 84010-180 - Fone: (42)3228-4276 -
www.jfpr.jus.br - Email: prpgo02@jfpr.jus.br

PROCEDIMENTO COMUM Nº 5005966-67.2016.4.04.7009/PR

AUTOR: ELIANE TEIXEIRA FELIX PINHEIRO

AUTOR: DANIEL FELIX PINHEIRO

RÉU: ESTADO DO PARANÁ

RÉU: UNIÃO - ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO

SENTENÇA

1. Relatório

A parte autora requereu a condenação solidária dos réus à indenização moral e patrimonial em razão de erro médico. Em síntese, defendeu que:

a) em 13/06/2015, os autores sofreram a perda de seu filho, recém-nascido, Leonardo Teixeira Félix Pinheiro, devido à negligência no atendimento recebido no Hospital Evangélico de Ponta Grossa, por meio do SUS;

b) na manhã de 11/06/2015, a autora sentiu leves cólicas, dirigiu-se ao mencionado Hospital para consulta e, apenas às 14h 30min, foi atendida pelo Dr. Randolt Alberto Huk, o qual realizou o exame de toque e informou a ausência de dilatação necessária para realização do parto;

c) após o exame de toque, a autora sentiu muita dor, como se "algo em seu organismo estivesse rasgado" e, logo que chegou à sua residência, ocorreu o rompimento da bolsa, motivo pelo qual retornou ao hospital e foi novamente atendida pelo mencionado médico;

d) diante da constatação do rompimento da bolsa, o profissional lhe solicitou que preenchesse ficha de internação, com horário indicado de internamento às 17h 22min;

e) permaneceu na sala de espera até aproximadamente às 4 horas da manhã do dia seguinte, quando foi encaminhada para outra sala, na qual se encontravam mais duas gestantes aguardando trabalho de parto;

f) naquele momento do dia 12/06/2016, passou a sofrer fortes dores e a enfermeira que lhe atendeu constatou 5cm de dilatação;

g) após 18 horas de internação, a autora recebeu a primeira medicação com antibiótico, sem atendimento por um médico, e alimentou-se de sopa fornecida pela enfermeira;

h) às 13 horas do dia 12/06/2015, quase 24 horas depois de ser examinada pelo médico, foi atendida por uma enfermeira, que constatou que o trabalho de parto deveria ser realizado naquele momento e naquele local, mas em seguida lhe advertiu para que interrompesse os esforços, pois o nascimento demoraria mais um pouco;

i) aproximadamente às 15 horas do dia 12/06/2015, foi encaminhada para outra sala, na qual recebeu medicamento e, finalmente, entrou em trabalho de parto, sem assistência médica e apenas com auxílio de enfermeiras;

j) seu filho nasceu às 16h 08min do dia 12/06/2015, mas não chorou e apresentava coloração roxa;

k) não conseguiu ver seu filho, que foi levado pelas enfermeiras e, após cerca de 30 minutos, obteve informação de que ele se encontrava na incubadora, por não demonstrar condições normais por ter aspirado mecônio;

l) entrou em choque ao ver o filho em estado de quase morte, quando finalmente foi atendida por uma médica, que lhe informou sobre a gravidade do estado de saúde do recém-nascido, que deveria ser internado na UTI; a médica ainda informou à autora que o quadro clínico de seu filho provavelmente se devia a alguma infecção que ela possuía;

m) a autora, bastante descontrolada, fraca fisicamente e abalada emocionalmente, foi levada ao quarto para aguardar a chegada da ambulância para levar Leonardo à UTI disponível mais próxima;

o) após algumas horas, foi disponibilizado um leito de UTI na Santa Casa do Município de Irati/PR, a 83km de distância de Ponta Grossa/PR;

p) por não possuir uma UTI móvel disponível, Leonardo ficou na incubadora até às 22 horas, quando, por ato unilateral e em total desespero, conseguiu disponibilidade de UTI móvel da Unimed, paga às suas próprias expensas;

q) no dia 13/06/2015, a autora recebeu alta médica devido ao falecimento do filho;

r) o único momento em que a autora e o nascituro foram atendidos por um médico foi quando da chegada Hospital Evangélico pela segunda vez e por insistência dela foi orientada para preenchimento da ficha de internação (evento 1).

Foi deferido aos autores o benefício da gratuidade de justiça (evento 3).

Em contestação, o Estado do Paraná alegou preliminarmente sua ilegitimidade passiva, bem como a legitimidade passiva exclusiva do Município. No mérito, argumentou: a) a ausência de responsabilidade civil objetiva no caso, pois o Hospital Evangélico de Ponta Grossa é instituição privada que escolhe seus profissionais sem gestão do Estado; b) a responsabilidade é do Município, pois este foi encarregado da fiscalização do serviço no caso; c) não houve omissão do Estado, visto que a obrigação fiscalizatória do serviço compete ao Município; d) seria necessário comprovar a negativa de disponibilização de transporte da UTI pelo Hospital Evangélico, o que não restou provado (evento 9).

A União contestou e aduziu a sua ilegitimidade passiva e a necessidade de formação de litisconsórcio. No mérito, defendeu: a) a ausência de responsabilidade quanto aos fatos; b) ainda que se pudesse identificar atendimento aquém do desejado, não há como isolar aquele ato como único causador do desfecho, posto que inúmeros outros fatores podem ter sido decisivos; c) o atendimento não foi prestado por agentes da União, que sequer possuem incumbência e competência legal para tanto; d) ausente nexo causal entre fatos ocorridos e ação ou omissão da ré, que permita gerar o dever de indenizar (evento 10).

Em decisão saneadora, foram afastadas as preliminares de ilegitimidade passiva e de formação do litisconsórcio passivo necessário. Foram fixados os pontos controvertidos: "Questões de fato: a) negligência no atendimento médico à paciente; b) demora para a transferência da paciente para leito de UTI c) existência de danos morais e materiais. Questões de direito: a) nexos causal entre as condutas dos entes federados e o óbito da paciente; b) responsabilidade dos réus/dever de indenizar; c) quantificação dos danos morais". Foi deferida a produção da prova documental e pericial (evento 28).

