ROTEIRO DE ATUAÇÃO

CAO - SAÚDE

Regulação Assistencial

Acesso a Leitos Hospitalares no Fluxo de Urgência e Emergência

2ª EDIÇÃO

Defesa da Saúde

MPMG Ministério Público do Estado de Minas Gerais

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Procurador-Geral de Justiça

Paulo de Tarso Morais Filho

Coordenadora do CAO-Saúde

Giovanna Carone Nucci Ferreira

Equipe do CAO-Saúde

Secretaria:

Josiane de Lima Cunha - Oficial do MP

Rejânia Margarida Cruz Lima - Oficial do MP

Pietra de Sousa Albuquerque Pedrosa - Contínuo

Claudina Rosa dos Santos - Recepcionista

Setor Jurídico:

Laís de Souza Piuzana - Analista em Direito

Maria Gabriela Araújo Diniz - Assessora

Nêmora Brant Drumond Cenachi - Analista em Direito

Setor Técnico:

Bárbara Coelho Ferreira - Assessora

Camila Cátia Vilela Viana - Assessora

Érika Maria Barbosa - Analista em Saúde Pública

Karina Alves Ramos - Analista em Saúde Pública

Marcela Damasio Ribeiro de Castro – Assessora

Keren Cristina Madeira de Abreu – Estagiária de Pós-Graduação em Saúde Pública

Sumário

1. Introdução 4

2. Contextualização da Regulação Assistencial no SUS 5

2.1. Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS 5

2.2. Regulação do Acesso 6

2.3. A Regulação do Acesso no Estado de Minas Gerais 7

2.3.1. O Complexo Regulador 8

2.3.2. Plataforma Estadual de Regulação 9

2.3.3. Fluxo de regulação de urgência e emergência para acesso aos leitos hospitalares 10

2.3.4. Papel Institucional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde nos casos de regulação do acesso aos leitos hospitalares no fluxo de Urgência e Emergência.....19

2.3.5. Limites da Atuação Ministerial na Regulação Assistencial 21

3. Roteiro de atuação 23

PASSO 1: Identificar se trata de um caso de regulação para acesso aos leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência. 23

PASSO 2: Identificar o tempo em que o caso está em processo de regulação 25

PASSO 3: Identificar qual central de regulação tem atribuição para regulação do caso ...26

PASSO 4: Qualificação das informações do caso.....27

PASSO 5: Adoção das medidas necessárias 29

4. Conclusão 32

ANEXO I: Modelo de Ofício - Requisição de Informações e Adoção de Providências pela CORE Saúde (Regulação Estadual) 33

ANEXO II: Modelo de Ofício - Requisição de Informações e Adoção de Providências pela Central Municipal de Regulação.....35

ANEXO III: Modelo Ação Ordinária – Estado 37

ANEXO IV: Modelo Ação Ordinária – Município e Centrais Municipais.....52

ANEXO V: Contato Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG).....68

ANEXO V: Contato Centrais Municipais de Regulação 68

1. Introdução

O Estado de Minas Gerais promoveu uma profunda modernização no seu modelo de Regulação Estadual, consolidada ao final do ano de 2025 por meio da **nova Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência** do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS), instituída pela Resolução SES/MG nº 10.832/2025. O novo modelo tem como diretrizes a qualificação dos processos regulatórios, a ampliação da transparência, o fortalecimento da governança interfederativa e a otimização do uso dos recursos assistenciais, com vistas à garantia do acesso equânime e oportuno aos serviços de saúde.

A relevância desse novo processo regulatório, sobretudo no fluxo de urgência e emergência, evidencia-se na necessidade de respostas rápidas, coordenadas e tecnicamente adequadas às demandas assistenciais no sistema público. Mais do que um mecanismo de gestão, **a regulação do acesso constitui instrumento essencial para a proteção da vida**, uma vez que o tempo de resposta e a adequada alocação do recurso assistencial influenciam diretamente os desfechos clínicos dos usuários do SUS.

Diante da relevância do processo de regulação do acesso no Sistema Único de Saúde e do seu impacto inquestionável para assegurar a equidade, a integralidade e a efetividade do cuidado, torna-se de extrema importância a atuação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais (MPMG) no acompanhamento da implementação da nova política, bem como no monitoramento contínuo de possíveis solicitações.

Nesse contexto, este roteiro de atuação, pretende fornecer aos diversos Órgãos de Execução com atribuições na Defesa da Saúde, em especial aos Promotores de Justiça com atuação no plantão forense, os **subsídios técnico-jurídicos necessários para a adequada atuação nas demandas de regulação assistencial para acesso a leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência**, em prol da garantia de acesso oportuno e qualificado do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) a um leito na rede hospitalar em Minas Gerais.

A atuação ministerial na temática deve priorizar estratégias resolutivas, dialógicas e interfederativas, com estímulo à adequada organização da rede assistencial e ao funcionamento eficiente dos fluxos regulatórios, sem prejuízo da adoção das medidas extrajudiciais e judiciais cabíveis nas hipóteses de risco concreto à vida, à integridade ou ao acesso oportuno à assistência em saúde.

O presente roteiro possui caráter técnico-orientativo, sem natureza vinculativa, e destina-se a subsidiar a atuação dos órgãos de execução do Ministério Público de Minas Gerais, preservada a independência funcional do Promotor Natural e a análise das peculiaridades do caso concreto.

2. Contextualização da Regulação Assistencial no SUS

2.1. Política Nacional de Regulação em Saúde do SUS

No âmbito da saúde, a regulação compreende o conjunto de ações e intervenções estatais, operacionalizadas por meio de normas, leis, diretrizes e práticas de gestão e cuidado, destinadas a assegurar o direito à saúde. Seu objetivo é garantir a adequada prestação das ações e serviços de saúde, bem como corrigir falhas de mercado relacionadas à produção e à distribuição desses bens e serviços.

No Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação organiza-se em três dimensões de atuação, interdependentes e indissociáveis, que devem operar de forma integrada: a **Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso às ações e aos serviços de saúde**[1].

- **Regulação de Sistemas de Saúde:** Trata-se das ações de ordenamento, controle e aprimoramento do SUS, abrangendo a elaboração de leis e normas, o planejamento, o financiamento, a auditoria, a vigilância em saúde e a definição das diretrizes gerais que guiarão a prestação de serviços.

- **Regulação da Atenção à Saúde:** Trata-se das ações que promovam adequada prestação de serviços de saúde, públicos e privados, à população, observadas as diretrizes de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Abrangendo a contratualização de prestadores, a habilitação de serviços e a fiscalização de produção dos prestadores. É a dimensão focada nos prestadores de serviços.

- **Regulação do Acesso à Assistência (Regulação Assistencial):** Trata-se dos processos que promovem, acompanham e avaliam a alternativa assistencial mais adequada à necessidade de saúde do usuário, em tempo oportuno. É operacionalizada pelo Complexo Regulador e engloba a regulação médica, na qual o médico regulador atua como Autoridade Sanitária para garantir a vaga ou o atendimento mais adequado, baseando-se em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização clínica.

De acordo com a Política Nacional de Regulação, a governança da regulação no SUS é exercida de forma interfederativa, participativa e regionalizada, fundamentada nos princípios

[1] PORTARIA GM/MS Nº 9.262, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº2, de 28 de setembro de 2017.

do SUS e articulada com a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso significa que todas as três esferas de governo (União, Estados e Municípios) possuem responsabilidades compartilhadas nas três dimensões da regulação (Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência), executando as ações no limite de suas competências[2].

Para verificar as competências dos entes integralmente, basta consultar a Política Nacional de Regulação, **clicando aqui.**

2.2. Regulação do Acesso

A regulação que se refere a este roteiro enquadra-se na **Regulação do Acesso à Assistência (Regulação Assistencial)**, tendo em vista a necessidade de compreensão pelos Promotores de Justiça quanto à organização, ao controle, ao gerenciamento e à priorização diária dos fluxos de pacientes nos serviços de saúde. Em Minas Gerais, a Regulação do Acesso é **dividida conforme a natureza do atendimento e a responsabilidade sanitária dos entes federados.**

Urgência: "Ocorrência imprevista de agravo à saúde **com ou sem risco potencial de vida**, cujo portador necessita de assistência médica imediata."

Emergência: "Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em **risco iminente de vida ou sofrimento intenso**, exigindo, portanto, tratamento médico imediato." [3]

Cabe ao Estado, por meio da Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG), gerenciar a regulação do acesso aos leitos e recursos hospitalares no fluxo de **Urgência e Emergência**, bem como coordenar as referências intermunicipais, o transporte aéreo (SAS/MG) e os procedimentos eletivos de alta complexidade (CERAC-MG)[2].

E aos municípios compete a regulação do acesso às ações e serviços eletivos, compreendendo consultas especializadas, exames diagnósticos, procedimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas. Essa atribuição insere-se no âmbito da organização da

[2] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.832, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG)
[3] RESOLUÇÃO CFM Nº 1451/1995 (Publicada no D.O.U. de 17 mar. 1995, Seção I, p. 3666)

atenção programada e da gestão local do cuidado e deverá seguir as diretrizes da Resolução SES/MG nº 10.833, de 15 de dezembro de 2025, que aprova as Diretrizes de Regulação do Acesso à Assistência no fluxo eletivo, tratada nesta Resolução por Regulação do Acesso Eletivo a procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG)[4].

2.3. A Regulação do Acesso no Estado de Minas Gerais

Em dezembro de 2025, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG), foi pactuado o novo modelo estrutural e tecnológico do Sistema Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do SUS/MG, e a transição entre os modelos foi realizada em maio de 2026. A reformulação foi formalizada por meio das seguintes Resoluções da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG):

- **Resolução SES/MG nº 10.832/2025** – Aprova a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência no âmbito do SUS/MG;
- **Resolução SES/MG nº 10.833/2025** – Estabelece as diretrizes para a regulação do acesso no fluxo eletivo, compreendendo procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade;
- **Resolução SES/MG nº 10.834/2025** – Define as diretrizes para a regulação do acesso no fluxo de urgência e emergência.

O novo modelo tem como diretrizes a qualificação dos processos regulatórios, a ampliação da transparência, o fortalecimento da governança interfederativa e a otimização do uso dos recursos assistenciais, com vistas à garantia do acesso equânime e oportuno aos serviços de saúde. Nele a regulação descrita é operacionalizada de forma centralizada, por meio da **Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG**), utilizando a **Ferramenta Estadual de Regulação CORE Saúde MG[5].**

[4] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.833, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova as Diretrizes de Regulação do Acesso à Assistência no fluxo eletivo, tratada nesta Resolução por Regulação do Acesso Eletivo a procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG).

[5] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.832, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG)

2.3.1. O Complexo Regulador

O Complexo Regulador é a **estrutura que coordena, operacionaliza e monitora ações da regulação do acesso**, de forma articulada aos dispositivos de regulação dos pontos da RAS. A sua estrutura é composta por um conjunto de centrais de regulação, podendo ter **1)** abrangência, gestão e funcionamento estadual, **2)** regional de gestão da SES, **3)** regional de gestão compartilhada e **4)** municipal[6].

Em Minas Gerais, a organização do Complexo Regulador Estadual é ampla e integra diversos atores com responsabilidade sanitária, compreendendo: a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) e suas Unidades Regionais de Saúde (URS); as Secretarias Municipais de Saúde (SMS); as Centrais Municipais de Regulação (tanto para o fluxo eletivo quanto de urgência); as Centrais de Urgência do SAMU 192; os Núcleos Internos de Regulação (NIR) dos hospitais; e a Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG)[7].

Nesse cenário, a **Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais** (CORE/MG), localizada em Belo Horizonte, integra esse Complexo atuando como o seu núcleo estratégico. Ela se consagra como uma **central única** responsável por regular o acesso às unidades de saúde estaduais, municipais e interestaduais, organizando o acesso a leitos e recursos hospitalares de urgência, bem como o agendamento de consultas, procedimentos e exames eletivos[8].

A unidade funciona sob gestão direta da SES/MG em regime de cogestão com as Centrais Municipais de Regulação de Urgências já existentes nos municípios de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberaba e Uberlândia. Nos termos da Resolução SES/MG nº 11.007, de 09 de abril de 2026, a cogestão da regulação do acesso é entendida como um modelo compartilhado de governança, decisão e operação entre os diferentes níveis do sistema de saúde (estadual e municipal), que devem atuar de forma integrada, cooperativa e pactuada para garantir o acesso oportuno, equânime e adequado dos usuários aos leitos e recursos assistenciais de urgência e emergência[9].

---

[6] PORTARIA GM/MS Nº 9.262, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2025. Institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde e revoga o Anexo XXVI da Portaria de Consolidação GM/MS nº2, de 28 de setembro de 2017.

[7] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.832, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG).

[8] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.834, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova as Diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG) e dá outras providências.

[9] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.007, DE 09 DE ABRIL DE 2026. Define as regras para a estratégia de cogestão entre a SES/MG e os municípios que possuem Centrais Municipais de Regulação de Urgência, no âmbito da regulação do acesso aos leitos de urgência e emergência no SUS/MG.

A estrutura da CORE deve contar com **equipe multidisciplinar** ampliada, composta por Coordenador Estadual, Médico Regulador Plantonista, Serviço Médico Auxiliar, Enfermeiro Navegador, Apoio Administrativo, Advogado e Analista de Gestão.

A **autoridade sanitária** no âmbito da regulação do acesso à assistência em saúde constitui **prerrogativa exclusiva dos médicos reguladores plantonistas e dos coordenadores estaduais**. Nos termos da Resolução SES/MG nº 10.834, de 15 de dezembro de 2025, considera-se **autoridade sanitária o agente público formalmente designado para exercer atividades de regulação do acesso, no desempenho de suas atribuições institucionais**. Tal atuação encontra respaldo no arcabouço normativo vigente, em especial na Lei nº 13.317, de 24 de setembro de 1999 (Código de Saúde do Estado de Minas Gerais), na Lei nº 20.364, de 7 de agosto de 2012, e na Lei Delegada nº 174, de 26 de janeiro de 2007, bem como em suas respectivas regulamentações e atualizações[10].

A CORE/MG também abarca, em sua estrutura, a regulação do serviço aeromédico inter-hospitalar, realizado pelo Batalhão de Operações Aéreas (BOA) do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais, responsável pela disponibilização de aeronaves para o transporte de pacientes. Ademais, integra a CORE/MG a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC/MG), incumbida da regulação dos procedimentos eletivos de alta complexidade, conforme o rol definido pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC)[11].

2.3.2. Plataforma Estadual de Regulação

No contexto da reestruturação do Sistema Estadual de Regulação, foi realizada a substituição do sistema **SUSfácil/MG** pela nova plataforma **CORE Saúde MG**. Trata-se de uma ferramenta de plataforma única, desenvolvida em parceria com o Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS/UFRN), que permitirá a integração com sistemas municipais, hospitalares e com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), ampliando a interoperabilidade e a eficiência dos processos regulatórios.

---

[10] LEI Nº 13.317, DE 24 DE SETEMBRO DE 1999. Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. LEI Nº 20.364, DE 7 DE AGOSTO DE 2012. Cria as carreiras de médico da área de gestão e atenção á saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, e de médico perito, no âmbito da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. LEI DELEGADA Nº 174, DE 26 DE JANEIRO DE 2007. Dispõe sobre o grupo de direção e assessoramento do quadro geral de cargos de provimento em comissão e as funções gratificadas da administração direta do poder executivo, e dá outras providências.

[11] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.832, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG).