Foram juntadas as cópias de espelho de solicitação de leito de UTI (evento 63) e o laudo pericial (evento 153). O Estado do Paraná e a União se manifestaram sobre o laudo (eventos 158 e 160).

2. Fundamentação

2.1. Preliminarmente

As preliminares de legitimidade passiva e necessidade de formação do litisconsórcio foram analisadas na decisão do evento 28. Contudo, tendo em vista que a matéria se confunde com o próprio mérito da demanda, é pertinente discorrer novamente sobre o tema, especialmente em face das alegações e provas posteriores àquela decisão.

A União e o Estado do Paraná sustentaram sua ilegitimidade passiva com base em argumentos semelhantes. Defenderam que o Hospital Evangélico, responsável pelo atendimento é instituição privada, prestadora de serviços junto ao SUS, mas vinculada à administração municipal. A União e o Estado do Paraná apontaram que a execução material de atividades de saúde não é de sua competência.

É firme o entendimento jurisprudencial no sentido de que, com fulcro no art. 196 da Constituição Federal, as causas que envolvem acesso aos serviços de atendimento à saúde por meio do SUS ensejam a responsabilidade solidária da União, Estados, Municípios e Distrito Federal. Todos os entes federativos são responsáveis por assegurar o direito à saúde, sobretudo às crianças e adolescentes, consoante disposto no art. 227 da Constituição Federal: "*é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e aos adolescentes, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação*".

Nesse mesmo sentido, o art. 23, II, da Constituição Federal determina como competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios o atendimento às questões de saúde e assistência pública. Logo, qualquer dos entes federados pode figurar, sozinho ou em litisconsórcio, no polo passivo de ações desta natureza. O plenário do Supremo Tribunal Federal pacificou tal entendimento, em sede de repercussão geral, no recurso extraordinário 855.178, cuja ementa reproduzo a seguir:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. (RE 855178 RG, Relator(a): Min. LUIZ FUX, julgado em 05/03/2015, REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO Dje 16-03-2015)

Embora a Lei do SUS prescreva de forma específica atribuições à União, Estado e Municípios, a unicidade do sistema impõe a solidariedade das três esferas quanto ao dever jurídico de garantir adequado atendimento médico e

assegurar o direito à saúde. Desse modo, é legítima a manutenção da União e Estado do Paraná no polo passivo desta relação processual.

Ademais, como delineado em decisão anterior, o presente caso apresenta peculiaridade, pois envolve pretensão relacionada à demora de obtenção de leito de UTI, bem como de UTI móvel para transferência do paciente. A disponibilização de leitos de UTI pelo SUS faz parte das políticas sociais de promoção à saúde, insertas na Constituição Federal e atribuídas às esferas federal, estadual e municipal. Ademais, vale registrar que a falta de atenção com a saúde pública na região dos Campos Gerais é recorrente, bem como para os demais serviços que muitas vezes são deslocados para outras cidades. Não cabe aqui atribuir as responsabilidades aos governantes, mas evidenciar a prática corriqueira da ausência e carência de serviços públicos a serem prestados aos cidadãos.

A descentralização dos serviços de saúde retira da União, como regra, a responsabilidade pelos danos perpetrados dentro de hospital que não seja federal, ainda que conveniado ao SUS. No entanto, a questão posta na demanda não é somente indenização decorrente de erro médico, mas indenização por falta de estrutura hospitalar adequada para atender a população, como é o caso de insuficiência de leitos de UTI, o que caracteriza falha em atendimento efetuado pelo SUS.

Com efeito, a União é gestora do SUS, dotada de atribuições como definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade; identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde; controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde; prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde; promover a descentralização para as Unidades Federadas e os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal e acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais (art. 16 da Lei 8.080/1990).

Tais atribuições não eximem a União de responsabilidade pelo atendimento da população local, mas corroboram a sua responsabilidade pela adequada na oferta de serviços, ainda que em hospitais públicos ou privados vinculados a outras esferas da federação. Não se obsta, porém, que diante da solidariedade existente e as atribuições administrativas incumbidas a cada ente, a União exerça o seu direito de regresso em face do Estado do Paraná e vice-versa, bem como o direito de regresso a eventuais terceiros responsáveis.

2.2. Mérito

A responsabilidade civil do Estado

A parte autora pretende a indenização por danos materiais e morais decorrentes do óbito de seu filho neonato ao argumento de que os réus não teriam fornecido o atendimento e recursos necessários para o tratamento do bebê, especialmente em razão de inexistência de leito em UTI neonatal e UTI móvel.

A responsabilidade civil consiste na obrigação de alguém reparar dano sofrido por outrem. A sua principal consequência é a obrigação de indenizar os prejuízos decorrentes de uma conduta. Como dispõe o art. 186 do Código Civil, existe um dever legal de não lesar, do qual deriva a obrigação de indenizar sempre que, por meio de comportamento contrário àquele dever, uma conduta cause prejuízo injusto a outrem.

O art. 927 do mencionado Diploma fixa a regra geral para a indenização: "*Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo*". A responsabilidade objetiva e a teoria do risco da atividade aparecem no § 1º do dispositivo, aplicável aos casos enumerados em lei e, de forma genérica, aos prejuízos originários de atividade que naturalmente envolva risco.

Em relação aos entes públicos, o art. 37, § 6º, da Constituição Federal preceitua:

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 e, também, ao seguinte: (...)

§ 6.º As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

A responsabilidade civil pode ser classificada segundo vários enfoques. Ela pode ser: a) contratual, decorrente do descumprimento de cláusula pactuada ou do abuso na sua prática; b) extracontratual ou aquiliana, decorrente do descumprimento de todas as demais obrigações, oriundas de fonte legal ou social. Em relação à presença do elemento subjetivo, ela pode ser: a) subjetiva, quando presente o pressuposto da culpa ou dolo; b) objetiva, quando não há necessidade de perquirição de culpa em sentido amplo.

Via de regra, é imprescindível a prova da culpa para a configuração da responsabilidade civil. Somente em situações excepcionais, admite-se a responsabilização objetiva, quando coexistem conduta, dano e nexos de causalidade entre conduta e dano. O nexo causal é a relação de causalidade entre um determinado ato ou omissão e o dano sofrido.

Na hipótese em discussão, a responsabilização pretendida possui viés extracontratual derivado da falha na prestação de serviço. O Estado deve criar meios para prover serviços médico-hospitalares adequados, a fim de reduzir o risco de doenças e promover medidas necessárias à proteção e recuperação da população.

Embora haja precedentes judiciais que aplicam a teoria do risco administrativo e a responsabilidade objetiva, entendo que a hipótese de omissão estatal adequa-se à modalidade subjetiva de responsabilização, segundo a teoria conhecida como "falta do serviço". Esta modalidade é defendida pela doutrina majoritária e pela jurisprudência atualmente prevalente nos casos de omissão estatal (cito exemplificativamente o caso de preso assassinado na cela por outro detento julgado nos RE 170.014 e RE 81.602; dano causado a aluno por outro aluno igualmente matriculado na rede pública de ensino julgado no RE 109.615; vítima de disparo de fogo, que se encontrava detido, por ocasião de motim e tentativa de fuga julgado no RE 382.054).

O caso concreto

Os fatos narrados pela parte autora que sustentam a pretensão ora veiculada podem ser resumidos da seguinte forma:

No dia 11/06/2015, após sentir cólica, a autora dirigiu-se ao Hospital Evangélico para consulta, quando foi atendida pelo médico Randolt Alberto Huk, profissional que realizou exame de toque e autorizou seu retorno para casa. Assim que chegou à residência, houve rompimento da bolsa da gestante, que retornou ao dito Hospital e foi novamente atendida pelo médico acima mencionado. Este a orientou a preencher a ficha de internamento. Do internamento até o parto decorreram mais de 24 horas sem assistência médica. Após o parto, foi informada a ocorrência de aspiração meconial pelo neonato e que, devido às complicações médicas apresentadas, era necessária a transferência do recém-nascido para uma UTI. Como não havia leito disponível no Hospital Evangélico, foi encontrada vaga na Santa Casa de Irati/PR. Porém, ausente UTI móvel disponível, o pai do recém-nascido teve de arcar com os custos da disponibilização de ambulância particular. No dia 13/06/2015, o filho dos autores entrou em óbito por asfixia neonatal grave, decorrente da aspiração de mecônio.

Para o deslinde da causa, é necessário perquirir o nexos causal entre ação/omissão dos réus e o dano provocado. Nesse sentido, é preciso analisar a existência de negligência, imprudência, imperícia, nas condutas médicas adotadas, a imprescindibilidade do tratamento em unidade de terapia intensiva para a sobrevivência do bebê, a relação de causalidade entre demora na obtenção do leito e o resultado morte, bem como de quem é a atribuição para a prestação dos serviços de saúde relacionados ao caso.

É incontroverso nos autos que, em 11/06/2015, a autora solicitou atendimento do Hospital Evangélico, em razão de rompimento da bolsa amniótica. Também é incontroverso que o parto somente foi realizado em 12/06/2015 e, após o nascimento, foi constatada a necessidade de transferência do neonato para UTI, a qual efetivamente ocorreu somente após a disponibilização de UTI móvel particular patrocinada com recursos próprios do autor. O prejuízo alegadamente suportado consiste no falecimento do filho dos autores em 13/06/2015. A certidão de óbito indica como causa da morte de Leonardo Teixeira Felix Pinheiro a parada cardíaca, insuficiência respiratória grave, hipertensão pulmonar resistente, asfixia neonatal grave (evento 1, CEROBIT4).

O tratamento dispensado à parturiente e ao bebê, segundo o prontuário médico do evento 1, PRONT5, está descrito no laudo pericial do evento 153:

"(...) Pcte compareceu ao plantão do hospital com queixas de dores, em 11/6/2015 quando foi avaliada pelo médico de plantão e este não constatando efetivo trabalho de parto a orientou para retornar a casa. Logo após o retorno a casa ocorreu a rotura espontânea da bolsa das águas as 15hs, retornando então a gestante para o hospital e sendo internada, com exame clínico de 3cm de dilatação, afebril, e frequência cardíaca fetal positiva, para acompanhar a evolução do trabalho de parto. No dia 12/6 apresentou quadro febril sendo iniciado uso de antibióticos e evolução do trabalho de parto para um parto via vaginal as 16:05h, de RN masculino, com índice de apgar de 2/5 o que indica as más condições de nascimento, com presença de mecônio espesso, e aspiração importante pelo concepto, causada pela hipóxia. Puerpério imediato da parturiente dentro da normalidade, com solicitação de alta a pedido pelo motivo da transferência do RN para UTI em outro hospital (...)

RN, de parto normal com índice de apgar de 2/5 (indicando as más condições de nascimento), bolsa rota de 24h, estado febril materno, com parada respiratória, frequência cardíaca presente e atonia muscular. Atendimento de urgência com aspiração endo traqueal e entubado. Apresentou crise convulsiva, hemograma infeccioso, alteração metabólica, todos medicados. Em função da falta de vagas em UTI, foi disponibilizado em outra cidade, Irati, para onde o RN foi transferido por uma ambulância da Unimed porque a ambulância do SAMU não realiza transferência de pacientes e sim atendimentos de urgência. A evolução do quadro de aspiração meconial grave foi desfavorável vindo a óbito em decorrência das complicações desta patologia. (...)"

As condutas médicas adotadas

Os argumentos levantados pela parte autora para sustentar a omissão no tratamento médico disponibilizado pelo Hospital Evangélico envolvem, centralmente, a demora para realização do parto após o rompimento

da bolsa amniótica, a inexistência de atendimento por profissional da área de medicina, a demora para transferência do bebê à UTI neonatal e a inexistência de UTI móvel disponível.

Acerca da conduta a ser adotada pelo profissional da área de medicina, o Código de Ética Médica (Resolução CFM 1.931/09) dispõe que:

É direito do médico:

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente. (...)

VIII - Decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente, evitando que o acúmulo de encargos ou de consultas venha a prejudicá-lo.

IX - Recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência. (...)

É vedado ao médico:

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

Parágrafo único. A responsabilidade médica é sempre pessoal e não pode ser presumida.

Art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

Art. 7º Deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de sua obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria.

Art. 8º Afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro médico encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave.