A **CORE Saúde MG** é o sistema oficial responsável pelo registro, processamento e organização, em tempo real, das informações relativas ao acesso à assistência, promovendo a articulação entre os estabelecimentos de saúde e as demais estruturas que compõem o Complexo Regulador Estadual. A implementação da nova plataforma tem como um de seus principais objetivos o fortalecimento da transparência, possibilitando maior acesso às informações por conselhos de saúde, órgãos de controle e cidadãos[12].

Nos termos da Resolução SES/MG nº 11.008, de 09 de abril de 2026, a plataforma conta com diferentes níveis de acesso, definidos conforme o perfil do usuário e a finalidade de utilização. Os **acessos restritos** são destinados a usuários previamente autorizados — vinculados ao Complexo Regulador Estadual, às unidades de saúde, aos órgãos de controle e a outros atores institucionais —, sendo condicionados à definição de perfis específicos, compatíveis com as atribuições exercidas no processo regulatório. Esses acessos observam critérios rigorosos de autenticação, rastreabilidade e responsabilização, assegurando a segurança das informações e o uso adequado da ferramenta.

Por sua vez, os acessos públicos são disponibilizados ao cidadão, com o objetivo de ampliar a transparência e permitir o acompanhamento de sua posição nos fluxos regulatórios. Esse acesso ocorrerá de forma individualizada e segura, com garantia de proteção dos dados pessoais e sensíveis, sendo vedada a visualização de informações de terceiros ou de caráter sigiloso[13].

2.3.3. Fluxo de regulação de urgência e emergência para acesso aos leitos hospitalares

O fluxo de acesso à urgência e emergência tem início a partir da manifestação de uma condição aguda de saúde que demande atendimento imediato, com ou sem risco de vida, mas com potencial de causar grave dano à saúde do usuário. As portas hospitalares de entrada da urgência e emergência, bem como os componentes pré-hospitalares fixo (Pronto Atendimento 24h, Pronto Socorro, Sala de Estabilização e Unidade de Pronto Atendimento 24h) e móvel (SAMU 192), são responsáveis pela identificação da demanda a partir do acionamento ou da chegada do usuário, devendo realizar o primeiro atendimento e a estabilização do paciente, conforme o nível de complexidade do serviço.

[12] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.832, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG).
[13] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 11.008, DE 09 DE ABRIL DE 2026. Estabelece diretrizes para a gestão e governança do acesso à Ferramenta Estadual de Regulação, CORE Saúde MG, no âmbito do Sistema Único de Saúde no estado de Minas Gerais.

Nos casos em que o atendimento inicial ocorra em unidades do componente pré-hospitalar fixo (excetuando-se as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e os Pronto Atendimentos/Pronto Socorro) ou móvel que não disponham de acesso à Ferramenta Estadual de Regulação, e havendo necessidade de internação, transferência ou outro recurso além da capacidade resolutiva da unidade, deverá ser acionada, preferencialmente, a Central de Regulação de Urgência do SAMU 192. Nessa situação, o SAMU será responsável por viabilizar o atendimento e/ou transporte do paciente para serviço de saúde adequado, hierarquizado e integrante da Rede Estadual de Urgência e Emergência, conforme pactuação estabelecida na grade de referências.

Para os casos atendidos em portas hospitalares de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Pronto Atendimentos, Pronto Socorro, Salas de Estabilização e Portas de Urgência Hospitalares), quando houver necessidade urgente de transferência ou outro recurso regulado além da capacidade da unidade, o encaminhamento deverá observar a condição clínica do paciente. Nas situações ***tempo-dependentes, com risco iminente de morte e impossibilidade de aguardar por leito***, deve-se acionar, preferencialmente, a Central de Regulação de Urgência do SAMU 192, garantindo a rápida transferência para serviço adequado.

Por outro lado, nas situações em que o ***quadro clínico permita aguardar pela disponibilidade de leito***, a regulação deverá ser realizada por meio da Central de Operações para Regulação Estadual (CORE/MG), responsável pela organização do acesso conforme critérios assistenciais e disponibilidade na rede[14]. (Imagem 1)

Formalização e Atualização das Solicitações na Ferramenta Estadual de Regulação

Nos casos em que o quadro clínico do paciente permita aguardar a disponibilização de leito, o serviço de saúde deverá proceder à solicitação de internação e/ou à transferência do paciente, conforme a necessidade assistencial na ferramenta estadual de regulação.

A solicitação na Ferramenta Estadual de Regulação deverá ser formalizada mediante a inserção de laudo ou parecer médico devidamente fundamentado, contendo a justificativa técnico-assistencial para a necessidade de internação ou transferência do paciente. O registro deve apresentar, de forma clara, objetiva e fidedigna, a identificação e localização do paciente, o diagnóstico principal e os diagnósticos secundários pertinentes, a evolução clínica detalhada, os parâmetros clínicos e laboratoriais relevantes, os critérios técnicos que

[14] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.834, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova as Diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG) e dá outras providências.

embasam a solicitação, bem como as intervenções terapêuticas e exames já realizados. Deve, ainda, contemplar a avaliação do grau de complexidade e do risco assistencial, além da descrição dos recursos disponíveis e das limitações operacionais e estruturais do estabelecimento de origem.

As informações inseridas deverão ser mantidas atualizadas de forma contínua até a efetivação da transferência do paciente, com atualização mínima a cada 12 horas ou, de forma imediata, sempre que houver alteração do quadro clínico que possa impactar a análise, a priorização ou o encaminhamento assistencial no âmbito da regulação[15].

Imagem 1 - Fluxo de regulação de urgência e emergência para acesso aos leitos hospitalares



Fonte: Elaboração própria a partir da Resolução SES/MG nº 10.834/2025

[15] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.834, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova as Diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG) e dá outras providências.

Organização e Priorização das Solicitações na Regulação de Urgência e Emergência

A continuidade do acesso à assistência ao leito hospitalar em situações de urgência e emergência será operacionalizada pela CORE/MG, responsável por organizar as solicitações recebidas conforme ordem de priorização definida em protocolo específico.

As solicitações são analisadas por médicos reguladores — auxiliares ou plantonistas — e classificadas de acordo com a gravidade clínica do paciente, com base em protocolos assistenciais e critérios de risco, e assegura a priorização dos casos mais críticos em consonância com a disponibilidade de recursos na rede.

A definição das prioridades assistenciais observará protocolos técnicos e clínicos padronizados pela SES/MG, alinhados às diretrizes do Ministério da Saúde. Nesse processo, são considerados o grau de risco, o potencial de agravamento do quadro clínico e o tempo oportuno para intervenção, de modo a garantir a equidade e a adequada alocação dos recursos assistenciais no âmbito do SUS.

Fluxo de busca por leitos de urgência e emergência

A Resolução SES/MG nº 10.834/2025 estabelece que, no âmbito da plataforma **CORE Saúde MG**, a busca por leitos para atendimento de urgência e emergência deve ser orientada e subsidiada pelo **mapa de leitos disponível na Ferramenta Estadual de Regulação.**

O mapa de leitos configura-se como o principal instrumento para a organização e alocação de leitos no SUS/MG, reunindo informações atualizadas sobre a ocupação hospitalar, incluindo disponibilidade, bloqueios, tipologias e movimentações assistenciais. Nesse contexto, o Núcleo Interno de Regulação (NIR), ou estrutura equivalente nas instituições hospitalares, assume responsabilidade indelegável pela veracidade, consistência e atualização contínua dessas informações.

A atualização do mapa de leitos deve ocorrer, no mínimo, **três vezes ao dia** — nos turnos da manhã, tarde e noite —, **ou de forma imediata sempre que houver alterações na disponibilidade de leitos**, inclusive em situações de bloqueio de recursos ou quando houver solicitação da CORE/MG[16].

Adicionalmente, a implementação da estratégia de supervisão de leitos, conforme disposto na Resolução SES/MG nº 9.977, de 06 de fevereiro de 2025, de responsabilidade dos municípios, é fundamental para assegurar a correspondência entre as informações

[16] RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.834, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova as Diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG) e dá outras providências.

registradas na Ferramenta Estadual de Regulação e a realidade assistencial dos estabelecimentos de saúde, contribuindo para a confiabilidade dos dados e para a efetividade do processo regulatório[17].

A dinâmica do fluxo regulatório funcionará da seguinte forma:

Fluxo Habitual (Busca Habitual): Refere-se às solicitações de pacientes ***sem risco iminente de morte ou de dano grave à saúde*** e segue um fluxo escalonado. Inicialmente, a busca é realizada no estabelecimento de referência pactuado na grade da Rede de Urgência e Emergência. Na ausência de leito disponível, e após esgotadas as tentativas de negociação, a busca é ampliada para unidades com capacidade assistencial compatível na microrregião (para média complexidade) ou na macrorregião (para alta complexidade, ou média complexidade sem oferta na microrregião). Persistindo a indisponibilidade de leitos nessas regiões, a busca passa a abranger outros estabelecimentos da rede estadual do SUS/MG com capacidade técnico-assistencial adequada, garantindo a continuidade do cuidado e a resposta oportuna às demandas assistenciais.

Imagem 2 – Fluxo da busca habitual por leito



Fonte: Elaboração própria a partir da Resolução SES/MG nº 10.834/2025

[17] RESOLUÇÃO SES/MG Nº9.977, DE 06 DE FEVEREIRO DE 2025. Estabelece as diretrizes para a supervisão de leitos hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, em consonância com o processo de regulação do acesso.

Destaca-se que nos casos em que houver pacientes de mesma avaliação e priorização médica pela CORE/MG a serem alocados em um mesmo leito disponível de uma mesma região, serão utilizados os seguintes critérios na ordem em que se apresenta:

a) capacidade instalada e complexidade do estabelecimento de origem em que se encontra o paciente, a fim de garantir que o paciente que se encontra sob cuidados de um estabelecimento com menor capacidade de atendê-lo seja priorizado para a transferência;

b) tempo de espera, a fim de garantir que o paciente que se encontra no aguardo de um leito disponível por maior período de tempo seja priorizado para a transferência;

c) distância, a fim de garantir que o paciente com menor tempo de deslocamento até o destino seja priorizado para a transferência.

Imagem 3 – Ciência da Regulação pelo Estabelecimento de destino

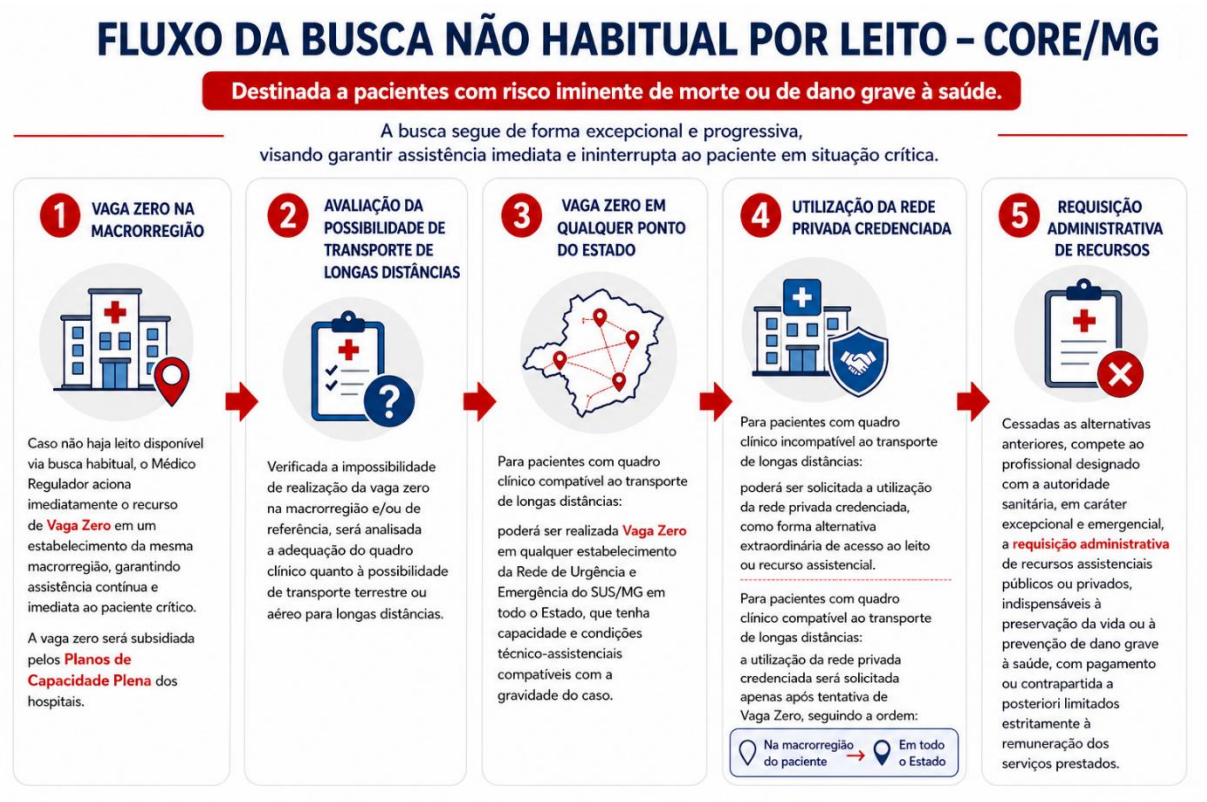


Fonte: Elaboração própria a partir da Resolução SES/MG nº 10.834/2025

Fluxo Não Habitual (Busca Não Habitual): Destina-se a ***pacientes com risco iminente de morte ou grave dano à saúde*** segue o fluxo a seguir

- ✓ Inicialmente, diante da **inexistência de leito disponível na macrorregião**, conforme a busca habitual, o profissional designado como autoridade sanitária poderá ser acionar a **vaga zero** em **estabelecimento da mesma macrorregião**, garantindo assistência imediata.
- ✓ Para aqueles pacientes com **quadro clínico compatível com ao transporte de longas distâncias**, os profissionais designados com a autoridade sanitária, verificada a ausência de leito disponível na macrorregião, podem acionar a **vaga zero** em **qualquer estabelecimento pertencente a Rede de Urgência e Emergência do SUS/MG do Estado** com capacidade para atendimento e que disponha de condições técnico-assistenciais compatíveis com a gravidade do caso;
- ✓ Nos casos em que o paciente apresente **quadro clínico incompatível com ao transporte de longas distâncias**, os profissionais designados com a autoridade sanitária, poderão realizar a solicitação de **utilização da rede privada credenciada**, como forma alternativa extraordinária de acesso ao leito ou recurso assistencial.
- ✓ Para aqueles pacientes com **quadro clínico compatível ao transporte de longas distâncias**, poderá ser solicitada, pelos profissionais designados com a autoridade sanitária, a **utilização da rede privada credenciada**, como forma alternativa extraordinária de acesso ao leito ou recurso assistencial, **apenas após a tentativa de realização de vaga zero**, respeitando-se a tentativa inicial de utilização da rede privada credenciada na macrorregião em que se encontra o paciente para prosseguir para a utilização da rede privada credenciada em todo o estado
- ✓ Cessadas as alternativas descritas acima, compete ao profissional designado com a autoridade sanitária, em caráter excepcional e emergencial, **a requisição administrativa de recursos assistenciais públicos ou privados,** indispensável à preservação da vida ou à prevenção de dano grave à saúde, com pagamento ou contrapartida a posteriori limitados estritamente à remuneração dos serviços prestados.