Sobre os procedimentos médicos adotados durante o atendimento da autora e do bebê, consta do laudo pericial (evento 153):

1. Conforme se infere do prontuário médico acostado aos autos, o quadro clínico apresentado pela parturiente ao dar entrada no Hospital Evangélico, indicava cuidados especiais com a paciente?

R: Toda parturiente quando é internada para parto necessita cuidados especiais, que neste caso seriam os mesmos. A paciente deu entrada no hospital, em trabalho de parto com bolsa rota (nesta fase ainda sem líquido

meconial descrito), Frequência cardíaca fetal presente, e dilatação cervical, indicando um trabalho de parto dentro da normalidade.

2. Quais eram os procedimentos exigidos no caso em tela?

R: acompanhamento do trabalho de parto.

3. Estes procedimentos foram realizados?

R: sim, o acompanhamento ocorreu pelas anotações em prontuário.

4. O exame de toque pode ter rompido a bolsa amniótica?

R: não.

5. A internação se deu em 11.06.15 às 17:22h, conforme ficha de internação, já com a bolsa rompida, o parto se deu às 16:08h do dia 12.06.15, a perda de líquido amniótico é prejudicial ao feto?

R: Durante o internamento o monitoramento fetal, com o preenchimento do partograma se torna imperioso, justamente para avaliar a evolução do trabalho de parto e do bem-estar fetal, neste caso com amniorexe e quadro infeccioso, do binômio materno fetal.

6. O lapso temporal entre rompimento da bolsa e o parto causou sofrimento fetal e exposição de tratamento desarrazoado ao feto e a mãe?

R: Neste caso no internamento os registros não mostraram quadro febril materno este só aparecendo após a internação e tratada de imediato com penicilina e também o RN tratado após o nascimento em virtude de ter apresentado hemograma infeccioso. O quadro de sofrimento fetal, pela hipóxia em decorrência da Síndrome de aspiração de mecônio, não tem relação com o lapso temporal do internamento/nascimento.

7. A demora no atendimento/realização do parto pode ter gerado as complicações com o feto?

R: Não. As complicações fetais foram decorrentes da aspiração maciça de mecônio.

8. De acordo com as informações no prontuário médico acostado pelas enfermeiras, e aliado às informações da parturiente, quando se verificou a redução dos batimentos cardíacos, pode-se afirmar que o feto estava em sofrimento?

R: A bradicardia fetal é um dos sinais de sofrimento fetal.

9. A presença de mecônio ao romper a bolsa indicava complicações com o feto e a necessidade de intervenção cirúrgica imediata?

R: A intervenção imediata com cesariana, nos partos que apresentam mecônio não é imperativa, pois um percentual de até 20% dos partos ocorre a presença do mecônio sem complicações para o feto. O grave problema para o feto é quando ocorre a Aspiração de mecônio espesso podendo causar asfixia do feto com índice de mortalidade fetal bastante alto nesta situação. Coloco abaixo dois artigos originais sobre o assunto de Aspiração Meconial que mostram estes índices.

10. Durante o atendimento prestado à autora, foram realizados os procedimentos para se avaliar as condições do feto e possível ocorrência de sofrimento fetal? Se afirmativa a resposta, quais foram os procedimentos respectivos e onde se localizam no prontuário?

R: não localizei no prontuário o partograma que seria o documento de avaliação da progressão do trabalho de parto.

11. O atendimento prestado pela Maternidade dispõe dos recursos assistenciais necessários para a efetiva avaliação da vitalidade fetal?

R: Sim, existem recursos de avaliação do bem-estar fetal.

12. Mesmo estando normais os batimentos cardíacos do feto, este pode estar em sofrimento, se não investigada a vitalidade através dos meios apropriados?

R: Sim, se não for um processo agudo, pode sim o feto ter batimento cardíacos normais por não ter ainda ocorrido nenhuma alteração sistêmica.

13. Quais os procedimentos indicados pela doutrina médica para se acompanhar, de forma efetiva, a vitalidade do feto?

R: Este acompanhamento pode ser feito com a cardiotocografia e sinais clínicos durante o acompanhamento do trabalho de parto.

14. Enfermeiro pode realizar parto sem estar assistido por médico?

R: Parto é um ato médico, sendo de responsabilidade do médico plantonista neste caso.

15. A causa da morte, consistente em “sofrimento fetal grave, por inspiração de mecônio”, podem ser atribuídas à ausência do efetivo acompanhamento da vitalidade fetal e a demora na realização do parto, ou seja, está ligado ao atendimento dispensado a autora?

Não. Conforme os trabalhos existentes de Síndrome de aspiração de mecônio, todos são unânimes em colocar a dependência do tipo de mecônio, quantidade aspirada e localização na árvore respiratória como fatores de prognóstico para o feto.

16. Se o atendimento não foi a causa direta da morte do feto, pode ter contribuído para o evento danoso?

R: sim, pois neste caso o sofrimento fetal foi a causa da liberação e aspiração meconial.

17. A realização de cesariana no primeiro dia em que a autora se internou na maternidade, ou seja, dia 11.06.15 às 17h 22min, poderia ter evitado a morte do recém nato?

R: Não podemos dizer que talvez o feto sobreviveria, mas não havia indicação obrigatória no internamento de se indicar uma cesariana.

18. O neonato nasceu apresentando coloração roxa e não chorou, é indicativo de sofrimento fetal? Quais foram as providências tomadas pela maternidade, segundo o prontuário, e quais são as providências que a maternidade deveria adotar?

R: Sim esta condição indica sofrimento fetal, porém a conduta realizada pela pediatra na urgência foi de acordo com as exigidas pelo caso.

19. Analisando-se os fatos narrados na inicial, em conjunto com os prontuários médicos da autora e do recém-nato, pode o Sr. Perito afirmar que houve defeito no serviço prestado pela maternidade? Apontar quais são eles.

R: Não se pode falar em defeito no serviço e sim a opção adotada pelo médico plantonista na conduta do caso, com a sua responsabilidade pela decisão.

20. Durante as 6h em que o neonato aguardava UTI móvel, pode-se dizer que houve sofrimento por parte dele?

R: O RN, apresentou um quadro grave de asfixia por aspiração de mecônio desde o nascimento, com atendimento neonatal adequado.

21. Esta morosidade de 6h em adquirir uma UTI móvel pode ter agravado a situação? Poderia ser evitado a morte do neonato se a UTI fosse disponibilizada de imediato?

R: A patologia do RN, de aspiração de mecônio, é uma patologia grave independente do tempo.

22. Conforme os exames pré-natais da parturiente e pós parte, a parturiente poderia apresentar algum tipo de infecção que pudesse causar o óbito fetal por asfixia, conforme apontado na certidão de óbito?

R: Pela análise de prontuário a paciente realizou exames pré-natais dentro da normalidade. Internamento sem febre. Início do estado febril após internamento, o que nos leva a crer ausência de infecção prévia.

23. Com 5cm de dilatação, a parturiente deve entrar em trabalho de parto imediatamente? O parto poderia ser normal ou cirúrgico?

R: A paciente para chegar em 5cm de dilatação tem que estar em trabalho de parto pois são as contrações uterinas que vão realizar a dilatação cervical. Em condições avaliadas como favorável pelo médico obstetra o parto pode ser normal.

24. Foi correto o procedimento do hospital em fornecer medicamento à parturiente apenas após 18h de internação? Se a resposta for negativa, em que momento a parturiente deveria ser medicada? O medicamento ministrado foi o correto?

R: A paciente foi medicada de acordo com a evolução do parto e resultado de exames.

25. Quais os danos podem ser causados para a gestante após 24h do rompimento da bolsa? E para o neonatal?

R: A bolsa das águas funciona como uma barreira para a ascensão de bactérias da cavidade vaginal. A rotura das bolsas favorece a ascensão destas bactérias para o feto, seus anexos e útero materno. (...)

2.3 Quais as possíveis causas da situação identificada no recém-nato no momento do nascimento? Favor indicar fonte consultada (livros/artigos médicos/etc.).

R: Em se considerando a causa de aspiração meconial, existe uma certa conformidade de opinião quanto ao significado de eliminação de mecônio no parto. A presença de mecônio e frequência cardíaca fetal normal representa estado de sofrimento fetal compensado porém quando a frequência cardíaca fetal se deteriora a intervenção está indicada. Embora exista uma incidência aumentada de 3 vezes de RN deprimidos quando presente o mecônio, os sinais de sofrimento fetal pouco diferem daqueles que ocorrem na sua ausência. A eliminação de mecônio sem sinais de asfixia fetal não indica sofrimento fetal e nem indica a interrupção imediata do parto, porém a combinação de asfixia fetal e mecônio aumenta em muito o potencial da síndrome de aspiração de mecônio e conseqüentemente piora muito o prognóstico fetal.

A Síndrome de aspiração de mecônio (SAM) ocorre em cerca de 2 a 4% dos partos. A mortalidade gira em torno de 20 a 35% e muitos dos que sobrevivem tem sequelas de convulsões decorrentes da encefalopatia hipóxico isquêmica.

Com respaldo no laudo pericial e nos dispositivos do Código de Ética Médica, está demonstrado que os profissionais responsáveis pelo atendimento da demandante agiram de forma coerente com os protocolos médicos, dentro das condições técnicas e os recursos materiais ao seu alcance.

Embora a autora alegue que permaneceu sem atendimento médico desde o momento de internação até a realização do parto, o seu prontuário conta com a assinatura dos médicos indicados como responsáveis pelo seu acompanhamento. Assim, não é possível afirmar que tenha havido omissão profissional no atendimento. Além disso, o perito foi firme ao opinar que a intervenção com cesariana não era imperativa no caso e o lapso temporal entre internamento e nascimento não ocasionou obrigatoriamente o sofrimento fetal.

A partir do arcabouço fático narrado e a prova produzida, é possível extrair as seguintes conclusões:

- A parturiente foi internada no Hospital Evangélico em razão do rompimento da bolsa no dia 11/06/2015, sem a presença de líquido meconial naquele momento, com frequência cardíaca fetal e dilatação cervical dentro dos padrões normais.

- A paciente realizou exames pré-natais dentro da normalidade e, quando internada, não apresentou febre, iniciada apenas posteriormente.

- Em razão da normalidade das condições, o procedimento médico adotado foi o acompanhamento da paciente.

- Segundo o perito, mesmo em casos de presença de mecônio durante o parto, a intervenção com cesariana não é imperativa e, ainda que realizada na hipótese concreta, poderia não assegurar a sobrevivência do bebê.

- O parto ocorreu somente no dia 12/06/2015, após constatado estado febril da gestante e administrado medicamento antibiótico.

- O bebê nasceu em más condições de saúde, com quadro de aspiração de mecônio e necessidade de ser intubado.

- Em decorrência do grave estado de saúde, houve indicação médica para transferência do bebê a leito de UTI neonatal.

- O Hospital Evangélico não contava com leito de UTI neonatal disponível e não solicitou UTI móvel para transferência do paciente.

- Segundo o perito, o quadro de sofrimento fetal, indicado pela bradicardia e que teria levado à aspiração do mecônio, não tem relação com o lapso temporal entre o internamento e o nascimento.

Dessa forma, diante dos fatos e provas dos autos, a conduta adotada pelos profissionais médicos da urgência pode ser considerada adequada aos protocolos exigidos no caso. A perícia não aponta defeito no serviço, mas opção adotada pelos profissionais plantonistas, responsáveis pelo exame do paciente e escolha da conduta adequada nas circunstâncias concretas.

Ressalvo, contudo, que o documento de partograma, assinalado pelo perito como documentação condizente com a análise da evolução da situação clínica da paciente durante o parto, não foi apresentado. Não há informação, no processo, sobre a sua existência.

Apesar disso, as demais provas produzidas indicam que a autora foi medicada de acordo com a evolução do parto, resultado de exames, e condutas médicas recomendadas pelos órgãos competentes. Quanto ao neonato, há indicativo de que recebeu o tratamento possível naquele momento, dentro dos recursos materiais disponíveis naquele Hospital.

Por conseguinte, não há elementos suficientes para reconhecer negligência, imprudência ou imperícia no serviço prestado pelo corpo clínico do Hospital Evangélico.

A inexistência de leito disponível em UTI neonatal

O prontuário hospitalar demonstra que o bebê dos autores tinha necessidade urgente de tratamento em unidade de terapia intensiva, o que poderia viabilizar a sua recuperação e sobrevivência.