Imagem 4 – Fluxo da busca não habitual por leito



Fonte: Elaboração própria a partir da Resolução SES/MG nº 10.834/2025

Prerrogativas de Autoridade Sanitária para assegurar o acesso: Vaga Zero, Compra de Leito e Requisição Administrativa

Importante destacar que os três mecanismos supracitados são importantes para assegurar o acesso aos leitos hospitalares de forma equânime e resolutiva, cabendo ao Médico Regulador Plantonista, no exercício de sua autoridade sanitária — mantida conforme a Resolução SES/MG nº 10.843/2025 —, a prerrogativa exclusiva para a tomada de decisões críticas no processo regulatório. Dentre essas atribuições, destacam-se o acionamento de ***vaga zero, a utilização de leitos da rede privada (Compra de Leito), a requisição administrativa e a eventual alteração da ordem de busca*** por leitos. Tais competências também são compartilhadas com os Coordenadores Estaduais, no âmbito de suas atribuições institucionais.

Vaga Zero: Recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, cabendo à **autoridade sanitária decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento** para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção

de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes[18].

Para viabilizar e suportar esse acolhimento imediato, os estabelecimentos hospitalares devem atuar subsidiados por seus respectivos **Planos de Capacidade Plena (PCP).**

Planos de Capacidade Plena

Instrumento de organização da oferta assistencial, acionado a partir de níveis críticos de superlotação, que prevê a adoção de ações sistematizadas e de medidas extremas de contingência, tais como:

- Cancelamento de cirurgias não urgentes (eletivas);
- Suspensão de atendimentos ambulatoriais;
- Realocação de pacientes já internados.

Utilização da rede privada credenciada (Compra de Leito): A utilização de leitos da rede privada poderá ocorrer em **caráter excepcional e emergencial**, diante da **indisponibilidade de recursos assistenciais na rede do SUS.** Nesses casos, a CORE/MG recorrerá às **instituições habilitadas** por meio do Edital de Credenciamento nº 1/2025 ou outro instrumento que vier a substituí-lo, destinado à prestação complementar de serviços hospitalares ao SUS-MG, por entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

Requisição Administrativa: A requisição administrativa ocorre quando a CORE/MG, por meio da autoridade sanitária, determina a **utilização de recursos assistenciais públicos ou privados, em caráter excepcional e emergencial**, quando indispensável à preservação da vida ou à prevenção de dano grave à saúde. Nos termos da nova política, sua aplicação deve ocorrer apenas **após o esgotamento das alternativas de vaga zero e da utilização de leitos na rede privada credenciada.**

[18] DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 3.941, DE 21 DE SETEMBRO DE 2022. Aprova as diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.834, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2025. Aprova as Diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (SUS/MG) e dá outras providências.

2.3.4. Papel Institucional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde nos casos de regulação do acesso aos leitos hospitalares no fluxo de Urgência e Emergência

2.3.4.1 Fundamentos jurídicos da atuação ministerial em demandas individuais de urgência e emergência na saúde

A Constituição da República, ao consagrar o direito à saúde como direito fundamental de natureza prestacional (art. 196), estabelece dever solidário dos entes federativos na sua concretização. Entendimento este consolidado pelo Supremo Tribunal Federal no julgamento do **Tema 793** da repercussão geral, no qual se firmou a tese de que a responsabilidade pela prestação de serviços de saúde é comum à União, aos Estados e aos Municípios, podendo qualquer deles ser demandado para assegurar o acesso ao tratamento necessário.

De igual modo, o Supremo Tribunal Federal, ao apreciar o **Tema 6 da repercussão geral**, reconheceu que o direito à saúde possui eficácia imediata e pode ensejar a atuação do Poder Judiciário — e, por conseguinte, a **provocação pelo Ministério Público** — sempre que demonstrada a imprescindibilidade da medida pleiteada e a incapacidade do paciente de obtê-la pelos meios ordinários do Sistema Único de Saúde.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o **Tema Repetitivo 766**, consolidou o entendimento de que o **Ministério Público possui legitimidade para atuar na defesa de direitos individuais indisponíveis na área da saúde, inclusive em demandas individuais, especialmente quando presentes situações de urgência e relevância social.**

Sob a perspectiva doutrinária, tais precedentes reafirmam a incidência do princípio da máxima efetividade dos direitos fundamentais, bem como da vedação ao retrocesso social, impondo ao Estado — e às instituições de controle, como o Ministério Público — o dever de adotar todas as medidas necessárias à preservação da vida e da dignidade humana, sobretudo em contextos de falha ou insuficiência das políticas públicas[19].

---

[19] BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 793 da Repercussão Geral**. Responsabilidade solidária dos entes federativos no fornecimento de ações e serviços de saúde. Brasília, DF, STF.
BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Tema 6 da Repercussão Geral**. Fornecimento de medicamentos e tratamentos de saúde pelo Estado. Brasília, DF, STF.
BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Tema Repetitivo 766**. Legitimidade do Ministério Público para atuação em demandas individuais na área da saúde. Brasília, DF, STJ.
MINAS GERAIS. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde. **Informação Técnico-Jurídica CAO-Saúde nº 04/2021**. Belo Horizonte: MPMG, 2021.
MINAS GERAIS. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Corregedoria-Geral. **Ato CGMP nº 2, de 5 de junho de 2025**. Consolidação dos atos orientadores da atividade finalística do Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: MPMG, 2025.

Nesse contexto, a orientação institucional do Ministério Público de Minas Gerais, consubstanciada na Informação Técnico-Jurídica CAO-Saúde nº 04/2021, reconhece expressamente a legitimidade da atuação em demandas individuais de urgência e emergência, especialmente para assegurar o acesso do usuário do SUS a leitos hospitalares, admitindo, inclusive, a adoção de medidas judiciais, conforme as peculiaridades do caso concreto e a eventual inércia da regulação assistencial.

No plano normativo, **o Ato da Corregedoria-Geral do Ministério Público do Estado de Minas Gerais nº 2/2025 reforça que a atuação ministerial deve estar orientada à concretização dos direitos fundamentais e à proteção do interesse público primário, mediante abordagem resolutiva, proporcional e adequada às circunstâncias concretas, preservando-se a independência funcional do membro na escolha da estratégia mais eficaz para tutela do direito ameaçado.**

Dessa forma, a atuação individual do Ministério Público em casos de urgência e emergência revela-se **juridicamente legítima,** como expressão do dever constitucional de proteção à vida e à saúde, devendo ser exercida de forma articulada com a atuação estrutural voltada ao aprimoramento da rede assistencial.

2.3.4.2 Conflito de Atribuição nas demandas de urgência e emergência: critério do local de atendimento do usuário

Nos casos envolvendo demandas individuais de saúde no fluxo de urgência e emergência, eventuais conflitos de atribuição entre órgãos de execução do Ministério Público devem observar, como critério orientador, o local onde o paciente se encontra aguardando assistência, e não o seu domicílio. Isso porque é nesse local que se materializa a possível violação ao direito à saúde, além de ser onde há maior facilidade de acesso às informações e produção de provas necessárias à atuação ministerial. Ainda que a atribuição para dirimir formalmente o conflito seja do Procurador-Geral de Justiça Adjunto Institucional, admite-se a suscitação do conflito, devendo o órgão suscitante, contudo, adotar as medidas urgentes e inadiáveis necessárias à proteção do paciente até a resolução do caso, de modo a evitar danos irreparáveis ou de difícil reparação. Tal entendimento encontra respaldo no **Parecer Jurídico nº 002/2021 do CAO-Saúde/MG** , que consolida precedentes institucionais e fundamentos técnico-jurídicos sobre a matéria[20].

[20] MINAS GERAIS. Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde (CAO-Saúde). Parecer Jurídico nº 002/2021. Conflito de atribuições em demandas individuais de urgência e emergência no SUS. Belo Horizonte: CAO-Saúde/MPMG, 2021.

2.3.5. Limites da Atuação Ministerial na Regulação Assistencial

A atuação do Ministério Público na temática da regulação assistencial deve observar as competências constitucionais e legais dos entes federados e das autoridades sanitárias responsáveis pela operacionalização do acesso à assistência em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no contexto da nova Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do SUS/MG.

A regulação do acesso à assistência, sobretudo no fluxo de urgência e emergência, constitui **atividade técnico-sanitária complexa**, operacionalizada por **profissionais habilitados e estruturada a partir de protocolos clínicos, critérios de classificação de risco, disponibilidade assistencial, pactuações interfederativas e organização regionalizada da Rede de Atenção à Saúde** (RAS). Nesse contexto, compete ao médico regulador, no exercício da autoridade sanitária prevista na normativa estadual vigente, a avaliação técnica da alternativa assistencial mais adequada ao caso concreto, observados os critérios clínicos e operacionais aplicáveis.

Dessa forma, **a atuação ministerial não se destina à substituição da atividade técnica do médico regulador, tampouco à definição direta de vagas, leitos, prioridades clínicas ou fluxos assistenciais específicos.** Também não compete ao Ministério Público assumir funções de gestão administrativa da rede de saúde ou de ordenação operacional das filas regulatórias.

A atuação das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde deve concentrar-se, precipuamente:

- Na fiscalização da regularidade, legalidade e efetividade dos fluxos regulatórios;
- Na verificação da adequada inserção e atualização das solicitações na ferramenta estadual de regulação;
- No acompanhamento de situações de desassistência, demora excessiva ou omissões administrativas potencialmente incompatíveis com os princípios da integralidade, equidade e acesso oportuno à assistência;
- Na indução de soluções resolutivas e articulações interfederativas entre os atores responsáveis pela organização da rede assistencial;
- E na adoção das medidas extrajudiciais e judiciais cabíveis nas hipóteses de risco concreto à vida, à integridade ou à saúde do usuário do SUS.

A atuação ministerial deverá priorizar, sempre que possível, **estratégias resolutivas, dialógicas e cooperativas junto às estruturas regulatórias**, às Secretarias de Saúde, aos Núcleos Internos de Regulação (NIR), às Centrais de Regulação e aos demais atores do sistema, respeitada a autonomia técnica dos profissionais responsáveis pela regulação do acesso e preservada a independência funcional do Promotor Natural.

A **judicialização**, embora legítima e necessária em situações excepcionais de urgência, desassistência ou omissão estatal, **deve observar as peculiaridades da organização regionalizada da assistência em saúde** e os **impactos sistêmicos das decisões judiciais sobre os fluxos regulatórios**, buscando-se, sempre que possível, atuação tecnicamente qualificada e articulada com os gestores e estruturas responsáveis pela política pública de saúde.

3. Roteiro de atuação

Diante do exposto, apresenta-se a seguir o roteiro de atuação para os casos relacionados à regulação do acesso a leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Estado de Minas Gerais, devendo a atuação guiar-se por estes três questionamentos iniciais:

- Trata-se de urgência/emergência?
- O paciente já está inserido na CORE Saúde MG há pelo menos 24 (vinte quatro) horas?
- Há risco clínico atual e demora injustificada?

1º Passo

Identificar se trata de um caso de regulação para acesso aos leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência.

Para isso deve-se responder ao seguinte questionamento:

- **Há solicitação de transferência/internação cadastrada na ferramenta estadual de Regulação CORE SAUDE MG?**

Para verificar a existência de solicitação registrada na CORE, deverá ser realizado o acesso ao sistema CORE/MG, mediante a utilização do número de CPF do paciente, ou, alternativamente, solicitada à CORE a disponibilização do laudo de solicitação de internação e/ou transferência. Ressalta-se que familiares ou representantes legais poderão apresentar referido laudo à Promotoria de Justiça.

- Se **NÃO** há solicitação cadastrada, siga as orientações conforme a situação:

DEMANDA SEM LAUDO/ INFORMAÇÃO NA FERRAMENTA ESTADUAL DE REGULAÇÃO:

Caso, após o acesso ao sistema ou consulta à CORE, seja informado que não há laudo do paciente cadastrado, e o familiar ou demandante relate que o paciente se encontra em unidade de urgência (Pronto Atendimento, Pronto-Socorro, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h ou hospital), deverá ser orientado que **a internação e/ou transferência do paciente depende do pré-**

vio registro de laudo no sistema estadual de regulação. Nessa hipótese, recomenda-se que seja verificado, junto ao serviço de saúde onde o paciente esteja, quando a solicitação será inserida no sistema.

⚠️ Ressalta-se que o cadastramento do laudo é de responsabilidade do médico assistente, no serviço de saúde em que o paciente se encontra, mediante a identificação da necessidade de internação e/ou transferência para outro serviço hospitalar.

PACIENTE FORA DO FLUXO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Caso seja informado que o paciente se encontra em domicílio e que a demanda possua caráter eletivo, deverão ser buscadas informações junto ao **município de origem** acerca da situação do paciente na **lista de acesso eletivo**, **não devendo, nesse caso, ser dado prosseguimento às demais etapas delineadas neste roteiro.**

- Caso **SIM**, isto é, uma vez confirmada a existência de solicitação de internação na ferramenta estadual de regulação CORE Saúde, deverá ser dado seguimento ao **próximo passo (Passo 2)**.

Importante destacar que conforme a Resolução SES/MG nº 10.834, de 15 de dezembro de 2025, os sistemas informatizados de regulação utilizados pelos municípios que possuem Central Municipal de Regulação de Urgência, deverão estar interoperáveis com a Ferramenta Estadual de Regulação CORE Saúde, permitindo o intercâmbio de informações em tempo real.

Importa destacar que as solicitações de internação/transferência oriundas de estabelecimentos de saúde localizados nos municípios de Uberaba, Uberlândia, Juiz de Fora e Belo Horizonte são de competência das respectivas centrais municipais de regulação, nos termos da Resolução SES/MG nº 11.007, de 09 de abril de 2026. Assim, as solicitações de informações devem ser direcionadas para essas centrais.

Salienta-se que foi firmado o **Acordo de Cooperação Técnica nº 043/2022**, celebrado entre o Ministério Público do Estado de Minas Gerais/PGJ e o Estado de Minas Gerais, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, cujo objeto consiste no acesso, pelo MPMG, às informações relativas às solicitações de internação e/ou transferência de pacientes registradas no sistema informatizado de regulação estadual.

Em decorrência desse instrumento, membros e servidores passaram a ter acesso à ferramenta estadual de regulação CORE Saúde. Contudo, em razão do processo de migração da plataforma SUSFÁCIL/MG para o sistema CORE Saúde, o acesso encontra-se temporariamente indisponível, até a conclusão dos trâmites operacionais e tecnológicos necessários à sua plena utilização pelo MPMG.

⚠️ **Durante esse período de transição, o acesso aos laudos poderá ser realizado mediante solicitação pelos canais de comunicação indicados no anexo deste roteiro.**

2º Passo

Identificar o tempo em que o caso está em processo de regulação

Para aferir o tempo de permanência do caso no processo de regulação, deve-se considerar a data e o horário de registro do laudo na ferramenta estadual de regulação CORE Saúde/MG. Ressalta-se que o processo regulatório tem início exclusivamente a partir do cadastro da solicitação no sistema.

Ressalta-se, ainda, que **a própria interface da ferramenta estadual de regulação CORE Saúde/MG apresenta, de forma automática, o tempo de permanência** do paciente na fila de regulação.

Considera-se razoável o **prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas**, contado a partir do cadastro da solicitação na ferramenta estadual de regulação CORE Saúde/MG, para a **operacionalização do fluxo regulatório e a disponibilização de vaga em situações de urgência e emergência**. Tal parâmetro encontra respaldo técnico e normativo, uma vez que,

segundo orientações do Conselho Federal de Medicina, esse intervalo é considerado suficiente para a elucidação diagnóstica e a definição da conduta terapêutica inicial em serviços de pronto atendimento e prontos-socorros[21].

Ademais, o Ministério da Saúde estabelece que o paciente pode permanecer em observação por até 24 horas para estabilização clínica, devendo, após esse período, ser assegurada a continuidade do cuidado em ambiente hospitalar adequado[22].

ALERTA – PRAZO PARA ATUAÇÃO MINISTERIAL NO PROCESSO REGULATÓRIO

Considerando a razoabilidade do prazo de até 24 horas para a operacionalização do processo regulatório, recomenda-se que a atuação ministerial seja desencadeada após esse período.

Todavia, caso seja identificado que o fluxo regulatório não está sendo devidamente observado, a atuação ministerial poderá ocorrer de forma imediata, com a adoção de providências para obtenção de esclarecimentos junto à central competente pela regulação do caso, seja a CORE ou as centrais municipais (Belo Horizonte, Juiz Fora, Uberaba e Uberlândia).

3º Passo

Identificar qual central de regulação tem atribuição para regulação do caso



[21] RESOLUÇÃO CFM nº 2.079/14 Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho nessas unidades.
[22] PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 3, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

4º Passo

Qualificação das informações do caso

Nesta etapa, objetiva-se verificar a consistência e a atualidade das informações clínicas e do fluxo regulatório adotado, de modo a subsidiar a adequada atuação ministerial. Para tanto, devem ser respondidos os seguintes questionamentos:

- **As informações sobre a condição clínica do paciente foram atualizadas nas últimas 12 horas?**

  - **Se NÃO:** Orientar o familiar/demandante a contatar a equipe da unidade de origem, a fim de providenciar a imediata atualização das informações no sistema de regulação. Ressalta-se que a análise deve prosseguir para o próximo questionamento, independentemente dessa providência.
  - **Se SIM:** prosseguir para o próximo questionamento.

- **Em qual fluxo regulatório o caso está enquadrado?**

Para essa identificação, deve-se consultar a ferramenta estadual de regulação ou, se necessário, obter a informação diretamente junto à CORE.

  - **Fluxo Habitual (Busca habitual):** Verifique se foram adotadas todas as medidas previstas:
    - Busca no estabelecimento de referência pactuado na grade da Rede de Urgência e Emergência da microrregião;
    - Busca ampliada para unidades com capacidade assistencial compatível:
      - Na microrregião (para média complexidade);
      - Na macrorregião (para alta complexidade ou média complexidade sem oferta na microrregião);
    - Busca em outros estabelecimentos da rede estadual do SUS/MG.

- **Fluxo Não Habitual (Busca Não Habitual):** Verifique se forem adotadas todas as medidas previstas:

    . Na inexistência de leito disponível na macrorregião, acionamento de vaga zero em estabelecimento da mesma macrorregião;

    . Para pacientes com condições clínicas compatíveis com transporte de longa distância, acionamento de vaga zero em qualquer estabelecimento da Rede de Urgência e Emergência do SUS/MG no Estado;

    . Para pacientes com quadro clínico incompatível com transporte de longa distância, solicitação de utilização da rede privada credenciada (compra de leito);

    . Adoção de requisição administrativa de recursos assistenciais, públicos ou privados.

A adequada identificação e verificação do fluxo regulatório são essenciais para aferir eventual inconsistência no processo de regulação e orientar a adoção das medidas subsequentes de atuação.

⚠ **PONTO DE ATENÇÃO**

✓ O não cumprimento, pela CORE, das etapas do processo regulatório previamente estabelecidas em normativo estadual configura irregularidade no fluxo de regulação. Nessa hipótese, a autoridade sanitária deverá prestar esclarecimentos quanto aos motivos da não observância do procedimento, bem como informar quais ações estão sendo adotadas para assegurar o acesso do usuário ao leito ou recurso assistencial necessário ao seu caso.

✓ Por outro lado, caso haja evidências de que as etapas do processo regulatório foram regularmente cumpridas, mas ainda não tenha sido viabilizada a vaga para o paciente, deve-se questionar a CORE acerca do score de priorização atribuído ao caso, além das medidas concretas que estão sendo implementadas para garantir o acesso oportuno do usuário ao atendimento necessário.

✓ Vale esclarecer que as centrais municipais podem adotar protocolos próprios de regulação. Assim, sempre que necessário, devem ser buscados esclarecimentos diretamente junto às respectivas centrais.

5º Passo

Adoção das medidas necessárias

A atuação ministerial deverá observar, preferencialmente, a resolutividade extrajudicial, sem prejuízo da adoção de medidas judiciais quando evidenciada urgência, risco à vida ou inefetividade das providências administrativas.

❖ ETAPA 1 – ATUAÇÃO EXTRAJUDICIAL (PREFERENCIAL)

- **Situação 1: Indícios de falha ou descumprimento do fluxo regulatório**

→ **Providência 1:** Expedir ofício à central competente (CORE ou central municipal), requisitando:

- Esclarecimentos detalhados sobre o caso concreto;
- Informação quanto ao cumprimento das etapas do fluxo regulatório;
- Indicação do score de priorização do paciente**;**
- Justificativa para eventual demora na alocação de leito;
- Medidas adotadas ou em curso para viabilizar o acesso ao recurso assistencial;
- Previsão estimada de resolução do caso.

→ **Providência 2:** Oficiar também o serviço de saúde de origem, quando necessário, para:

- Confirmar a inserção e atualização do laudo;
- Detalhar o quadro clínico atual do paciente;
- Informar eventuais limitações assistenciais da unidade.

→ **Providência 3:** Fixar prazo de 24h para resposta, compatível com a gravidade do caso.

- **Situação 2: Fluxo regulatório formalmente cumprido, mas sem resolução do caso**

→ **Providência 1:** Requisitar informações complementares à CORE/central municipal, com foco em:

- Justificativa para não efetivação da vaga;
- Avaliação sobre necessidade de adoção de medidas excepcionais (vaga zero, compra de leito ou requisição administrativa);
- Indicação expressa das providências em andamento.

→ **Providência 2:** Avaliar a necessidade de articulação institucional (contato direto, reunião emergencial ou atuação integrada com gestores), especialmente em casos de maior gravidade.

 A atuação extrajudicial deve ser célere, estratégica e orientada à solução concreta do caso, priorizando o diálogo institucional com a autoridade sanitária responsável pela regulação.

❖ ETAPA 2 – AVALIAÇÃO PARA JUDICIALIZAÇÃO

A judicialização deverá ser considerada quando verificada uma ou mais das seguintes hipóteses:

- Risco iminente de morte ou agravamento relevante do quadro clínico;
- Omissão, inércia ou resposta insuficiente da autoridade sanitária;
- Descumprimento do fluxo regulatório com impacto direto no acesso do paciente;
- Inefetividade das medidas extrajudiciais adotadas;
- Necessidade de adoção imediata de providência que extrapole a esfera administrativa.

❖ ETAPA 3 – MEDIDAS JUDICIAIS (QUANDO NECESSÁRIO)

→ **Providência 1:** Ajuizamento de medida judicial cabível (preferencialmente com pedido de tutela de urgência), visando:

- Garantir o acesso imediato do paciente ao leito ou recurso assistencial necessário;
- Determinar a adoção de medidas concretas pela autoridade sanitária (inclusive vaga zero, se cabível);
- Assegurar transporte adequado do paciente, quando necessário.

→ **Providência 2:** Direcionamento da demanda contra o(s) ente(s) federativo(s) competente(s), considerando a responsabilidade solidária na prestação do direito à saúde.

→ **Providência 3:** Instrução da inicial com:

- Informações obtidas na fase extrajudicial;
- Dados clínicos atualizados;
- Evidências de risco e urgência;
- Demonstração de eventual falha no processo regulatório.

SUPORTE À ATUAÇÃO MINISTERUAL – MODELOS E PEÇAS DISPONÍVEIS

Os modelos de ofícios, minutas e demais peças voltadas à atuação extrajudicial, bem como as peças processuais destinadas ao ajuizamento de Ação Civil Pública (ACP), encontram-se disponibilizados como anexos a este roteiro.

Tais instrumentos têm por finalidade conferir maior celeridade, padronização e efetividade à atuação dos Promotores de Justiça, devendo ser utilizados como referência e adaptados conforme as especificidades do caso concreto.

⚠ **PONTO DE ATENÇÃO**

A **judicialização** deve ser adotada como **medida excepcional**, porém imediata e prioritária quando presente risco à vida ou à saúde do paciente, não podendo a tramitação administrativa retardar a adoção de providências urgentes.

⚠ **PONTO DE ATENÇÃO**

A **atuação ministerial** deve sempre buscar o **equilíbrio entre a proteção do direito individual à saúde e o respeito à organização do sistema regulatório**, intervindo de forma qualificada, técnica e proporcional às circunstâncias do caso concreto.

4. Conclusão

O presente Roteiro de Atuação consolida os fundamentos normativos, técnicos e operacionais que orientam a regulação do acesso a leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais, à luz do novo modelo instituído pela Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência no SUS/MG. Ao detalhar conceitos, fluxos decisórios, competências institucionais e parâmetros objetivos, o documento oferece referencial seguro e padronizado para a atuação das Promotorias de Justiça de Defesa da Saúde, sobretudo no contexto do plantão forense.

Nesse contexto, a atuação dos Promotores deve ser estratégica e articulada, voltada não apenas à judicialização, mas à fiscalização efetiva da política pública e à garantia do acesso no âmbito do SUS. A compreensão da política, da ferramenta e o diálogo constante com as autoridades sanitárias são indispensáveis para garantir o direito à saúde de forma técnica, equilibrada e sustentável.

Assim, as Promotorias de Justiça devem examinar cada caso à luz dos parâmetros estabelecidos pela nova regulação estadual, buscando sempre a resolução administrativa prévia, de modo que a judicialização permaneça excepcional, fundamentada e compatível com a organização em rede, preservando a racionalidade do SUS e a garantia do acesso qualificado e oportuno a quem dele necessita.

ANEXO I

Modelo de Ofício

Requisição de Informações e Adoção de Providências pela CORE Saúde (Regulação Estadual)

Ofício nº ___/ano

_____, ____ de _____de ano.

A Sua Excelência o Senhor_____

Coordenador/Autoridade Sanitária

Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG)

Assunto: Requisição de informações e de adoção de providências para garantia de acesso ao leito hospitalar e recurso assistencial no fluxo regulatório de urgência e emergência.

Senhor Coordenador,

Chegou ao conhecimento deste(a) Promotor(a) de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde na Comarca de _____ (ou em plantão na Comarca de _____), que o(a) paciente _____, de ___ anos de idade, encontra-se internado(a) no Hospital _____ (ou Pronto Atendimento/Pronto-Socorro/UPA), em razão de quadro de _____, necessitando, com urgência, de transferência/internação em leito hospitalar destinado a _____, bem como da assistência adequada ao seu caso, conforme relatório cadastrado na Ferramenta Estadual de Regulação CORE Saúde, ora anexado.

Segundo informações disponíveis, o (a) usuário(a) encontra-se inserido(a) no sistema CORE Saúde sob o nº _____, desde _____, aguardando o devido processo regulatório para acesso ao leito e/ou recurso assistencial indispensável ao tratamento necessário.

Nada obstante, até o presente momento, apesar da gravidade e urgência do quadro clínico, bem como da atualização das informações no sistema oficial de regulação, a vaga pleiteada ainda não foi disponibilizada, em manifesta desconformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção

às Urgências e Emergências, da Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência e com os parâmetros estabelecidos para a regulação do acesso no fluxo de urgência e emergência, nos termos das Resoluções SES/MG nº 10.832/2025 e nº 10.834/2025.

Nesse contexto, cumpre destacar que a Lei Estadual nº 13.317/1999 (Código de Saúde do Estado de Minas Gerais) prevê, em seu art. 96-B, XIII, que a atividade de regulação dos serviços de saúde possui competência para "requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida a posteriori, conforme instrumento jurídico específico de pactuação a ser realizada com as autoridades competentes".

Ademais, a Resolução SES/MG nº 10.834, de 15 de dezembro de 2025, estabelece competir à autoridade sanitária a avaliação da necessidade assistencial do paciente, bem como a adoção dos dispositivos necessários à garantia do acesso à assistência, incluindo a determinação de vaga zero, a utilização de leitos da rede privada credenciada (compra de leito), e, quando cabível, a adoção de requisição administrativa.

Ante o exposto, no exercício das atribuições constitucionais e legais conferidas ao Ministério Público, especialmente aquelas previstas no art. 129, VI, da Constituição da República, no art. 27, IV, da Lei Federal nº 8.625/1993, e no art. 67, I, "b", da Lei Complementar Estadual nº 34/1994, **requisita-se a Vossa Senhoria, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, a prestação de informações atualizadas acerca do caso, bem como a imediata adoção das providências assistenciais necessárias ao atendimento da demanda**, no exercício da autoridade sanitária prevista no art. 96-B da Lei Estadual nº 13.317/1999, no art. 5º, II, "b", do Decreto Estadual nº 45.015/2009, e nas Resoluções SES/MG nº 10.832/2025 e nº 10.834/2025, sob pena da adoção das medidas judiciais cabíveis por parte do Ministério Público.

Cordialmente,

PROMOTOR (A) DE JUSTIÇA

ANEXO II

Modelo de Ofício

Requisição de Informações e Adoção de Providências pela Central Municipal de Regulação

Ofício nº ___/ano

_____, ____ de _____de ano.

A Sua Excelência o Senhor_____

Coordenador/Autoridade Sanitária

Central Municipal de Regulação

Município _____

Assunto: Requisição de informações e de adoção de providências para garantia de acesso ao leito hospitalar e recurso assistencial no fluxo regulatório de urgência e emergência.

Senhor Coordenador,

Chegou ao conhecimento deste(a) Promotor(a) de Justiça, com atribuições na Defesa da Saúde na Comarca de _____ (ou em plantão na Comarca de _____), que o(a) paciente _____, de ___ anos de idade, encontra-se internado(a) no Hospital _____ (ou Pronto Atendimento/Pronto-Socorro/UPA), em razão de quadro de _____, necessitando, com urgência, de transferência/internação em leito hospitalar destinado a _____, bem como da assistência adequada ao seu caso, conforme relatório cadastrado na Ferramenta Estadual de Regulação CORE Saúde ou no sistema de regulação utilizado pela Central Municipal (nos casos em que ainda não implementada a integração e interoperabilidade com o CORE Saúde MG), documento ora anexado.

Segundo informações disponíveis, o(a) usuário(a) encontra-se inserido(a) no sistema de regulação sob o nº _____, desde _____, aguardando o devido processo regulatório para acesso ao leito e/ou recurso assistencial indispensável ao tratamento necessário.

Nada obstante, até o presente momento, apesar da gravidade e da urgência do quadro clínico, bem como da atualização das informações no sistema oficial de regulação, a vaga pleiteada ainda não foi disponibilizada, em manifesta desconformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, bem como com as competências legais atribuídas à direção municipal do SUS no tocante ao planejamento, à organização, ao controle e à avaliação das ações e serviços de saúde, além da gestão e execução dos serviços públicos de saúde.

Nesse contexto, cumpre destacar que incumbe à autoridade sanitária municipal, especialmente ao (à) Secretário(a) Municipal de Saúde, por meio da central de regulação, adotar as medidas necessárias à adequada resposta às demandas assistenciais de urgência e emergência, assegurando o acesso oportuno aos serviços hospitalares necessários ao caso concreto.

Ademais, no âmbito das Centrais Municipais de Regulação, compete-lhes a regulação do acesso aos serviços hospitalares de urgência sob gestão municipal, em conformidade com as diretrizes da estratégia de cogestão estabelecidas pela Resolução SES/MG nº 11.007, de 09 de abril de 2026.