Não há prova cabal nos autos de que o paciente teria sua vida assegurada definitivamente caso aguardasse menos tempo para internamento em unidade de terapia intensiva neonatal. Quanto ao ponto, inclusive, o perito aduz que: "*A patologia do RN, de aspiração de mecônio, é uma patologia grave independente do tempo*".

Entretanto, é possível inferir que a espera de aproximadamente nove horas desde a constatação do seu estado de saúde e recomendação médica para transferência à UTI (às 16:16 de 12/06/2015) até a efetiva transferência (às 00:33 do mesmo dia) acelerou substancialmente o óbito e reduziu a chance de sobrevivência (informações do evento 63, OFICIO_C1). Considerando a fraca condição para respirar apresentada pelo recém-nascido e o quadro de aspiração de mecônio, o paciente possuía urgência para transferência à UTI neonatal, mas, devido à inexistência de leito disponível, teve de aguardar por horas na incubadora.

Como delineado nesta decisão, a Constituição Federal determina ao Estado a adoção de programas de assistência integral à saúde da criança:

Art. 127 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, 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.

§ 1.º - O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais, e obedecendo os seguinte preceitos:

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

Por sua vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece:

Art. 3º - A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (...)

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (...)

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (...)

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (...)

Art. 18. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Ao Poder Público, não é dado submeter os administrados, sobretudo crianças e adolescentes, a situações degradantes que violem o direito à vida, em lesão à dignidade humana. Enquanto fundamento da República Federativa do Brasil, a dignidade humana exige ações estatais que garantam o mínimo existencial. Disso decorre que não se pode aceitar que um neonato agonize por aproximadamente nove horas sem o atendimento médico-hospitalar necessário e adequado à sua condição clínica, em virtude da ausência de unidade de terapia intensiva neonatal.

Quanto ao ponto, ressalto que a transferência do paciente ao leito disponibilizado após as nove horas de espera, em cidade diversa da residência dos autores (Irati/PR) somente foi possível devido à obtenção de UTI móvel particular, custeada com recursos particulares. O documento do evento 63 demonstra que, na data do ocorrido, não houve solicitação de UTI móvel pelo Hospital Evangélico à Central Estadual, mas apenas de leito.

Não há, no processo, como aferir se a ausência de solicitação da ambulância pelos profissionais do Hospital Evangélico decorreu de omissão, falha na comunicação ou de sistema, fato é que ela não ocorreu, como se depreende do espelho de solicitação referido.

A mera plausibilidade de que o leito em unidade de terapia intensiva, em momento oportuno, poderia salvar a vida do bebê autoriza a responsabilização da União e do Estado do Paraná, que decorre da omissão na instalação de novos leitos na cidade de Ponta Grossa, que conta com uma população de aproximadamente 400.000 habitantes, acrescidas dos cidadãos das cidades próximas.

Sobre esse aspecto, a resposta da Central Estadual de Regulação de Leitos demonstra que não havia leito de UTI em vários hospitais da região (evento 63, OFICO_C1, p. 4).

Com relação ao tema, dispõe a Lei 8.080/90:

*Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o **inciso I do art. 198 da Constituição Federal**, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:*

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Acerca da responsabilidade estatal pela prestação de serviços de saúde de alta complexidade, tal como unidades de terapia intensiva, a mencionada Lei determina:

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

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade; (...)

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: (...)

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

Ainda, a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS nº 01/2002 (Portaria 373/2002 do Ministério da Saúde) dispõe:

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

No presente caso, é aplicável a responsabilidade pela falta do serviço, que se configura quando o serviço não funciona, funciona mal ou atrasado. A ausência do serviço devido ou seu funcionamento defeituoso, inclusive por demora, é suficiente para ensejar a responsabilização estatal pelos danos decorrentes.

Na situação narrada, a inexistência de maior número de leitos de unidade de terapia intensiva na cidade de Ponta Grossa é fator a caracterizar a "culpa do serviço público". Assim, a responsabilização analisada é subjetiva, derivada da omissão, motivo pelo qual é necessário aferir a presença da conduta omissiva culposa, o dano e o nexo causal entre ambos.

A Portaria nº 1.631/2015 prevê os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. No tocante à existência de leitos hospitalares, estabelece um mínimo de dois leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na Região¹.

A título de esclarecimento, a 3ª Regional de Saúde abrange os municípios de Arapoti; Carambeí; Castro; Ipiranga; Ivaí; Jaguariaíva; Palmeira; Piraí do Sul; Ponta Grossa; Porto Amazonas; São João do Triunfo; Sengés e apenas Ponta Grossa possui leitos de UTI, neonatal, adulto e pediátrica.

Conforme dados do Datasus, para julho de 2015, Ponta Grossa possuía os seguintes números de leitos de UTI²:

Para os municípios abrangidos pela 3^a Regional de Saúde, o número de nascidos vivos, no ano de 2015, foi de 8.880³.

De acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde, portanto, no Município de Ponta Grossa, haveria necessidade de aproximadamente 18 leitos de UTI neonatal. No entanto, à época dos fatos, existiam apenas 10 leitos nesta modalidade para atendimento pelo SUS.

No caso, o paciente teve de ser transferido para outra regional de saúde (a 4^a Regional, na qual está inserido o Município de Irati/PR). Nesse sentido, a responsabilidade da União decorre da ausência de fiscalização sobre a manutenção de serviço adequado de saúde para atendimento de alta complexidade. A responsabilidade do Estado do Paraná, por sua vez, decorre da omissão quanto à disponibilização de leitos de UTI neonatal suficientes para o atendimento da população e em conformidade com os critérios fixados pelo Ministério da Saúde.

A saúde é reconhecidamente um direito social (art. 7º da Constituição Federal), A administração deve atuar de modo ativo para efetivar os direitos sociais, principalmente por meio das políticas públicas. Ainda que o valor das diárias pagas em UTIs seja considerado elevado, a União e o Estado do Paraná, incumbidos da manutenção dos tratamentos de alta complexidade, não podem se esquivar do dever de ampliar o acesso a esses procedimentos, tendo em vista a missão exposta no art. 196 da Constituição Federal.