Ante o exposto, no exercício das atribuições constitucionais e legais conferidas ao Ministério Público, especialmente aquelas previstas no art. 129, VI, da Constituição da República, no art. 27, IV, da Lei Federal nº 8.625/1993, e no art. 67, I, "b", da Lei Complementar Estadual nº 34/1994, **requisita-se a Vossa Senhoria, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, a prestação de informações atualizadas acerca do caso, bem como a imediata adoção das providências assistenciais necessárias ao atendimento da demanda**, sob pena da adoção das medidas judiciais cabíveis por parte do Ministério Público.

Cordialmente,

PROMOTOR (A) DE JUSTIÇA

ANEXO III

Modelo Ação Ordinária – Estado

EXMO(A). SR(A). DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA ___ VARA DA COMARCA DE _____/MG

URGENTE!!
NATUREZA DA AÇÃO: SAÚDE

O **Ministério Público do Estado de Minas Gerais**, por este(a) Promotor(a) de Justiça, no uso de suas atribuições constitucionais e legais previstas no art. 127 da CR/88, e art. 120 da CEMG, com fundamento nos arts. 196 e 198, ambos da CR/88, bem como no art. 6º, I, *d*, da Lei Federal n. º 8.080/90, vem, respeitosamente, perante V. Exa., ajuizar

AÇÃO ORDINÁRIA, com pedido de concessão de TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA,

em face do **Estado de Minas Gerais**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Cidade Administrativa, Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n, bairro Serra Verde, Belo Horizonte/MG, ora representado pelo Advogado-Geral do Estado, e em favor do usuário em situação de risco _____, atualmente internado na UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital_____ /**MG**, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

1. DOS FATOS

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais, no exercício das atribuições de defesa da saúde, foi procurado por _____, familiar de _____, informando que este se encontra internado na UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital _____, localizado no município de _____, desde o dia _____, aguardando vaga para leito hospitalar com capacidade técnica adequada ao seu tratamento, com tempo em fila de regulação de _____ conforme consta no laudo de solicitação da Ferramenta Estadual de Regulação **CORE Saúde MG.**

Conforme relatório médico e cópia da Solicitação de Internação/ Transferência cadastrada na Ferramenta Estadual de Regulação **CORE Saúde MG**(anexos), o usuário, _____ anos, foi admitido na UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital _____, com quadro de _____.

Consta do histórico da solicitação extraído do cadastrado registrado no CORE Saúde **na data de hoje, _____, que o grau de priorização é _____.**

A gravidade do caso ressai dos próprios registros de prioridade incluídos no sistema CORE Saúde**, registros estes incluídos por médico regulador do complexo regulador estadual (documento anexo):**

No mesmo sentido, advertido expressamente quanto aos riscos de piora do quadro de saúde da paciente acaso não submetida ao procedimento de que necessita a tempo e modo oportunos, o relatório médico que a presente acompanha atesta, in verbis:

Diante desse quadro clínico, o usuário necessita ser transferido, com urgência, para leito hospitalar adequado ao tratamento de _____, sob pena de progressão e agravamento do quadro clínico, com **RISCO DE DETERIORAÇÃO FUNCIONAL SISTÊMICA, INSTALAÇÃO DE INCAPACIDADES TEMPORÁRIAS OU PERMANENTES, DISFUNÇÃO DE FUNÇÕES FISIOLÓGICAS ESSENCIAIS E EVOLUÇÃO PARA ÓBITO**, uma vez que a UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital em que se encontra não dispõe de capacidade resolutiva para o tratamento necessário.

Considerando-se a constata violação de direitos do(a) paciente, foi instaurado o procedimento administrativo (anexo) nº MPMG-____, pela ____ Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde de _____/MG. O usuário está cadastrado na Ferramenta Estadual de Regulação **CORE Saúde MG** , com solicitação de internação/transferência de nº _____.

Assim, até o presente momento, apesar da gravidade e da urgência do caso, não foi disponibilizada vaga nem viabilizado o acesso do usuário à assistência em saúde necessária ao tratamento indicado.

Encontra-se anexo ofício encaminhado pelo Ministério Público à CORE/MG (ofício nº ____), em que se noticia a necessidade de transferência do paciente.

Destarte, nada obstante tenha atribuição legal para garantir o acesso do referido usuário ao serviço de saúde adequado, o requerido mantém-se inerte perante esta demanda, permanecendo o paciente em unidade de saúde sem a devida resolutividade para tratamento.

2. DA LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PUBLICO

O Ministério Público possui legitimidade para a defesa de interesses individuais indisponíveis, conforme previsão do art. 127 da Constituição Federal e art. 6º, VII, "c", da Lei Orgânica do Ministério Público da União, esta última aplicável ao MP estadual por força do disposto no art. 279 da L.C. Estadual n.º 34/94. Nesse sentido, tem-se:

Art. 127. O Ministério Público é 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.

E:

Art. 6º. Compete ao Ministério Público da União:
(...)
VII – promover o Inquérito Civil e a ação civil pública para:
(...)
)c) proteção dos interesses individuais indisponíveis, difusos e coletivos, relativos às comunidades indígenas, à família, à criança, ao adolescente, ao idoso, às minorias étnicas e ao consumidor.

Acrescenta-se ainda que a presente lide trata de direitos fundamentais previstos na Constituição da República, como a saúde e a vida (arts. 5º e 196, caput, da CF) de uma idosa, circunstâncias essas que caracterizam a indisponibilidade do direito.

Nesse sentido, cita-se a jurisprudência do egrégio Tribunal de Justiça de MG:

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE 'AD CAUSAM'. SAÚDE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. COMPETÊNCIA CONCORRENTE DOS ENTES FEDERADOS. FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PRESCINDÍVEL. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA COMUM. PACIENTE EM ESTADO GRAVE. NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM UTI. CARÁTER EMERGENCIAL. AUSÊNCIA DE VAGAS EM HOSPITAL CONVENIADO AO SUS. TRATAMENTO À EXPENSA DO MUNICÍPIO, INDEPENDENTEMENTE DA TABELA SUS. DIREITO

CONSTITUCIONAL À SAÚDE. PACIENTE CARENTE DE RECURSOS FINANCEIROS. OBRIGAÇÃO DO MUNICÍPIO. DIREITO CONSTITUCIONAL. SENTENÇA CONFIRMADA. - Consoante precedentes jurisprudenciais, inclusive do colendo STJ, o Ministério Público possui legitimidade ativa para propor ação civil pública em defesa de direito individual indisponível à saúde de hipossuficiente, não se restringindo ao direito de idosos e menores. - O sistema de compartilhamento de competências, tal como estabelecido no art. 23, II, da CRFB/88, reserva competência concorrente ao município para avaliar as ações e a forma de execução dos serviços públicos relativos à saúde, a ele competindo garantir atendimento público aos munícipes que carecem de recursos para o necessário tratamento, ainda que sua atividade deva obediência às regras previamente estabelecidas pelo Ministério da Saúde. - Às ações do Sistema Único de Saúde inclui-se a assistência integral ao cidadão carente de recursos materiais e que enfrenta dificuldades no âmbito da saúde e bem-estar. No contexto fático demonstrado, figura como dever inadiável do Município de Santa Luzia, na qualidade de co-gestor do SUS, submeter, às suas expensas, independentemente do que dispõe a tabela SUS, usuário da rede pública de saúde a internação hospitalar e tratamento. Número do processo: 1.0245.06.101287-9/001(1), Relator: ARMANDO FREIRE, Data do Julgamento: 24/03/2009, Data da Publicação: 15/05/2009. (g.n.)

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO – ADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA – DIREITO SOCIAL À SAÚDE – DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – CIRURGIA DE MITROFANOFF PARA TRATAMENTO DE BEXIGA NEUROGÊNICA – INSUMO NECESSÁRIO PARA CUIDADOS PÓS CIRÚRGICO – SONDA VESINAL DE ALÍVIO – PARAMETRIZAÇÃO PELA INTEGRALIDADE REGULADA – CRITÉRIOS DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA – PRINCÍPIO DA DEFERÊNCIA – OBSERVÂNCIA DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PCDT – PREVALÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS – PROVA DA IMPRESCINDIBILIDADE DO TRATAMENTO – BLOQUEIO DE VERBA – MENOR ONEROSIDADE – MEDIDA MAIS EFICAZ – RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO. Conforme precedente do STJ (tema repetitivo 766), as demandas de saúde em que se pleiteiam tratamentos ou medicamentos em favor de beneficiários individualizados se referem a direitos individuais indisponíveis, tendo o Ministério Público legitimidade ativa para propor ação civil pública. O direito à saúde constitui um direito humano fundamental social de efeito concreto e de eficácia plena, considerada a diretriz de integralidade regulada, tratando-se de direito de todos e dever do Estado a quem cumpre assegurem o acesso universal e igualitário dentro da diretriz de integralidade (CF, art. 6º, 196 e 198, II). - A saúde como direito social dentro da

diretriz de integralidade deve estar parametrizada pela integralidade regulada, de modo que fora da regulação o acesso à saúde deve ser tradado como direito de natureza assistencial. Por força de disposição legal (Lei 8.080/90, arts. 19-M e 19-O), a integralidade de acesso à saúde sujeita-se aos critérios intransponíveis da medicina baseada em evidência – MBE, considerada a eficácia, a acurácia, a segurança e a efetividade daquilo que se pretende, ainda se observando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, os quais somente podem ser desprezados quando relatórios específicos indiquem a peculiaridade de cada caso.
- Em razão do princípio da deferência, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT são as normas orientadoras de acesso à saúde pública, somente podendo ser autorizado o acesso a outro medicamento, produto ou procedimento se estiver comprovada a impropriedade daquilo que estiver incorporado nas políticas públicas.
- Os insumos previstos em política pública de assistência básica e necessários para cuidados pós-cirúrgico e higienização em paciente portador de bexiga neurogênica, já submetido a cirurgia denominada Mitrofanoff, devem ser fornecidos pelo ente municipal.
- Para que se obtenha o resultado útil do processo, podem ser expedidas ordens cominatórias ao poder público.

- Na imposição de medidas cominatórias para o cumprimento de decisão judicial deve ser ponderada a menor onerosidade ao obrigado constatando-se que a medida de bloqueio de verba pública se mostra mais eficaz que a simples imposição de multa (CPC, art. 805 – Enunciado 74 da III Jornada da Saúde do CNJ). Número do processo: 1.0440.17.001565-3/001 Relator: RENATO DRESCH, Data do Julgamento: 14/05/2020, Data da Publicação: 15/06/2020. (grifo nosso)

O caso em apreço revela grave e iminente situação de risco à saúde e à vida da usuária _____, evidenciando a insuficiência das medidas administrativas até então adotadas e tornando imprescindível a imediata intervenção do Poder Judiciário para assegurar, de forma efetiva e tempestiva, o acesso ao tratamento e ao leito hospitalar adequados, em garantia aos direitos fundamentais à saúde, à integridade física e à vida.

3. DO DIREITO

O direito à saúde tem sua efetividade dependente da atuação eficaz do Poder Público através da promoção de políticas públicas com enfoque promocional (qualidade de vida), protetivo (prevenção) e de recuperação (saúde terapêutica ou curativa).[23]

Cumpre salientar que, segundo definição da Organização Mundial da Saúde – OMS, a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade."[24]

Assim, a postura do administrador público brasileiro deve estar adstrita ao disposto no art. 196, da Constituição. Referida norma faz surgir para o Estado deveres que lhe são correlatos e sua efetividade depende da adoção de "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Nota-se, com isso, que a necessidade de implementação do direito à saúde condiciona a própria política econômica que venha a ser adotada pelos governantes, por imperativo constitucional.

Nessa orientação já se manifestou o STF:

> O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (STF – AGRG. 271.286-8/RS. DJU, 24/11/2000)

De outro lado, cumpre frisar que, em virtude da adoção do modelo do Estado Democrático de Direito, como prevê o texto da Constituição (art. 1º, *caput*, da CR/88), o direito à saúde assume dimensão ainda mais ampla e democrática, o que aumenta sua relevância para os cidadãos.

Verdadeiramente, a consagração do Estado Democrático de Direito acarreta a necessidade de amplificar os canais de participação popular na gestão da coisa pública, bem como a de conferir eficácia social às normas constitucionais, especialmente àquelas que asseguram direitos e garantias fundamentais.

---

23 SCHWARTZ, Germano A. GLOECKNER, Ricardo Jacobsen. *A Tutela Antecipada no Direito à Saúde: aplicabilidade da teoria sistêmica*. Porto Alegre: SAFE, 2003. p. 55.
24 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Conferência Internacional da Saúde: Nova Iorque, 19 a 22 de julho de 1946.

Nesse sentido, ao tratar dos direitos sociais – capítulo em que consta o direito à saúde (art. 6º, *caput*), o constituinte inseriu-os no título em que trata dos direitos e garantias fundamentais, circunstância esta que torna aplicável o regime jurídico destes últimos.

Destarte, tem-se que o exercício do direito à saúde pelo indivíduo não se encontra condicionado à regulamentação infraconstitucional, a teor do que prescreve o art. 5º, § 1º, da CR/88: "As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata."

Dessa forma, como têm decidido os tribunais superiores, não há que se falar em discricionariedade administrativa na promoção das políticas públicas ou implementação de normas programáticas quando se trata de viabilizar o acesso da população a direitos fundamentais.

Isso porque, especialmente em tema de direitos fundamentais, o que se impõe é conferir força normativa à Constituição e buscar a ótima concretização da norma[25].

Assim, embora a adoção das políticas necessárias para se garantir o acesso à saúde esteja inicialmente a cargo dos poderes executivo e legislativo, incumbe ao Poder Judiciário assegurar ao jurisdicionado o direito violado pela omissão do Poder Público, impedindo que a norma constitucional se torne promessa constitucional inconsequente, como se denota pelo posicionamento do Supremo Tribunal Federal. Confira-se:

> PACIENTE COM HIV/AIDS – PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS – DIREITO À VIDA E À SAÚDE – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS – DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, *CAPUT*, E 196) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA (STF, RE 271286 AgR/RS, Relator Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJ de 24.11.2000) (destaquei)

Caso se trate de idoso:

A necessidade de promoção de políticas públicas que assegurem o acesso integral aos serviços públicos de saúde é ainda maior quando estão em jogo os interesses de idosos, como o presente caso.

Como fundamento de tal assertiva encontra-se, inicialmente, o art. 230, caput, da CR/88, que estabelece como dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e seu bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

25 HESSE, Konrad. *A força normativa da Constituição*. Porto Alegre: SAFE, 1991, pág. 22.

Regulando o preceito constitucional, a Lei Federal n° 10.741/2003, Estatuto do Idoso, estabelece um conjunto de direitos e políticas públicas destinadas a efetivar o gozo de tais prerrogativas, bem como as vias que devem ser utilizadas para concretizar tais direitos.

Caso se trate de Criança/Adolescente:

De acordo com o art. 11 da Lei Federal nº 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, é assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

No tocante à saúde, o legislador não deixou margem a qualquer dúvida sobre o dever do Estado em garantir o acesso integral da população às ações e serviços necessários à prevenção, promoção e recuperação da saúde (art. 6º, I, d, da Lei Federal 8080/90).

Caso se trate de Pessoa com Deficiência:

Nos termos da Constituição da República e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), é assegurado à pessoa com deficiência o acesso integral, universal e prioritário às ações e serviços de saúde, competindo ao Estado garantir atendimento adequado às suas necessidades específicas.