Na situação em exame, a omissão estatal retirou do filho dos autores a chance de vida ou sobrevida. É dever legal dos gestores do SUS fornecer mecanismos adequados para que as instituições hospitalares possam atender todo e qualquer paciente, bem como de acomodá-los em dependências adequadas ao seu tratamento. Para o bebê Leonardo Teixeira Félix Pinheiro, a dependência adequada consistia em leito de UTI neonatal.

Muito embora o Hospital tenha requisitado a vaga em UTI, a sistemática do SUS foi falha ao não prever mecanismos alternativos para atender a demanda em caráter de urgência pelo atendimento intensivo. Se não havia vagas de UTI vinculadas ao SUS disponíveis no momento em que o recém-nascido dela necessitava, o sistema de gerência foi omissivo. Conseqüentemente, a

União e o Estado do Paraná são solidariamente responsáveis pelo evento danoso e irreversível ocorrido.

Danos morais e materiais

Configurada a responsabilidade da União e do Estado pela inexistência de maior número de leitos de UTI neonatal na 3ª Regional de Saúde, é devida a reparação do dano. A indenização por danos morais deve ser fixada em termos razoáveis, a fim de que a reparação não constitua enriquecimento indevido, e tendo em vista o porte econômico, o grau de culpa do causador do dano, bem como a função pedagógica de desestímulo à repetição da conduta.

A situação em comento envolve a omissão na disponibilização a tempo de UTI neonatal, que acabou por subtrair do bebê a chance de obter tratamento urgente e necessário, de acordo com as condições clínicas graves, reconhecidas pelo profissional que lhe assistiu, bem como pelo perito judicial. Como fator a ser levado em conta para a redução do valor da indenização, entendo que deve ser considerada o razoável risco de falecimento de recém-nascidos com síndrome de aspiração de mecônio, tal qual o filho dos autores, conforme atestado pelo perito (quesito 21).

Destaco também como fator a ser considerado a ausência de culpa concorrente. O prontuário médico-hospitalar e os demais documentos anexos à inicial comprovam que a gestante realizou acompanhamento pré-natal. Os exames clínicos posteriores ao parto demonstram que seu estado de saúde não apresentava nenhuma anormalidade que pudesse prejudicar o bebê. Como atestado pelo perito, "*Pela análise de prontuário a paciente realizou exames pré-natais dentro da normalidade. Internamento sem febre. Início do estado febril após internamento, o que nos leva a crer ausência de infecção prévia*" (quesito 22). Ademais, a conduta que se aprecia é decorrente de omissão estatal, de modo que não havia ação a ser tomada pelos pais que tivesse o condão de evitar o final trágico ocorrido.

O diagnóstico da doença que levou à morte do bebê, segundo esclarecido pelo perito, foi a aspiração do mecônio. Sobre o alto grau de mortalidade de neonatos portadores da síndrome de aspiração de mecônio, o perito apontou que "*A Síndrome de aspiração de mecônio (SAM) ocorre em cerca de 2 a 4% dos partos. A mortalidade gira em torno de 20 a 35% e muitos dos que sobrevivem tem sequelas de convulsões decorrentes da encefalopatia hipóxico isquêmica*" (quesito 2.3). Assim, com base nos dados levantados pela perícia, infelizmente, é preciso ressaltar que havia chance de o neonato vir a falecer mesmo em condições adequadas de tratamento hospitalar.

O sofrimento extrapatrimonial experimentado pelos autores decorre da perda do filho recém-nascido, cuja aferição econômica é inestimável. Secundariamente, acompanha a circunstância de ausência de informações concretas sobre o estado de saúde do recém-nascido (a mãe relata que sequer viu

seu filho após o parto, antes de ser levado à incubadora, o que é corroborado pelo prontuário hospitalar), demora na transferência do paciente, além da frustração da chance de tratamento pela não obtenção de leito em UTI neonatal em momento oportuno.

A fim de atender ao critério bifásico, consolidado pela jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça para a fixação de reparação moral, convém observar os parâmetros jurisprudenciais adotados em situações semelhantes. No caso de falecimento de recém-nascido, o STJ considerou razoável o montante indenizatório de R\$ 70.000,00 para cada uma dos pais (AgRg no AREsp 187.637/RJ, Rel. Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 07/08/2012, DJe 29/08/2012). Em outras ocasiões, o mesmo Tribunal referendou o montante de R\$ 100.000,00 (AgRg no Ag 894.282/RJ, Rel. Ministra DENISE ARRUDA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 06/11/2007, DJ 29/11/2007, p. 209; AgInt no AREsp 1393707/CE, Rel. Ministro MARCO AURÉLIO BELLIZZE, TERCEIRA TURMA, julgado em 01/04/2019, DJe 09/04/2019).

Considerando os elementos do caso concreto, como a) o resultado morte; b) indenização pela perda da oportunidade de evitá-la; c) existência de índice de mortalidade e morbidade considerável para a situação clínica constatada, arbitro como valor da indenização a título de danos morais, o montante de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para cada um dos autores, a ser arcado solidariamente pela União e pelo Estado do Paraná. Sobre o valor da indenização, deve incidir correção monetária pelo IPCA-e, a contar da data desta decisão (Súmula 362 do STJ), e juros de mora correspondentes aos índices oficiais de remuneração básica da caderneta de poupança, contados desde a data da morte, ocorrida em 13/06/2015 (Súmula 54 do STJ).

O valor fixado para o dano moral, diante da condenação solidária, é uma soma considerável para compelir os entes políticos a assegurar meios de manter os leitos de UTI neonatal em número condizente com a população, bem como a permitir um pouco menos de tristeza aos pais do bebê.

Outro pedido dos autores é a condenação dos réus ao pagamento de indenização material relativa ao gasto dispendido com UTI móvel para transferência do neonato ao leito de UTI disponibilizado em Irati/PR.

O recibo do evento 1, COMP9, comprova o pagamento do valor de R\$ 2.180,80 (dois mil cento e oitenta reais e oitenta centavos) pelo autor Daniel à Unimed para remoção do menor Leonardo Teixeira Feliz Pinheiro por ambulância ao Hospital Santa Casa de Irati em 12/06/2015.