O art. 18 da Lei nº 13.146/2015 assegura atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, enquanto o art. 9º prevê prioridade no atendimento, especialmente em situações de risco e urgência.

Dessa forma, a ausência de acesso oportuno ao leito e tratamento adequados configura violação aos direitos fundamentais à saúde, à dignidade da pessoa humana e à proteção integral da pessoa com deficiência.

No caso em apreço, o usuário _____ encontra-se indevidamente mantido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Socorro/Pronto Atendimento, no município de _____/MG, há mais de 24 horas, em unidade desprovida de capacidade resolutiva para o tratamento da enfermidade apresentada, circunstância que impõe sua imediata transferência para instituição hospitalar apta à prestação da assistência necessária. *(ou internado em prestador hospitalar com solicitação de transferência registrada na ferramenta Estadual de Regulação* **CORE Saúde MG** *há mais de 24horas, sem o acesso ao leito hospitalar adequado para o tratamento necessário).*

Com o objetivo de viabilizar o acesso aos serviços de saúde, inclusive aos leitos hospitalares, o Estado de Minas Gerais instituiu a Política Estadual de Regulação do Acesso à Assistência no âmbito do SUS, por meio da Resolução SES/MG nº 10.832/2025, voltada à qualificação dos processos regulatórios, à ampliação da transparência e à garantia do acesso equânime e oportuno aos serviços de saúde.

Em Minas Gerais, a regulação do acesso é centralizada pela Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG), responsável pela gestão dos leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência, mediante utilização da Ferramenta Estadual de Regulação CORE Saúde MG.

As solicitações de internação e transferência são analisadas por médicos reguladores, que atuam como autoridade sanitária, classificando os pacientes conforme protocolos assistenciais, critérios clínicos e estratificação de risco, assegurando a priorização dos casos de maior gravidade.

Nos termos da Resolução SES/MG nº 10.834/2025, a autoridade sanitária possui prerrogativa para adoção das medidas necessárias à garantia do acesso assistencial, inicialmente por meio do fluxo habitual de busca de leitos na rede SUS pactuada e, esgotadas as alternativas disponíveis, mediante adoção do fluxo não habitual para os casos de risco iminente de morte ou grave dano à saúde, inclusive com utilização das prerrogativas de vaga zero, contratação de leitos da rede privada credenciada (compra de leito) e requisição administrativa.

Assim, esgotada a capacidade de resposta da rede pública, compete à autoridade sanitária estadual adotar todas as medidas administrativas necessárias para assegurar o acesso do paciente à assistência integral e adequada.

Em síntese, não pode o usuário _____ permanecer aguardando, por tempo indeterminado, a adoção das providências cabíveis pela autoridade sanitária competente, sobretudo diante do esgotamento da capacidade assistencial da rede pública, sob pena de progressão do quadro clínico, agravamento do estado de saúde, comprometimento funcional irreversível e risco concreto de óbito.

No caso em apreço, o usuário encontra-se internado desde _____, há aproximadamente ___ dias/semanas, em unidade desprovida da estrutura e resolutividade necessárias ao tratamento da enfermidade apresentada, aguardando, de forma injustificada, transferência para leito adequado e acesso à assistência indispensável à preservação de sua vida e integridade física.

Evidencia-se, portanto, grave omissão estatal, consubstanciada na inércia do requerido em assegurar, de maneira tempestiva e efetiva, o direito fundamental à saúde e à vida do usuário, em manifesta afronta aos preceitos constitucionais e legais que regem o Sistema Único de Saúde.

Ademais, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução CFM n.° 1.451, de 10/3/1995, denomina-se urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. A emergência é configurada pela constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

O CFM considera suficiente o **tempo máximo de 24 horas** de permanência de paciente para elucidação do diagnóstico e tratamento em ambiente de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24hs, assim como nos denominados Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência (exemplo: prontos-socorros hospitalares), nos termos das respectivas Resoluções CFM 2.079/2014 e nº 2.077/2014.

Após as 24hs, o paciente deve receber alta, ser internado ou transferido para estrutura hospitalar adequada, haja vista que é vedada a internação de pacientes nessas estruturas Urgência e Emergência.

No caso de UPA:

No mesmo sentido, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 10, de 03 de janeiro de 2017, consolidada na Portaria MS de Consolidação nº 03/2017[26]:

> Art. 74. A UPA 24h terá as seguintes competências na RUE:
>
> (...)
>
> II – articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;
>
> III – prestar **atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica**, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, **de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade**;
>
> (...)
>
> VIII - **manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas**, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, **e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com**

26 Referência: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

garantia de continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial;

Diante desse contexto, considerando que, nos casos de urgência e emergência, o fator tempo constitui elemento determinante para a redução da morbimortalidade e para a preservação da funcionalidade do paciente, o Ministério Público entende que o prazo de 24 horas mostra-se limite razoável para viabilização da transferência do usuário para leito hospitalar adequado, sobretudo diante da necessidade de resposta célere e efetiva da rede assistencial.

Ressalte-se que referido prazo já contemplou tempo suficiente para a realização e conclusão do processo regulatório ordinário pela autoridade sanitária competente. A persistência da demora na disponibilização do leito necessário, além de evidenciar falha assistencial, expõe a paciente a risco concreto de agravamento do quadro clínico, aumento de sequelas e outras complicações potencialmente irreversíveis.

Mister salientar que a medida ora pleiteada busca realizar no plano fático os direitos e garantias constitucionalmente previstos. Dessa forma, constata-se a absoluta indisponibilidade do interesse defendido, que impõe o dever do Ministério Público em promover as medidas necessárias para assegurá-lo, por meio de legitimação extraordinária.

Ademais, o Superior Tribunal de Justiça, através do Tema 766, ratificou a legitimidade *ad causam* do Ministério Público para pleitear medicamentos e tratamentos em saúde para beneficiários individualizados, haja vista que se referem a direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n° 8.625/2013 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público).

Além disso, é inquestionável que o usuário se encontra em situação de risco, tendo em vista seu grave quadro de saúde *(ou há muitos dias aguardando transferência na urgência e emergência).*

4. Do pedido de tutela provisória de Urgência

Conforme já amplamente demonstrado, e aqui reiterado diante da gravidade da situação, o usuário _____ encontra-se mantido indevidamente na UPA/Pronto Atendimento/Pronto Socorro/Hospital desde o dia ___, **há aproximadamente ___ semanas/dias, sem acesso ao tratamento especializado indispensável ao manejo de sua patologia, necessitando, com urgência, de internação em unidade hospitalar compatível com a complexidade do quadro clínico apresentado.**

De acordo com o relatório médico e com a solicitação de internação/transferência regularmente cadastrada nos sistemas de regulação (anexos), o usuário, de ___ anos, foi admitido na UPA/Hospital apresentando quadro de _____, demandando assistência especializada e suporte hospitalar que extrapolam a capacidade técnico-assistencial da unidade em que atualmente se encontra.

A permanência prolongada do paciente em unidade sem estrutura adequada, seja em razão da ausência de suporte tecnológico, equipe especializada ou recursos assistenciais compatíveis com a gravidade do caso, configura situação de manifesta inadequação terapêutica e expõe o usuário a risco concreto de agravamento clínico, complicações irreversíveis e morte.

No caso de UPA:

Cumpre destacar que Unidade de Pronto Atendimento não se confunde com unidade hospitalar, possuindo natureza transitória e vocação exclusiva para estabilização inicial e atendimento de urgência e emergência, não se admitindo sua utilização como espaço de internação prolongada ou de permanência indefinida de pacientes à espera de leito hospitalar. Da mesma forma, eventual permanência em prestador hospitalar sem capacidade resolutiva adequada ao caso igualmente viola o direito do usuário ao tratamento integral e apropriado.

Diante disso, mostra-se necessária a tempestiva atuação da Justiça, objetivando assegurar ao paciente em questão o devido acesso ao serviço de saúde adequado, sendo certo que prestação jurisdicional tardia não é Justiça, mas "injustiça manifesta".

Dessa forma, a demora fisiológica do processo é suficiente para que, ao final do longo *iter* processual, ainda que seja julgado procedente o pedido, o mesmo não tenha qualquer utilidade prática, a caracterizar, assim, verdadeira denegação do acesso à Justiça, com prejuízo do disposto no art. 5º, XXXV, da CR/88.

Destarte, mostra-se patente o perigo de dano (art. 300, *caput*, CPC/2015), a justificar deferimento da medida jurisdicional imediatamente, a fim de assegurar os interesses do usuário.

De outro lado, a probabilidade do direito (art. 300, *caput*, CPC/2015) está demonstrada pelos documentos acostados à presente inicial, sendo inquestionável o direito do usuário ao acesso a serviço de saúde público que disponha de condições aptas a realizar o procedimento médico de que necessita.

Ademais, não há perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão de natureza provisória (art. 300, § 3º, CPC/2015), mas, ao contrário, existe irreversibilidade da condição de saúde do usuário, caso permaneça "indevidamente" internado em local sem resolutividade para o seu caso.

No Caso de Transferência Inter-Hospitalar:

No caso em apreço, embora o usuário se encontre internado em unidade hospitalar, o estabelecimento de saúde de origem não dispõe dos recursos assistenciais, tecnológicos e/ou da habilitação necessária para o tratamento integral e adequado do quadro clínico apresentado, circunstância que impõe sua imediata transferência para hospital de maior complexidade e capacidade resolutiva.

A permanência do paciente em unidade hospitalar sem suporte técnico compatível com sua condição clínica não afasta a situação de risco, sobretudo diante da impossibilidade de acesso aos procedimentos, especialidades, equipamentos, suporte intensivo ou recursos terapêuticos indispensáveis à preservação da vida, da funcionalidade e da integridade física do usuário.

Assim, a ausência de transferência para unidade devidamente habilitada e apta à prestação da assistência necessária configura violação ao direito fundamental à saúde e compromete a efetividade, a continuidade e a integralidade do tratamento indicado.

Diante do exposto, pugna o Ministério Público pela concessão da tutela provisória de urgência, a fim de que seja determinada à autoridade sanitária estadual a imediata adoção de todas as medidas necessárias para viabilizar a transferência do usuário _____ para unidade hospitalar dotada de capacidade técnica, estrutural e assistencial compatível com a complexidade do quadro clínico apresentado, assegurando-lhe o acesso integral e tempestivo ao tratamento indicado, sob pena das cominações legais cabíveis.

5. PEDIDOS

Ante o exposto, requer o Ministério Público, após a autuação da presente inicial:

5.1 a juntada aos autos dos documentos que instruem a presente ação;

5.2 o deferimento da tutela provisória de urgência, inaudita altera pars, determinando-se a intimação do requerido, por intermédio da Autoridade Sanitária Coordenadora da CORE/MG, com endereço em _____/MG, para que promova, **no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) horas, a transferência do usuário _____ para instituição hospitalar pública ou privada dotada de capacidade técnica, estrutural e assistencial compatível com o tratamento de _____ e demais procedimentos necessários ao caso concreto;**

5.3 subsidiariamente, e igualmente sem prévia oitiva da parte contrária, seja intimado o Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, com sede na Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves, Prédio Minas, 12º andar, Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n, Bairro Serra Verde, Belo Horizonte/MG, **para que adote todas as providências administrativas necessárias ao imediato cumprimento da medida, inclusive mediante utilização da rede privada credenciada, contratação de leitos ou requisição administrativa, caso necessário;**

5.4 a fixação de multa diária (astreintes) em valor suficiente para compelir o efetivo cumprimento da decisão judicial, nos termos do art. 537 do CPC, considerando a natureza fundamental do direito tutelado, a urgência do caso e o elevado risco de agravamento clínico, sequelas irreversíveis e morte do usuário em decorrência da demora assistencial;

5.5 a citação do requerido, por meio de seu representante legal, para, querendo, apresentar resposta no prazo legal, sob pena de revelia;

5.6 ao final, a confirmação da tutela provisória de urgência, condenando-se definitivamente o requerido à imediata transferência do usuário _____ para unidade hospitalar adequada ao tratamento de _____, na rede pública ou privada, assegurando-lhe acesso integral, contínuo e resolutivo à assistência necessária.

O Ministério Público não se opõe, após a efetivação da tutela de urgência, à realização da audiência de conciliação prevista no art. 334 do Código de Processo Civil.

Dá-se à causa o valor de R$ _____, correspondente à estimativa mínima necessária ao custeio do tratamento hospitalar indicado.

Local e data.

Promotor(a) de Justiça

ANEXO IV

Modelo Ação Ordinária – Município e Centrais Municipais

EXMO(A). SR(A). DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA ___ VARA DA COMARCA DE _____/MG

URGENTE!!
NATUREZA DA AÇÃO: SAÚDE

O **Ministério Público do Estado de Minas Gerais**, por este(a) Promotor(a) de Justiça, no uso de suas atribuições constitucionais e legais previstas no art. 127 da CR/88, e art. 120 da CEMG, com fundamento nos arts. 196 e 198, ambos da CR/88, bem como no art. 6º, I, *d*, da Lei Federal n. º 8.080/90, vem, respeitosamente, perante V. Exa., ajuizar

AÇÃO ORDINÁRIA, com pedido de concessão de TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA,

em face do Município de _____/MG, pessoa jurídica de direito público interno, ora representado pelo Procurador-Geral Municipal, com endereço _____, e em favor do usuário do SUS em situação de risco _____, atualmente "internado" na Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital_____ /MG, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

1. DOS FATOS

O Ministério Público do Estado de Minas Gerais, no exercício das atribuições de defesa da saúde, foi procurado por _____, familiar de _____, informando que este se encontra internado na UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital _____, localizado no município de _____, desde o dia _____, aguardando vaga para leito hospitalar com capacidade técnica adequada ao seu tratamento, com tempo em fila de regulação de _____ conforme consta no laudo de solicitação da Ferramenta Estadual de Regulação **CORE Saúde MG ou no Sistema de Regulação da Central Municipal** (*Para os casos em que a Central Municipal usar sistema próprio e ainda não estiver com a integração e a interoperabilidade com o CORE Saúde MG*)

Conforme relatório médico e cópia da Solicitação de Internação/ Transferência cadastrada na Ferramenta Estadual de Regulação **CORE Saúde MG ou no Sistema de Regulação da Central Municipal** (*Para os casos em que a Central Municipal usar sistema próprio e ainda não estiver com a integração e a interoperabilidade com o CORE Saúde MG*) (anexos), o usuário, _____ anos, foi admitido na UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital _____, com quadro de _____.

Consta do histórico da solicitação extraído do cadastrado registrado no Sistema de Regulação e **na data de hoje, _____, que o grau de priorização é _____.**

A gravidade do caso ressai dos próprios registros de prioridade incluídos no sistema de regulação**, registros estes incluídos por médico regulador do complexo regulador estadual (documento anexo):**

No mesmo sentido, advertido expressamente quanto aos riscos de piora do quadro de saúde da paciente acaso não submetida ao procedimento de que necessita a tempo e modo oportunos, o relatório médico que a presente acompanha atesta, in verbis:

Diante desse quadro clínico, o usuário necessita ser transferido, com urgência, para leito hospitalar adequado ao tratamento de _____, sob pena de progressão e agravamento do quadro clínico, com **RISCO DE DETERIORAÇÃO FUNCIONAL SISTÊMICA, INSTALAÇÃO DE INCAPACIDADES TEMPORÁRIAS OU PERMANENTES, DISFUNÇÃO DE FUNÇÕES FISIOLÓGICAS ESSENCIAIS E EVOLUÇÃO PARA ÓBITO**, uma vez que a UPA/Pronto Socorro/Pronto Atendimento/Hospital em que se encontra não dispõe de capacidade resolutiva para o tratamento necessário.

Considerando-se a constata violação de direitos do(a) paciente, foi instaurado o procedimento administrativo (anexo) nº MPMG-____, pela ____ Promotoria de Justiça de Defesa

da Saúde de _____/MG. O usuário está cadastrado no Sistema de Regulação, com solicitação de internação/transferência de nº _____.

Assim, até o presente momento, apesar da gravidade e da urgência do caso, não foi disponibilizada vaga nem viabilizado o acesso do usuário à assistência em saúde necessária ao tratamento indicado.

Encontra-se anexo ofício encaminhado pelo Ministério Público à Central de Regulação Municipal ____/MG (ofício nº ____), em que se noticia a necessidade de transferência do paciente.

Destarte, nada obstante tenha atribuição legal para garantir o acesso do referido usuário ao serviço de saúde adequado, o requerido mantém-se inerte perante esta demanda, permanecendo o paciente em unidade de saúde sem a devida resolutividade para tratamento.

2. DA LEGITIMIDADE DO MINISTÉRIO PÚBLICO

O Ministério Público possui legitimidade para a defesa de interesses individuais indisponíveis, conforme previsão do art. 127 da Constituição Federal e art. 6º, VII, "c", da Lei Orgânica do Ministério Público da União, esta última aplicável ao MP estadual por força do disposto no art. 279 da L.C. Estadual n.º 34/94. Nesse sentido, tem-se:

Art. 127. O Ministério Público é 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.

E:

Art. 6º. Compete ao Ministério Público da União:
(...)
VII – promover o Inquérito Civil e a ação civil pública para:
(...)
)c) proteção dos interesses individuais indisponíveis, difusos e coletivos, relativos às comunidades indígenas, à família, à criança, ao adolescente, ao idoso, às minorias étnicas e ao consumidor.

Acrescenta-se ainda que a presente lide trata de direitos fundamentais previstos na Constituição da República, como a saúde e a vida (arts. 5º e 196, caput, da CF) de uma idosa, circunstâncias essas que caracterizam a indisponibilidade do direito.

Nesse sentido, cita-se a jurisprudência do egrégio Tribunal de Justiça de MG:

AÇÃO CIVIL PÚBLICA. MINISTÉRIO PÚBLICO. LEGITIMIDADE 'AD CAUSAM'. SAÚDE E ASSISTÊNCIA PÚBLICA. COMPETÊNCIA CONCORRENTE DOS ENTES FEDERADOS. FORMAÇÃO DE LITISCONSÓRCIO PRESCINDÍVEL. COMPETÊNCIA DA JUSTIÇA COMUM. PACIENTE EM ESTADO GRAVE. NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO EM UTI. CARÁTER EMERGENCIAL. AUSÊNCIA DE VAGAS EM HOSPITAL CONVENIADO AO SUS. TRATAMENTO À EXPENSA DO MUNICÍPIO, INDEPENDENTEMENTE DA TABELA SUS. DIREITO

CONSTITUCIONAL À SAÚDE. PACIENTE CARENTE DE RECURSOS FINANCEIROS. OBRIGAÇÃO DO MUNICÍPIO. DIREITO CONSTITUCIONAL. SENTENÇA CONFIRMADA. - Consoante precedentes jurisprudenciais, inclusive do colendo STJ, o Ministério Público possui legitimidade ativa para propor ação civil pública em defesa de direito individual indisponível à saúde de hipossuficiente, não se restringindo ao direito de idosos e menores. - O sistema de compartilhamento de competências, tal como estabelecido no art. 23, II, da CRFB/88, reserva competência concorrente ao município para avaliar as ações e a forma de execução dos serviços públicos relativos à saúde, a ele competindo garantir atendimento público aos munícipes que carecem de recursos para o necessário tratamento, ainda que sua atividade deva obediência às regras previamente estabelecidas pelo Ministério da Saúde. - Às ações do Sistema Único de Saúde inclui-se a assistência integral ao cidadão carente de recursos materiais e que enfrenta dificuldades no âmbito da saúde e bem-estar. No contexto fático demonstrado, figura como dever inadiável do Município de Santa Luzia, na qualidade de co-gestor do SUS, submeter, às suas expensas, independentemente do que dispõe a tabela SUS, usuário da rede pública de saúde a internação hospitalar e tratamento. Número do processo: 1.0245.06.101287-9/001(1), Relator: ARMANDO FREIRE, Data do Julgamento: 24/03/2009, Data da Publicação: 15/05/2009. (g.n.)

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – LEGITIMIDADE ATIVA DO MINISTÉRIO PÚBLICO – ADEQUAÇÃO DA VIA ELEITA – DIREITO SOCIAL À SAÚDE – DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO – CIRURGIA DE MITROFANOFF PARA TRATAMENTO DE BEXIGA NEUROGÊNICA – INSUMO NECESSÁRIO PARA CUIDADOS PÓS CIRÚRGICO – SONDA VESINAL DE ALÍVIO – PARAMETRIZAÇÃO PELA INTEGRALIDADE REGULADA – CRITÉRIOS DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIA – PRINCÍPIO DA DEFERÊNCIA – OBSERVÂNCIA DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PCDT – PREVALÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS – PROVA DA IMPRESCINDIBILIDADE DO TRATAMENTO – BLOQUEIO DE VERBA – MENOR ONEROSIDADE – MEDIDA MAIS EFICAZ – RESULTADO ÚTIL DO PROCESSO. Conforme precedente do STJ (tema repetitivo 766), as demandas de saúde em que se pleiteiam tratamentos ou medicamentos em favor de beneficiários individualizados se referem a direitos individuais indisponíveis, tendo o Ministério Público legitimidade ativa para propor ação civil pública. O direito à saúde constitui um direito humano fundamental social de efeito concreto e de eficácia plena, considerada a diretriz de integralidade regulada, tratando-se de direito de todos e dever do Estado a quem cumpre assegurem o acesso universal e igualitário dentro da diretriz de integralidade (CF, art. 6º, 196 e 198, II). - A saúde como direito social dentro da

diretriz de integralidade deve estar parametrizada pela integralidade regulada, de modo que fora da regulação o acesso à saúde deve ser tradado como direito de natureza assistencial. Por força de disposição legal (Lei 8.080/90, arts. 19-M e 19-O), a integralidade de acesso à saúde sujeita-se aos critérios intransponíveis da medicina baseada em evidência – MBE, considerada a eficácia, a acurácia, a segurança e a efetividade daquilo que se pretende, ainda se observando os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT, os quais somente podem ser desprezados quando relatórios específicos indiquem a peculiaridade de cada caso.
- Em razão do princípio da deferência, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT são as normas orientadoras de acesso à saúde pública, somente podendo ser autorizado o acesso a outro medicamento, produto ou procedimento se estiver comprovada a impropriedade daquilo que estiver incorporado nas políticas públicas.
- Os insumos previstos em política pública de assistência básica e necessários para cuidados pós-cirúrgico e higienização em paciente portador de bexiga neurogênica, já submetido a cirurgia denominada Mitrofanoff, devem ser fornecidos pelo ente municipal.
- Para que se obtenha o resultado útil do processo, podem ser expedidas ordens cominatórias ao poder público.

- Na imposição de medidas cominatórias para o cumprimento de decisão judicial deve ser ponderada a menor onerosidade ao obrigado constatando-se que a medida de bloqueio de verba pública se mostra mais eficaz que a simples imposição de multa (CPC, art. 805 – Enunciado 74 da III Jornada da Saúde do CNJ). Número do processo: 1.0440.17.001565-3/001 Relator: RENATO DRESCH, Data do Julgamento: 14/05/2020, Data da Publicação: 15/06/2020. (grifo nosso)

O caso em apreço revela grave e iminente situação de risco à saúde e à vida da usuária _____, evidenciando a insuficiência das medidas administrativas até então adotadas e tornando imprescindível a imediata intervenção do Poder Judiciário para assegurar, de forma efetiva e tempestiva, o acesso ao tratamento e ao leito hospitalar adequados, em garantia aos direitos fundamentais à saúde, à integridade física e à vida.

3. Do Direito

O direito à saúde tem sua efetividade dependente da atuação eficaz do Poder Público através da promoção de políticas públicas com enfoque promocional (qualidade de vida), protetivo (prevenção) e de recuperação (saúde terapêutica ou curativa).[27]

Cumpre salientar que, segundo definição da Organização Mundial da Saúde – OMS, a saúde é "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade."[28]

Assim, a postura do administrador público brasileiro deve estar adstrita ao disposto no art. 196, da Constituição. Referida norma faz surgir para o Estado deveres que lhe são correlatos e sua efetividade depende da adoção de "políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Nota-se, com isso, que a necessidade de implementação do direito à saúde condiciona a própria política econômica que venha a ser adotada pelos governantes, por imperativo constitucional.

Nessa orientação já se manifestou o STF:

> O direito à saúde – além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas – representa conseqüência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (STF – AGRG. 271.286-8/RS. DJU, 24/11/2000)

De outro lado, cumpre frisar que, em virtude da adoção do modelo do Estado Democrático de Direito, como prevê o texto da Constituição (art. 1º, *caput*, da CR/88), o direito à saúde assume dimensão ainda mais ampla e democrática, o que aumenta sua relevância para os cidadãos.

Verdadeiramente, a consagração do Estado Democrático de Direito acarreta a necessidade de amplificar os canais de participação popular na gestão da coisa pública, bem como a de conferir eficácia social às normas constitucionais, especialmente àquelas que asseguram direitos e garantias fundamentais.

---

27 SCHWARTZ, Germano A. GLOECKNER, Ricardo Jacobsen. *A Tutela Antecipada no Direito à Saúde: aplicabilidade da teoria sistêmica*. Porto Alegre: SAFE, 2003. p. 55.

28 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)*. Conferência Internacional da Saúde: Nova Iorque, 19 a 22 de julho de 1946.

Nesse sentido, ao tratar dos direitos sociais – capítulo em que consta o direito à saúde (art. 6º, *caput*), o constituinte inseriu-os no título em que trata dos direitos e garantias fundamentais, circunstância esta que torna aplicável o regime jurídico destes últimos.

Destarte, tem-se que o exercício do direito à saúde pelo indivíduo não se encontra condicionado à regulamentação infraconstitucional, a teor do que prescreve o art. 5º, § 1º, da CR/88: "As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata."

Dessa forma, como têm decidido os tribunais superiores, não há que se falar em discricionariedade administrativa na promoção das políticas públicas ou implementação de normas programáticas quando se trata de viabilizar o acesso da população a direitos fundamentais.

Isso porque, especialmente em tema de direitos fundamentais, o que se impõe é conferir força normativa à Constituição e buscar a ótima concretização da norma[29].

Assim, embora a adoção das políticas necessárias para se garantir o acesso à saúde esteja inicialmente a cargo dos poderes executivo e legislativo, incumbe ao Poder Judiciário assegurar ao jurisdicionado o direito violado pela omissão do Poder Público, impedindo que a norma constitucional se torne promessa constitucional inconsequente, como se denota pelo posicionamento do Supremo Tribunal Federal. Confira-se:

> PACIENTE COM HIV/AIDS – PESSOA DESTITUÍDA DE RECURSOS FINANCEIROS – DIREITO À VIDA E À SAÚDE – FORNECIMENTO GRATUITO DE MEDICAMENTOS – DEVER CONSTITUCIONAL DO PODER PÚBLICO (CF, ARTS. 5º, *CAPUT*, E 196) - RECURSO DE AGRAVO IMPROVIDO. O DIREITO À SAÚDE REPRESENTA CONSEQÜÊNCIA CONSTITUCIONAL INDISSOCIÁVEL DO DIREITO À VIDA (STF, RE 271286 AgR/RS, Relator Min. Celso de Mello, Segunda Turma, DJ de 24.11.2000) (destaquei)

Caso se trate de idoso:

A necessidade de promoção de políticas públicas que assegurem o acesso integral aos serviços públicos de saúde é ainda maior quando estão em jogo os interesses de idosos, como o presente caso.

Como fundamento de tal assertiva encontra-se, inicialmente, o art. 230, caput, da CR/88, que estabelece como dever da família, da sociedade e do Estado amparar as pessoas idosas, defendendo sua dignidade e seu bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

29 HESSE, Konrad. *A força normativa da Constituição*. Porto Alegre: SAFE, 1991, pág. 22.

Regulando o preceito constitucional, a Lei Federal n° 10.741/2003, Estatuto do Idoso, estabelece um conjunto de direitos e políticas públicas destinadas a efetivar o gozo de tais prerrogativas, bem como as vias que devem ser utilizadas para concretizar tais direitos.

Caso se trate de Criança/Adolescente:

De acordo com o art. 11 da Lei Federal nº 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, é assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

No tocante à saúde, o legislador não deixou margem a qualquer dúvida sobre o dever do Estado em garantir o acesso integral da população às ações e serviços necessários à prevenção, promoção e recuperação da saúde (art. 6º, I, d, da Lei Federal 8080/90).

Caso se trate de Pessoa com Deficiência:

Nos termos da Constituição da República e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), é assegurado à pessoa com deficiência o acesso integral, universal e prioritário às ações e serviços de saúde, competindo ao Estado garantir atendimento adequado às suas necessidades específicas.

O art. 18 da Lei nº 13.146/2015 assegura atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde, enquanto o art. 9º prevê prioridade no atendimento, especialmente em situações de risco e urgência.

Dessa forma, a ausência de acesso oportuno ao leito e tratamento adequados configura violação aos direitos fundamentais à saúde, à dignidade da pessoa humana e à proteção integral da pessoa com deficiência.

No caso em apreço, o usuário _____ encontra-se indevidamente mantido em Unidade de Pronto Atendimento (UPA)/Pronto Socorro/Pronto Atendimento, no município de _____/MG, há mais de 24 horas, em unidade desprovida de capacidade resolutiva para o tratamento da enfermidade apresentada, circunstância que impõe sua imediata transferência para instituição hospitalar apta à prestação da assistência

necessária. *(ou internado em prestador hospitalar com solicitação de transferência registrado no sistema de regulação há mais de 24horas, sem o acesso ao leito hospitalar adequado para o tratamento necessário).*

O art. 30, VII estabelece que compete aos municípios "prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população".

A Lei n° 8.080/90 dispõe que a direção do SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição, sendo exercida, no âmbito municipal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente (art. 9º, III).

Além disso, à **direção municipal do SUS compete planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.**

Tal responsabilidade e capacidade de gestão é ainda maior no caso do município de _____ que **está habilitado na gestão plena do SUS e dispõe de todos os poderes e prerrogativas para estabelecer contratos com os prestadores de serviço de sua rede hospitalar**. Desses poderes decorre a capacidade de regulação do acesso a esses serviços, com a consequente normatização, fiscalização e controle.

Em Minas Gerais, a regulação do acesso é centralizada pela Central de Operações para Regulação Estadual de Minas Gerais (CORE/MG), responsável pela gestão dos leitos hospitalares no fluxo de urgência e emergência, mediante utilização da Ferramenta Estadual de Regulação CORE Saúde MG. A unidade funcionará sob gestão direta da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) em regime de **cogestão com as Centrais Municipais de Regulação de Urgências já existentes nos municípios de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberaba e Uberlândia.**

No que se refere às Centrais Municipais de Regulação, estas **permanecem com a competência pela regulação do acesso aos serviços hospitalares de urgência sob gestão municipal,** em conformidade com as diretrizes da estratégia de cogestão estabelecida na resolução SES/MG nº 11.007, de 09 de abril de 2026.