O direito à saúde é dever do Estado, de modo que este é obrigado a fornecer os meios necessários ao tratamento médico da população enferma. No entanto, conforme delineado nesta sentença, o paciente não logrou êxito no seu tratamento adequado perante a rede pública de saúde.

A pacífica jurisprudência do Supremo Tribunal Federal entende que o preceito do artigo 196 da Constituição Federal, antes de ser vulnerado, é devidamente cumprido com a imposição ao Estado do dever de fornecer aos necessitados os tratamentos médicos de que necessitam para sua sobrevivência. Nesse sentido, os seguintes precedentes:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente. Decisão: O Tribunal, por unanimidade, reputou constitucional a questão. O Tribunal, por unanimidade, reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada. No mérito, por maioria, reafirmou a jurisprudência dominante sobre a matéria, vencidos os Ministros Teori Zavascki, Roberto Barroso e Marco Aurélio. Não se manifestou a Ministra Cármen Lúcia. (Repercussão Geral no Recurso Extraordinário 855.178, Plenário, Relator Ministro Luiz Fux, j. 05/03/2015)

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. MANDADO DE SEGURANÇA. INADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA. SÚMULA 7/STJ. DIREITO À SAÚDE. DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. PROTEÇÃO DE DIREITOS FUNDAMENTAIS E INDISPONÍVEIS. LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO. PRECEDENTES. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. 1. [...] 3. O Superior Tribunal de Justiça, em reiterados precedentes, tem decidido que o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS é de responsabilidade solidária dos entes federados, de forma que qualquer deles possui legitimidade para figurar no polo passivo de demanda que objetive o acesso a meios e medicamentos para tratamento de saúde. 4. Agravo regimental a que se nega provimento. (AgRg no AREsp 201.746/CE, Rel. Ministro SÉRGIO KUKINA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 16/12/2014, DJe 19/12/2014)

PACIENTE PORTADORA DE DOENÇA ONCOLÓGICA NEOPLASIA MALIGNA DE BAÇO PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS DIREITO À VIDA E À SAÚDE NECESSIDADE IMPERIOSA DE SE PRESERVAR, POR RAZÕES DE CARÁTER ÉTICO-JURÍDICO, A INTEGRIDADE DESSE DIREITO ESSENCIAL FORNECIMENTO GRATUITO DE MEIOS INDISPENSÁVEIS AO TRATAMENTO E À PRESERVAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS CARENTES DEVER CONSTITUCIONAL DO ESTADO (CF, ARTS. 5º, CAPUT, E 196) PRECEDENTES (STF) RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DAS PESSOAS POLÍTICAS QUE INTEGRAM O ESTADO FEDERAL BRASILEIRO CONSEQUENTE POSSIBILIDADE DE AJUIZAMENTO DA AÇÃO CONTRA UM, ALGUNS OU TODOS OS ENTES ESTATAIS RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO (RE nº 716.777/RS-AGR, Segunda Turma, Relator o Ministro Celso de Mello, DJe de 16/5/13).

Considerando que o serviço adequado de transporte do paciente é incumbência dos gestores do SUS, entendo que a quantia suportada pelo autor para possibilitar a transferência de seu filho merece ressarcimento pelos entes estatais.

Com efeito, embora não comprovada a negativa, o espelho de solicitação de leito na UTI demonstra a omissão quanto a essa solicitação, que obviamente era imprescindível ao caso, pois o recém-nascido dependia do transporte em ambulância para a locomoção de Ponta Grossa até a unidade hospitalar em Irati. Além disso, a gravidade do quadro não recomendava qualquer retardo na prestação de serviço médico-hospitalar intensivo de urgência.

Assim, União e Estado do Paraná devem reparar materialmente a parte autora pelo gasto de R\$ 2.180,80 (dois mil cento e oitenta reais e oitenta centavos) referente ao transporte em UTI móvel particular. Sobre o montante, deve incidir a atualização monetária pelo IPCA-e a partir do efetivo prejuízo (em 12/06/2015) e juros de mora equivalentes aos índices oficiais de remuneração básica da caderneta de poupança desde o evento danoso (Súmula 54 do STJ).

Reconheço presente, portanto, o dever de indenizar do Estado do Paraná e da União, em razão da existência de omissão culposa, nexo de causalidade e dano indenizável. A solidariedade da União e do Estado do Paraná decorre da norma constante do art. 196 da Constituição Federal, e do item 23 da Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS, expedida pelo Ministério da Saúde, como acima delineado.

3. Dispositivo

Pelo exposto, julgo parcialmente procedente o pedido para condenar solidariamente a União e o Estado do Paraná ao pagamento de indenização por:

a) danos morais no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) para cada um dos autores, perfazendo o montante total de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), corrigidos monetariamente nos termos da fundamentação;

b) danos materiais no valor de R\$ 2.180,80 (dois mil cento e oitenta reais e oitenta centavos), atualizados monetariamente na forma da fundamentação.

Condeneo União e Estado do Paraná em honorários advocatícios, que fixo em 10% sobre o valor da condenação, na proporção de 50% para cada um dos réus.

Sem custas devido à concessão do benefício da gratuidade de justiça e à isenção de que gozam os réus.

Submeta-se ao reexame necessário.

À Secretaria para que solicite o pagamento dos honorários ao perito.

Sentença publicada e registrada eletronicamente. Intimem-se.

Havendo recurso, intime-se a parte adversa para apresentar contrarrazões no prazo legal. Em seguida, remetam-se os autos à instância superior.

Oportunamente, arquivem-se.

Documento eletrônico assinado por **ANTÔNIO CÉSAR BOCHENEK, Juiz Federal**, na forma do artigo 1º, inciso III, da Lei 11.419, de 19 de dezembro de 2006 e Resolução TRF 4ª Região nº 17, de 26 de março de 2010. A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico <http://www.trf4.jus.br/trf4/processos/verifica.php>, mediante o preenchimento do código verificador **700007743941v71** e do código CRC **b3dfbf86**.

Informações adicionais da assinatura:

Signatário (a): ANTÔNIO CÉSAR BOCHENEK

Data e Hora: 13/11/2019, às 15:8:24

1. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>

2. http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41&VMun=411990&VComp=201507

3. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvpr.def>