No caso do município de _____, a regulação do acesso aos leitos hospitalares é, portanto, exercida pelo Gestor Municipal de Saúde, com o apoio do Coordenador da Central de Regulação Municipal _____.

Destarte, é autoridade sanitária o Secretário Municipal de Saúde de _____, cuja obrigação é responder eficazmente às demandas por vagas de internação no SUS, nos procedimentos de urgência/emergência.

Sendo o município de _____ responsável pelo acesso de seus munícipes aos serviços de saúde de que necessitam, caso esgotada a capacidade do sistema público, incumbe à autoridade sanitária (Secretário Municipal de Saúde), por meio da Central de Regulação de _____, adotar todas as medidas administrativas necessárias para assegurar o acesso do paciente à assistência integral e adequada, inclusive requisitando recursos para atendimento da presente demanda.

Em síntese, não pode o usuário _____ permanecer aguardando, por tempo indeterminado, a adoção das providências cabíveis pela autoridade sanitária competente, sobretudo diante do esgotamento da capacidade assistencial da rede pública, sob pena de progressão do quadro clínico, agravamento do estado de saúde, comprometimento funcional irreversível e risco concreto de óbito.

No caso em apreço, o usuário encontra-se internado desde _____, há aproximadamente ___ dias/semanas, em unidade desprovida da estrutura e resolutividade necessárias ao tratamento da enfermidade apresentada, aguardando, de forma injustificada, transferência para leito adequado e acesso à assistência indispensável à preservação de sua vida e integridade física.

Evidencia-se, portanto, grave omissão estatal, consubstanciada na inércia do requerido em assegurar, de maneira tempestiva e efetiva, o direito fundamental à saúde e à vida do usuário, em manifesta afronta aos preceitos constitucionais e legais que regem o Sistema Único de Saúde.

Ademais, segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução CFM n.° 1.451, de 10/3/1995, denomina-se urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. A emergência é configurada pela constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

O CFM considera suficiente o **tempo máximo de 24 horas** de permanência de paciente para elucidação do diagnóstico e tratamento em ambiente de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24hs, assim como nos denominados Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência (exemplo: prontos-socorros hospitalares), nos termos das respectivas Resoluções CFM 2.079/2014 e nº 2.077/2014.

Após as 24hs, o paciente deve receber alta, ser internado ou transferido para estrutura hospitalar adequada, haja vista que é vedada a internação de pacientes nessas estruturas Urgência e Emergência.

No caso de UPA

No mesmo sentido, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 10, de 03 de janeiro de 2017, consolidada na Portaria MS de Consolidação nº 03/2017[30]:

> Art. 74. A UPA 24h terá as seguintes competências na RUE:
>
> (...)
>
> II – articular-se com a Atenção Básica, o SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, bem como com os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação de Urgências e complexos reguladores instalados nas regiões de saúde;
>
> III – prestar **atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica**, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, **de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade**;
>
> (...)
>
> VIII - **manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas**, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica, **e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia de continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial**;

Diante desse contexto, considerando que, nos casos de urgência e emergência, o fator tempo constitui elemento determinante para a redução da morbimortalidade e para a preservação da funcionalidade do paciente, o Ministério Público entende que o prazo de 24 horas mostra-se limite razoável para viabilização da transferência do usuário para leito hospitalar adequado, sobretudo diante da necessidade de resposta célere e efetiva da rede assistencial.

30 Referência: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

Ressalte-se que referido prazo já contemplou tempo suficiente para a realização e conclusão do processo regulatório ordinário pela autoridade sanitária competente. A persistência da demora na disponibilização do leito necessário, além de evidenciar falha assistencial, expõe a paciente a risco concreto de agravamento do quadro clínico, aumento de sequelas e outras complicações potencialmente irreversíveis.

Mister salientar que a medida ora pleiteada busca realizar no plano fático os direitos e garantias constitucionalmente previstos. Dessa forma, constata-se a absoluta indisponibilidade do interesse defendido, que impõe o dever do Ministério Público em promover as medidas necessárias para assegurá-lo, por meio de legitimação extraordinária.

Ademais, o Superior Tribunal de Justiça, através do Tema 766, ratificou a legitimidade *ad causam* do Ministério Público para pleitear medicamentos e tratamentos em saúde para beneficiários individualizados, haja vista que se referem a direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n° 8.625/2013 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público).

Além disso, é inquestionável que o usuário se encontra em situação de risco, tendo em vista seu grave quadro de saúde *(ou há muitos dias aguardando transferência na urgência e emergência).*

3. DO PEDIDO DE TUTELA PROVISÓRIA DE URGÊNCIA

Conforme já amplamente demonstrado, e aqui reiterado diante da gravidade da situação, o usuário _____ encontra-se mantido indevidamente na UPA/Pronto Atendimento/Pronto Socorro/Hospital desde o dia ___, **há aproximadamente ___ semanas/dias, sem acesso ao tratamento especializado indispensável ao manejo de sua patologia, necessitando, com urgência, de internação em unidade hospitalar compatível com a complexidade do quadro clínico apresentado.**

De acordo com o relatório médico e com a solicitação de internação/transferência regularmente cadastrada nos sistemas de regulação (anexos), o usuário, de ___ anos, foi admitido na UPA/Pronto Atendimento/Pronto Socorro/Hospital apresentando quadro de _____, demandando assistência especializada e suporte hospitalar que extrapolam a capacidade técnico-assistencial da unidade em que atualmente se encontra.

A permanência prolongada do paciente em unidade sem estrutura adequada, seja em razão da ausência de suporte tecnológico, equipe especializada ou recursos assistenciais compatíveis com a gravidade do caso, configura situação de manifesta inadequação terapêutica e expõe o usuário a risco concreto de agravamento clínico, complicações irreversíveis e morte.

No caso de UPA:

Cumpre destacar que Unidade de Pronto Atendimento não se confunde com unidade hospitalar, possuindo natureza transitória e vocação exclusiva para estabilização inicial e atendimento de urgência e emergência, não se admitindo sua utilização como espaço de internação prolongada ou de permanência indefinida de pacientes à espera de leito hospitalar. Da mesma forma, eventual permanência em prestador hospitalar sem capacidade resolutiva adequada ao caso igualmente viola o direito do usuário ao tratamento integral e apropriado.

No caso deTransferência Inter-Hospitalar:

No caso em apreço, embora o usuário se encontre internado em unidade hospitalar, o estabelecimento de saúde de origem não dispõe dos recursos assistenciais, tecnológicos e/ou da habilitação necessária para o tratamento integral e adequado do quadro clínico apresentado, circunstância que impõe sua imediata transferência para hospital de maior complexidade e capacidade resolutiva.

Diante disso, mostra-se necessária a tempestiva atuação da Justiça, objetivando assegurar ao paciente em questão o devido acesso ao serviço de saúde adequado, sendo certo que prestação jurisdicional tardia não é Justiça, mas "injustiça manifesta".

Dessa forma, a demora fisiológica do processo é suficiente para que, ao final do longo *iter* processual, ainda que seja julgado procedente o pedido, o mesmo não tenha qualquer utilidade prática, a caracterizar, assim, verdadeira denegação do acesso à Justiça, com prejuízo do disposto no art. 5º, XXXV, da CR/88.

Destarte, mostra-se patente o perigo de dano (art. 300, *caput*, CPC/2015), a justificar deferimento da medida jurisdicional imediatamente, a fim de assegurar os interesses do usuário.

De outro lado, a probabilidade do direito (art. 300, *caput*, CPC/2015) está demonstrada pelos documentos acostados à presente inicial, sendo inquestionável o direito do usuário ao acesso a serviço de saúde público que disponha de condições aptas a realizar o procedimento médico de que necessita.

Ademais, não há perigo de irreversibilidade dos efeitos da decisão de natureza provisória (art. 300, § 3º, CPC/2015), mas, ao contrário, existe irreversibilidade da condição de saúde do usuário, caso permaneça "indevidamente" internado em local sem resolutividade para o seu caso.

Diante do exposto, pugna o Ministério Público pela concessão da tutela provisória de urgência, a fim de que seja determinada à autoridade sanitária estadual a imediata adoção de todas as medidas necessárias para viabilizar a transferência do usuário _____ para unidade hospitalar dotada de capacidade técnica, estrutural e assistencial compatível com a complexidade do quadro clínico apresentado, assegurando-lhe o acesso integral e tempestivo ao tratamento indicado, sob pena das cominações legais cabíveis.

4. PEDIDOS

Ante o exposto, requer o Ministério Público, após a autuação da presente inicial:

4.1 a juntada aos autos dos documentos que instruem a presente ação;

4.2 o deferimento da tutela provisória de urgência, inaudita altera pars, determinando-se a intimação do requerido, por intermédio doo Coordenador da Central Municipal de Regulação, com endereço em _____/MG, para que promova, **no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) horas, a transferência do usuário _____ para instituição hospitalar pública ou privada dotada de capacidade técnica, estrutural e assistencial compatível com o tratamento de _____ e demais procedimentos necessários ao caso concreto;**

4.3 subsidiariamente, e igualmente sem prévia oitiva da parte contrária, seja intimado o Secretário Municipal de Saúde , com sede _____, **para que adote todas as providências administrativas necessárias ao imediato cumprimento da medida, inclusive mediante utilização da rede pública ou privada, caso necessário;**

4.4 a fixação de multa diária (astreintes) em valor suficiente para compelir o efetivo cumprimento da decisão judicial, nos termos do art. 537 do CPC, considerando a natureza fundamental do direito tutelado, a urgência do caso e o elevado risco de agravamento clínico, sequelas irreversíveis e morte do usuário em decorrência da demora assistencial;

4.5 a citação do requerido, por meio de seu representante legal, para, querendo, apresentar resposta no prazo legal, sob pena de revelia;

4.6 ao final, a confirmação da tutela provisória de urgência, condenando-se definitivamente o requerido à imediata transferência do usuário _____ para unidade hospitalar adequada ao tratamento de _____, na rede pública ou privada, assegurando-lhe acesso integral, contínuo e resolutivo à assistência necessária.

O Ministério Público não se opõe, após a efetivação da tutela de urgência, à realização da audiência de conciliação prevista no art. 334 do Código de Processo Civil.

Dá-se à causa o valor de R$ _____, correspondente à estimativa mínima necessária ao custeio do tratamento hospitalar indicado.

Local e data.

Promotor(a) de Justiça

ANEXO V

Contato para Suporte técnico (CORE/MG)

Telefone	E-mail
(31) 3215-7275	core@saude.mg.gov.br

Contato para casos judicializados

Telefone	E-mail
(31) 3215-7275 (31) 3215-7251	at.ses@saude.mg.gov.br

Contato Centrais Municipais de Regulação

Central Municipal	Telefone	E-mail	Endereço
Belo Horizonte	(31) 3277-7761	gercint@pbh.gov.br smsa.nucleo@pbh.gob.br gepex@pbh.gob.br pgm@pbh.gov.br groex@pbh.gov.br jurídico.internacao@pbh.gov.br	Av. Afonso Pena, nº 2336, 12º andar Funcionários BH/MG Cep: 30130-040
Juiz de Fora	(32) 3250-0386	crh@pjf.mg.gov.br	CISDESTE Av. Cel. Vidal, nº800 São Dimas Juiz de Fora/MG Cep: 36080-262
Uberaba	(34) 98823-0490 (34) 3331-2727	diretoriaregulacao.sms@gmail.com	Av. Guilherme Ferreira, nº 1539 Cidade Jardim Uberaba/MG Cep: 38.020-200
Uberlândia	(34) 3215-6319	adm.crmue@gmail.com	R. Cruzeiro dos Peixotos, nº 499, 12º andar, sala 10 Centro Uberlândia/MG Cep: 38400-107

CONTATOS ATUALIZADOS COORDENADORES DAS CASES REGIONAIS			
Regional	**E-MAIL**	**TELEFONE FIXO**	**E-mail Regional**
Alfenas	cases.alf@saude.mg.gov.br	(35) 2141-2801	srs.alf@saude.mg.gov.br
Barbacena	cases.brb@saude.mg.gov.br	(32) 3052-4612	srs.brb@saude.mg.gov.br
Belo Horizonte	cases.bh@saude.mg.gov.br	(31) 3915-0514	srs.bh@saude.mg.gov.br
Coronel Fabriciano	cases.cfa@saude.mg.gov.br	(31) 2142-3236	grs.cfa@saude.mg.gov.br
Diamantina	cases.dia@saude.mg.gov.br	(38) 3532-1469	srs.dia@saude.mg.gov.br
Divinópolis	cases.div@saude.mg.gov.br	(37) 2101-2913/ 2963	srs.div@saude.mg.gov.br
Governador Valadares	cases.gva@saude.mg.gov.br	(33) 3203-3321/3324/3316	srs.gv@saude.mg.gov.br
Itabira	cases.ita@saude.mg.gov.br	(31) 3067-7612	grs.ita@saude.mg.gov.br
Ituiutaba	cases.itu@saude.mg.gov.br	(34) 2122-2729	grs.itu@saude.mg.gov.br
Januária	cases.jan@saude.mg.gov.br	(38) 3629-4302 (VOIP 1402)	grs.jan@saude.mg.gov.br
Juiz de Fora	cases.jfo@saude.mg.gov.br	(32) 3257-8859	srs.jfo@saude.mg.gov.br
Leopoldina	cases.lpd@saude.mg.gov.br	(32) 3401-2119/2134	grs.lpd@saude.mg.gov.br
Manhuaçu	cases.man@saude.mg.gov.br	(33)3341-9852	grs.man@saude.mg.gov.br
Montes Claros	cases.moc@saude.mg.gov.br	(38) 2103-3523	srs.moc@saude.mg.gov.br
Passos	cases.pas@saude.mg.gov.br	(35) 3211-3931	srs.pas@saude.mg.gov.br
Patos de Minas	cases.pat@saude.mg.gov.br	(34) 2106-1145	srs.pat@saude.mg.gov.br
Pedra Azul	cases.paz@saude.mg.gov.br	(33) 3751-4319	grs.paz@saude.mg.gov.br
Pirapora	cases.pir@saude.mg.gov.br	(38) 3743-9806 - Ramal 2406	grs.pir@saude.mg.gov.br
Ponte Nova	cases.pno@saude.mg.gov.br	(31) 3604-1548	srs.pno@saude.mg.gov.br
Pouso Alegre	cases.pou@saude.mg.gov.br	(35) 2102-9686	srs.pou@saude.mg.gov.br
São João Del Rei	cases.sjd@saude.mg.gov.br	(32) 3322-1935	grs.sjd@saude.mg.gov.br
Sete Lagoas	cases.set@saude.mg.gov.br	(31) 2107-3424	srs.set@saude.mg.gov.br
Teófilo Otoni	cases.tof@saude.mg.gov.br	(33) 3087-2618 - Ramal 2618	grs.tof@saude.mg.gov.br
Ubá	cases.uba@saude.mg.gov.br	(32) 3301-2219	grs.uba@saude.mg.gov.br
Uberaba	cases.ura@saude.mg.gov.br	(34) 3074-1223	srs.ura@saude.mg.gov.br
Uberlândia	cases.udi@saude.mg.gov.br	(34) 3304-1348	srs.udi@saude.mg.gov.br
Unaí	cases.una@saude.mg.gov.br	(38) 2102-4909	grs.una@saude.mg.gov.br
Varginha	cases.var@saude.mg.gov.br	(35) 2106-2354	srs.var@saude.mg.gov.br

Defesa
da Saúde

MPMG
Ministério Público
do Estado de Minas Gerais